



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Sede Amministrativa: *Università degli Studi di Padova*  
*Dipartimento di Sociologia*

Dottorato di Ricerca in  
*Sociologia: processi comunicativi e interculturali*  
*ciclo XXI*

## **Pratiche di cura e sistemi simbolici.**

### **Lo Shiatsu**

**Coordinatore** : Ch.mo Prof. Salvatore La Mendola

**Supervisore** :Ch.mo Prof. Pina Lalli

**Dottorando** : Giulia Spera

## Indice

<b>Introduzione</b>	3
<b>1. Terminologia e prospettive teoriche.</b>	7
<b>1. Alternative, complementari e non convenzionali. Operatori e professionisti.</b>	7
<b>2. Pazienti, clienti, consumatori</b>	16
<b>3. Il contesto socioculturale</b>	25
<i>3.1. Identità e organizzazioni</i>	25
<i>3.2. Individui, vita quotidiana e pratiche di cura</i>	31
<b>4. La metodologia... o meglio, alla ricerca di un metodo.</b>	40
<i>4. 1. Entrare e osservare.</i>	40
<i>4.2. La raccolta del materiale.</i>	47
<i>4. 3. Presentare, ri-presentare, rappresentare.</i>	50
<b>5. Lo Shiatsu</b>	51
<i>5. 1. Tecnica Namikoshi</i>	52
<i>5. 2. Tecnica Masunaga</i>	53
<b>2. La scuola: fondatori e percorsi formativi</b>	59
<b>1. La scuola come organizzazione.</b>	63
<i>1. 2. L'assetto organizzativo</i>	63
<i>1.3. Il percorso formativo professionale di shiatsu</i>	65
<b>2 La scuola</b>	69
<b>3 I fondatori/ divenire shiatsuki atto I</b>	76
<i>3.1 La pratica dello shiatsu /divenire shiatsuki. Intermezzo</i>	87
<i>3.2 Divenire Shiatsuki. Atto II</i>	98
<i>3.3 Divenire Shiatsuki. Chiusura</i>	101
<b>3. Il campo dello shiatsu</b>	107
<b>1. Significati di salute e pratiche di cura</b>	108
<b>3. Quale riconoscimento?</b>	119
<b>3.2 Un rapporto difficile tra medicina e cure non convenzionali</b>	139
<b>3. Divenire professionisti?</b>	144
<b>4. Temi di confine tra medici e operatori shiatsu: aspetti comuni e conflittuali</b>	153
<b>Conclusioni</b>	165
<b>Bibliografia</b>	169



*Della cura non esiste un sapere certo né una scienza,  
perché delle cose essenziali della vita non c'è nulla di certo.  
Mortari, La pratica dell'aver cura*

## **Introduzione**

Le pratiche di cura non convenzionali definiscono un mondo complesso, eterogeneo e piuttosto controverso che suscita interesse e accesi dibattiti negli ambiti più vari e disparati, dalla medicina scientifica ai mezzi di comunicazione di massa.

Questa ricerca ha rappresentato, non solo l'occasione di indagare un ambito di studi che solo di recente ha attirato l'attenzione della sociologia italiana, ma anche la possibilità di soddisfare un desiderio, del tutto personale, di comprendere una realtà che diventa ogni giorno sempre più familiare e sempre meno alternativa.

A tale scopo si è scelto di condurre la ricerca partecipando in prima persona a un percorso formativo professionale per operatori shiatsu. Il personale coinvolgimento nella pratica dello shiatsu ha rappresentato sia un vantaggio sia una difficoltà: se, da un lato, la facilitazione dell'accesso al campo è stata evidente, l'esercizio di un metodo *being-here-and-there* (Schwartz e Jacobs, 1987), tipico dell'osservazione etnografica ha richiesto più tempo del previsto nell'organizzare la quantità di materiale raccolto nei tre anni trascorsi all'interno della scuola in qualità di allieva e, soprattutto, nell'elaborare e trovare una giusta distanza che permettesse di formulare l'analisi.

Inoltre, il lungo periodo di osservazione etnografica ha comportato, senza dubbio, una maggiore consapevolezza degli aspetti controversi e contraddittori che caratterizzano le pratiche di cura non convenzionali stimolando e motivando l'attività di ricerca e di analisi.

L'indagine qui presentata si propone di descrivere dal punto di vista di chi pratica, insegna, apprende, si avvicina alla disciplina dello shiatsu qual'è il senso di questo "modo di avere cura" di sé e degli altri, al fine di cogliere, ove possibile, le connessioni con il lento e difficile processo di riconoscimento normativo e di inclusione nella medicina ufficiale, nonché, anche – almeno per taluni aspetti- con il crescente successo di pubblico.

Il principio alla base di questa ricerca è quello dell'"effetto di reciprocità" (*Wechselwirkung*) simmeliano, secondo il quale

non solo ogni fenomeno è connesso con innumerevoli altri in un'infinità di causazioni, ma ciascuno retroagisce anche su quelli che – visti in una certa prospettiva – appaiono esserne causa. (Jedlowski 2009, p. 13).

Due temi percorrono i quattro capitoli che seguiranno. Il primo è quello della tensione differenziazione-identificazione, dinamica che caratterizza il contesto sociale in cui si diffondono le pratiche di cura non convenzionali. Questo tema è oggetto del primo capitolo e del secondo capitolo. Nel primo capitolo, oltre a una breve esplicitazione della terminologia che verrà utilizzata nel corso dell'esposizione, vengono introdotte le prospettive teoriche di riferimento, l'oggetto, gli interrogativi e il metodo di lavoro della ricerca e una breve sintesi

della storia della disciplina dello shiatsu. Mentre nel secondo capitolo la dialettica tra i processi di differenziazione e quelli di identificazione viene calata nella realtà organizzativa della scuola di formazione. L'analisi della scuola presa in esame, intesa come "comunità di pratiche" (Gherardi e Nicolini, 2004) e del percorso formativo offerto, focalizzando l'attenzione sulle modalità attraverso cui vengono trasmessi i contenuti del sapere, rivelano come esso sia rappresentato in primo luogo come pratico, difficilmente riproducibile e standardizzabile. Inoltre attraverso l'analisi dei dati raccolti tramite l'osservazione e le interviste sarà possibile definire i possibili modi di intendere la pratica dello shiatsu.

Il secondo tema, quello dei confini, è invece oggetto del terzo capitolo che si propone di tracciare i contorni del campo dello shiatsu all'interno dell'universo delle pratiche di cura non convenzionali e la sua relazione rispetto al contesto socio culturale. Le conseguenze della mancanza di un sapere sistematico e codificato, strettamente connesso alla valorizzazione di un sapere esperienziale indissolubilmente legato alla dimensione individuale descrivono un campo dello shiatsu dai confini labili e non definiti e una difficile collocazione rispetto alla medicina ufficiale e alle istituzioni. La difficoltà di definire chiaramente i confini contribuisce alla mancata definizione di una identità collettiva all'interno del campo dello shiatsu ma anche all'interno del più ampio campo delle pratiche di cura non convenzionali. Dal 1988, anno in cui Pina Lalli pubblica la sua indagine sugli utilizzatori delle pratiche di cura non convenzionali, a oggi, la crescente diffusione di quest'ultime ha senza dubbio comportato un progressivo processo di combinazione e un conseguente abbandono di elementi conflittuali e alternativi (Colombo e Rebughini, 2003,2006), ma è innegabile che ancora oggi, specie nel nostro paese, l'inclusione e l'integrazione di queste pratiche a livello istituzionale e soprattutto da parte della medicina scientifica sia ancora molto lontana, e non è difficile immaginare che, ancora ai nostri giorni possa accadere quanto raccontato da Lalli quando descrive l'infermiera che suggerisce di nascosto il nome del "medico segreto" per timore di essere rimproverata (Lalli 1988, p. 18).

Nel tentativo di rispondere alla domanda "quale riconoscimento?" viene preso in esame il senso e il significato che i diversi attori attribuiscono al processo di riconoscimento e di legittimazione ed è proprio lungo questa dimensione che si tenterà di tracciare dei confini, per quanto provvisori, che definiscano il campo dello shiatsu all'interno delle pratiche di cura non convenzionali e la sua collocazione rispetto al processo di legittimazione e di inclusione in ambito medico-scientifico.

Un ulteriore aspetto preso in esame nel terzo capitolo è quello che sottolinea come nonostante la persistente marginalizzazione dal punto di vista normativo, le pratiche di cura non convenzionali sembrano però svolgere un ruolo centrale nella vita quotidiana, fornendo strumenti, strategie e risposte alle nuove esigenze di cura di sé, risultato e al tempo stesso prodotto dei cambiamenti contemporanei nel campo della salute e del benessere.

Inoltre, in mancanza di una regolamentazione statale, si è tentato di comprendere come gli operatori di pratiche di cure non convenzionali negozino

i confini della propria professionalità e credibilità attraverso l'analisi delle interazioni con il pubblico.

Il difficile rapporto con la medicina scientifica viene ricostruito dal punto di vista delle esperienze degli operatori nell'esercizio della loro pratica ma anche e soprattutto, come vedremo nel quarto capitolo, nelle occasioni di attraversamento dei confini tra medicina scientifica e pratiche di cura non convenzionali. Un attraversamento che, non a caso, avviene spesso proprio nella pratica, o meglio nelle "comunità di pratiche" costituite dalle scuole che offrono percorsi formativi, come quella presa in esame. In questa prospettiva sapere medico e sapere delle pratiche di cura non convenzionali si configurano come sistemi di attività (Gherardi e Nicolini, 2004) che condividono oggetti, temi, linguaggi e pratiche, considerati in questa prospettiva come liminari. I confini rappresentano, da questo punto di vista non più separazione e divisione ma spazi di interazione e di scambio all'interno dei quali è possibile cogliere le possibilità di apertura e di ridefinizione di questi saperi e in cui si prefigurano probabili modalità di integrazione. Inoltre si tenterà di comprendere se e in che modo l'incontro di diversi saperi pratici possa rappresentare uno dei possibili elementi che contribuiscono alla diffusione delle pratiche di cura non convenzionali.

Il tentativo è quindi di cogliere nel "*fluire incessante* la produzione di forme in cui questo fluire si fissa" (Jedlowski, 2009, p. 17).

Nonostante, infatti, le pratiche di cura non convenzionali, rappresentino ancora, per molti aspetti, un tutt'uno indifferenziato ed eterogeneo (Colombo e Rebughini, 2003, 2006) la ricerca vuole essere un tentativo di cogliere le possibili modalità di strutturazione all'interno di questo campo, descrivendo le diverse strategie messe in atto dagli operatori per ottenere un riconoscimento sociale e istituzionale.



## **1. Terminologia e prospettive teoriche.**

### **1. Alternative, complementari e non convenzionali. Operatori e professionisti.**

Esiste ormai, nella letteratura sociologica e medica, un accordo generalizzato sul fatto che l'utilizzo delle medicine alternative e complementari abbia raggiunto una tale diffusione da "meritare" attenzione. Mentre sulle riviste mediche specializzate la maggior parte degli articoli che hanno come oggetto le medicine alternative e complementari sono state a lungo dedicate alle statistiche di consumo in relazione alle tipologie di disturbi e di patologie (Murray e Shepard 1988, Eisenberg et al 1993,1998, Fisher e Ward 1994, Fulder 1996, Lennan et al 1996, Howells e Maher 1998, Zollman e Vickers 1999, Ernst, 2000; Ernst e White, 2000, Botting e Cook 2000, Thomas et al, 2001, Richardson J, 2001, Barnes, 2003) o ai dibattiti sulla difficoltà di stabilire efficacia e validità scientifica dei metodi e dei rimedi che vengono impiegate in queste pratiche (Koretz, 2002, Cohen 2003), recentemente compaiono editoriali sulle possibilità di integrazione delle differenti tecniche, analisi in alcuni casi auto-critiche, sulle possibilità di cooperazione, collaborazione, educazione e scelta di pazienti, (Howells e Maher, 1998, Holmes-Rovner, 2005, Dowrick, 1997, Roter, 2000, Nettelton, 1997, Sugarman, 2003, Niggeman e Gruber, 2003) e resoconti di ricerche sperimentali sull'elaborazione di possibili modelli terapeutici e percorsi formativi istituzionali integrati con alcune delle conoscenze di cui queste pratiche altre sono portatrici. (Milan e Ladau et al. 1998, Torbeck e Joyce et al. 2004, Garnett 2003). Inoltre, ora più di prima, i dibattiti sulla centralità del paziente, in particolare su un recupero della relazione medico-paziente, soprattutto per quanto riguarda chi si occupa di medicina generale e per il personale paramedico, e sull'introduzione del consenso informato, fanno riferimento ai metodi utilizzati nelle medicine alternative e complementari. (Richardson, 2001)

In Italia, la diffusione delle medicine alternative e complementari ha attirato l'attenzione, persino di alcuni eminenti rappresentanti della scienza e della medicina scientifica, che il 15 giugno 2002 definiscono in maniera inequivocabile la loro posizione rispetto alle medicine alternative e complementari in un documento pubblico di cui riportiamo un breve brano:

Le pratiche di medicina non convenzionale hanno un approccio ideologico alle malattie, si basano su presupposti arbitrari, non tengono in considerazione i meccanismi biologici e le conoscenze scientifiche più moderne, non offrono una spiegazione razionale alla presunta efficacia delle cure e fanno riferimento a meccanismi del tutto indimostrabili.<sup>1</sup>

Questo brano è rappresentativo della posizione di solo una parte della comunità medica italiana, permettendoci di rilevare la diversità degli atteggiamenti e dei

---

<sup>1</sup> Brano tratto dall'articolo di Arachi Alessandra pubblicato il 16 giugno 2002, Corriere della Sera, p. 15



comportamenti che la medicina convenzionale assume nei confronti delle pratiche non convenzionali.<sup>2</sup>

Il documento, infatti, viene redatto in risposta all'ormai altrettanto famoso documento di Terni nel quale la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), in primo luogo, definisce come Medicine Non Convenzionali nove discipline: Agopuntura, Fitoterapia, Medicina Ayurvedica, Medicina Antroposofica, Medicina Omeopatia, Medicina Tradizionale Cinese, Omotossicologia, Osteopatia e Chiropratica e, in secondo luogo, si pronuncia riservando l'esercizio di queste pratiche ai soli medici.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO riunitosi a Terni il 18 maggio del 2002, alla luce della Risoluzione n. 75 del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997 e della risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999 sullo stato delle medicine non convenzionali, nelle quali viene constatata la crescente diffusione e ribadita la necessità di assicurare ai cittadini il più elevato livello di sicurezza e l'informazione più corretta, approvò il documento dal titolo *Linee Guida della FNOMCeO su Medicine e Pratiche Non Convenzionali* che, in assenza di leggi sulla materia, individua le linee guida per l'esercizio delle medicine e delle pratiche non convenzionali, al fine di garantire la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni.

La posizione, espressa dal massimo organismo della professione, ribadisce che le uniche figure abilitate ad esercitarle sono i medici chirurghi e gli odontoiatri, formati secondo gli ordinamenti didattici della medicina convenzionale e solo successivamente resi esperti attraverso rigorosi e specifici percorsi formativi definiti da istituzioni e soggetti pubblici e privati, a tale scopo accreditati. (Giarelli, 2007 pp. 87-88)<sup>3</sup>

In ambito sociologico, l'interesse per le medicine alternative e complementari, non è stata una vera e propria esplosione, tanto che alcuni autori definiscono la sociologia che si occupa di questo oggetto di ricerca come la cugina povera della sociologia della medicina (Fadlon, 2005). Gli autori italiani che hanno condotto indagini approfondite sull'uso e consumo delle medicine alternative e complementari sono veramente pochi: Pina Lalli nel 1988, pubblica "L'altra

---

<sup>2</sup> In questo contesto riprendiamo la distinzione elaborata da Giarelli (2007) tra comunità medica e establishment biomedico: "utilizzeremo il concetto di comunità medica per indicare, genericamente, il complesso delle istituzioni sanitarie (accademiche, di ricerca, governative, dei servizi sanitari ai diversi livelli) e del personale medico in esse operante che fa riferimento alla medicina convenzionale. Parleremo invece più specificatamente, ad esempio, di "establishment biomedico" per indicare il livello superiore della stratificazione sociale interna di tale comunità, ovvero la sua élite dominante. (Giarelli, 2007, p. 20)

<sup>3</sup> Un primo intervento della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) in tema di Medicine Non Convenzionali risale all'ottobre 1996 quando, come risultato di una giornata di studio del Consiglio Nazionale, emergeva il preciso orientamento di considerare "atto medico" l'intervento clinico terapeutico, comunque effettuato, nelle varie discipline, quindi anche l'esercizio delle cosiddette "medicine alternative", riservandone l'esercizio ai laureati in medicina e in chirurgia. Nel 1997 la FNOMCeO decideva di istituire una "Commissione per le pratiche alternative" il cui lavoro portava, nel 1998, alla pubblicazione del documento *Dal primato della medicina scientifica al confronto con le pratiche alternative* dove, pur riproponendo la supremazia della medicina cosiddetta scientifica, cioè di "medicine che hanno dimostrato ben altro spessore e che si vanno sottoponendo a rigorosi procedimenti di verifica scientifica, nei confronti di terapie vaghe, dal carattere esoterico e orientaleggiante o generalmente vitalistico", si affermava anche la necessità di un confronto con le Medicine Non Convenzionali. Il documento invitava, inoltre, gli Ordini provinciali ad assumere iniziative orientate verso una maggiore regolamentazione delle pratiche non convenzionali proponendo l'istituzione, presso gli stessi, di registri degli operatori di Medicine Non Convenzionali, previa definizione dei requisiti per il riconoscimento dell'iter formativo dei medici e delle scuole. Si proponevano anche altre iniziative quali la creazione di commissioni locali di studio, banca dati, divulgazione di articoli scientifici sulle Medicine Non Convenzionali.

medicina e i suoi malati”, una ricerca condotta su un campione di utilizzatori di medicine alternative e complementari volta all’individuazione e alla comprensione degli elementi e delle dinamiche culturali che costituiscono le “motivazioni” di questi consumi altri. Devono trascorrere oltre dieci anni per le pubblicazioni di Colombo e Rebughini (2003, 2006), dedicate all’analisi dei processi culturali più ampi che hanno favorito la nascita e la diffusione di queste pratiche e alle strategie di professionalizzazione da parte dei medici che si sono formati anche in queste discipline. In seguito con “La medicina contesa”(2006), i due autori si focalizzano sulle modalità di relazione a cui, nel corso degli ultimi trent’anni, medicina scientifica e medicine alternative e complementari hanno dato vita attraverso complessi processi di negoziazione. Naturalmente questi autori hanno fornito un’insostituibile guida e griglia interpretativa per lo sviluppo di questa ricerca, ma va detto che molte delle riflessioni che seguiranno sono anche frutto di una elaborazione di quanto è stato prodotto sulle medicine alternative e complementari nei paesi anglofoni.<sup>4</sup> La scarsità in termini quantitativi, non certo qualitativi, delle riflessioni teoriche e delle indagini condotte sino a questo momento suscita, da un lato, un certo entusiasmo nel contribuire, se pur in minima parte ad accrescere le nostre conoscenze in questo ambito di ricerca, dall’altro, la considerazione che al momento sappiamo ben poco di questa “galassia differenziata e disomogenea di pratiche terapeutiche e di cura di sé” (Colombo e Rebughini, 2004, p. 73) Le parole di questa *shiatsuka* esprimono bene questa sensazione:

com’è andato il lavoro estivo al lido? Ah il lavoro estivo...no no, ho lasciato perdere ...praticamente sai io mi mettevo i pantaloni thai e la maglietta, sai per avere un aspetto insomma professionale, bè ...ad un certo punto mi hanno detto “perché non ti metti un top e dei calzoncini corti e magari balli un po’ per attirare l’attenzione?”... praticamente una cubista che vende massaggi... senza offesa per le cubiste ma insomma...è come se ci fosse tutto un mondo, che esiste eh..., c’è perché ecco... io ne faccio parto, ma non sanno nemmeno che cos’è, forse non sanno neanche che esiste” (int. 2, estate 2009)

La difficoltà principale che si affronta nel fare ordine, costruire categorie e tentare di conoscere le medicine alternative e complementari è da imputarsi al fatto che “medicine alternative e complementari” è un termine generico utilizzato per descrivere una categoria piuttosto ampia ed eterogenea di pratiche che differiscono tra loro sotto numerosi punti di vista. Come sottolinea Giarelli (2007) nella sua introduzione al volume “Le medicine non convenzionali in Italia”:

se per un determinato fenomeno sociale è difficile trovare una definizione univoca, si tratta già di un preciso indicatore non solo di complessità semantica e strutturale ma anche, probabilmente, di una pluralità di valenze soggettive ad esso attribuite (ibidem p. 13)

---

<sup>4</sup> Questa ultima considerazione vuole anche essere di ordine metodologico, visto chi ha svolto la ricerca non ha esaminato la letteratura sociologica in lingua francese.

Infatti, le definizioni fin qui formulate, di cui ne riportiamo qualcuna, a titolo esemplificativo, esprimono bene la frammentarietà e la complessità di questa nebulosa:

Con questo termine intendiamo riferirci alla galassia differenziata e disomogenea di pratiche terapeutiche e di cura di sé che non sono generalmente riconosciute parte del sistema istituzionale pubblico di cura, né sono parte integrante e stabile del percorso formativo delle facoltà di medicina, ma che costituiscono pratiche di cura ampiamente disponibili al pubblico. (Colombo e Rebughini, 2004, p. 73)

e inoltre

Come ogni altra categoria costruita in forma residuale e per dissomiglianza da un forte modello centrale, il termine “medicine non convenzionali” tende a includere modalità di cura che pochissimo hanno in comune: passando dalla preghiera all’ozonoterapia, dall’agopuntura alla cristalloterapia. (Colombo e Rebughini, 2006, p. 37).

An umbrella term covering a diverse group of applications with varying levels of clinical skills, ranging from osteopathy, chiropractic and medical herbalism to crystal therapy. (Richardson, 2001, p. 794)

Complementary/alternative medicine (CAM) is an umbrella term for a collection of different approaches to diagnosis and treatment. Over 50 diverse complementary therapies have been listed, from homeopathy (which involves the use of chemically rich preparations of plant material), and from acupuncture (which involves the insertion of needle into specific points on the body) to spiritual healing (including “distant healing, which does not require the laying on hands) (Barnes 2003, p. 226).

Complementary and alternative medicine (CAM) is a broad domain of healing resources that encompasses all health system, modalities and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the politically dominant health system of a particular society or culture in a given historical period. CAM includes all such practices and ideas self-defined by their users as preventing or treating illness or promoting health and well being. Boundaries within CAM and between CAM domain and that of the dominant system are not always sharp and fixed. (Zollman e Vickers, 1999, p. 319).

Quindi, a dispetto della crescente diffusione ormai ampiamente documentata (Ernst, 2000, Howells e Maher, 1998, Fulder e Monroe, 1996, Richardson J 2001, Ingliss e West 1983, Eisenberg et al. 1993) e dell’incremento di interesse da parte della medicina scientifica e della sociologia si rileva una persistente mancanza di chiarezza. Questo è evidente, per esempio, nell’uso del termine “medicine” al plurale che descrive sistemi di conoscenza spesso autonomi e, inoltre, nell’uso dei termini “complementare”, “alternativo “ e non convenzionale” usati, generalmente, in maniera intercambiabile o, soprattutto nei paesi anglofoni, simultaneamente – l’acronimo CAM, sta per

Complementary and Alternative Medicine<sup>5</sup> – oppure per definire la posizione che queste discipline hanno in relazione alla medicina ufficiale.

La terminologia utilizzata non solo è indicativa di una mancanza di omogeneità all'interno di questo universo di pratiche ma anche della presenza punti di vista che a seconda della terminologia utilizzata rivelano atteggiamenti alquanto differenti. A questo proposito riportiamo alcune considerazioni di Giarelli (2007):

Quando gli aggettivi sovrabbondano rivelano il tentativo più o meno manifesto di chi li utilizza di dover imporre la propria definizione del fenomeno, spesso più ideologica che reale: chi le chiama “medicine naturali” o “dolci” intende sottolinearne la presunta valenza non iatrogena, meno rischiosa rispetto alla medicina ufficiale; chi preferisce definirle “olistiche” sembra scordarsi che, forse, non tutte poi lo sono davvero e, soprattutto, che almeno una parte della medicina di origine biomedica ormai si considera tale, chi utilizza l'espressione “non scientifiche” tradisce il proprio intento derogatorio e l'assunzione etnocentrica che la biomedicina costituisce l'unica forma possibile di medicina scientifica nelle società tardo industriali. (ibidem, pp. 13-14).

Inoltre l'autore sottolinea che

gli aggettivi “alternativa” e “complementare” applicati alla medicina sono carichi di valenze ideologiche e politiche che è bene maneggiare con attenzione e che ne sconsigliano l'uso almeno in ambito scientifico. (ibidem, pp. 14-15).

Anche Colombo e Rebughini (2006) riconoscono il valore politico implicito nella terminologia di volta in volta utilizzata osservando che:

la disomogeneità non riguarda solo gli approcci e le pratiche, ma anche il rapporto con la scienza, che può essere conflittuale o possibilista, anche se nel corso degli ultimi vent'anni sembra registrarsi una tendenza che ha portato le iniziali posizioni intermini di contrasto e “alternativa” verso posizioni di complementarietà e, più recentemente, di richiesta e di combinazione con il mondo della scienza biomedica (ibidem, p. 10).

Andando a confermare quanto già rilevato da Lalli (1988) dal punto di vista, però, degli utilizzatori:

sociologicamente occorre forse ribadire, ancora una volta, la caratteristica fondamentale di *complementarietà* che le pratiche terapeutiche parallele mostrano di assumere nei confronti delle esperienze mediche ufficiali. (ibidem, p. 121).

---

<sup>5</sup> Nel 1997 venne coniata la definizione Complementary and Alternative Medicine (CAM) in occasione della Conferenza dell'Office of Alternative Medicine, che, nel 1998 divenne poi, National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), ente di ricerca del governo statunitense incaricato di indagare questo ambito, che viene così definito: “la Medicina Complementare e Alternativa (CAM) costituisce un esteso ambito di risorse per la guarigione che abbraccia tutti i sistemi sanitari, le modalità pratiche e le teorie e le credenze ad esse relative, considerati altri rispetto a quelli intrinseci al sistema sanitario politicamente dominante in una particolare società o cultura in un dato periodo storico (O'Connor 1997, p.50).

In generale tutte le indagini statistiche condotte sui motivi per cui si ricorre alle pratiche di cura non convenzionale confermano questa scelta come un'opzione aggiuntiva più che come un'alternativa (Richardson 2001, Ingliss e West 1983).

la maggioranza degli utilizzatori non opera infatti una scelta esclusiva tra la biomedicina e le pratiche non convenzionali, ma utilizza queste ultime senza rinunciare a trarre beneficio dalle potenzialità offerte dalla prime” (Colombo e Rebughini, 2006, p. 52).

Anche se alcuni studi empirici sostengono che pur svolgendo un ruolo complementare nell'ambito dei consumi, di fatto, medicina convenzionale e non convenzionali rimangono due modelli simultanei e paralleli di cura medica (Fulder e Monroe, 1996)

Al contrario dal punto di vista politico, soprattutto in Italia, dove non si è ancora pervenuti a un testo di legge unificato, la posizione di chi pratica privatamente lo shiatsu piuttosto che l'iridologia è da considerarsi, secondo alcuni autori, tutt'ora alternativa (Saks, 2001) come risultato del processo di professionalizzazione che tra la seconda metà dell'800 e i primi del '900 ha legittimato la biomedicina come l'autorità indiscussa nel campo della salute e della cura delle malattie.

Nel corso della ricerca verrà quindi preferito il termine operatore di medicina non convenzionale a quello di professionista che non riteniamo appropriato anche in relazione al fatto che, come vedremo, esistono tutt'ora molteplici e contrastanti posizioni rispetto al processo di legittimazione professionale non solo tra una disciplina e l'altra ma anche all'interno della stessa disciplina.

La definizione di Medicine Non Convenzionali è a nostro avviso la più appropriata in quanto prevalente nella situazione europea dopo essere stata adottata dal Parlamento Europeo (Risoluzione n.75/1997) e dal Consiglio d'Europa, (Risoluzione n. 1206/1999) nelle loro due rispettive risoluzioni in materia, nonché già utilizzato nel contesto italiano dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri a partire del suo Documento di Terni del 2002 in materia (FNOMCeO 2002) e ripreso nel Documento costitutivo e della denominazione stessa del Comitato di Consenso e di Coordinamento delle Medicine Non Convenzionali in Italia costituitosi a Bologna nell'ottobre 2003 (Giarelli, 2007, p. 15)<sup>6</sup>.

Inoltre questa terminologia, oltre ad essere quella meno carica di valenze ideologiche si a positive che negative:

ha il pregio di ricordare, per converso il carattere convenzionale della ortodossia medica ufficiale e del suo processo storico di legittimazione; definisce in modo dinamico e relativo una serie di medicine la cui identità non può che essere indicata in maniera negativa rispetto alla medicina convenzionale. Si tratta infatti di medicine al momento escluse dall'organizzazione formale dei servizi sanitari e dall'insegnamento delle facoltà di Medicina e, in questo senso, il “non convenzionale” è sinonimo

---

<sup>6</sup> In questo contesto però Medicine non convenzionali non si limita ad indicare le 9 discipline elencate nel documento di Terni della FNOMCeO.

di “non ortodosso” e di “altre” rispetto all’identità della biomedicina. (ibidem, p. 15).

L’ampia diffusione degli ultimi decenni, ha infatti contribuito a mettere in discussione l’autorità conferita dalla storia alla medicina ufficiale; mettendo in evidenza il carattere situato del sapere medico, le medicine non convenzionali relativizzano

il peso del suo fondamento storico, inteso quale criterio di autorevolezza del patrimonio di conoscenza posseduto... [che] mette in crisi, a questo punto, il nome con cui la medicina “ufficiale” era riuscita a definirsi: non è più sicuramente e in maniera indiscussa “tradizionale”, dunque, ma più semplicemente e modestamente si rivela come medicina “convenzionale”. L’autorità legata al consenso storicamente posseduto sfuma, il patrimonio storico viene ridotto a semplice consuetudine. (Guizzardi, 2004, p. 141).

Di fronte alla necessità di scegliere una terminologia adeguata alla prospettiva di analisi la dicitura “non convenzionale” sembra essere quella più adatta a rendere conto del carattere storicamente e socialmente situato di questi saperi nella consapevolezza che

anche la medicina, si deve ammettere, è comunque una costruzione sociale (Guizzardi, 2004, p. 141)

e che la stessa distinzione tra medicina convenzionale e medicine non convenzionali sia

il risultato piuttosto artificioso di una separazione socialmente e culturalmente costruita. (Neresini, 2001, p. 30).

Questa considerazione trova conferma nel pluralismo che caratterizza non solo il più ampio sistema di pratiche di cura disponibili, convenzionali o non convenzionali, in questo momento storico, ma anche la medicina scientifica stessa. (Colombo e Rebughini, 2003, 2006).

In ambito antropologico, inoltre, Byron J. Good (1999) nel suo studio etnografico sulla relazione medico-paziente, mette in crisi l’idea che il linguaggio della medicina scientifica possa ancora considerarsi come “un semplice specchio del mondo empirico” definendolo, invece, come “*ricco linguaggio culturale*, legato a una visione altamente specializzata della realtà e a un sistema di relazioni sociali e che quando viene usato nelle cure mediche, fonde in sé profonde spinte morali con i più ovvi compiti di natura tecnica” (ibidem, p. 9).

La posizione di Good rende conto di un dibattito che interessa l’antropologia contemporanea e in particolar modo quella medica. A monte di questo dibattito si trovano teorie opposte sulla natura e il ruolo della conoscenza, soprattutto per quanto riguarda gli studi comparati delle culture (ibidem, p. 11).

L'autore sottolinea come

una concezione legata a un'idea della conoscenza quale possesso della corretta rappresentazione di qualche aspetto del mondo, e a un'idea del soggetto conoscente quale individuo che possiede un'accurata rappresentazione del mondo naturale, derivatagli dall'esperienza sensoriale e rappresentata nel pensiero si rifletta in un "paradigma medico" secondo cui il significato viene a costituirsi attraverso il legame referenziale tra gli elementi del linguaggio e quelli del mondo naturale e la significanza di una proposizione – includendo, ad esempio, anche il lamento di un paziente o la diagnosi di un medico – dipende quasi soltanto da "modo in cui il mondo è costituito, quale fatto empirico" (Harrison 1972, p. 33, trad. it. in Good, 1999 p. 11).

Nonostante, come rileva lo stesso autore, si tratti di una concezione con molti detrattori, questa non solo

continua ad avere una grande influenza in filosofia, in psicologia (in particolare, nella psicologia cognitiva e nelle ricerche dell'intelligenza artificiale), nelle scienze naturali e nella psicologia ingenua occidentale. (Good, 1999, p. 16)

ma soprattutto "questa ampia prospettiva si connota come una sorta di <<epistemologia ingenua>> per la pratica medica negli ospedali e nelle cliniche della biomedicina contemporanea" secondo cui "il sintomo di una persona è dotato di significato se riflette una condizione fisiologica: se non si trova tale referente empirico, la significanza stessa del sintomo viene messa in discussione. Spesso si ritiene che tali lamenti (per esempio, quello del dolore cronico) riflettano stati psicologici o credenze del paziente, vale a dire esperienze e opinioni soggettive non determinate da disturbi fisiologici, e quindi, non dipendenti dalla realtà oggettiva"(ibidem, p. 16).

Il maggiore contributo dell'antropologia alla sociologia della conoscenza del XX secolo è stata l'insistenza sul fatto che la conoscenza è plasmata ed è costituita in relazione a forme di vita e di organizzazione sociale differenti. Nel caso dell'antropologia medica, tale visione storicista si contrappone alle tesi realiste forti della biologia moderna. Le convinzioni illuministe nel progresso del sapere medico sono radicate in profondità, e anche se la fede nelle istituzioni mediche ha in qualche modo segnato il passo, la medicina rimane un regno dove la "concezione salvifica della scienza" è ancora piuttosto forte (Good, 1999, p. 34).

Nonostante, come conclude lo stesso autore:

La tesi secondo cui la biomedicina ci offrirebbe un ritratto diretto e oggettivo dell'ordine naturale, un ordine empirico degli universali biologici svincolato dai fattori culturali, non sembra più sostenibile e va sottoposta ad un'analisi critica. (ibidem, p.35).

Una posizione, piuttosto estrema, a questo proposito è quella sostenuta da Cavicchi (1998) quando dice:

Anche in medicina, la tradizione, quale prassi medica, allorché subisce l'influenza di un'altra tradizione, può andare incontro a un mutamento. Tale mutamento può consistere in molte cose, può essere irrilevante, può rappresentare il superamento della tradizione influenzata, può mischiare le cose in modo da rendere irriconoscibili le diverse tradizioni interagenti. Forse la storia della medicina, più che un susseguirsi lineare di rivoluzioni paradigmatiche, consiste in un processo interattivo tra tradizioni. (Cavicchi, 1998, p. 66).

L'idea di utilizzare il termine tradizione per definire la medicina convenzionale sembra alquanto riduttiva, ma allo stesso tempo ci è sembrato più opportuno preferire il termine "modello" a quello di paradigma, generalmente utilizzato, in accordo con quanto sottolinea Neresini (1995, 2001) a proposito delle difficoltà e l'ambiguità che vengono generate dall'utilizzo di quest'ultimo, per la sua genericità e soprattutto perché

esso tende a escludere la possibilità della compresenza di più "paradigmi", mentre invece questo pare essere un caso piuttosto frequente. (Neresini, 2001, p. 41).

Inoltre l'uso dei termini "tradizione" e "tradizionale" è piuttosto controverso, infatti se l'Organizzazione Mondiale della Sanità utilizza la definizione di Medicina Tradizionale per descrivere:

la somma totale del sapere, delle abilità e delle pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene alle differenti culture, sia esplicabili che non, utilizzate per il mantenimento della salute come pure per la prevenzione, la diagnosi, il miglioramento o il trattamento delle malattie fisiche o mentali (WHO 2000, p. 4)

è importante considerare quanto afferma Giarelli quando dice:

tale definizione, se pur valida per le medicine non occidentali, risulta sostanzialmente equivoca se applicata nel contesto occidentale, dal momento che verrebbe ovviamente a ricomprendere come "indigena" proprio quella biomedicina rispetto alla quale intende distinguere le diverse tradizioni mediche non occidentali: e l'uso invalso, da parte di molti, di definire come "tradizionale" (nel senso convenzionale) proprio la biomedicina ne è una dimostrazione. (Giarelli, 2007, p. 15)<sup>7</sup>.

Sintetizzando i termini utilizzati saranno: medicine e operatori non convenzionali mentre modello biomedico, medicina scientifica o medicina convenzionale verranno qui intesi come sinonimi. Inoltre, in linea generale, per chi si occupa di medicina non convenzionale e non ha ricevuto una formazione in medicina verrà utilizzato il termine operatore o operatore di medicina non

---

<sup>7</sup> Vedi. anche Neresini (2001).



convenzionale, in assenza di termini specifici come per esempio, pranoterapeuta o *rollfer*<sup>8</sup>, mentre per chi ha ricevuto una formazione in medicina verranno utilizzate o le denominazioni delle specializzazioni, come ad esempio fisioterapista, medico generale, ortopedico o in generale professionista o medico professionista.

Pur riconoscendo la centralità e l'autorità di cui gode il modello della medicina convenzionale nelle società occidentali, in un'ottica costruttivista, il modello dominante della medicina convenzionale e le medicine non convenzionali rappresentano, quindi, forme di sapere che offrono modalità, strumenti, tecniche e pratiche di cura entro uno specifico contesto socio-culturale, le cui peculiarità verranno approfondite nei paragrafi seguenti.

## **2. Pazienti, clienti, consumatori**

Stabilire il termine appropriato per descrivere chi riceve cura rappresenta una questione piuttosto controversa quando ci si riferisce alle pratiche di cura non convenzionali.

Nel corso dell'analisi verranno riportati i termini utilizzati dagli operatori e dai medici che hanno frequentato il percorso di formazione nell'istituto dove si è condotta l'osservazione partecipante ma riteniamo comunque opportuno fare alcune osservazioni preliminari di carattere generale.

Al momento le pratiche di cura non convenzionali non sono riconosciute come professioni in ambito medico sanitario ciò implica che l'utilizzo della terminologia medica espone gli operatori all'accusa di abuso di professione. Paradossalmente, in questo momento, la mancanza di una normativa che richieda una speciale abilitazione da parte dello Stato "protegge" legalmente l'esercizio di queste pratiche fin tanto che il loro ambito di intervento non invada quello della medicina ufficiale. Per questo motivo in linea generale nell'ambito delle medicine non convenzionali non riconosciute<sup>9</sup> si preferisce, generalmente, l'utilizzo del termine cliente a quello di paziente<sup>10</sup>.

Mi raccomando noi non possiamo usare il termine paziente, le persone che ricevete sono clienti, voi non fate diagnosi, ma ascoltate quello che c'è, voi non prescrivete cura, ma collaborate e sostenete il processo di guarigione. (insegnante\_A\_registrazione\_lezione, 13-11-2007).

Nei contesti formativi questa è la terminologia prevalentemente utilizzata, come anche tra gli operatori per cui la pratica rappresenta una vera e propria occupazione:

in media riesco a trattare anche 6-7 clienti al giorno. (conversazione, operatore shiatsu M\_31\_settembre\_09).

ci sono periodi che mi capitano tutti clienti molto simili. (conversazione, operatore shiatsu, F\_38\_gennaio 09).

---

<sup>8</sup> Rispettivamente i due termini indicano chi pratica la pranoterapia e chi pratica il rollfing.

<sup>9</sup> Allo stesso modo gli operatori non medici che praticano le discipline che rientrano nel documento di Terni della FNOMCeO.

<sup>10</sup> .In particolare lo shiatsu fa riferimento a vocaboli giapponesi per nominare chi pratica il trattamento e chi lo riceve, rispettivamente *tori* e *uke*.

A complicare ulteriormente le cose è necessario tenere in considerazione il fatto che l'osservazione etnografica è stata condotta in un istituto dove il percorso formativo dell'operatore shiatsu prevede un'integrazione di questa disciplina con i principi della pratica cranio sacrale e del trattamento dei meridiani miofasciali<sup>11</sup>, discipline che hanno origine in occidente e con un forte radicamento nella medicina scientifica soprattutto per quanto riguarda l'anatomia e l'embriologia e dove il termine paziente è ampiamente utilizzato. La scelta, quindi, è strettamente connessa al contesto di utilizzo e in qualche modo è in relazione al sistema di conoscenze di riferimento delle specifiche discipline.

---

<sup>11</sup> La terapia cranio sacrale affonda le sue radici nelle tradizioni indiane di manipolazione del cranio. Gli antichi monaci Taoisti già più di ottomila anni praticavano la mobilità cranica, della "pompa sacrale" e "occipitale" nelle pratiche esoteriche per la sublimazione dell'energia. La disciplina così come la conosciamo oggi si sviluppa a partire dal lavoro di W. Sutherland (1873-1954), osteopata americano, che cominciò a sperimentare su se stesso l'attività dinamica involontaria che interessa le ossa craniche, l'osso sacro e le meningi cerebro spinali. Nell'osservare un modello di cranio esploso, fu attratto dalla complessità delle suture delle ossa craniche, che gli indicavano l'esistenza di un meccanismo adatto al movimento. Dedicò quarant'anni allo studio di tali strutture e sperimentò su sé stesso diversi strumenti per applicare pressioni sulle diverse ossa del cranio. Secondo il Dott. Sutherland era possibile percepire questa attività ritmica manualmente e che questa era indipendente dall'attività cardiaca e respiratoria. Il dott. Sutherland definì questo sistema fisiologico Ritmo Respiratorio Primario. Numerose sono le teorie per spiegare le cause fisiologiche del ritmo respiratorio primario, la più accreditata è legata alle variazioni pressorie del liquor cerebro spinale e ad un'altra teoria che sostiene l'esistenza di un'attività pulsatile intrinseca all'interno del sistema nervoso centrale. La ricerca in ambito osteopatico ha portato numerose sperimentazioni a prova dell'esistenza di questo ritmo e che questo sia connesso alla mobilità delle suture craniche e dell'osso sacro. Il Dott. Sutherland teorizzò che il sistema respiratorio primario fosse alla base di tutti gli altri sistemi fisiologici e che era possibile attraverso tocchi delicatissimi intervenire sulle alterazioni ritmiche ottenendo importanti conseguenze sul sistema nervoso centrale, sul sistema endocrino e quello muscolo scheletrico. La divulgazione di queste nuove conoscenze trovò scetticismo se non vera opposizione all'interno dell'Osteopatia. L'insegnamento di Sutherland si limitò a poche persone che condividevano il suo spirito visionario di ricercatore scientifico e spirituale. I riconoscimenti del suo lavoro sono soprattutto postumi e ancor oggi da valutare. Altre tecniche Craniali, Sacro-Occipitali, furono sviluppate da Major de Jarnette, da George Goodheart, fondatore della Kinesiologia applicata, parallelamente agli studi e alla divulgazione in ambiente osteopatico e chiropratico di Calvin Cottam e John Burnett. Solo recentemente studi scientifici a opera dei sovietici Naumenko e Moskalenko, degli americani H. Magoun, V. Fryman, J.E. Upledger, J.L. Pitchard e altri dimostrarono le ipotesi di Sutherland. I canadesi dell'equipe di Robitaille e di G. Marie nel 1987 al centro studi osteopatici di Montreal (Quebec), utilizzando una apparecchiatura elettronica molto sofisticata, furono in grado di obiettivamente un movimento ritmico delle ossa del cranio e tracciarne un grafico. E' soprattutto negli anni '70 che le tecniche Cranio Sacrali stanno godendo di maggiore attenzione e successo, e sono entrate a far parte dei curriculum di formazione di diverse specialità e forme di trattamento del corpo-mente.

Il lavoro sui meridiani miofasciali non si presenta come una vera e propria disciplina, riunisce una serie di lavori e sperimentazioni sul tessuto connettivo e sulle relazioni tra i muscoli e muscolo-scheletriche. Il lavoro dei meridiani miofasciali propone una visione olistica dell'intero sistema mio fasciale e dell'anatomia funzionale del movimento. In particolare Thomas W. Meyers, attraverso alcune pubblicazioni, ha tentato una sistematizzazione delle varie sperimentazioni e manovre che provengono da diverse discipline. (per approfondimenti: [www.anatomytrains.it](http://www.anatomytrains.it)).

Alcuni autori hanno sottolineato, inoltre, che l'utilizzo della terminologia specifica di una professione rientra nella generale tendenza ad assumere atteggiamenti tipici del gruppo professionale da cui si vuole ottenere riconoscimento e legittimazione. In questa prospettiva il ricorso al linguaggio medico scientifico rappresenterebbe, per gli operatori di medicine non convenzionali, una delle strategie messe in atto per favorire il processo di accettazione e inclusione (Colombo e Rebughini, 2006, Mizrachi et al. 2005). In riferimento al più ampio contesto socioculturale in cui si sono diffuse le pratiche di cura non convenzionali viene spesso sottolineato il ruolo assunto dalla dimensione del mercato, strettamente connesso alla profonda trasformazione dell'idea di identità avvenuta nelle società contemporanee, nel contribuire ad esaltare l'unicità del soggetto consumatore.

Queste trasformazioni hanno implicazioni rilevanti anche in campo medico contribuendo a fare della salute e della cura di sé un ambito florido di mercato, a favorire l'idea che benessere e bell'essere debbano essere oggetto di attenzioni continue e possano essere soddisfatte con forme adeguate di consumo attivo. (Colombo e Rebughini, 2003, p. 44).

Infatti, anche in ambito medico scientifico, pazienti sempre più esigenti e bene informati e sempre meno pazienti, *ex pazienti*, come li definisce Cavicchi (1998) assumono a poco a poco il ruolo di consumatori o clienti. Nella "società dei consumi", la centralità del soggetto e del suo percorso di costruzione individuale e la molteplicità delle fonti di informazione e di sapere hanno contribuito a porre le basi per una maggiore attenzione nella pratica medica verso le interazioni con il paziente e le sue aspettative:

Nuovi comportamenti e le aspettative comunicative nel rapporto fra medici e "pazienti". Questi ultimi non si abbandonano più ai consigli di un medico paterno o tecnologo, ma richiedono la formazione di una *relazione di reciprocità* dove sia valutato il proprio *sapere* e rispettata la propria *autonomia*. Ciò implica l'acquisizione di una competenza relazionale da parte dei professionisti sanitari, un tipo di innovazione formativa che si basa non solo su un'esigenza etica o generica "umanizzazione", ma piuttosto su qualità della prestazione terapeutica, oggi manifestamente inadeguata. (Ingrosso, 1994, p. 71)..

Ciò è particolarmente vero nei paesi, come per esempio gli Stati Uniti, in cui il sistema sanitario nazionale non "garantisce" ai medici un flusso costante di pazienti. Il problema di soddisfare le aspettative di un paziente divenuto sempre più attento alle proprie esigenze e competente è più urgente in questi paesi rispetto ai paesi come l'Italia dove la relazione medico-paziente diventa centrale soprattutto per quelle fasce della medicina impegnate nella cura di situazioni patologiche croniche o a lungo decorso che richiedono, insieme a una maggiore attenzione per la specificità individuale anche una maggiore attenzione alla dimensione relazionale.

I profondi cambiamenti culturali e sociali insieme con le questioni poste dalla bioetica<sup>12</sup> in ambito scientifico hanno modificato il modo di intendere il rapporto medico paziente influenzando anche la giurisprudenza, che ha prima recepito e poi ritenuto fondamentale il principio della obbligatorietà del cosiddetto “consenso informato” dove si esprime la centralità del ruolo del paziente, delle competenze comunicative e dialogiche del medico nella relazione con i suoi pazienti e in generale lo sviluppo di una visione centrata sul paziente (*patient centered*).

Il crescente numero di ammalati che, sempre più frequentemente, ha fatto valere giudizialmente la (presunta) colpa professionale del medico, fondata in molti casi sull'imprudenza e negligenza nel formulare la diagnosi o sul mancato approfondimento degli accertamenti diagnostici, oltre che sulla mancata informazione e acquisizione del consenso, ha incrementato notevolmente il contenzioso su tale delicata materia rafforzando le richieste di una attiva partecipazione da parte del paziente e il suo diritto all'autodeterminazione e all'autonomia.

L'introduzione del “consenso informato” riflette la percezione che gli individui debbano essere coinvolti nelle decisioni prese in merito alle terapie a cui verranno sottoposti.

Il passaggio da una relazione in cui il medico decide e dirige il trattamento a una in cui il paziente acquista maggiore autonomia e potere mette in discussione l'appropriatezza, fino ad ora data per scontata della terminologia usata per descrivere individui che entrano in contatto con i servizi sanitari.

Una breve sintesi sull'etimologia dei termini può aiutare a comprendere meglio queste differenze. Il termine paziente deriva dal latino *patiens*, participio presente di *patior* che significa soffrire ed è generalmente definito come la capacità di tollerare problemi o sofferenze, senza reagire, rimandando quindi all'idea di un'attesa passiva, ma il termine, che ha a che fare anche con la perseveranza e a meticolosità, generalmente in opposizione al termine *agens*, fa riferimento a qualcosa e qualcuno che “subisce l'impressione da un agente”, “che è affetto da”. I termini consumatore o cliente possono essere visti come portatori di elementi di maggiore e attiva partecipazione rimandando all'idea che i servizi medici siano dei beni di consumo governati dalle leggi di mercato. Implicito nel termine consumatore è che questo sia l'unico e il solo arbitro dei suoi bisogni, e il ruolo di chi offre beni di consumo è quello di soddisfare questi bisogni.

Infine, il termine cliente ha radici latine e rimanda all'idea di dipendenza, ed è generalmente utilizzato per definire qualcuno che è sotto la protezione di

---

<sup>12</sup> Il termine “bioetica” fu introdotto nel 1970 dall'oncologo Van Rensselaer Potter in un suo articolo “Bioethics. The science of survival” e la descrive come una nuova disciplina che combina la conoscenza biologica con la conoscenza del sistema dei valori umani. Gli sviluppi del sapere scientifico tecnologico fanno sorgere i timori di un uso “indiscriminato” e potenzialmente dannoso che riguardano in particolare le professioni sanitarie, le ricerche sperimentali – anche non terapeutiche- sull'uomo e sugli animali, la politica sanitaria, la medicina del lavoro, la politica demografica nazionale e internazionale, l'ambiente, il biodiritto (traduzione in leggi dei principi bioetici a partire dalla pluralità degli orientamenti bioetici esistenti in una nazione), l'educazione (si richiede, ad esempio nelle famiglie e nelle istituzioni formative un'educazione su alcuni temi fondamentali di bioetica, quali l'origine, le forme e il senso della vita la centralità dell'individuo, la sessualità, con particolare riguardo ai metodi anticoncezionali, alle tecniche di fecondazione artificiale, all'aborto e alla sterilizzazione, l'accanimento terapeutico e l'eutanasia, l'ambiente, la droga). In sintesi oggetto della bioetica sono gli interventi connessi con la pratica e lo sviluppo delle scienze mediche sulla vita del singolo individuo.

qualcun altro, è il caso per esempio di una persona che acquista i servizi o i consigli di un professionista, come un avvocato.

Alcuni autori sostengono fortemente l'eliminazione del termine paziente in favore di una terminologia che renda conto di una sua maggiore partecipazione all'interno della relazione terapeutica (Deber et al. 2005, Nettelton 1997), una posizione estrema è quella di chi parla di morte del paziente, nel senso etimologico del termine e di nascita del "knowledge-changelling activist" (Hess 2004, p. 697) Altri autori, inoltre, pur difendendo la consueta terminologia, ritengono necessaria la conduzione di indagini che aiutino a comprendere quale sia il senso attribuito ai diversi termini. In generale i risultati di queste indagini sembrano concordare sul fatto che il termine paziente sia largamente preferito anche se vengono rilevate alcune variazioni connesse alla percezione dello stato di salute (un individuo affetto da una patologia cronica preferisce il termine paziente rispetto a un individuo sano che viene sottoposto a degli esami di controllo periodici) e al tipo di organizzazione del sistema sanitario nazionale (per esempio, come abbiamo detto, nei paesi dove gli individui pagano per ricevere assistenza sanitaria è più diffusa la percezione di consumatore).

Recentemente è emersa la necessità di ricorrere a terminologie che rendano conto della relazione medico-paziente come uno spazio di condivisione di competenze, una relazione tra esperti, tra *partners* che collaborano alla riuscita di un obiettivo comune.

a meeting between one person who has, by his training and expertise, access to scarce and specialist knowledge and another person, who has, by experience, immersion in his culture and past discussion, a set of ideas about what is happening to him. (Tuckett et al. 1985, in Dowrick, 1997, p.13).

Le implicazioni di questa tesi si basano su una visione della relazione medico-paziente cooperativa e mutuale che conduce a un beneficio reciproco (Dowrick 1997).

Questa visione si basa, inoltre sulla presa in considerazione del fatto che, in primo luogo, ogni incontro tra un medico e un paziente è in qualche senso da intendersi come unico, essendo impossibile tipizzare l'enormità delle possibili varianti e in secondo luogo che la relazione tra dottori e pazienti non si verifica come evento isolato all'interno di uno studio, ma è determinato da una considerevole gamma di fattori che riguardano il contesto sociale più ampio all'interno del quale interagiscono medico e paziente (Dowrick, 1997).

Alcune ricerche in questa direzione hanno cercato di dimostrare che certi tipi di relazione medico-paziente o specifici aspetti di questa relazione, possono essere associati a migliori risultati del percorso di cura e a un generale miglioramento dello stato di salute del paziente.

In particolare Horder e Moore (1990) suggeriscono che il modo in cui medici e pazienti si comportano durante le interazioni di consultazione potrebbe influenzare la salute del paziente.

More control by patients, more expression of emotion, and more information sought and provided have all been shown to be associated with better health and follow up (ibidem, p. 443).

Mentre Huygen e colleghi (1992), in riferimento ai medici di medicina generale<sup>13</sup>, hanno dimostrato l'esistenza di una relazione con lo "stile adottato dal medico" ("working style of General Practitioner") e le condizioni di salute dei pazienti:

Doctors with "integrated" styles, characterized by patient and goal oriented approaches, appear to enable patients to feel more healthy and have more realistic expectations of professional help, than doctor with "interventionist" or "minimal diagnostic style".(ibidem, p.143).

Concezione, questa che in qualche modo avvicina la biomedicina alle pratiche di cura non convenzionali che, generalmente, pongono alla base della relazione terapeutica l'idea di collaborazione tra chi dà e chi riceve cura:

il nostro ruolo è solo quello di sostenere un processo di guarigione che il corpo, con le dovute risorse di tempo e di spazio, porterebbe a termine in ogni caso, noi solo aiutiamo e sosteniamo la persona in questo processo, del resto se si rivolge a un operatore shiatsu significa che ha già deciso, ha già scelto, di cambiare, di guarire, noi la aiutiamo solo a trovare la strada e a percorrerla, per questo è fondamentale che la persona ne abbia l'intenzione... è lei che aiuta voi, lei e il suo corpo sanno già che cosa fare, hanno solo bisogno dello spazio e del tempo necessari, ecco quello che facciamo, procuriamo lo spazio e il tempo, ma la persona che avete di fronte è solo lei che sa, conosce e sceglie come e se stare meglio oppure no, non solo quando entra nel vostro studio, per ricevere un trattamento, ma anche e soprattutto durante la giornata, attraverso quello che mangia, quello che fa per prendersi cura di sé... (insegnante\_registrazione lezione A\_4\_05\_2008).

e quanto e cosa sa chi riceve il trattamento rispetto al suo corpo:

durante il trattamento mantenete con il vostro cliente un contatto verbale continuo, è lui che vi guida, descrivendo quanto sta accadendo al suo corpo, se prova dolore allora chiederete che dolore? Come lo descriveresti? Tutto quello che il vostro cliente sa ed è disposto a dirvi è fondamentale per svolgere il vostro lavoro. (insegnante\_registrazione lezione\_A\_6-07-2008)

---

<sup>13</sup> I medici generici o di medicina generale sono molto spesso protagonisti di questi dibattiti anche in relazione alla diffusione delle medicine non convenzionali o a possibili forme di integrazione, in proposito Lalli sottolinea: "molti medici generici, visto il decrescere del proprio prestigio a fronte delle specializzazioni in aumento e data anche la sproporzione tra le proprie aspettative di ruolo e il poco rilievo riconosciuto nello svolgimento della professione, si troverebbero spinti a cercare strade "alternative" che possano loro assicurare una "efficacia terapeutica" tutta speciale, nonché una nuova possibilità di risposta globale ai problemi dei pazienti" (Lalli 1988, p. 71).

Questo aspetto non solo implica una maggiore partecipazione del cliente nel portare a termine percorso terapeutico, ma, più in profondità, rimanda a un'idea di "scambio"<sup>14</sup> tra i due soggetti che interagiscono nella relazione di cura:

ascoltare il corpo del vostro cliente significa ascoltare voi stessi, il trattamento è un ritmico dare e ricevere... alla fine di ogni trattamento, vedrete, vi verrà spontaneo ringraziare la persona con cui avete lavorato... e comincerete proprio dai vostri compagni di corso (insegnante, registrazione lezione\_A\_11-11-2008)

alla fine di un trattamento ringrazio sempre il mio cliente, per avermi concesso la sua fiducia, certo, ma questa è solo una piccola parte è soprattutto per avermi permesso di ascoltare la sua storia, quella che il suo corpo racconta, per avermi concesso di essere testimone del suo corpo, di poterlo contattare... mi commuove ancora, poter sentire la forza vitale all'opera nel corpo, è un momento unico e profondamente originario... (intervista\_operatore\_F\_32).

Emerge, però, a questo punto una profonda differenza tra medicina convenzionale e pratiche di cura non convenzionali che riguarda l'idea di competenza che viene attribuita al paziente, e, di conseguenza la rappresentazione della persona che riceve cura come "storia che deve essere ascoltata". Se nelle pratiche di cura non convenzionali è la persona, che competente su quanto sta accadendo al suo corpo, può raccontare i propri dolori, disagi e sofferenze costruendo attivamente il percorso da intraprendere verso la guarigione, nella medicina scientifica diversamente viene riconosciuta al paziente l'esigenza di essere competente su quale tipo di trattamento gli verrà praticato, su come si svolgerà e quanto durerà la terapia a cui verrà sottoposto e che opzioni alternative ha a sua disposizione, perciò la sua "storia narrata" è

è una storia dei processi della malattia, localizzati spazialmente nelle lesioni dei tessuti e nella fisiologia alterata, e temporalmente nel tempo astratto medicalizzato. La persona, il soggetto della sofferenza, viene rappresentato come il luogo della malattia piuttosto che come agente narrante. (Good, 1999, p. 125).

Oggi più che mai, la componente della collaborazione e della fiducia sembra essere capace di trascendere i confini tra medicina convenzionale e non convenzionale.

Aspetto fondamentale della relazione terapeutica, in generale, la fiducia gioca un ruolo cruciale nelle relazioni tra sapere esperto e sapere comune, in un'epoca caratterizzata dalla complessità e dalla differenziazione, infatti, ognuno di noi sembra avere la necessità di riporre la propria fiducia in qualche forma di sapere esperto, di sistema astratto (Giddens, 1990, p. 89)

---

<sup>14</sup> Rimandiamo a questo proposito al capitolo storico e descrittivo dedicato alla disciplina dello shiatsu e in particolare alla tradizione fondata dal maestro Masunaga.

L'individuo viene così a trovarsi in condizioni di incertezza, sia sull'opportunità delle sue scelte sia sulle loro conseguenze; il bisogno di punti di riferimento e di esperti che guidino o confermino la necessità e l'adeguatezza delle scelte, diventa quindi molto più forte che in passato: cresce non solo la quota del disagio esistenziale e psicologico e del relativo bisogno di sostegno, ma anche la necessità di trovare conferme riguardo ai propri stili di vita, che includono anche le scelte relative al benessere, alla salute, alla cura del corpo. Il bisogno di riconoscimento (Taylor 1992) collegato all'incertezza della scelta, si esprime quindi nel bisogno di approvazione da parte di un sapere esperto, che proprio in quanto tale va visto come il garante di una determinata quota di sapere sociale, e quindi l'esperto (il medico, lo psicologo, o altro professionista) diventa la persona che può ridurre l'incertezza relativa all'elevata complessità del sistema. (Colombo e Rebughini, 2006, pp. 28-29).

Sebbene per molto tempo la medicina scientifica abbia goduto a lungo di una fiducia incondizionata connessa a forme di legittimazione istituzionale, gli autori rilevano come, nonostante il sapere esperto sia ormai elemento costitutivo della realtà è

il contenuto di verità riconosciuto a tale sapere (che) perde la sua valenza universale e la scienza tende a essere riconosciuta valida in base alla sua capacità di soddisfare domande specifiche e con conseguenze che vanno verificate in modo attento caso per caso (...) Non è tanto la fiducia nella medicina scientifica che viene meno, quanto l'assunto che la biomedicina sia sempre positiva, sempre in grado di individuare le cause della malattia e di eliminarle; la perdita di legittimità è soprattutto nell'esperto che non può più contare in modo irriflesso sul suo definirsi scienziato per ottenere credibilità, ma deve dimostrare anche efficacia reale, nel caso concreto della vita quotidiana di chi interpella" (Colombo e Rebughini, 2006, p. 28).<sup>15</sup>

L'accresciuta attenzione verso la dimensione del mercato e dei consumi, la sempre maggiore commercializzazione della sfera del benessere e la presa di coscienza di parte della comunità medica della necessità di costruire una relazione terapeutica basata su un sentimento di reciproca fiducia e collaborazione contribuiscono a sfumare alcuni tratti del confine che separa la medicina scientifica dalle medicine non convenzionali che, in un'ottica di complementarità, si trovano a condividere un numero sempre maggiore di clienti-pazienti, e a contendersi gli spazi della vita quotidiana di questi ultimi. Nel prossimo paragrafo l'analisi si focalizzerà proprio sulle connessioni tra vita quotidiana e processi di costruzione dell'identità e più in generale come questi

---

<sup>15</sup> Confronta anche Good (1991): "la valenza del paradigma empirico sembra sempre meno accettabile. Nessuno osa mettere in dubbio che le scienze biologiche abbiano compiuto straordinari progressi nella conoscenza della fisiologia umana: è che non siamo più disposti a considerare la storia della medicina come una registrazione diretta delle scoperte dei fatti della natura. Considerate la rapidità dei mutamenti nella conoscenza scientifica, e considerare le critiche da parte del modo femminista e delle culture subalterne verso la scienza e la sua autorità, le pretese di "fatticità" sono state seriamente minate: insomma, il ruolo della scienza quale arbitro tra credenza e conoscenza è stato messo in discussione." (Good 1999, p. 36).



rappresentino alcuni degli elementi che caratterizzano il contesto socioculturale contemporaneo in cui si diffondono le pratiche di cura non convenzionali.

*“Sospesa sull’abisso la vita degli abitanti di Ottavia è meno incerta che in altre città.  
Sanno che più di tanto la rete non regge”.*  
Calvino, *Le città invisibili*

### **3. Il contesto socioculturale**

La centralità assunta dalla vita quotidiana nei processi di costruzione dell’identità, la molteplicità delle esperienze e contesti di interazione che mettono al centro il soggetto come costruttore attivo di significati, la pluralità e la differenziazione delle fonti di sapere e di conoscenza che guidano le pratiche individuali, la dimensione dell’apprendimento che caratterizza l’esperienza individuale nella contemporaneità vengono messe in luce, in questo contesto, come strettamente connesse alla diffusione delle pratiche di cura non convenzionali in epoca contemporanea.

#### **3.1. Identità e organizzazioni**

Il tema dell’identità ha sempre rappresentato un fondamentale oggetto di riflessione in ambito sociologico, per quanto ambigua e non priva di contraddizioni la problematizzazione del tema dell’identità, che meriterebbe un maggiore approfondimento, può essere sintetizzata, in questa sede, in tre passaggi significativi.

Il primo fa riferimento allo struttural-funzionalismo, e al contributo di Parsons in particolare, il quale attribuisce un valore centrale all’identità considerandola una funzione determinante per l’integrazione a livello del sistema sociale. In questa prospettiva l’identità è socialmente determinata dal ruolo svolto in un determinato contesto sociale avviene tramite l’interiorizzazione da parte dell’individuo delle norme e dei valori della comunità a cui appartiene che gli permette di ottenere un riconoscimento collettivo.

Il passaggio successivo è quello dell’interazionismo simbolico, della sociologia fenomenologica, della teoria della costruzione sociale della realtà (Berger e Luckman 1996) e dei contributi di Goffman, che hanno spostato l’accento sui processi di interazione e di differenziazione sociale: in una società che si specializza e si differenzia, l’identità viene anch’essa investita dal processo di differenziazione e dalla crescente pluralizzazione dei ruoli sociali.

Con la scuola dell’interazionismo simbolico e della psicologia sociale, in particolare, l’individuo costruisce il suo senso di identità proprio entro le relazioni sociali in cui è coinvolto. In questa accezione il riconoscimento gioca un ruolo fondamentale nel processo di costruzione dell’identità individuale. Non più determinato dalla conformità alle norme e valori istituzionali è il prodotto di procedure interpretative che avvengono nell’interazione sociale.

L’identità si presenta quindi come un esito del processo di interiorizzazione di norme e valori o come prodotto dei processi di interiorizzazione simbolica che avvengono nelle interazioni sociali.

Il processo interpretativo che permette al soggetto di costruire la sua identità in base all’immagine che lui pensa venga percepita dagli altri con cui interagisce, lascia un ampio margine di libertà, non trattandosi più di un ruolo determinato a priori dalle norme e dai valori sociali che regolano l’interazione ma sottintende un processo di costruzione e di ricostruzione individuale.

Pur condividendo con le teorie struttural-funzionaliste una forma generale del processo di riconoscimento – in entrambi i casi, infatti, il riconoscimento sembra provenire da un ordine situato all’esterno dell’individuo, quello

normativo o quello del rituale dell'interazione (Goffman 1988) – l'identità di stampo interazionista sottolinea l'importanza dell'attività interpretativa del soggetto attenuando così il peso della dimensione strutturale come vincolo esterno e condizionante sulla costruzione della propria specificità individuale focalizzando l'attenzione sui processi attraverso cui gli individui danno senso alla realtà in cui vivono, attraverso le interazioni e le esperienze che avvengono nella vita quotidiana (Sciolla, 2000).

L'identità non è allora più definibile in termini universalistici ma si afferma come valenza soggettiva, non è solo il frutto e il risultato di una ricerca intersoggettiva e di conformità con un sistema di valori ma diviene percorso individuale, anche non lineare, instabile e complesso” (Viteritti, 2005 p. 41).

Progressivamente si assiste alla crisi dell'idea forte di identità, fondata su meccanismi di riconoscimento universali, ma ancora capace di trattare la complessità e l'incertezza seppur in condizioni di limitata razionalità (Simon 1984).

La crescente frammentazione del sistema indebolendo l'idea di razionalità indebolisce parallelamente quella d'identità. In questa prospettiva i cambiamenti strutturali che caratterizzano la post-modernità non permettono più di definire l'identità a partire da criteri oggettivi ma si sviluppa sempre più come un processo di autoriconoscimento che privilegia la capacità individuale di attribuire significato alle proprie esperienze, senza una predeterminazione a livello sistemico (Taylor 1993).

È a partire da queste posizioni che si sviluppa una terza prospettiva, che non ha una sua unità interna, ma piuttosto comprende una varietà di contributi e accenti che pongono al centro i concetti di complessità e differenziazione come caratterizzanti il processo di costruzione dell'identità in epoca contemporanea.

L'aumento della complessità fa indebolire il legame tra ruolo e identità, il modello dell'attribuzione perde quindi consistenza, perché i ruoli diventano molteplici, contemporanei e a volta in conflitto fra loro.

Tale allontanamento tra individuo e sistema sociale farà emergere da un lato i processi di moltiplicazione, pluralizzazione e frammentazione dell'identità e dall'altra porrà in modo nuove la questione della possibilità di un'identità che, seppure immersa in un mutamento profondo, non rinunci a pretese di unicità e autenticità. (Viteritti, 2005, p. 39).

Il soggetto, vittima dell'incertezza o *bricoleur* di significati rimane al centro della scena.

Di fronte al pericolo della dissoluzione dell'individuo nell'esperienza quotidiana incapace di pervenire a un senso di coerenza e di stabilità in una realtà sociale pervasa dall'incertezza e dalla frammentazione teorizzato da alcuni, si pensi, per esempio all'immagine del sé plurale di cui parla Berger, emblematico del senso di un progressivo svuotamento delle fonti sia esterne che interne di costruzione dell'identità, o ancora a quella del vagabondo senza meta (Berger, Berger, Kellner, 1983), del narciso e dell'io minimo (Lasch, 1981, 1985) o del pellegrino di Bauman (1995) altri propongono visioni meno catastrofiche in cui gli individui più che “vittime della situazione” appaiono

come “agenti in maniera creativa cercando di costituirsi come soggetti dei propri atti sociali” (Sciolla, 2000, p. 24)<sup>16</sup>

La ricerca di sé si sposta verso le dimensioni delle pratiche e delle relazioni sociali in cui il linguaggio si rivela ponte per la costruzione di percorsi di significato tra gli attori:

La capacità di elaborazione interna dei significati personali è altrettanto importante per il soggetto quanto le capacità di interiorizzare modelli e valori culturali collettivamente condivisi. (Crespi, 1996, p. 87).

Il cammino verso l'individuazione da processo incerto e rischioso di un soggetto solitario diventa terreno di socializzazione mediato linguisticamente (Habermas, 1981), esperienza di apprendimento continuo, *lifelong learning* (Balbo 2004, p. 343), possibilità di espressione creativa della propria unicità attraverso la narrazione (Melucci, 1991, 2000), in questa prospettiva il soggetto diventa autore e soggetto della sua esistenza, filo conduttore che ricompona la pluralità dei percorsi, delle esperienze e delle sue pratiche quotidiane.

L'identità è quindi fondata sull'atto interpretativo del singolo sulla sua capacità di apprendere integrando, verificando e modificando di volta in volta le diverse immagini di sé che emergono dalla molteplicità delle relazioni sociali di cui fa esperienza, perché “malgrado tutti i cambiamenti che l'individuo conosce, egli continua ad essere, tutti i giorni, lo stesso”. (Viteritti, 2005, p. 33)

L'identità si muove allora sulla soglia di questo *limine*, tra la definizione più intima dell'individuo con sé stesso e quella pubblica, sociale, esposta a tutte le incertezze della modernità. (Viteritti, 2005, p. 33).

La tensione tra la dimensione soggettiva e quella strutturale che da sempre accompagna il processo di costruzione dell'identità, diventa centrale in epoca contemporanea.

Questa irriducibile tensione, già rilevata da Simmel (1908), che vede l'identità inserita in una duplice dinamica, da un lato legata al contesto sociale in cui l'individuo è inserito (identificazione) e dall'altro connessa soprattutto all'affermazione della propria specificità e identità individuale (differenziazione), considerata dalle teorie di matrice struttural-funzionalista come semplice incongruenza e discrepanza di adattamento del soggetto al sistema, diventa tema centrale nella contemporaneità.

Più recentemente, Melucci (2000), ha sottolineato, in particolare due aspetti di questa ambivalenza, il primo riguarda la relazione circolare tra individuo e sistema:

L'autonomia e la capacità individuale non sono semplice riflesso della struttura, un gioco di marionette manovrato da una dimensione più profonda e invisibile. Devono invece essere pensate come elementi costitutivi del sistema che stanno in rapporto circolare con la struttura. (Melucci, 2000, p. 72).

---

<sup>16</sup> Si vedano a questo proposito, il *savoir-faire* teorizzato da Foucault come estetica dell'esistenza, o l'identità passiva di Levinas (1983), che pur resiste ed è presente e la critica di Taylor (1993) al dissolvimento dell'identità che vede nella nuova forma individualismo una nuova morale per il soggetto.

Il secondo fa riferimento, invece al suo carattere relazione e sociale:

L'identità definisce dunque la nostra capacità di parlare e di agire differenziandoci dagli altri e restando noi stessi. Ma l'autoidentificazione deve godere di un riconoscimento inter-soggettivo per poter fondare la nostra identità. La possibilità di distinguerci dagli altri deve essere riconosciuta da questi "altri". Dunque la nostra unità personale, che è prodotta e mantenuta attraverso l'auto-identificazione, si appoggia a sua volta sull'appartenenza a un gruppo, sulla possibilità di situarci all'interno di un sistema di relazioni. Nessuno può costruire la sua identità indipendentemente dalle identificazioni che gli altri gli rinviano. Ciascuno deve supporre che la sua distinzione dagli altri sia ogni volta riconosciuta da questi e ci sia reciprocità nel riconoscimento intersoggettivo ("Io sono per Te il Tu che Tu sei per Me"). È dunque impossibile separare in modo rigido gli aspetti individuali e gli aspetti relazionali e sociali dell'identità. Nella storia individuale l'identità si presenta come un processo di apprendimento, che porta all'autonomizzazione di un soggetto. (Melucci, 1991, p. 37).

Ponendo l'accento sul carattere processuale e dinamico dell'idea di identità:

La parola stessa "identità" è inadeguata per esprimere questo cambiamento e sarebbe necessario parlare di *identizzazione* per esprimere il carattere processuale, autoriflessivo e costruito della definizione di noi stessi. (Melucci, 1991, p. 38).

Il peso di questa ambivalenza emerge, a nostro avviso, come avremo modo di vedere, proprio nei contesti organizzativi in cui si esplicita la relazione tra senso soggettivo e culture organizzative.

Le organizzazioni, tradizionalmente rappresentate come luoghi di razionalizzazione e di estraniamento individuale, divengono, in epoca contemporanea, contesti di interazione tra i processi di adesione alla dimensione strutturale e processi di personalizzazione, pur mantenendo la loro capacità "di orientare l'uso delle conoscenze, di prescrivere comportamenti e di formare valori estendibili anche alla vita sociale" (Viteritti, 2005 p. 15).

Parti integranti della nostra quotidianità le organizzazioni influenzano profondamente il nostro modo di conoscere e di dare senso alle nostre esperienze all'interno ma anche all'esterno di queste.

Riportiamo a questo proposito alcune considerazioni di Viteritti che definisce l'organizzazione

come un contesto di socialità in cui sono combinate, in modo costante e irriducibile, spinte di razionalizzazione insieme a istanze di soggettivazione (...). E' un agente rilevante della vita sociale poiché il modo in cui si vive nelle organizzazioni influenza le vite professionali, ma anche, a volte profondamente, quelle personali (...). Si può certo affermare che buona parte della nostra vita si svolge, ed è coinvolta, in mondi organizzati che sono, di fatto, forme di vita collettiva oltre che luoghi di esperienza individuale. (Viteritti, 2005, pp. 69-70).

Storicamente considerati principi ordinatori dei comportamenti individuali e fonti di integrazione sociale e del senso di appartenenza, i contesti organizzativi, in accezioni più contemporanee, in cui si assiste allo slittamento da concezioni unificanti e sovraordinate verso l'emergere di approcci sempre meno deterministici, divengono spazi "eterogenei, mutevoli e imprevedibili"

di azione sociale dove spinte motivazionali e di interessi individuali si intrecciano con obiettivi di integrazione sociale, dove la costruzione di individualità orientate sulla base di significati autonomamente elaborati avviene anche attraverso l'intesa con altri (Viteritti, 2005, p. 73).

È allora possibile parlare di organizzazione

come rete, come cultura e come contesto di apprendimento, come circuito di comunicazione e come spazio sociale di interazione (Viteritti, 2005, p. 79).

Alla base di questo approccio, che rappresenta le organizzazioni come contesti di relazione (Weick, 1988) sta l'idea che i processi organizzativi sono il risultato, mai definitivo, dell'interazione tra diversi gruppi sociali interni ed esterni all'organizzazione, processi di negoziazione e adattamento che possono favorire l'emergere di logiche di cooperazione ma anche di competizione all'interno di reti organizzative. (Viteritti, 2005, p. 80).

Le organizzazioni divengono spazi di apprendimento e di circolazione del sapere, comunità di pratiche (Gherardi e Nicolini, 2004) in cui gli individui:

agiscono capacità, producono significati, usano e creano linguaggi, improvvisano e maturano modalità d'agire, definiscono progetti soggettivi e collettivi che possono poi trovare permanenza o rifiuto all'interno di contesti dotati di senso anche personale. (Viteritti, 2005, p. 72).

In questa prospettiva le organizzazioni richiedono ai soggetti la continua ricerca di un equilibrio tra riconoscimento e autorealizzazione, o, detto in altri termini, di essere "capaci di formare se stessi nell'appartenenza ai contesti organizzativi." (Viteritti, 2005, p. 15)

La contrapposizione tra autoriconoscimento e riconoscimento che si rileva nei contesti organizzativi ci permette di considerare le organizzazioni come "prodotti culturali e spazi relazionali" (Viteritti, 2005, p.71) non separabili dalla vita quotidiana (Weick, 1993, p. 358), in cui si riflette la continua ricerca individuale del fragile equilibrio tra spinte verso l'integrazione e quelle verso la differenziazione:

Se è vero che la nostra identità si fonda soltanto in una relazione sociale e perché ci sia identità deve esserci interazione, riconoscimento reciproco tra noi e gli altri, allora l'identità contiene una tensione irrisolta e irrisolvibile tra la definizione che diamo di noi stessi e il riconoscimento che gli altri ci danno. L'identità comporta un divario tra l'auto-identificazione e l'identificazione che ci viene dall'esterno. (Melucci, 1991, p. 39).

Ed è proprio quest'ultimo autore che nell'analisi dei processi di costruzione dell'identità nel contemporaneo scenario complesso, incerto e differenziato coglie una possibilità, quel *gioco dell'io* che nel fluire dell'esperienza recupera la dimensione interna dell'esistenza:

Un mondo che vive la complessità non può sfuggire l'incertezza e chiede agli individui la capacità di mutare forma restando se stessi. Le dimensioni costitutive dell'io non sono più un dato ma un problema: tempo e spazio, salute e malattia, sesso ed età, nascita e morte, riproduzione e amore. L'io, non più solidamente imperniato su una identificazione stabile, ha gioco, oscilla e si moltiplica. "Ha gioco" si dice nel linguaggio meccanico di quell'ingranaggio che non è rigidamente trattenuto nella sede del suo incastro. Di questo movimento l'io può tremare, e perdersi. **Oppure può imparare a giocare.** (...) Il processo di individuazione ha bisogno allora di accedere al tempo interno, a quelle dimensioni corporee e affettive che ci permettono di vedere, sentire, pensare, comunicare: di costruire cioè consapevolmente il campo della nostra esperienza, giocando via via nuovi giochi. (Melucci, 1991, p. 11).

*Chi arriva a Tecla, poco vede della città, dietro gli steccati di tavole, i ripari di tela di sacco, le impalcature le armature metalliche, i ponti di legno sospesi a funi o ostenti da cavalletti, le scale a pioli, i tralicci. Alla domanda: - Perché la costruzione di Tecla continua così a lungo? - gli abitanti senza smettere di issare secchi, di calare fili a piombo, di muovere in su e in giù lunghi pennelli, -Perché non cominci la distruzione, -rispondono. E richiesti se temono che appena tolte le impalcature la città cominci a sgretolarsi e a andare in pezzi, soggiungono in fretta, sottovoce: -Non soltanto la città. Le città invisibili, Calvino*

### **3.2. Individui, vita quotidiana e pratiche di cura**

A partire dall'analisi del contesto socioculturale vediamo come e perché possiamo considerare la pratica di cura elemento centrale della costruzione dell'individuo e dimensione fondamentale della vita quotidiana. Le modalità di cura che pervadono la nostra quotidianità rientrano come elementi costitutivi del processo di costruzione dell'identità.

Concetto di vasta portata, l'interesse per la vita quotidiana, sancisce la nascita del filone di studi sociologici che focalizza l'attenzione nella "familiare cornice delle nostre conversazioni, delle azioni consuete, degli scambi più ordinari" (Jedlowski, 2005, p. 9)<sup>17</sup>.

Già Simmel aveva in un certo senso riconosciuto l'importanza della dimensione quotidiana nella sua analisi della modernità sottolineando la natura complessa della relazione che lega la quotidianità individuale alla realtà sociale.

Emblematico a questo proposito il brano suggestivo tratto da *Il gioco dell'io* di Alberto Melucci:

Ogni giorno, tutti i giorni, compiamo gesti abituali, ci muoviamo al ritmo delle scadenze esterne o personali, coltiviamo memorie e progettiamo il futuro. E come noi tutti gli altri. Le esperienze quotidiane sembrano solo frammenti di vita individuale, lontani dagli eventi collettivi più visibili e dai grandi mutamenti che attraversano la nostra cultura. Eppure in questa trama minuta di tempi, di spazi, di gesti e relazioni avviene quasi tutto ciò che è importante per la vita sociale. Qui si produce il senso di quello che facciamo e si radicano le energie da cui scaturiscono anche gli eventi clamorosi. (Melucci, 1991, p.9).

Secondo la gran parte degli autori che si occupano di sociologia della salute uno dei cambiamenti più evidenti che si sono verificati nel passaggio dalla

---

<sup>17</sup> Il concetto di vita (*Leben*), così come quelle di esperienza vitale (*Erleben*) e di vissuto (*Erlebnis*), diverranno nozioni fondamentali nel contesto dei successivi sviluppi delle scienze sociologiche e della filosofia, dando vita all'intenso dibattito epistemologico che investirà tutte le scienze "storiche" e "umane", cioè tutte quelle scienze che avendo come oggetto di studio l'esistenza dell'individuo a partire dal prodotto delle sue azioni storicamente situate, devono inevitabilmente confrontarsi con la questione dell'interpretazione intesa come comprensione del contesto di riferimento di quel particolare vissuto, di quella particolare opera o azione. Le tesi di Heidegger e di Dilthey verranno in seguito sviluppate da Hans Georg Gadamer considerato il padre dell'ontologia ermeneutica che concepirà la comprensione come subordinata all'appartenenza a una tradizione culturale e linguistica che ne costituisce l'orizzonte di riferimento. La relazione tra storia e linguaggio fornirà a quest'ultimo lo status di strumento fondamentale ai fini dell'interpretazione, così come verrà teorizzato in seguito da Wittgenstein. La stessa concezione del linguaggio come orizzonte di riferimento per attribuire senso alla molteplicità delle relazioni che l'individuo esperisce con gli altri e con il mondo esterno e quindi come punto di partenza di ogni attività di significazione, interpretazione e comprensione dell'esistenza è alla base della filosofia fenomenologica di Edmund Husserl.



modernità alla contemporaneità riguarda una progressiva terapeutizzazione della vita quotidiana:

La vita quotidiana sta infatti diventando oggetto di cura come mai era accaduto prima. In essa si esercita ormai in modo continuo l'intervento di specialisti, il cui compito, prima che risolvere problemi è diventato proprio quello di individuarli. Le stesse politiche dei servizi sociali e sanitari alimentano questa tendenza, giacché gli interventi di prevenzione operano ormai secondo una logica di classificazione preliminare di categorie sociali, territoriali ed epidemiologiche che coinvolgono gli individui in quanto appartenenti a un certo gruppo e li mettono nei canali predisposto per il trattamento del problema patologico o per la riduzione del rischio. I messaggi di allarme legati all'effettiva vulnerabilità dei sistemi sociali complessi nei quali viviamo creano così continuamente il loro pubblico e prefigurano gli utenti di interventi sanitari. Accanto ai messaggi di allarme si diffonde poi anche una grande quantità di messaggi salutistici e si estende enormemente il mercato del benessere fisico. Ciò aumenta l'informazione circolante, ma finisce per influenzare la percezione che gli individui hanno del loro status di salute e di malattia. (Melucci, 2001, pp. 11, 12).

le cui cause vengono individuate, secondo alcuni nella complessa relazione tra gli effetti prodotti dall'affermazione della medicina

come sapere scientificamente organizzato e come istituzione sociale differenziata gestita da professionisti cui affidare il contrasto della malattia, sia per intervenire con una cura quando si sia già manifestata, sia per programmare e realizzare piani d'azione finalizzati a prevenirla. (Neresini, 2001, p. 21)

andando progressivamente a influire su molti ambiti della vita individuale:

La progressiva tecnologizzazione e specializzazione della medicina scientifica contribuisce a moltiplicarne in modo esponenziale gli ambiti di competenza fino a comprendere pratiche che sarebbe difficile considerare in senso tradizionale come pura assenza o riparazione della malattia. Si pensi a pratiche ormai largamente diffuse come le diete dimagranti a scopo estetico, alla chirurgia estetica, alle pratiche di fecondazione assistita o alla cultura del fitness che investe settori sempre più ampi di popolazione. Gli stessi sistemi giuridici hanno riconosciuto un ampliamento del concetto di "diritto alla salute", includendovi ad esempio il diritto di un soggetto a modificare il proprio sesso come elemento necessario al raggiungimento del proprio benessere psicofisico. (Neresini e Bucchi, 2001 p. 15).

Altri autori sottolineano come il successo della medicina scientifica avvenuto nel diciannovesimo secolo con "l'eliminazione di vecchie forme di mortalità e morbilità" (Ingrosso 1994, p. 72) che hanno afflitto la modernità e l'accresciuta capacità di intervento mirato nelle patologie acute e infettive, abbia comportato un'accresciuta incidenza delle malattie croniche e degenerative, che, in concomitanza con i cambiamenti di carattere generale, spingono in primo piano

l'individuo rispetto alla comunità, il soggetto invece che la collettività e contribuiscono a rinforzare il processo di individualizzazione.

Come rileva Colombo, infatti, la malattia non è più evento sociale che coinvolge l'intera collettività, la malattia cronica e degenerativa diviene "modalità possibile di vita":

Essere malato non è più una condizione momentanea e transitoria, diviene una condizione di vita, un aspetto sempre più comune della condizione umana, soprattutto per gli anziani. Non è più un ruolo transitorio, una parentesi ben definita ai cui modelli di comportamento attesi sono chiari e univoci, ma diviene uno dei tanti aspetti della nostra vita quotidiana. Una delle preoccupazioni principali sembra allora essere la possibilità e la capacità di evitare che la malattia prenda il sopravvento completo su tutti gli altri aspetti di cui si compone la quotidianità. (Colombo, 2001, pp. 143-144).

Questi cambiamenti, inoltre favoriscono processi secondo cui individui affetti da patologie croniche o a lungo decorso acquisiscono una maggiore autonomia sviluppando conoscenze e competenze, anche tecniche, sulle loro condizioni e sulle possibilità di trattamento (Neresini, 2001, p. 39)<sup>18</sup>.

L'accresciuta autonomia individuale in relazione alla pluralità delle fonti di informazione intorno alle pratiche di cura contribuisce ad aumentare l'importanza della vita quotidiana, del privato come spazio entro cui gli individui conferiscono senso alla salute, alla malattia e alla cura. Introducendo così un principio di alterità, che

inserisce criteri di giudizio diversi da quelli del sapere biomedico, parla il linguaggio della vita quotidiana e non quello della conoscenza scientifica. (Guizzardi, 2004, p. 9).

L'autonomia del soggetto si riflette nel più ampio contesto socioculturale in termini di domanda di mercato ed è connessa con l'idea di "pluralismo medico" (Colombo e Rebughini, 2003, 2006)<sup>19</sup>.

La pluralità delle fonti di identificazione che come abbiamo visto caratterizza l'esperienza quotidiana della contemporaneità viene favorita anche dal progressivo indebolimento della regolamentazione del comportamento nei

---

<sup>18</sup> Andando a confermare quanto già osservato in precedenza nel paragrafo "pazienti, clienti, consumatori".

<sup>19</sup> Dal punto di vista degli utilizzatori questo termine descrive il fatto che quando una persona si ammala ha a disposizione numerose opzioni di trattamento e differenti modi di reperire l'aiuto di cui ha bisogno: la famiglia, il gruppo di amici, il medico generale, o un medico specialista, il farmacista, un operatore di medicine non convenzionali, un consulente virtuale... ecc L'uso diffuso delle terapie complementari è un tema comune in letteratura. Le ragioni per cui le persone scelgono queste terapie includono visioni positive della terapie complementari, inefficacia della medicina ortodossa, possibilità di comunicazione con il terapeuta e una crescente offerta sul mercato. (Colombo e Rebughini, 2003, 2006, Murray e Sheperd 1988).

Utilizzate per mantenere o migliorare lo stato di salute o come metodo di prevenzione, per il trattamento di malessere minori percepiti come limitanti, ad esempio disturbi di natura psicosomatica come l'ansia e gli attacchi di panico oppure emicranie e mal di testa di natura cronica, per la cura di disturbi di natura muscolo scheletrica, come artriti, reumatismi, o anche per il trattamento di gravi malattie croniche (Richardson J, 2001 Thoma et al, 1991, Fulder 1996, Wadlow e Peringer 1996 Cant e Sharma, 1996, Rebughini e Colombo, 2003, 2006, Lalli, 1988, Barnes, 2003, Furnham e Kircaldy 1996, Vincent e Furnham 1996) le ragioni per cui ci si rivolge alle medicine non convenzionali includono insoddisfazione verso il modello della medicina scientifica nei termini di efficacia o sicurezza e la percezione che le medicine non convenzionali non abbiano effetti collaterali ma anche ragioni più complesse che sono associate a convinzioni e credenze di natura culturale e personale e a particolari visioni filosofiche dell'esistenza e della salute a esperienze negative con medici professionisti

differenti ambiti sociali Le forme di controllo soprattutto della sfera privata e della cura del corpo che erano monopolio delle grandi istituzioni allentano la loro autorità e la sfera privata invade quella pubblica.

Come sottolinea Sciolla

Non solo le fonti di autorità si pluralizzano ed entrano in competizione reciproca, ma in molti ambiti si “inaridiscono” e diventano incapaci di orientare gli individui. (Sciolla, 2000, p. 24).

Pur persistendo una forte fiducia nelle capacità della medicina scientifica di curare e debellare gran parte delle malattie si assiste a tendenza di riappropriazione da parte dell'individuo del senso dello star bene, tendenza che si rileva e che emerge dalle pratiche quotidiane (Melucci, 2001, p. 12).

L'autorità attraverso cui la medicina occidentale ha esercitato per un lungo periodo il monopolio della definizione delle modalità e delle pratiche di cura viene affiancata, in età contemporanea da una varietà di saperi.

La crescita delle informazioni e delle opportunità disponibili stimolano le domande di salute e le esigenze di riappropriazione di un'esistenza personale orientata verso lo star bene. I segni di questa ricerca di salute sono numerosi, compresa la fortuna di pratiche terapeutiche diverse da quelle della medicina ufficiale, e le quali, al di là del loro statuto scientifico che qui non è il caso di discutere rappresentano certamente un indicatore sociologico della mutata relazione della popolazione con il proprio benessere. (Melucci, 2001, p. 12).

In questa prospettiva le pratiche relative alla salute oggi corrispondono a scelte nell'esperienza quotidiana dei soggetti, fatte con logiche proprie, spesso all'incrocio tra (o anche contro) il sapere istituzionalizzato del modello biomedico e la pluralità e la diversità offerta dalle pratiche di cura non convenzionali.

Proprio questa accresciuta attenzione individuale alle pratiche dello star bene sembra orientare verso una concezione della salute come stato di benessere piuttosto che come assenza di malattia (Ingrosso 1994).

In questo senso nei confronti di una salute, divenuto oramai un concetto omnicomprensivo (Neresini, 2001, p. 37), le pratiche di cura sembrano occupare ampi settori della nostra esperienza.

L'attenzione per la salute e il generale benessere psicofisico, nostro e dei nostri cari, informazioni e consigli per la cura del corpo e degli spazi in cui abitiamo e lavoriamo occupano la nostra quotidianità in misura sempre maggiore. Uno spazio sempre più ampio, popolato da una moltitudine di artefatti (dalle palestre “tutto in uno” che occupano i nostri salotti ai farmaci che occupano gli armadietti dei nostri bagni), strumenti (reali e virtuali), tecniche e ed esperti (anche questi reali e virtuali) che possono aiutarci nell'affrontare questa sempre più incalzante necessità: avere cura di noi stessi.

Nella società del benessere, o nell'ambito di questo pervasivo processo di terapeutizzazione del quotidiano si afferma il bisogno degli individui di occuparsi di sé e della propria salute e la grande disponibilità di informazioni e modalità di cura disponibili, da un lato accresce le nostre conoscenze su di noi

e sul nostro corpo, trasformando la salute più che in qualcosa da possedere (avere) in processo dinamico in continuo divenire (Ingrosso 1994a), dall'altro ci mette di fronte alla necessità di essere coinvolti in continui processi di apprendimento, aggiornamento, verifica delle fonti (Balbo 2004, p. 349)

tutti sono indotti, o costretti, ad interrogarsi, informarsi, dunque in qualche modo ad "imparare", riguardo a quello che si mangia e quanto e come, il fumare o non fumare, l'aria che si respira e l'acqua che si beve, le attività sportive e di fitness; e alla varietà di proposte e opzioni, e i suggerimenti e le regole dei prodotti, di continuo rinnovati e formulati, che da ogni parte vengono forniti. (Ibidem, p. 350)

In questa prospettiva la diffusione delle pratiche di cura non convenzionali si riflette nei percorsi individuali di bricolage terapeutico (Cavicchi 1999, p. 41; Lalli, 1988) attraverso l'intero panorama delle pratiche disponibili

tracciando percorsi preferenziali, costituendo canali sotterranei e accordi, espliciti e impliciti, fra diverse pratiche (Ingrosso 1994a, p. 111).

designando così

uno scenario pluralistico e complesso di pratiche di salute che attraversa e interroga i sistemi socio-sanitari (ibidem)

E in questa varietà di proposte, il bricolage terapeutico diventa occasione di costante apprendimento sanitario (Balbo 2004) in cui l'individuo si mostra, comunque, sostanzialmente scettico nei confronti di un sapere medico indiscutibile e sempre più rifiuta di affidare passivamente sé stesso alla figura del medico, vuole capire, vuole essere informato, collaborare consapevolmente alla scelta delle cure che lo riguardano; e allo stesso tempo è l'evoluzione della medicina stessa che spinge il paziente verso questa responsabilizzazione soggettiva – magari non voluta – in quanto non esiste più una figura unitaria di medico o un insieme coerente e chiuso di sapere medico a cui il paziente si può rivolgere. In presenza di una pluralità di proposte l'individuo è libero di scegliere, ma si assume anche i rischi e i dubbi della scelta della cura e della scelta del medico".(Ingrosso 1994a)

Alla luce della prospettiva socioculturale sviluppata dallo psicologo Kygostskij, agli inizi del secolo scorso, l'apprendimento è visto come un processo coesenziale all'individuo umano in quanto si legata a un modo di "funzionare" delle persone in qualsiasi tipo di situazione. Da questa prospettiva, infatti, soggetti imparano tutte le volte che prendono parte attiva alle loro pratiche e danno senso ai loro comportamenti.

Questa richiama la funzione di partecipazione consapevole alle attività della vita quotidiana, nel tempo libero come nel lavoro:

Apprendiamo, questo va sottolineato, quando lavoriamo e nel nostro "tempo libero" (televisione e internet, pratiche corporee e attività di studio, turismo ed esperienze spirituali), apprendiamo per il fatto stesso di vivere nelle nostre città, di viaggiare, di utilizzare tecnologie di ogni tipo, di passare attraverso le differenti fasi dei nostri lunghi corsi di vita, di

essere parte dell'esperienza della "globalizzazione". Non si tratta né di gruppi esigui, di particolari categorie sociali. In molti modi, nei diversi contesti, con modalità tra loro anche radicalmente differenti, tutti siamo coinvolti. (Balbo, 2004 p. 349).

In questa cornice lo psicologo sociale Engestrom (1995), più recentemente, rivela come gli individui apprendono trovando soluzioni a problemi pratici che hanno luogo nelle pratiche e nelle attività quotidiane.

In questo senso la discussione delle pratiche di cura nasce dall'idea che di fronte a un disagio un malessere che percepiamo come limitante nella nostra quotidianità, di fronte a qualcosa che non "funziona" come dovrebbe, tentiamo di cambiarlo, di migliorarlo, integrando le molteplici forme di sapere offerte dalla contemporaneità realizzando così altrettante

tecnologie del sé che, seppure impiegate in maniera diversa in diversi contesti storici e sociali, hanno lo scopo di realizzare, attraverso l'esecuzione di operazioni sul proprio corpo e sui propri pensieri e stili di vista ecc... un controllo, una trasformazione e, spesso una "fondazione" di sé stessi. (Sciolla, 2000, p.24).

Le "cure per la salute" comprendono quindi, nelle loro molteplici dimensioni e aspetti un insieme sempre più ampio di istituzioni e gruppi sociali, una babele di linguaggi e di pratiche (Cavicchi, 1999) che viste nel loro complesso costituiscono una sorta di filosofia del *care*, orientate al mantenimento e allo stabilimento del benessere.

Se, da un lato, come sottolinea Ingrosso, il progressivo affiancamento all'utilizzo delle strutture di "cura" e terapia (*cure*, nella terminologia anglosassone) di un insieme di "cure" (*care*) orientate al mantenimento o ristabilimento del benessere, si presenta come

una delle modificazioni più rilevanti dei comportamenti collettivi in tema di salute riscontrata nella seconda metà del secolo (Ingrosso, 1994a p. 9).

Dall'altro lato, è importante però tenere in considerazione che

se prendiamo come riferimento le pratiche di "vita buona" e di riproduzione quotidiana – e non solo di terapia e di sanitarizzazione –, non è mai mancato un "tempo delle cure", svolto in particolare dalle donne negli ambienti familiari e comunitari. Esso tuttavia costituiva il retrovia quotidiano di supporto "profano" e "dato per scontato", mentre solo l'apparato "maschile", di intervento sanitario professionale e pubblico, poteva occupare la scena per "officiare" i riti curativi della modernità. (Ingrosso, 1994a, p. 9).

È interessante riportare l'attenzione a questo proposito a quel processo che prese forma alla fine del XVI secolo, nella fase di transizione e consolidamento della professione medica, attraverso cui il codice di comportamento professionale della classe medica progressivamente riuscì ad imporre la propria disciplina attraverso una pianificazione del controllo e una riorganizzazione all'interno delle mura domestiche che produsse una tensione "fatta di ostilità,

battibecchi, rivendicazioni, culminanti e nella demonizzazione delle competenze sanitarie femminili” (Calvi, 1987, p. 55) che fino a quel momento erano state protagoniste e amministratrici degli interni.

In quest’ambito Luigina Mortari (2006) con ampi riferimenti al pensiero femminista che a partire degli anni Settanta mette in discussione la presunta naturalità delle pratiche di cura quotidiane generalmente affidate alle donne, esprime un punto di vista interessante e originale:

Tutti hanno necessità vitale di ricevere cura e di aver cura, perché l’esistenza nella sua essenza è cura di esistere. (Mortari 2006, p. VII).

Le pratiche di cura quotidiane, quindi, divengono una necessità che risponde al bisogno di “garantire la conservazione della vita”:

Fra queste attività si può annoverare il prendersi cura del corpo, procurandogli il nutrimento e assicurandogli riposo (...). I modi della cura che si attualizzano come risposta al sentirsi vincolati a preservare la vita stanno dunque nell’ordine delle necessità, poiché costituiscono una mossa esistenziale obbligata dalla non compiutezza del nostro esserci e dalla nostra fragilità. (ibidem, p. 8).

A partire da queste posizioni la cura di sé non è più un’esigenza esclusivamente e tipicamente contemporanea ma, come sottolineano diversi autori, l’affermarsi delle questioni poste anche dal pensiero femminista ha contribuito a riportare l’attenzione su temi, come quello del corpo e della cura di sé che, per lungo tempo trascurati, rispondono oggi all’emergere di nuovi bisogni ed esigenze “alimentati proprio dalla riflessività e dalla tecnologia contemporanee” (Colombo e Rebughini, 2006, p.2) entrando a far parte della nostra quotidianità.

Le pressioni che la complessità esercita sulla vita degli individui, in un tempo caratterizzato dalla mancanza di riferimenti spaziali e temporali stabili (Melucci, 1991) si riflettono inevitabilmente sulla dimensione corporea:

L’informazione, risorsa centrale per le società in cui viviamo, sconvolge i rapporti spaziali. Anzitutto quello tra spazio e dimensioni. Le società del passato, basate su un’accumulazione di beni materiali, hanno sempre tenuto conto dello spazio come risorsa fisica perché le cose hanno una dimensione. (...). L’informazione invece può essere contenuta in uno spazio infinitesimale, come mostra l’evoluzione accelerata delle tecnologie informatiche, che hanno abolito negli ultimi vent’anni ogni rapporto significativo tra la quantità di informazioni e lo spazio necessario per contenerle. (...) L’informazione trasforma anche un altro rapporto spaziale fondamentale, quello della vicinanza e della distanza. Attraverso le immagini entriamo oggi abitualmente in contatto con spazi che non coincidono con la nostra esperienza fisica diretta. (...) Noi continuiamo tuttavia ad abitare uno spazio fisico, manipoliamo oggetti che hanno dimensioni, dobbiamo colmare fisicamente distanza. Anche qui nascono dunque, novi problemi. Una esperienza multidimensionale, priva di riferimenti spaziali stabili, crea spaesamento e fa perdere le radici.(...) .In uno spazio vissuto prevalentemente sul registro simbolico

tende a scomparire il rapporto con il corpo. Il corpo perde così le sue abilità spaziali e la possibilità di verificare i propri limiti. (...) La scarsità del tempo, la necessità della scelta e dalla rinuncia che ne conseguono, sembrano alla base di molte difficoltà e disagi della vita quotidiana. (...) Il carico di tensione che ne consegue produce stress, la risposta del corpo alla scarsità del tempo e alla minaccia di perdere possibilità. Queste risposte mostrano che le pressioni del tempo sociale si scaricano soprattutto sul corpo. Il disagio, la sofferenza o addirittura la malattia testimoniano la difficoltà di vivere il tempo così come la nostra cultura ce lo propone e come noi contribuiamo a costruirlo. L'attaccamento al passato che dilaga sul resto del tempo, il tentativo illusorio di inseguire tutte le possibilità, la difficoltà a fare del presente un'esperienza reale, riempiendolo di ansia o congelandolo nella noia, e infine i disturbi del ritmo, cioè la difficoltà di alternare velocità e lentezza, azione e riposo, sono altrettanti segnali del difficile adattamento al tempo della complessità. (Melucci, 1991, pp. 23-24 e p. 27).

producendo tentativi di aggiustamento del tutto nuovi che riconducono l'attenzione individuale verso il tempo e lo spazio interiori:

La presenza di se stesso come corpo, mente, spirito è per l'individuo il filo che lega i frammenti della sua vita. (...). Il contatto con l'interno introduce (anche) alla percezione diretta e intuitiva, come conoscenza "altra", che permette di integrare i frammenti discontinui dell'esperienza, i tempi diversi e le rotture che la compongono. Una consapevolezza che includa anche le informazioni del corpo e che sia capace di sintonizzarsi sul registro del "sentire" oltre che del "pensare", allarga il campo della coscienza. (ibidem, p. 59).

Il corpo, che in epoca moderna era stato progressivamente neutralizzato perché ritenuto "ingombrante e inopportuno" (Melucci, 1991, p. 76), ritorna al centro della scena e si apre come "spazio personale, il campo di quella consapevolezza che ci rende diversi dagli altri" alimentando "la nostra ricerca di identità" e nuove "esigenze di autonomia, di espressione, di creatività." (Melucci, 1991, pp. 76-77).

Il corpo, emblema ed espressione concreta dell'ambivalenza che caratterizza i processi di costruzione identitaria in epoca contemporanea, come corpo oggetto, regolato dai criteri di normalità e di adesione alle regole di convivenza sociale e come corpo soggetto "fondamento della nostra persona" (Melucci, 1991 p. 77) diventa

un modo per prendere coscienza di ciò che sta mutando, per portare alla luce livelli dell'esperienza trascurati o ignorati. L'attenzione al corpo è dunque essenziale ma anche una tappa provvisoria nel cammino della consapevolezza, un punto di vista che può rivelare altro, che può far emergere interrogativi nascosti. Il corpo è un messaggio da ascoltare, da decifrare, a cui rispondere. Il corpo parla, non soltanto la sua messa in scena pubblica, ma parla a ciascuno di noi attraverso i suoi segnali. È qui che può essere ascoltato e indicarci le vie della risposta, che sono anche le vie della responsabilità. Del nostro corpo potremo rispondere perché avremo anche imparato a rispondergli. (Melucci, 1991, p. 78).

La frammentazione e l'imprevedibilità del vivere contemporaneo modificano i confini tra interno ed esterno e

Richiedono invece lo sviluppo di qualità di percezione immediata, di consapevolezza intuitiva, di immaginazione, che sono state patrimonio delle culture tradizionali. L'interesse contemporaneo per la saggezza di queste culture è, al di là della moda, un segno significativo del bisogno di unificare l'esperienza su un registro che non sia unicamente quello della razionalità diretta allo scopo. (ibidem, p. 81).

In questo contesto le medicine non convenzionali appaiono come una forma di sapere, che attraverso il suo pluralismo offre altrettante risorse per la costruzione di un sé fortemente radicato nella sua corporeità, divenendo "espressione dei bisogni primari di guarigione, di aspettativa di vita, di durata" (Cavicchi 1999, p. 164).

Questa discussione coinvolge la quotidianità perché quotidiane solo le pratiche di cura che permettono all'individuo di agire, di relazionarsi agli altri, di costruire la propria specificità individuale, in una incessante opera di costruzione e di mantenimento della propria identità, della propria salute che ne permetta l'espressione, del proprio corpo che ne permetta l'azione, proprio come gli abitanti di Tecla, "perché non cominci la distruzione" (Calvino 1972, p. 134)

Sebbene l'idea di essere in salute e di stare bene che tutti noi abbiamo è difficilmente definibile una volta per tutte tramutandosi "in un inafferrabile labirinto di percezioni, significati" (Ingrosso 1994, p. 83) e definizioni, la ricerca si propone di indagare qual è il senso che i membri di un'organizzazione di formazione professionale di medicine non convenzionali vi attribuiscono tentando di cogliere come, per certi aspetti, le pratiche di cura non convenzionali, possano rappresentare un tassello in più nella comprensione di questo "qualcosa di cui – ci accorgiamo ora – cogliamo solo i riflessi, i lampi, le sensazioni" (Ingrosso 1994a, p. 83).



*Giacché per l'uomo nella sua umanità,  
nulla ha valore di ciò che non può fare con passione”  
(Weber, Il lavoro intellettuale come professione, 1948, p 13)*

#### **4. La metodologia... o meglio, alla ricerca di un metodo.**

Prima di procedere alla presentazione del materiale raccolto riteniamo opportuno rendere conto del difficoltoso processo attraverso cui si è giunti all'elaborazione di una metodologia di osservazione, elaborazione e analisi.

Il riferirsi a una metodologia di tipo qualitativo si manifesta sin dall'inizio piuttosto esplicitamente nell'interesse/ intenzione (dichiaratamente personale) di partecipare in prima persona a un percorso di formazione nell'ambito di pratiche di cura non convenzionali nel tentativo di cogliere quale senso gli attori vi attribuiscono attraverso l'osservazione delle loro esperienze.

L'attenersi ai principi dell'ampio paradigma qualitativo ha significato che il posizionamento metodologico non fosse completamente concettualizzato prima che lo studio cominciasse. Piuttosto è emerso e si è evoluto durante il processo di ricerca stesso. Sostenere questo “agnosticismo” metodologico ha permesso di tenere un atteggiamento di apertura e di esplorare svariate possibilità di conduzione della ricerca. Il rimanere con questo “non sapere” è stato indubbiamente scomodo ma ha permesso di riconoscere i metodi di analisi e di elaborazione del materiale più adeguati.

##### **4. 1. Entrare e osservare.**

Partecipare a un percorso di formazione implica l'essere partecipi di ciò che avviene in un'organizzazione, in questo caso, un istituto di formazione professionale e avere, quindi, accesso al particolare universo simbolico inscritto in quella determinata realtà organizzativa. L'elaborazione del quadro teorico di riferimento dei precedenti paragrafi, in cui si sono individuate le prospettive di analisi che in ambito organizzativo mettono in luce la relazione tra progettualità individuali e spinte verso l'integrazione e l'adesione culturale sottolineano, sul piano metodologico, l'importanza di accedere e di comprendere le differenti costruzioni sociali degli attori (Berger e Luckmann, 1996), collocando il punto di vista dell'osservatore in una prospettiva costruttivista.

La prospettiva costruttivista applicata all'analisi delle organizzazioni suggerisce un'idea di cultura organizzativa come

un processo dinamico di costruzione, ricostruzione e distruzione di significati, processo realizzato attraverso azioni e decisioni individuali e collettive definite sulla base di uno scambio continuo intersoggettivo tra gli attori. (Piccardo e Benozzo, 1996, p. 2).

in cui il carattere dinamico si iscrive nelle pratiche, interazioni e negoziazioni che sono oggetto della nostra analisi.

In questo ambito l'utilizzo dell'approccio etnografico<sup>20</sup> allo studio delle organizzazioni si propone di coglierne non solo l'aspetto processuale ma anche

---

<sup>20</sup>La ricerca etnografica è, ovviamente qualcosa di più di un singolo metodo, e può distinguersi dall'osservazione partecipante per diversi aspetti, uno dei quali è la maggiore ampiezza della sua finalità: la descrizione analitica di una

l'insieme degli elementi di fondo, invariante, che contribuiscono alla creazione di quel

sistema di senso, quell'ordine negoziato, quell'insieme di codici in base ai quali vengono attribuiti significati condivisi all'esperienza, rendendo possibile l'azione coordinata (ibidem, pp. 2-3).

In altre parole un insieme di schemi e modelli di riferimento che orientano le percezioni e le interpretazioni della realtà e attraverso i quali si attribuisce significato all'esperienza (Geertz, 1973; Weick 1988).

Il carattere dinamico e processuale della cultura organizzativa rappresenta una prima difficoltà metodologica, in quanto si rende necessaria la presa di coscienza che l'attività interpretativa di chi osserva è invariabilmente imparziale e limitata nel tempo nella consapevolezza che l'analisi e l'interpretazione necessariamente fissano e cristallizzano il fluire continuo delle esperienze. (Schutz, 1932, 1970)

L'ulteriore difficoltà si riferisce alla particolare realtà organizzativa in cui si è condotta l'esperienza nella quale si possono distinguere:

**A.** Un primo livello dato dalla cultura come sapere/saperi dello shiatsu.

Il riferimento è a un patrimonio culturale condiviso e trasmissibile, declinato principalmente in forma di cultura orale ed esperienziale combinata con forme scritte organizzate in dispense, testi, appunti, immagini e video. Si può osservare che è soprattutto a questa dimensione della cultura che gli insegnanti fanno in genere riferimento quando pensano all'apprendimento e all'acquisizione delle conoscenze degli allievi.

**B.** Un secondo livello è quello della cultura come insieme di norme, regole, codici e rituali condivisi che orientano e rendono possibili le interazioni che si esprime nella distribuzione degli spazi, nell'arredamento, nell'abbigliamento, nei riti e nei rituali di interazione collettiva, come ad esempio l'obbligo togliere le scarpe prima di entrare nella stanza, andando a costituire la struttura portante, latente e solo a volte esplicitata, della realtà istituzionale. È una vera e propria cultura della comunità intesa come scuola di formazione, con norme, anche non scritte, e tipizzazione di modalità di comportamento. Questa dimensione più prettamente normativa fa riferimento a quello che sovente viene denominato curriculum nascosto o latente della scuola, a quell'insieme di regole e pratiche che coloro che vi appartengono ben conoscono, ma che invece possono diventare di grande impedimento per coloro che vi entrano per la prima volta. È quella cultura come "insieme di principi di fondo" che viene colta nelle organizzazioni, vera e propria struttura latente attraverso la quale si definiscono sia il rapporto con il proprio ambiente sia i modelli di azione, la natura dei rapporti interpersonali e con l'autorità (Piccardo e Benozzo, 1996, pp. 5-6). Ancora, si può fare qui riferimento alla nota distinzione che Bennett (2002, pp. 25-26) fa tra cultura con la C maiuscola e cultura con la c minuscola. La prima è di tipo oggettivo (quella descritta anche da noi come

---

cultura. Sorvolando per semplicità non poche sottigliezze di carattere metodologico, il presente lavoro accorda un carattere almeno parzialmente etnografico a qualsiasi studio sociale che consenta al ricercatore di immergersi nella vita quotidiana di coloro che vengono osservati. In sostanza, l'impiego di tali tecniche negli studi sulle organizzazioni obbliga, letteralmente, il ricercatore ad affrontare l'interrogativo etnografico fondamentale: che cosa significhi cioè essere, anziché vedere, un membro dell'organizzazione" (Van Maanen 1995, p. 36).

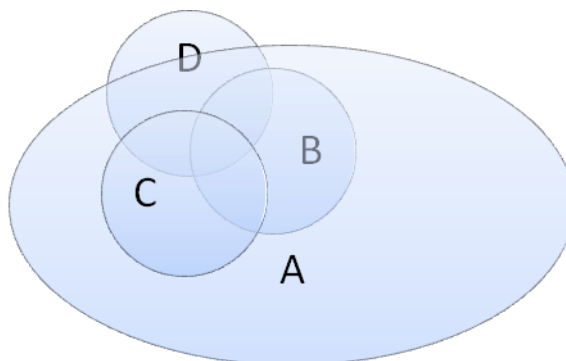
insieme di saperi codificati), la seconda soggettiva, cioè “gli schemi di credenze, i comportamenti e i valori appresi e condivisi di gruppi di persone che interagiscono tra di loro” (*ibidem*, 25).

**C.** Un terzo livello è quello della cultura come sapere organizzativo o anche della organizzazione come cultura, che definisce pratiche di funzionamento e di gestione (nel caso dell’organizzazione del percorso formativo, calendario, orari, organizzazione dell’insegnamento, distribuzione dei compiti, del potere e dell’autorità ecc.). Questa dimensione della cultura organizzativa viene a essere rilevante ogniqualvolta si innesca un processo di innovazione come per esempio quello preso in esame della nomina di assistente.

**D.** Un quarto livello che fa riferimento ai differenti sistemi simbolici degli allievi, che, pur entrando nell’organizzazione con una disposizione all’apprendimento portano con sé elementi di conflittualità, accentuata in particolare per coloro che hanno ricevuto o stanno ricevendo una formazione medica, argomento che verrà affrontato più approfonditamente nel cap. 4. La particolarità dell’organizzazione in cui si è condotta l’attività di osservazione è rappresentata dal fatto che la compresenza di molteplici schemi e modelli di riferimento che orientano le interpretazioni della realtà e attraverso i quali gli attori attribuiscono significato all’esperienza sia una caratteristica implicita della natura del sapere e delle conoscenze che all’interno di questa organizzazione vengono trasmesse.

Si tratta quindi di un universo composito e complesso che graficamente potrebbe essere rappresentato in figura 1.

Figura 1.

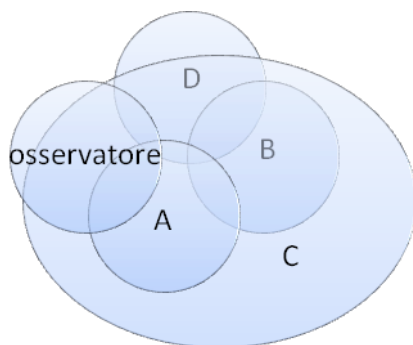


In cui nella più ampia cornice di riferimento, in questo caso l’istituto di formazione, portatrice di un suo specifico schema simbolico di riferimento, entrano in relazione i modelli interpretativi degli insegnanti, in quanto rappresentanti di un universo culturale “altro” rispetto a quello dominante, quasi completamente inscritto nella realtà organizzativa a cui appartengono e degli allievi, novizi o “stranieri” in una duplice accezione: in quanto “profani” in relazione alla particolare cultura organizzativa e in quanto portatori di universi interpretativi differenti ma soprattutto conflittuali.

Osservando il secondo grafico dove viene inserito il punto di vista dell’osservatore si aprono ulteriori questioni metodologiche.

Sebbene il metodo etnografico sia stato primariamente definito come strumento di ricerca in ambito antropologico (Malinowski, 1922)<sup>21</sup> in ambito sociologico è ormai ampiamente utilizzato e come mezzo per accedere al campo di osservazione nel tentativo “vedere le cose attraverso gli occhi dei *nativi*” (Geertz, 1973), assumendone il punto di vista, le prospettive al fine di cogliere il senso e il significato che i soggetti attribuiscono all’esperienza (Piccardo e Benozzo, 1996, pp. 11-12).

Figura 2



In questo particolare caso di studio però ci sembra più coerente sostituire il termine nativi con quello di soggetti informanti (Van Maanen, 1995), terminologia che rende conto delle differenze tra insegnanti e membri della organizzazione e allievi, in quanto portatori di progettualità individuali che non sempre coincidono o aderiscono alla cultura organizzativa.

Inoltre nel condurre una ricerca attraverso l’osservazione partecipante si presentano limiti e difficoltà che riteniamo opportuno esplicitare.

Il limite primo dell’osservazione partecipante, ampiamente documentato in letteratura, rappresenta la presa d’atto da parte del ricercatore

di essere portatore egli stesso di una cultura da cui guarda il mondo e del fatto che ogni elaborazione e interpretazione derivano da una forma di rappresentazione. (Piccardo e Benozzo, 1996, p.7).

ma anche Spradley (1979, pp. 10-11) che ha definito l’etnografia come “una cultura che studia una cultura”, e implica la necessità di una consapevolezza da parte del ricercatore di essere

un portatore di una cultura da cui guarda il mondo, e dal fatto che ogni elaborazione e interpretazione derivano da una forma di rappresentazione, obbliga a un’opzione paradigmatica costruttivista, contrapposta a quella positivista. (Piccardo e Benozzo, 1996, p. 9<sup>22</sup>).

<sup>21</sup> definizione di etnografia di Malinowski (1922) “afferrare il punto di vista del nativo, il suo modo di relazionarsi con la vita, rendersi conto della sua visione del suo mondo” (ibidem, p. 18)

<sup>22</sup> Ma anche Varela 1986, Zanarini 1990.

Questo brano dal diario etnografico ben esemplifica il ruolo giocato dall'universo simbolico di riferimento dell'osservatore nella fase di scelta dell'organizzazione:

Sono arrivata in ritardo porca miseria, proprio il primo giorno. Il palazzo è in una via bellissima del centro di Bologna un palazzo antico si attraversa un cortile e finalmente entro. *Delusione grossissima*. Entro in una piccola palestra non *c'è un buon odore*, ma come??? Dove sono gli incensi, i diffusori di essenze profumate??? E mi accoglie una segretaria *che non ha nulla a che vedere con l'immagine che io ho dello shiatsu*, capelli tinti di nero, smalto scuro, non sembra molto gentile, capisco che lei non c'entra niente con la scuola è solo la segretaria della palestra...*per fortuna*. Entro. La sala è piccolissima, sembra quella della palestra del liceo, ci sono le spalliere su una parete e il pavimento è in legno. Si entra senza scarpe, ci sono delle coperte piegate in un angolo. Trovo tutti già seduti a semicerchio. C'è l'insegnante, la osservo con cura prima di rivolgere l'attenzione agli altri presenti, *è troppo magra!* Avrà più o meno una cinquantina d'anni, questo è positivo, *mi fa pensare che avrà accumulato una lunga esperienza in questo campo*, ma la sua magrezza non comunica nulla di sano, nemmeno il signore accanto a lei, un po' soprappeso, suda ed è pallido... *la mia immagine dell'operatore con un corpo sano, equilibrato ed armonioso crolla inesorabilmente*". (diario etnografico, ottobre 2007).

Emerge chiaramente l'immaginario stereotipato dell'osservatore che

determina invariabilmente la direzione della nostra ricerca: le idee da cui partiamo, le domande che facciamo per verificarle, le risposte che troviamo plausibili. (Becker 2007, p. 23).

Il seguente brano si riferisce alla prima lezione seguita in una scuola differente.

Entro in sala, in ritardo, la attraverso è enorme, spaziosa, ordinata e profumata, ci sono degli scaffali dove sono riposti cuscini e coperte, il pavimento è morbido, ricoperto di materassi,. e' bellissima, antica, le pareti e il soffitto sono affrescati, ci sono delle grandi finestre(...). Un ragazzo alto, di bell'aspetto, giovane, avrà 25 anni forse meno, deve essere P., il maestro. P. parla con un tono di voce calmo e sereno, la luce è soffusa, sembra felicissimo di averci lì e questo è quello che dichiara, è circondato da 4 persone, tre ragazze ed un ragazzo, sono tutti giovani, l'impressione che danno è quella di essere molto a loro agio nel loro corpo e nel posto in cui si trovano. (diario etnografico, novembre 2007).

La scelta della scuola è quindi frutto del ruolo giocato da questi pregiudizi e stereotipi preliminari e dalle reali possibilità di assistere fisicamente alle lezioni, è stata, infatti, privilegiata la scelta di una scuola che in qualche modo rendesse possibile lo spostamento da Padova a Bologna con i mezzi pubblici e dal costo dell'iscrizione.

Una sintesi di quanto detto fin'ora è rinvenibile nelle parole di Blumer (1969) citato da Becker (2007, pp. 22-24)

Praticamente per definizione, il ricercatore non ha una conoscenza di prima mano della sfera di vita sociale che si propone di studiare. Raramente partecipa a quella sfera e di solito non è in stretta relazione con le azioni ed esperienze delle persone coinvolte in quella sfera. In quanto tale egli è notevolmente limitato per ciò che concerne la semplice conoscenza di quello che succede nella sfera di vita data.(...) Nonostante questa conoscenza di prima mano, il ricercatore si formerà inconsciamente un qualche quadro dell'area di vita che si propone di studiare. Metterà in gioco le credenze e le immagini che già possiede per creare una visione più o meno intellegibile della specifica area di vita. A questo riguardo egli è come tutti gli esseri umani. (...) Questo come ben sappiamo è il momento in cui immagini stereotipate fanno il loro ingresso e prendono il controllo. Tutti noi, come studiosi, abbiamo la nostra gamma di stereotipi comuni che usiamo per osservare sfere di vita sociale empirica che non conosciamo” (Blumer, 1969, pp.35-36 cit. in Becker 2007, pp. 22-24).

Solo in fase di rielaborazione, solo dopo l'immersione nel campo, solo dopo aver compreso il senso di queste pratiche attraverso il denso reticolo interpretativo fornito dall'osservazione degli attori durante le loro attività e dall'ascolto delle loro storie, è stato possibile attribuire il ruolo effettivamente giocato durante la fase d'ingresso, dalle credenze e gli stereotipi relativi al campo d'indagine, prendendo atto del fatto che la scuola prescelta per l'osservazione rispondeva a un'interpretazione preliminare, frutto della mancanza di una conoscenza approfondita del campo in oggetto.

Le difficoltà incontrata nel condurre un'osservazione partecipante o “osservazione completa” (Mac Donald 1988 e Van Maanen 1995) diventando un membro a tutti gli effetti, in qualità di allievo iscritto regolarmente, sono emerse, lentamente ma sempre più chiaramente, nel corso della ricerca<sup>23</sup>.

Ma in particolare nelle prime fasi di scrittura, Jeffcut (1989) descrive bene l'esperienza emotiva di questo momento:

nell'iniziare a scrivere la prima stesura della mia relazione avevo la sensazione di sperimentare un paradosso di ricerca: più mi concentravo e mi focalizzavo con attenzione sui dati della ricerca più questi diventavano opachi ed effimeri. Più il tentativo di rivelare il senso delle descrizioni organizzative che avevo già intravisto, più la loro definizione diveniva prolissa e ambigua (...). Questa situazione sconfortante sembrava non avere fine sino a quando non realizzai di essere catturato in una doppia trappola. Da un lato ero incapace di trovare definizioni soddisfacenti delle descrizioni che avevo realizzato a suo tempo; mentre ero incapace di ordinare adeguatamente e spiegare la complessità dei dati che avevo generato. In entrambi i sensi (...) mi sentivo minacciato dal fatto di essere

---

<sup>23</sup> il ricercatore diventa un membro attivo dell'organizzazione partecipando a tutti gli effetti , per un determinato periodo, al processo produttivo, nascondendo la sua attività osservativa di ricerca e sopportando, in questo ultimo caso, non tanto l'emarginazione quanto l'estraneità a se stesso derivante dalla propria finzione. In questo caso il ricercatore si colloca al massimo grado di vicinanza all'organizzazione, onde a fare in modo che gli attori organizzativi siano inconsapevoli del suo ruolo e si riesca a non influenzare ciò che accade sulla scena. (Piccardo e Benozzo 1996, p. 103).

sopraffatto dai dati che non sarei stato in grado di controllare. (Jeffcut, 1989, p. 240, op.cit. Piccardo e Benozzo, 1996, p. 119)

Potrebbe essere interessante riportare due brani tratti dal diario etnografico che bene ne esprimono la maturazione:

lo shiatsu e la vita quotidiana, lo shiatsu e l'attività di ricerca, la vita quotidiana, lo shiatsu e l'attività di ricerca, se fossero province di significato finite, sarei continuamente sotto shock... in effetti al momento sembra insostenibile, ma se fossero realmente finite sarebbe più semplice tenerle separate... e invece no, è l'esperienza perenne del confine, in cui ognuna interseca l'altra, i mondi non sono due, sono tre... Schutz, aiutami tu! (diario etnografico, febbraio 2009).

Ciò che questa ricerca ha significato per me è l'esperienza dello stare al confine tra due mondi possibili, in cui le pratiche, gli eventi, gli oggetti si inserivano contemporaneamente in due sistemi di significazione, due sistemi coerenti dotati di regole e configurazioni proprie.

È stato difficile oscillare, andare e venire, entrare ed uscire, e con tutta onestà devo ammettere per un lungo periodo vi sono entrata senza uscirne. (diario, ottobre 2008)

Io non sono entrata nel campo per raccogliere dei dati, *io sono nel campo!*, io ne sono parte, io mi sono formata come operatore e pratico lo shiatsu regolarmente, io sono stata un'allieva, sono diventata un assistente, sono io stessa oggetto della mia osservazione... mi sto auto-osservando???? (diario, febbraio 2009).

Secondo molti autori è questo il rischio maggiore di che si corre quando ci si sottrae alla classica "malinconia dell'esule" (Schwartz e Jackobs 1979) e alla condizione di "straniero", divenendo inevitabile un coinvolgimento eccessivo tipico di chi si arrende alla cogenza del campo simbolico (Piccardo e Benozzo, 1996, p. 103)<sup>24</sup>.

Come sottolineano Piccardo e Benozzo è proprio in questi momenti che

Emerge la centralità della consapevolezza del ricercatore rispetto al ruolo da lui giocato sul campo e dei sentimenti associati a questa esperienza; in altri termini, l'incontro con l'esperienza organizzativa rappresenta l'occasione di un incontro con il proprio sé e con il proprio essere "autore", costruttore del testo: solo all'interno di questa consapevolezza sembra possibile dare senso all'esperienza cognitiva ed emotiva di confronto con la marea montante di dati cui trovare un nuovo ordine (ibidem, p. 119)<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Neresini conversazione non del tutto informale novembre 2008.

<sup>25</sup> . Come dice Geertz (1995) "Un ordine di qualche tipo vi è, ma si tratta dell'ordine di una burrasca o di una piazza di mercato: nulla di misurabile (...). Bisogna accontentarsi di vortici, di confluenze e di connessioni instabili. Non c'è nessuna storia generale da raccontare né quadri sinottici da fare (...), ciò che possiamo costruire se osserviamo accuratamente sono i resoconti a posteriori sullo stato di connessione delle cose che sembrano accadute: quadri composti di frammenti pazientemente cuciti uno dietro l'altro, oltre i fatti. È come ricercare il gusto di una bibita che non si coglie analizzandone le componenti organolettiche ma sentendone polisticamente il gusto" (Geertz 1995, p. 8 op. cit. in Piccardo e Benozzo, 1996, p. 120)

Quest'ultima considerazione ci rimanda a processi di auto-osservazione e in particolare al termine "auto etnografia", un termine ombrello che abbraccia tutti quei metodi di ricerca che si collocano lungo un *continuum* rappresentato dal processo di ricerca e di elaborazione (grafia) dell'esperienza ai cui estremi opposti troviamo l'osservatore (auto) e i membri della cultura presa in esame (etno):

autoethnographers vary in their emphasis in the research processes (graphy) in cultures (ethno) and on self (auto). Different exemplars of autoethnography fall at different places along the continuum of each if these axes. (Ellys e Bouchner, 2000, p. 740).

La presa di coscienza della particolare natura della relazione instaurata con il campo che ha comportato un coinvolgimento personale di natura emotiva ed affettiva <sup>26</sup>colloca il punto di vista utilizzato nella fase di osservazione consapevolmente al limite tra l'etnografia e l'auto-etnografia, fase in cui il termine "auto" ha assunto un valore preponderante. Ciò ha comportato delle conseguenze sostanziali nella modalità di raccolta dei dati e la necessità di compiere delle scelte al fine di elaborare il metodo più adeguato per la presentazione del materiale oggetto d'analisi.

L'intenzione maturata nel corso della ricerca è quella di utilizzare i vantaggi derivati dalla particolare posizione di osservatore nella fase di raccolta del materiale ma di intraprendere uno sforzo di oggettivazione nella fase di presentazione non facendo ricorso all'elaborazione dell'esperienza personale dell'osservatore. Per quanto possibile l'analisi delle emozioni e delle sensazioni di cui si è fatta esperienza durante la ricerca non verrà presentata come materiale di analisi.

#### **4.2. La raccolta del materiale.**

Il materiale, raccolto nel periodo compreso tra Ottobre 2007 e Luglio 2009; comprende<sup>27</sup>:

- Il contenuto delle lezioni, registrato e trascritto (totale ore: 1200).
- I dialoghi tra allievi insegnanti durante e al di fuori delle lezioni, tra gli allievi durante e al di fuori delle lezioni, registrati e trascritti (tot ore: 800).
- Il materiale didattico fornito agli allievi.
- Le conversazioni informali intrattenute con allievi ed insegnanti, in parte registrate e in parte annotate nel diario etnografico.
- Le note etnografiche o diario etnografico<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Nella logica della ricerca femminista prima e di genere poi, il distacco dell'osservatore non solo viene considerato come "impraticabile", ma addirittura come un limite nel processo conoscitivo. La vicinanza con il proprio oggetto di studio non solo appare coerente con le pratiche che, a partire dal femminismo, si sono sviluppate, ma il provare emozioni, il saperle riconoscere e comprendere sono visti come una risorsa importante nella comprensione del fenomeno studiato.

<sup>27</sup> Il riferimento in questo caso è alle tre categorie di fonti individuate da Piccardo e Benozzo (1996): "Le tracce della vita organizzativa, distinte in artefatti fisici e testi scritti. Gli eventi collettivi; i soggetti stessi nelle loro espressioni verbalizzate, quelle naturali, osservate nel corso dell'azione organizzata e quelle artificiali sollecitate dalle nostre richieste. Nel primo caso i soggetti vengono chiamati informanti (fornitori di dati attraverso i loro comportamenti quotidiani) nel secondo caso rispondenti (fornitori di dati attraverso le loro risposte alle domande del ricercatore). (Piccardo e Benozzo, 1996, p. 104),

<sup>28</sup> Un'ulteriore definizione è quella di diario di lavoro suggerita da Dalton (1959) quaderno dove prendere appunti di qualsiasi genere: dalle domande da porre ad alcune persone alle registrazioni di comportamenti irregolari, dalla



- 10 interviste semistrutturate con 4 allievi frequentanti la scuola oggetto di analisi, 2 allievi frequentanti altre scuole, 3 insegnanti della scuola oggetto di analisi, di cui uno fondatore e 2 insegnanti di un'altra scuola, di cui uno fondatore.

Uno dei vantaggi dell'essere membro della realtà osservata<sup>29</sup>, prima in qualità di allieva e in seguito in qualità di tutor è indubbiamente quello di aver avuto accesso a una serie di eventi, conversazioni e interazioni e documentazione senza il bisogno di utilizzare un'intermediazione o "gatekeeper" (Schwartz e Jacobs 1987) e secondo una modalità non filtrata che non sarebbe stata possibile altrimenti.

In particolare, durante i primi due anni di ricerca, in cui la frequentazione delle lezioni avveniva come allieva, le conversazioni informali con i compagni di corso avvenivano nell'ambito di un'interazione tra "pari", questo ha diminuito la preoccupazione da parte dei soggetti di "sfuggire" ad un giudizio negativo o di "ricercare" un giudizio positivo tipico di chi si sente osservato e valutato. Ciò ha minimizzato quel ventaglio di conseguenze non desiderabili, come ad esempio emozioni spiacevoli (ansia, imbarazzo, umiliazione e rifiuto) che sono spesso sufficienti a limitare le persone in quello che dicono e nel come lo dicono (Foucault 1978).

Inoltre diminuisce quell'effetto di auto-sorveglianza che spesso caratterizza il parlare durante una conversazione con chi non si ritiene che possa condividere le stesse esperienze (Trahar 2009).

Le conversazioni informali hanno presentato inoltre il vantaggio di non condurre il soggetto a un particolare tema che si ritiene importante a priori ai fini dell'analisi ma di raccogliere storie che significative per la sua esperienza, di raccogliere con le parole di Argyris e Schon (1978) le "teorie in uso" piuttosto che le "teorie espresse" attraverso risposte razionalizzate a stimoli precodificati.

Ciò si è rivelato un elemento importante nella fase di elaborazione delle categorie analitiche rendendola più complessa ma senza dubbio più interessante.

La preferenza accordata alla raccolta di narrazioni tramite conversazioni informali non intende in alcun modo rinnegare il prezioso strumento di raccolta delle esperienze tramite interviste aperte o semistrutturate, che hanno permesso di raccogliere informazioni preziose soprattutto con soggetti con cui non si ha avuto la possibilità di costruire un rapporto continuativo, come ad esempio gli allievi e gli insegnanti di altre scuole.

Anche la conduzione delle interviste semistrutturate<sup>30</sup> riconosce la differente distribuzione del potere tra intervistatore e intervistato, dove è l'intervistatore

---

annotazione di dati biografici alle interpretazioni contrastanti date dai singoli, dai giudizi uditi per caso alle battute scherzose avanzate dai diversi interlocutori contribuisce a definire il quaderno di riferimento.

<sup>29</sup> Oltre a quello sottolineato da Crozier e Friedberg: "L'importanza della percezione soggettiva e del vissuto individuale ritorna in tutte le ricerche più recenti sulla cultura organizzativa e chi scrive condivide l'idea degli autori secondo i quali "il ricorso al vissuto degli attori è assai più che un omaggio, più o meno simbolico, all'importanza del fattore umano (...) è la condizione stessa di una seria conoscenza del campo" (Crozier e Friedberg 1994, p. 329).

<sup>30</sup> Intervista definita "umanista" da Reason e Rowan (1981) lo scambio acquista la natura di un incontro e di una relazione tra esseri umani profondamente impegnati in una conversazione che cerca di produrre una comprensione di come stanno le cose e di far emergere i modi personali e "unic" (Denzin 1970, p. 25) di definire il mondo; Dalton 1959 "intervista colloquiale" ovvero "un lavoro di interazione verbale, con un'intervista in senso comune" (ibidem, p. 421) con confidanti alla ricerca delle ragioni profonde e spesso nascoste, espresse magari solamente a "spizzichi e bocconi".

che si suppone abbia maggior potere di condurre la conversazione sui temi prescelti ma riconosce anche che qualsiasi narrazione, anche quelle che avvengono durante le conversazioni informali, sarà diversa in relazione a chi ascolta, a chi la racconta e al contesto in cui avviene il racconto (Eco, 1990)

In ogni caso, l'aver a disposizione molto tempo per condurre questo tipo di conversazioni lavorando per costruire un rapporto tale per cui la percezione dell'altro sia della massima fiducia e libertà fornisce, sì l'opportunità di riflettere sulla "dimensione" privata senza la paura di non essere compresi, ma fornisce invariabilmente l'accesso a quell'unica, parziale e situata prospettiva del soggetto.

Nuovamente alcune note dal diario etnografico possono essere d'aiuto:

Mi trovo in un vicolo cieco, domande a cui non so rispondere, ascoltavo G. oggi, mi raccontava dei suoi progetti, del senso che ha per lei essere qui: "tutti questi sacrifici, un sacco di soldi, per cosa? Per fare una cosa che le persone manco capiscono anzi delle volte ti prendono pure in giro forse è solo un percorso interiore mio, non c'entra niente il lavoro, c'entro io, il lavoro che faccio su di me." Che utilità ha sapere tutto questo? Ognuno di noi qui ha una storia diversa, troppe per raccontarle tutte... ma troppo poche per leggerci qualcosa... qualsiasi cosa, una tendenza, somiglianze, differenze. (diario etnografico, ottobre 2008).

È stato proprio il tentativo di uscire da questo vicolo cieco che ha aperto in qualche modo la strada alla fase di elaborazione e oggettivazione trovando una fonte di ispirazione nelle parole di questa giovane autrice:

How does this individual with whom I speaking reflect wider social and historical changes that form the context of his or her life? I am convinced that I can listen carefully enough, there is much to learn from every story that one might can gather. For society really is comprised of human lives, and if we can begin to understand the framework that lends meaning to there lives, then we have taken the important first step to being able to access the wider framework of meaning that is the binding agent of a culture. (Andrews, 2007, p.491).

Pur riconoscendo che ogni individuo è unico il proposito è stato quello di non privilegiare la dimensione individuale a scapito della comprensione di ciò che avviene nella dimensione collettiva dell'interazione all'interno dell'organizzazione presa in esame.

Per questo l'analisi intende proporre una combinazione del materiale raccolto grazie al particolare ruolo di membro all'interno dell'organizzazione con l'attività di osservazione etnografica delle pratiche degli attori.

#### **4. 3. *Presentare, ri-presentare, rappresentare.***

Tradizionalmente in sociologia la “fase di scrittura” è concepita come un’attività di registrazione e presentazione di ciò che viene osservato. Rappresenta l’ultimo passo della ricerca, in cui si suppone che il ricercatore trasferisca su carta ciò che è emerso durante il lavoro, piuttosto che un’attività di produzione di conoscenza. Questa concezione è stata recentemente riproblematizzata, soprattutto dalla scuola femminista che privilegia la dimensione esperienziale, tipica del genere autobiografico.

Seppure la scelta di non presentare il materiale in forma narrativa autobiografica sia stata esplicitata dalla volontà di non includere nel materiale di analisi l’esperienza personale di chi ha condotto la ricerca non possiamo non concordare con le parole di Richardson quando afferma che

although we usually think about writing as a mode of “telling about the social world”, writing is not just a mapping up activity at the end of a research project. Writing is also a way of “knowing” – a method of discovery and analysis”. (Richardson 2000, p.293)

La fase di scrittura è quella che in effetti ha permesso l’oggettivazione del materiale raccolto e la successiva elaborazione analitica.

È solo in questa fase che il percorso di ricerca ha trovato una giusta collocazione metodologica: in un punto immaginario tra l’etnografia, (interviste aperte o semistrutturate, narrazioni e storie di vita, note etnografiche, osservazione partecipante) e l’autoetnografia (riflessione ed elaborazione dell’esperienza personale del ricercatore e il raccogliere l’esperienza degli attori attraverso narrazioni orali, scritte o visive).

Le narrazioni, il senso delle esperienze colte attraverso e nell’interazione con gli attori, tutto ciò che viene detto, non è altro che un’interpretazione di un’interpretazione, una descrizione di una descrizione, un tentativo di rappresentazione a partire da una data “finestra di comprensibilità” (Zanarini, 1990).

## 5. Lo Shiatsu

Il massaggio è sempre stato considerato in Oriente un importante aspetto della pratica della medicina.

Lo shiatsu affonda le sue radici nella Medicina Tradizionale Cinese, ma a differenza dell'agopuntura, nasce e si sviluppa in Giappone.

La medicina cinese venne introdotta in Giappone circa un migliaio di anni fa, durante l'epoca Edo, periodo in cui i medici, cominciarono ad utilizzare i punti dell'agopuntura e la tecnica, tuttora praticata dell'An-ma (nata dalla fusione e dall'evoluzione di due tecniche di derivazione cinese: il *Tui-Na*, premere massaggiando, e l'*An-Mo*, premere strofinando) in quanto queste conoscenze erano ritenute indispensabili per capire la struttura del corpo umano e il suo funzionamento.

Dal 1600, con l'ascesa al potere degli Shogun Tokugawa, il Giappone visse per 250 anni in isolamento rispetto al resto del mondo, un isolamento rotto nel 1868 dall'imperatore Meiji che aprì le frontiere all'Occidente. L'apertura commerciale e gli scambi culturali che ne derivarono portarono con sé un gran numero di novità, fra cui anche la medicina occidentale. In tal modo le moderne tecniche occidentali di manipolazione, come l'osteopatia e la chiropratica, furono accolte e sperimentate.

Nell'ambito delle trasformazioni subite dall'ordinamento dello Stato arrivarono nuove leggi, una delle quali richiedeva a coloro che praticavano il massaggio tradizionale giapponese, *An-Ma*, di munirsi di regolari licenze. Probabilmente perché, nel corso degli anni, questa tecnica terapeutica era decaduta diventando una metodica riservata a scopo voluttuario e rilassante arricchendola degli aspetti popolari del massaggio, più intuitivi, che non prevedevano particolari conoscenze tecniche.

Questo insieme di fattori contribuì alla nascita e alla codificazione di “nuove” tecniche già distinte dall'*An-Ma* nella pratica ma non ancora sistematizzate.

Nella tecnica del massaggio i giapponesi, rispetto ai cinesi, avevano approfondito particolarmente l'aspetto della pressione “pura”, portata perpendicolarmente sui punti; per questo l'*An-Ma* stesso è caratterizzato da pressioni statiche mantenute su punti prestabiliti detti *Tsubo*.

La parola shiatsu, da “shi”, dita, e “atsu”, pressione, viene usata all'inizio del '900 dal maestro Tamai Tempaka, che incorporò le nuove conoscenze acquisite dalla medicina occidentale ai metodi terapeutici tradizionali, e chiamò questa tecnica *Shiatsu Ryoho*, “metodo di guarigione con la pressione delle dita”. In seguito prese in nome di Shiatsu Ho, “metodo di pressione con le dita”.

In questo contesto il maestro Tokujiro Namikoshi (1930-2000) nel corso dei suoi studi e delle sue sperimentazioni elaborò una nuova tecnica che integrava l'*An-Ma* con le teorie neurologiche della medicina occidentale al fine di utilizzare i poteri naturali dell'organismo per prevenire e curare un certo numero di disfunzioni patologiche. A questa tecnica diede il nome di Shiatsu.

Nel 1925 Namikoshi fondò a Hokkaido lo Shiatsu Institute, prima di una serie di scuole che nel 1940 portarono alla creazione del Japan Shiatsu Institute, oggi Nippon Shiatsu School. Nel 1957 lo shiatsu fu riconosciuto come terapia legata all'*An-Ma*, ma solo nel 1964 acquistò uno status indipendente.

Negli anni Sessanta il maestro Shizuto Masunaga (1925-1981), docente di psicologia all'università di Tokyo, dopo aver insegnato per alcuni anni alla scuola di Namikoshi se ne distaccò per creare un proprio stile. Nella scuola da lui fondata si pratica uno shiatsu che ritorna alle radici della medicina tradizionale cinese ed è influenzato dalle teorie psicosomatiche della psicologia occidentale.

*Ritengo che nella nostra epoca ciascuno debba offrire agli altri ciò che conosce, nella speranza di costruire una società migliore Tokujiro Namikoshi*

### **5. 1. Tecnica Namikoshi**

Namikoshi afferma che il fondamento dello shiatsu è puramente istintivo, infatti possiamo osservare come ognuno di noi massaggi spontaneamente la parte del corpo che sente rigida o contratta e che gli duole.

Lo shiatsu però “non è semplicemente un rimedio; esso stimola l'insorgenza dei poteri organizzativi capaci di prevenire le malattie” (Namikoshi 1992, p.10) Il maestro Namikoshi mise a punto una tecnica di stimolazione dei punti che si basa sull'azione sul sistema nervoso, muscolare, circolatorio e articolare in cui molti punti coincidono anche con i canali nei quali, per la medicina cinese, scorre l'“energia vitale”.

Le pressioni sui punti vengono praticate con i pollici e in alcuni casi con il palmo della mano e, come detto, devono essere portate perpendicolarmente alla zona trattata.

La pressione portata con il peso del corpo, deve essere costante ed energica, tale da provocare una sensazione “a mezza strada tra dolore e piacere” (ibidem)

La teoria e la pratica si basano sull'osservazione che, a seguito di un'alterazione degli organi interni, la tensione muscolare aumenta in determinate aree sulla superficie del corpo, con conseguente rigidità e dolore. Questo fenomeno viene detto dolore riflesso.

Lo shiatsu, esercitato con forza e durata diverse sulle parti del corpo dolenti, ipersensibili o tese, dovrebbe correggere le disfunzioni viscerali inducendo, per via riflessa, gli organi interni a funzionare nuovamente a dovere.

La pratica di questa tecnica richiede quindi un'accurata conoscenza dell'anatomia affinché sia possibile una corretta individuazione dei punti da trattare, punti che sono distribuiti lungo tutto il corpo, sia anteriormente che posteriormente.

Poggiando le sue basi sulla medicina occidentale, anche la conoscenza della fisiologia deve essere adeguata, così che le diverse patologie possano essere correttamente trattate.

Namikoshi stesso afferma:

*Consulto sempre un medico prima di iniziare un trattamento nei casi difficili. Per poter praticare uno shiatsu intensivo, bisogna comprendere completamente l'organismo del paziente. (Namikoshi, 1992, p. 13).*

Un altro aspetto sottolineato è quello emotivo: per Namikoshi lo shiatsu

*fa leva sull'atteggiamento mentale nel soggetto trattato (...) e questo promuove una maggiore forza d'animo e un migliore equilibrio mentale.(ibidem, p. 34).*

La partecipazione attiva del praticante è vista da Namikoshi come molto importante per la qualità e l'effetto del trattamento. Il sangue affluisce verso le zone trattate, nutrendole, e, dato che i nervi delle punte delle dita sono direttamente collegati al cervello, l'impiego delle mani accentua in chi pratica un senso di equilibrio e di benessere psicofisico. Questa tecnica è stata poi ripresa dal figlio Toru Namikoshi, che ha proseguito sulle orme paterne, dando maggiore enfasi al fondamento scientifico dello shiatsu.

Toru Namikoshi ha scritto:

Stimolano l'organismo a funzionare in modo normale e concorrono al mantenimento dello stato di salute i seguenti effetti shiatsu:

Irrobustimento della cute

Stimolazione della circolazione dei liquidi organici.

Promozione dell'elasticità dei tessuti muscolari.

Correzione dei vizi dell'apparato scheletrico.

Promozione dell'armonico funzionamento degli organi interni.

Regolazione dell'attività delle ghiandole a secrezione interna.

Stimolazione del normale funzionamento degli organi interni. (ibidem, p. 10)

*Alienazione e negligenza- prodotti dell'era tecnologica-hanno compromesso la nostra salute  
psichica al punto che malattia e sofferenza stanno diventando il modo di vivere da noi  
preferito.*

*Shizuto Masunaga*

## **5. 2. Tecnica Masunaga**

Masunaga sentì il bisogno di esplorare nuovamente le radici storiche dello shiatsu legate alla medicina cinese. In Giappone all'epoca si dava molta importanza ai punti e si metteva in discussione l'esistenza stessa dei meridiani. Per questo studiò le mappe dei meridiani e i classici della medicina cinese, testi che raccolgono un grande sapere sia dal punto di vista teorico che di esperienza clinica. Da queste ricerche e dalla pratica ricavò una sua mappa dei meridiani estendendo e, in alcuni casi, variando i loro percorsi tradizionali. Individuò zone di diagnosi sull'addome e sulla schiena collegandolo ai meridiani in modo differente da quello tradizionalmente codificato.

Qualsiasi altro tipo di shiatsu che venga oggi praticato in Giappone non usa i meridiani. Noi chiamiamo il nostro stile "Iokai Meridian Shiatsu", lo Shiatsu Iokai dei Meridiani; questo significa che il praticante cerca di comprendere la vita, di entrare in contatto con il movimento della vita attraverso i meridiani (Kasunori Sasaki<sup>31</sup>).

Masunaga porta un cambiamento anche nella tecnica del trattamento, introducendo oltre all'uso dei pollici anche quello dei gomiti e delle ginocchia. Ne risultò una pratica molto differente rispetto a quella codificata da Namikoshi, dove l'operatore viene coinvolto a più livello, in cui la fisicità gioca un ruolo importante e dove la capacità diagnostica si fonda su uno sviluppo raffinato della percezione delle diverse qualità energetiche. Il lavoro

---

<sup>31</sup> Intervista [www.shiatsumagazine.com](http://www.shiatsumagazine.com)

stesso con la sua mappa richiede molto ascolto e intuito, più che meccanica trasposizione. Si deve sviluppare una notevole capacità di entrare in empatia con la persona trattata.

Emerge così come un ruolo importante in queste sue ricerche sia da attribuirsi alla sua laurea in psicologia e alla conseguente attenzione ai risvolti psicosomatici delle patologie.

Il responsabile della guarigione non è il terapeuta ma il paziente stesso. Lo shiatsu è un mezzo che permette al paziente di conoscere se stesso (Masunaga, 1979, p. 14).

L'ascolto delle zone di diagnosi sull'addome, Hara, prevede che si lavori scegliendo due meridiani considerati in "pieno" e i due in "vuoto", e nel corso del trattamento permette di verificare se si sono riequilibrati. Per fare questo Masunaga introduce i concetti di *Kio* (vuoto) e *Jitsu* (pieno), allo scopo di determinare attraverso il tatto rispettivamente le condizioni di vuoto e di pieno energetico nelle aree di diagnosi e lungo i meridiani.

Lo stile è molto tecnico ma non è troppo codificato, molto viene lasciato alla spontaneità e alle necessità dell'operatore, dettate dalla sua corporatura in relazione a quella del paziente.

La seduta si svolge a terra su un futon ed è una caratteristica che modifica sostanzialmente il tipo di relazione con la persona trattata, mettendo il praticante in una condizione poco usuale per gli occidentali date le difficoltà fisiche ovvie per chi non è abituato fin dall'infanzia a stare in ginocchio. Masunaga chiama la scuola "Iokai". È interessante conoscere le origini di questo nome attraverso le parole di un suo stretto collaboratore, Kosunori Sasaki:

Masunaga Sensei nella sua ricerca cercò di capire quale fosse il giusto approccio alla medicina. Così esaminò i diversi sutra del buddismo e, tra questi, nello Zatsu AognKyo trovò la definizione di "Re della medicina" che significa:

- colui che conosce la malattia
- colui che conosce la causa della malattia
- colui che conosce come adattare il trattamento a questa malattia
- colui che sa dare il giusto trattamento per evitare che la malattia si ripresenti, magari in altre forme.

Masunaga fu profondamente toccato dal messaggio di questo Sutra, si innamorò di questo messaggio, al punto che decise di impostare il suo lavoro di ricerca e di evoluzione personale sulla base di questo messaggio.

Tra i due maestri potremmo vedere una dialettica di polarità opposte, anche se in realtà non c'è un'interpretazione "giusta", ma piuttosto uno stimolo continuo alla ricerca.

Ora vediamo il corpo animato da una catena di sinapsi senza fine. Ora lo vediamo animato da correnti di emozioni e sentimenti che interagiscono. Il drago, con il suo muoversi sinuoso e repentino con le fiamme e i fiumi, rappresenta l'energia primordiale così come scaturisce dalla terra. La tigre, con il suo mantello geometricamente ordinato, rappresenta l'energia strutturata, come l'acqua che scorre in ruscelli e fiumi fino al mare. Ecco

l'immaginario orientale ci viene incontro per offrirci un'opportunità di comprendere e accettare le contraddizioni in ciò che percepiamo. Il corpo può essere considerato dal punto di vista fisico, con le sue caratteristiche anatomiche, i suoi processi osservabili e misurabili, così come osserviamo su una mappa gli intricati disegni tracciati dai corsi d'acqua. Vedremo in questo modo l'impronta dell'energia, e osserveremo i processi di reazione riflesso in una catena di causa ed effetto, così come vengono rappresentati dal mantello della tigre. Il corpo può essere visto fluire nel tempo, nel suo insieme, in un continuo mutamento; sensibile alle emozioni interne, così come alle esperienze esterne. Possiamo allora immaginare il disordinato getto che sgorga dalla fonte formare un corso d'acqua, che la pioggia e gli affluenti arricchiranno strada facendo, in un procedere discontinuo e imprevedibile, come l'energia del drago. (Smith, 2001, p. 34)

La radicalizzazione degli approcci allo shiatsu avviene principalmente ad opera dei seguaci, non certo da parte dei fondatori e dei capiscuola che spingono in un rapporto di continuità l'uno rispetto all'altro:

Sono i bisogni egoistici di sicurezza che spingono a chiudersi in un attaccamento morboso a parole che a volte il maestro non ha neppure mai detto. Le interpretazioni, le cattive traduzioni e la superficialità fanno il resto. (Smith, 2001, p. 35-36).

A partire dagli anni Settanta in poi la diffusione dello shiatsu in Occidente è stata tale che è necessario fare chiarezza sui termini della sua espansione.

A livello generale è possibile affermare che le scuole di Namikoshi e di Masunaga sono da considerarsi alla base degli "stili" di shiatsu più diffusi attualmente in Occidente.

In particolare, lo stile Namikoshi, più diffuso in Giappone, offre meno spazio alle interpretazioni, mentre lo stile di Masunaga, più diffuso in Occidente, è stato all'origine di molte "elaborazioni" perché meno rigidamente codificato.

Dal metodo Namikoshi non sono scaturite delle vere e proprie correnti, probabilmente perché non si presta molto alle interpretazioni.

Di tutt'altro tipo sono invece le elaborazioni e le interpretazioni del metodo Masunaga.

Un processo tuttora in pieno svolgimento nell'ambito del quale molti maestri hanno fondato i loro metodi arricchendo e approfondendo i principi dello shiatsu.

Si può dire, grossolanamente, che le diverse pratiche si possono dividere in quelle che hanno preso a prestito alcune tecniche dello shiatsu e quelle che hanno interpretato, sviluppato e tentato di espandere la disciplina in accordo con la tradizione. Con le parole di questo insegnante:

Possiamo dire che esistono tanti stili di shiatsu quanti sono gli operatori che lo praticano... (intervista\_fondatore\_12 luglio 2008).

In realtà, il processo di personalizzazione dello stile e la conseguente pluralizzazione è da considerarsi, a livello generale come un aspetto costitutivo alle discipline di matrice orientale. Infatti, l'apprendimento dell'allievo segue



in linea teorica uno sviluppo suddiviso in tre fasi distinte che progressivamente conducono all'acquisizione di uno stile personale.

Nel primo stadio di apprendimento definito **“Shu”** si studia e si apprendono le tecniche base del Kata<sup>32</sup>. È importante in questa fase seguire attentamente le istruzioni cercando di memorizzare i passaggi e gli spostamenti.

Il secondo stadio è definito **“Ha”** è quello in cui avendo memorizzato a pieno i kata, avviene un'espansione della conoscenza. La tecnica viene assorbita modellata ad uso specifico dell'operatore, viene fatta propria, la tecnica non rappresenta più un motivo di stress e preoccupazione. Si riesce ad ottenere in maniera naturale quello stato di fluidità del movimento e quella condizione necessaria allo stato di coscienza alterata che favorisce l'ascolto e la connessione con l'altro. Infine abbiamo l'ultimo stadio **“Ri”** è lo stadio nel quale andiamo oltre l'insegnamento datoci e si sviluppa il proprio stile all'interno dello stile originario. A questo punto la tecnica non ha più troppa rilevanza e la persona è capace di usarla o di abbandonarla a proprio piacimento essendone totalmente padrona.

I principi dello shiatsu tradizionale ispirano così molte diversi correnti che si accostano ad altre discipline. Queste possono essere di origine orientale, taosite, zen, buddiste, possono integrare la conoscenza dello yoga, dell'aikido o del tai chi; oppure avere un taglio occidentale e coinvolgere varie tendenze della psicologia: gestaltica, junghiana, transpersonale, ecc... Possono essere più scientifiche e cercare legami con la fisica quantistica e le più moderne teorie del caos, oppure più tradizionali e legare la pratica dello shiatsu alle antiche tradizioni esoteriche degli Indiani Americani, dei Celti o dei Maya.

Nelle stesse scuole vengono proposti corsi collaterali di tecniche che non possono essere integrate nel corso di studi e che riguardano cristalli, colori, aromi, canalizzazioni medianiche, contatti con gli spiriti della natura.

Tutto questo è parte della ricerca interiore di ogni singolo praticante che fa uso dello shiatsu come tecnica di espressione e sperimentazione.

In merito a quanto illustrato nei paragrafi precedenti riteniamo importante sottolineare il fatto che nessuno degli operatori e dei fondatori intervistati lavora con il metodo Namikoshi in maniera esclusiva.

Sebbene in fase di stesura del progetto di ricerca uno degli obiettivi prefissati fosse quello di indagare la differenza tra i due stili in relazione alla medicina ufficiale, nel corso del lavoro, in seguito anche a delle difficoltà che non sono dipese dalla volontà del ricercatore, si è resa evidente l'impossibilità di includere nell'analisi le scuole che utilizzano esclusivamente il metodo Namikoshi.

In generale le scuole di formazione professionale che non rientrano espressamente nel circuito Namikoshi, utilizzano alcuni principi, tecniche e manovre dello stile Namikoshi in uniti allo stile Masunaga e a personali elaborazioni e interpretazioni dei fondatori (figura su cui torneremo nel

---

<sup>32</sup> Kata è un termine giapponese traducibile con forma, modello, esempio. Indica una sequenza di gesti formalizzati e codificati ed è utilizzato come strumento didattico in tutte le pratiche di origine e derivazione orientale. Viene utilizzato in tutte le Arti che abbiano come fine la realizzazione della Via, il Do: sho-do (calligrafia), Ka-do (composizione floreale), sa-do (cerimonia del te).

prossimo capitolo), dando vita a sintesi uniche ed originali, compresa la scuola dove è stata condotta l'osservazione partecipante.



## 2. La scuola: fondatori e percorsi formativi

L'idea che le organizzazioni non siano semplicemente processi di razionalizzazione ma anche flussi di esperienze e spazi relazionali è relativamente recente nell'ambito degli studi organizzativi anche se autori come Ouchi e Wilkins (1985) hanno messo in evidenza che lo studio delle organizzazioni è stato, fin dalle sue origini, caratterizzato da una contrapposizione tra aspetti espliciti e aspetti impliciti di un'azione collettiva, tra dimensioni oggettive e formali e soggettive e informali (Gagliardi, 1995)

L'interesse per lo studio dei fenomeni culturali nelle organizzazioni, si sviluppa a partire dalla fine degli anni Settanta dopo un lungo periodo di "predominanza" del "paradigma razionalista" (Gagliardi, 1995, p. 8) fondato sulla

superiorità del modello di organizzazione razionale espresso nella specializzazione dei compiti, nel coordinamento attraverso regole impersonali, nell'autorità legittimata dalla responsabilità gerarchica. (Gagliardi 1995, p. 7).<sup>33</sup>

Lo sviluppo di questo filone di studi "soft" (Gherardi, 1989) è manifestazione della crescente insoddisfazione nei confronti dei tentativi di ricerca tradizionali, soprattutto quelli fondati su una visione positivista dell'organizzazione. I tentativi di superamento di questa visione semplicistica dell'organizzazione risalgono al movimento delle Relazioni Umane che a partire dalle celebri ricerche condotte da Mayo e colleghi nelle fabbriche della Western Electric presso Hawthorne rendono evidente l'importanza dei sentimenti, dei fattori affettivi e psicologici per la comprensione dei comportamenti umani all'interno delle organizzazioni.<sup>34</sup>

Empiricamente tale movimento rappresenta il tentativo di esplorare questo mondo, fino a quel momento sconosciuto, dei sentimenti e di esaminare le conseguenze della sua esistenza sul funzionamento delle organizzazioni, influenzando così lo sviluppo della sociologia del lavoro e della burocrazia. Direttamente o indirettamente tali ricerche hanno gettato le basi per un rinnovamento delle conoscenze circa la vita concreta nelle organizzazioni e in particolare circa la realtà delle relazioni informali che si formano e si nascondono dietro le strutture formali.

In questo periodo John Child (1972) segnalava, infatti, la necessità di riconoscere l'importanza del ruolo giocato dalla dimensione soggettiva nelle organizzazioni anche per quei fattori come l'ambiente, la tecnologia e le dimensioni dell'impresa che sono in larga parte il prodotto di scelte e convinzioni umane. Il peso delle strategie umane frutto della cultura, delle

---

<sup>33</sup> La prospettiva del "paradigma razionalista" fa riferimento essenzialmente all'analisi di Weber sulla burocrazia, anche se come sottolinea Gagliardi (1995) ne vengono mantenuto solo alcuni aspetti del pensiero weberiano, cioè quello dell'organizzazione agisce in base a criteri di razionalità volti a minimizzare i costi e a massimizzare i benefici.

<sup>34</sup> Alcuni autori sottolinearono come in realtà il contributo di questo movimento fu piuttosto limitato (Friedberg 1994) aggiungendo agli stimoli economici gli stimoli affettivi, alla logica della razionalità strumentale quella dei sentimenti. Un altro fondamentale passo decisivo in questa direzione è rappresentato dal modello della razionalità limitata e relativa formulato da Simon (1989).

convinzioni, delle preferenze e delle ambiguità che emergono nelle relazioni tra gli attori all'interno del contesto organizzativo diventano non più "effetti indesiderati" o elementi di disturbo ma ipotesi dominante della razionalità strategica di Crozier (1963). Il passaggio da una concezione che vede le organizzazioni come scelte razionali a una concezione che vede le stesse organizzazioni come spazi in cui gli attori sono sfidati a interpretate e a creare significati prima ancora che a risolvere problemi o a perseguire obiettivi chiaramente definiti (Bifulco, 2002), come realtà prodotta dalle interazioni tra i membri, si coglie dalle parole di Selznick che in un saggio del 1974 afferma:

un'organizzazione non è una realtà neutrale e indistinta, essa ha una sua consistenza frutto dell'azione umana e dei processi di decisione che stanno a monte dell'azione stessa (Selznick, 1974, p.34)

Su questo indirizzo di ricerca si sviluppa una gamma ricca e diversificata di concetti, metodi e approcci disciplinari, spesso frammentari e non molto coerenti fra loro. (Gagliardi 1995) che si sviluppano attorno alla nozione comune di "organizzare" attraverso cui le organizzazioni vengono studiate dal punto di vista delle modalità di interazione, dei processi intersoggettivi di attribuzione di significato, delle culture e delle pratiche concrete, della modalità di comunicazione e di apprendimento:

Gli studi organizzativi, infatti, hanno progressivamente abbandonato l'interesse per le strutture e si sono indirizzati all'analisi dei processi, del divenire più che dell'essere, e allo studio delle forme emergenti dell'organizzare e delle organizzazioni (Gherardi e Nicolini, 2004, p. 42)

I modelli esplicativi dell'azione organizzata che concepivano la cultura, la dimensione informale come uno strumento per vincolare i comportamenti degli attori vennero ritenuti insufficienti a illustrare adeguatamente la vita delle organizzazioni, tra queste nuove vie emergono l'approccio culturale e quello del simbolismo organizzativo (Strati 1995).

In ambito accademico, soprattutto in Europa, lo sviluppo di questo approccio segue la svolta epistemologica dell'ermeneutica e, in particolare, per quanto riguarda si afferma in seguito alla nascita della sociologia critica (Turner 1986). Negli Stati Uniti, diversamente, come sottolinea Gagliardi

dove il rapporto tra ricerca e industria è più stretto che in Europa – la domanda di nuovi modelli interpretativi della realtà organizzativa origina soprattutto dalla crisi del primato economico internazionale del paese e dall'impossibilità di spiegare l'evidente superiorità delle imprese giapponesi con le teorie dominanti. (Gagliardi 1995, p. 13).

Più in generale il successo della metafora culturale applicata allo studio delle organizzazioni è da rintracciarsi nella crisi del concetto di "identità culturale" delle imprese in seguito alla globalizzazione mercati e allo sviluppo tecnologico e nella rivalutazione della dimensione espressiva e individuale (confronta anche cap. 1) anche nei contesti organizzativi non più concepito

solo come luoghi di lavoro ma come “comunità di vita” (Gagliardi 1995, p. 14)<sup>35</sup>

L’approccio culturale allo studio delle organizzazioni è caratterizzato da una

visione delle organizzazioni come forme espressive e come manifestazioni di funzioni mentali superiori come il linguaggio e la creazione di significato da analizzare perciò non solo nei loro aspetti strumentali, economico e materiali, ma anche nei loro aspetti ideativi e simbolici. Questa visione assume che le capacità simboliche dell’uomo si rafforzano ed esprimono nel dominio della complessità delle organizzazioni formali, attraverso la negoziazione di codici intersoggettivi di interpretazione della realtà: le organizzazioni sono perciò soprattutto entità culturali e simboliche caratterizzate da distinti paradigmi, e la ricchezza della vita organizzativa può essere colta soltanto utilizzando modelli di ricerca olistici, interpretativi e interattivi. (Gagliardi 1995, p. 17<sup>36</sup>).

Questi contributi, ponendo al centro le dimensioni relazionali e interindividuali

diluiscono la tradizionale separazione tra dimensione soggettiva e dimensione strutturale. (Viteritti, 2005, p. 14).

È da questo punto di vista che è possibile cogliere l’analogia tra il processo di costruzione sociale dell’identità e quello di competenza nell’ambito degli studi organizzativi.

Il concetto di identità, intesa come relazione tra autoriconoscimento ed etero riconoscimento, si costruisce

nell’equilibrio sempre instabile tra ciò che io sono, o cerco di essere, e ciò che gli altri, nello scambio intersoggettivo, riconoscono di me. (Viteritti, 2005, p. 12)

calato nei contesti organizzativi trova una corrispondenza nella costruzione delle competenze, considerate, in questo contesto come “spazi di mediazione”:

in cui il soggetto costruisce la sua specificità professionale in termini soggettivi e intersoggettivi. (Viteritti, 2005, p. 13).

Sulla base di queste considerazioni è, quindi, possibile fornire una lettura del particolare contesto organizzativo, oggetto della nostra analisi, come spazio fisico in cui questa tensione, questo precario equilibrio si realizza in una

---

<sup>35</sup> Emergono due concezioni di organizzazione in relazione alla cultura: la cultura organizzativa (organizzazione come sistema, come un tutt’uno) che deve saper apprendere e saper cambiare per avere successo (approccio pragmatico manageriale) oppure attenzione per i processi di significazione all’interno di un’organizzazione.

<sup>36</sup> Nonostante il ricorso frequente alla terminologia antropologica, come per esempio, mito, rituale, rito, simbolo, credenza e più in generale lo stesso concetto di “cultura” che nell’accezione antropologica contiene i termini precedenti, gli autori e le opere di riferimento provengono maggiormente dall’ambito sociologico, in particolare dalla fenomenologia sociologica e dalla teoria della costruzione sociale della realtà (Schutz, 1932, 1970, Berger e Luckman 1966), dall’interazionismo simbolico (Blumer 1969) e dal contributo di Goffman (1959) e infine dall’etnometodologia (Garfinkel 1967) per quanto riguarda il metodo di indagine privilegiato si veda cap. 1, par. “Alla ricerca di un metodo”

commistione tra spinte verso l'identificazione, da un lato e la differenziazione dall'altro, tra autoriconoscimento ed riconoscimento:

in questo spazio di tensione le identità (...) tese tra espressività e strumentalità, (...) possono trovare, o ritrovare, percorsi di continuità biografica e insieme di riconoscimento. (Viteritti, 2005, p. 16).

L'idea di competenza come "qualcosa da riconoscere intersoggettivamente" ma anche

da apprendere individualmente e contestualmente, in situazione", come "caratteristiche individuali, formate nella carriera educativa e formativa, ma nello stesso tempo sono una qualità delle relazioni e dei contesti (Viteritti, 2005, p. 93).

ci permette di considerarla come un "costrutto dell'interazione", che prende forma nella relazione significativa da caratteristiche individuali e specifici contesti organizzativi (Viteritti, 2005, p. 107), nell'equilibrio tra la sfera dell'esperienza individuale e quella interindividuale.

Questo modo di intendere le competenze nei contesti organizzativi si rivela uno "strumento" particolarmente adatto per comprendere il percorso formativo delle competenze dell'operatore shiatsu che, come vedremo, attribuisce un valore centrale alla dimensione individuale, strettamente connessa con l'esperienza corporea e percettiva del singolo.

La peculiare natura di questo "sapere pratico" lascia, infatti, ampi spazi di interpretazione individuale al processo di costruzione delle competenze che si caratterizza sempre più come sapere pratico, come conoscenza in azione

capace di mobilitare un mix di conoscenze, esperienza e risorse personali. Gli individui svilupperebbero, a partire dalle loro esperienze, dall'educazione ricevuta, dalle percezioni e disposizioni individuali, attitudini a generare schemi d'azione e pratiche. Essere competenti vorrebbe allora dire saper combinare elementi interni, sedimentati a partire da esperienze, percezioni, educazione, formazione, storia personale, elementi della realtà esterna professionale, organizzativa, in modo da rendere pertinente la relazione tra le proprie risorse e le situazioni. Non si crea sovrapposizione, un'aderenza, tra situazione e soggetto ma tra questi si stabiliscono relazioni significative legate alla capacità dei soggetti di essere esperti delle loro competenze. (Viteritti, 2005, p. 107).

Il presente capitolo intende cogliere le possibili relazioni significative, vale a dire diversi percorsi formativi, che i soggetti, gli **allievi**, realizzano all'interno di un contesto formativo nel processo di acquisizione delle competenze della **pratica dello shiatsu**.

La prospettiva culturale ci permette di fondere due diversi modi di guardare alla **cultura organizzativa** che, in questo contesto, non verranno intesi come contrapposti bensì come estremi di uno stesso continuum.

Ad un estremo troveremo quindi la scuola come contesto di interazione capace di integrare e sovraordinare i comportamenti individuali al fine di rendere

possibile l'azione coordinata ma anche come comunità fonte di identificazione e senso di appartenenza.

All'estremo opposto invece la scuola come campo di azione al cui interno emergono

progettualità individuali volte non solo al perseguimento di integrazione sociale, ma anche alla costruzione di individualità orientate sulla base di significati autonomamente elaborati. (Viteritti, 2005, p. 73).

La scuola diventa “comunità di pratiche”

aggregazione informale e la rete di relazioni che si stabiliscono tra coloro che condividono la stessa attività pratica o attività riconoscibilmente simili. (Gherardi e Nicolini, 2004, p. 57).

Sarà quindi possibile osservare come gli allievi all'interno di questo spazio costruiscono il senso della **pratica dello shiatsu** che, poste in relazione ai differenti gradi di adesione e di differenziazione alla cultura organizzativa, ci permetteranno di tracciare differenti **modalità del divenire shiatsuki**.

## **1. La scuola come organizzazione.**

### ***1. 2. L'assetto organizzativo***

L'istituto di formazione dove si è condotta l'osservazione partecipante si inserisce in una struttura organizzativa che svolge differenti attività:

- Attività formative professionali:
  - a. scuola professionale triennale di shiatsu integrato di durata triennale<sup>37</sup>
  - b. scuola professionale biennale di biodinamica cranio sacrale di durata biennale
  - c. master di integrazione fasciale, che si svolge in 10 seminari di due giorni con scadenza mensile e obbligatorio per chi frequenta la scuola professionale di shiatsu
- Corsi:
  - a. corso di yoga
  - b. corso di tai chi
  - c. corso di pilates
  - d. corso di massaggio con olii essenziali
  - e. seminari e corsi brevi di varie discipline: ad esempio preparazione fiori di bach, nutrizione, scrittura terapeutica<sup>38</sup>
- Trattamenti:
  - a. riflessologia plantare

---

<sup>37</sup>Il secondo anno della formazione shiatsu è il primo anno della formazione craniosacrale

<sup>38</sup>Al momento la scelta di organizzare quel seminario piuttosto che un altro dipende dalle reti di relazioni che i vari membri delle organizzazioni intrattengono con operatori di altre discipline e dall'interesse che il consiglio direttivo esprime per determinate attività. Pur mantenendo una certa coerenza con gli interessi dell'organizzazione, mettere a disposizione gli spazi ad operatori di altre discipline rappresenta una rilevante entrata economica.



- b. shiatsu
- c. cranio sacrale biodinamico

Inoltre gli spazi vengono messi a disposizione di “consulenti” che utilizzano gli studi per ricevere i propri clienti nell’ambito della loro attività<sup>39</sup>. La sede, nel centro della città di Bologna, è al primo piano di un palazzo antico e prestigioso che si affaccia su una delle vie principali della città.

Sebbene l’attuale offerta sia molto ampliata e diversificata rispetto al momento della sua fondazione, che risale al 1991, come semplice istituto di formazione professionale di shiatsu, l’assetto organizzativo è rimasto invariato. Costituitasi come associazione e iscritta all’albo delle libere forme associative del Comune di Bologna, il Consiglio Direttivo è da sempre composto da 4 membri: il Presidente, che si occupa della gestione e dell’amministrazione, il Direttore didattico, fondatore e responsabile delle attività formative e i rimanenti due consiglieri.

Ciascuno svolge la propria attività di operatore all’interno del centro, sebbene tutti praticino lo shiatsu ognuno di loro si è specializzato nel corso degli anni in altre discipline e pratiche di cura. Ai fini dell’analisi ciò che è importante sottolineare è che i membri del Consiglio Direttivo sono stati tutti allievi del fondatore, attuale Direttore didattico.

Nel momento in cui scriviamo uno dei due consiglieri che per anni ha svolto il ruolo di assistente alle attività formative è in procinto di essere nominato responsabile didattico della formazione shiatsu. Purtroppo per ragioni di tempo non si è potuto indagare approfonditamente su questo “passaggio di consegne”, ai fini dell’analisi, è però importante sottolineare, che la nomina avviene formalmente tramite votazione del Consiglio direttivo ma a livello informale, è il frutto di una serie di negoziazioni tra il fondatore e il consigliere. Nel prossimo paragrafo ci soffermeremo maggiormente sul ruolo del fondatore che oltre ad essere una figura fondamentale per la genesi della struttura, lo sviluppo e la trasmissione della cultura organizzativa (Clarck, 1995) sembra svolgere anche il ruolo di “depositario del sapere” della disciplina e quindi l’unico che può effettivamente decidere e riconoscere le capacità e le competenze degli altri membri dell’organizzazione e di chi può entrare a farne parte, nello specifico vedremo come questa duplice veste venga esercitata in relazione alla nomina degli assistenti. Nel corso del capitolo vedremo invece in che modo il “peso” della figura del fondatore possa rappresentare un ostacolo nella più ampia cornice del processo di riconoscimento della disciplina dello shiatsu soprattutto in merito alla definizione di standard formativi e codici professionali, per il momento basti sottolineare che per alcune associazioni di scuole e di professionisti la nomina di insegnante venga rigidamente codificata e regolamentata mentre per altre, come nel caso, preso in esame rappresenti una scelta di natura del tutto personale.

---

<sup>39</sup> Attualmente i consulenti che occupano gli studi dell’istituto sono: uno psicoterapeuta, un rollfer, un terapeuta olistico che utilizza tecniche di counselling, la pranoterapia e il canto, un integratore posturale e una naturopata.

### **1.3. Il percorso formativo professionale di shiatsu**

Nonostante la formazione professionale dello shiatsu sia una delle numerose attività e servizi offerti dall'associazione, essa rappresenta il nucleo attorno al quale hanno preso forma tutte le altre attività e, in ultima analisi, la ragione per cui questa associazione venne fondata.

io sono tornato dagli USA dove mi sono laureato al M.I.T., lì ho imparato lo shiatsu, una volta rientrato bè, ho cominciato a seguire dei corsi di meditazione; poi ho cominciato a tenere delle lezioni lì... finché alla fine con qualche allievo abbiamo fatto il passo, aprire una scuola di formazione shiatsu. (intervista\_fondatore\_A\_14 gennaio 2008).

L'iscrizione, aperta a tutti, viene formalizzata attraverso un'apposita scheda di iscrizione attraverso la quale si diventa membri anche dell'associazione, in qualità di associato.

L'allievo, una volta iscritto, avrà come referente per qualsiasi pratica di natura amministrativa, il responsabile della segreteria organizzativa ed è tenuto a rispettare i termini del "patto formativo" dove vengono esplicitati: la struttura del percorso (860 di formazione oltre lo studio praticato individualmente), il programma didattico e i requisiti richiesti per l'ottenimento del diploma:

- **600 ore di lezione pratica e teorica.** Le lezioni sono suddivise in tre moduli principali, seminari di complemento e seminari residenziali estivi. Per il completamento di ogni modulo viene richiesta la partecipazione all'80% delle ore di lezione frontale e il recupero delle eventuali ore di assenza attraverso lo svolgimento di esercitazioni supplementari da concordare con l'insegnante.
- **200 ore di pratica individuale documentata.** I trattamenti svolti all'esterno delle ore di corso con compagni di pratica o conoscenti vengono considerati come pratica individuale. La pratica individuale deve essere libera di vincoli di una prestazione professionale, per cui non è ammesso considerare pratica individuale un trattamento di shiatsu integrato per il quale si percepisce una remunerazione economica<sup>40</sup>.
- **60 ore di tirocinio.** Lo scopo del tirocinio è quello di facilitare il transito dell'allievo dalla pratica amatoriale alla pratica professionale. L'allievo tirocinante potrà iniziare a ricevere delle persone, portate da lui stesso per amicizia, conoscenza o tramite la scuola, in un contesto professionale, imparando a porsi non solo come amico ma sperimentando i diversi aspetti e problematiche della relazione operatore-cliente in una modalità che richiede rispetto di orari, spazi, organizzazione e responsabilità.
- **Completamento puntuale delle verifiche.** Durante l'iter di formazione vengono regolarmente proposte delle verifiche ed esercitazioni inerenti ai moduli e ai seminari in svolgimento. Qualora non si potesse partecipare alla verifica del giorno stabilito dovrà essere responsabilità dell'allievo contattare l'insegnante per concordare una giornata alternativa in cui svolgere la verifica.

---

<sup>40</sup> Durante il periodo di osservazione tutti gli allievi, nessuno escluso, ha ignorato questa regola a partire dal secondo anno, cioè dal momento in cui l'allievo è effettivamente in grado di praticare una serie di manovre su tutte le parti del corpo in diverse sequenze (Kata)

- **Relazione su tre percorsi di tirocinio.** I percorsi devono essere svolti presso la scuola con tre persone diverse per un minimo di cinque incontri. La relazione scritta deve includere, in allegato, le schede di trattamento e di percorso del cliente, una discussione sul procedimento, sulle strategie, le intuizioni e le prove svolte durante i trattamenti ed infine una riflessione finale sulle difficoltà, gli ambiti da migliorare e ciò che non ha funzionato. Durante il percorso di tirocinio verranno proposti incontri di approfondimento e discussione, in caso di assenza è responsabilità dell'allievo recuperare l'incontro concordando un recupero con un tutor o con l'insegnante.
- **Prove pratiche di valutazione con i tutor.** Durante l'iter di formazione verranno proposti momenti di valutazione pratica in cui l'allievo tratterà i tutor. Lo scopo è di sostenere e indirizzare al meglio lo sviluppo delle capacità dell'allievo. I trattamenti ai tutor costituiscono momenti di valutazione formale e le osservazioni verranno discusse apertamente con l'allievo e con l'insegnante.
- **Percorso di terapia personale.** Il valore e lo spirito della cura si apprendono ricevendola direttamente. Viene pertanto richiesto agli allievi di mettersi in discussione in prima persona ricevendo, durante il triennio di formazione, un percorso di terapia psico-corporea (shiatsu, cranio sacrale, psicoterapia, etc). Viene considerato un percorso di terapia personale un iter di almeno 8 trattamenti. E' necessaria una certificazione formale dello svolgimento del percorso svolto da inserire nella cartella dell'allievo.
- **Tesi finale.** Quattro mesi prima del termine del corso l'allievo potrà scegliere un argomento su cui svolgere la propria tesi. Viene richiesta una tesi di dieci pagine scritte o una proposta di studio e ricerca di impegno equivalente in relazione alle tematiche del corso.
- **Esame finale orale e pratico.** Completati tutti i requisiti formali, l'allievo preparato potrà fare domanda per sostenere la prova d'esame finale. La valutazione verterà sulle capacità e conoscenze attuali del praticante rispetto ai temi e la pratica affrontati nel corso del triennio. Qualora l'insegnante dovesse ritenere che l'allievo necessiti di una preparazione ulteriore, verranno date indicazioni di studio e di pratica supplementare e specifica, dopo ciò l'allievo potrà nuovamente fare domanda per la prova d'esame. Il momento della prova d'esame è da concordare con l'insegnante ed avrà una durata di due ore. La prova comprende momenti in cui vengono esaminate le capacità pratiche-percettive e le conoscenze teoriche maturate dall'allievo rispetto alle tematiche principali delineate nel programma della scuola. (dal materiale di ricerca: "Requisiti per la certificazione degli operatori shiatsu professionali)

Il secondo modulo del percorso formativo richiede specifiche modalità di partecipazione, in quanto parte della formazione professionale di cranio sacrale biodinamico.

Anche in questo caso all'allievo viene richiesto di soddisfare i seguenti requisiti che si aggiungono ai precedenti:

- il corso si articola in sette seminari per un totale di 160 ore di formazione. Gli incontri sono tenuti il fine settimana, dal venerdì alla domenica, dalle ore 9.30, una breve pausa pranzo e termine alle ore

19.00 (gli orari potranno subire variazioni in base alle esigenze della sessione in corso).

- Si richiede la presenza all'80% delle lezioni teorico pratiche. Qualora il partecipante dovesse mancare alle lezioni dovrà recuperare il contenuto teorico e pratico delle stesse, richiedendo gli appunti e le schede tecniche al tutor organizzativo a partire dal giovedì della settimana precedente al seminario. Inoltre, dovrà recuperare la parte pratica con un compagno di corso in sede privata o presso la scuola, concordando il momento di utilizzo della saletta con la segreteria. Inoltre, si potrà rivolgere al proprio tutor per chiarimenti di persona, via telefono o tramite posta elettronica.
- Si richiede il completamento puntuale delle verifiche scritte assegnate tra un seminario e l'altro, dimostrando di aver compreso il materiale didattico presentato. Le verifiche dovranno essere consegnate personalmente o per posta elettronica al proprio tutor entro il mercoledì della settimana precedente al seminario durante il quale i tutor daranno una valutazione in merito. Qualora le verifiche fossero consegnate in ritardo, i tutor consegneranno la valutazione per il seminario successivo. Tra il quarto e il settimo seminario partecipante dovrà svolgere un trattamento al proprio tutor per valutare le capacità pratiche acquisite.
- Si richiede lo svolgimento di 40 ore di pratica extra-corso documentata con un partner o un compagno di corso; le ore di pratica dovranno essere completate entro 6 mesi dal termine del corso. Gli spazi della scuola sono a disposizione per scambi tra allievi anche se non si garantisce la precedenza sugli impegni dei terapeuti e in secondo ordine dei tirocinanti. Per questo, occorre contattare la segreteria prima di accedere agli spazi.
- Si prevede lo svolgimento di una verifica finale a fine corso da concordare con l'insegnante e da consegnare entro 6 mesi dal termine della scuola; viene richiesta una tesi di 10 pagine scritte, una proposta di studio o ricerca di impegno equivalente in relazione alle tematiche del corso.
- Si domanda che il partecipante abbia ricevuto entro 6 mesi dal termine del corso 8/10 sedute di cranio sacrale da operatori professionali; il percorso dovrà essere comprovato e certificato dall'operatore.
- Il rispetto delle modalità di partecipazione è necessario per l'ottenimento dell'attestato finale di praticante di cranio sacrale. (materiale didattico\_patto formativo\_modulo II)

In quanto modulo "condiviso" tra due percorsi formativi durante il triennio gli allievi della scuola di shiatsu condividono parte del loro percorso con gli allievi della scuola di formazione professionale in biodinamica cranio sacrale.

Questo aspetto è importante perché conferma quanto detto in precedenza, cioè che ogni scuola, o meglio ogni fondatore, è autore di un particolare stile di shiatsu strettamente connesso al suo personale percorso formativo, come vedremo in seguito le conseguenze di ciò si rispecchiano nelle difficoltà all'interno della disciplina dello shiatsu di definire non solo gli aspetti formali e strutturali dei percorsi formativi ma anche e soprattutto i contenuti della disciplina, un senso condiviso di cosa effettivamente sia la pratica dello shiatsu

e una definizione unitaria delle capacità e delle competenze richieste all'operatore shiatsu.

Inoltre è importante sottolineare che la scuola di formazione cranio sacrale come anche i master di integrazione fasciale, obbligatorio per la formazione professionale shiatsu, sono frequentati per lo più da operatori di medicine non convenzionali di altre discipline e provenienze, ciò vale in particolare per il master di integrazione fasciale le cui iscrizioni sono riservate a

tutti coloro che hanno già un'esperienza precedente, professionale o formativa di lavoro, di lavoro con il corpo. (materiale informativo: brochure informativa master di integrazione fasciale, anno 2007).

In questo modo si creano spazi di integrazione e di sintesi del tutto originali di conoscenze tra i partecipanti, nell'ultimo capitolo analizzeremo in particolare quelle tra operatori non convenzionali e professionisti che hanno ricevuto una formazione medica<sup>41</sup>.

Anche, in questo caso sono previsti dei requisiti di partecipazione che non riteniamo opportuno esplicitare in quanto ricalcano quelli del modulo II.

Il percorso formativo viene completato con la partecipazione obbligatoria a 5 seminari di anatomo-fisio-patologia condotti da un operatore shiatsu in possesso di una laurea in medicina.

Gli allievi fanno quindi riferimento a una serie di figure che ruotano attorno a quella dell'insegnante che secondo la struttura gerarchica dell'organizzazione sono, in ordine di importanza:

- Tutor: generalmente si tratta di uno dei membri dell'organizzazione che lavora come operatore all'interno dell'associazione (uno dei membri del consiglio direttivo). Vengono scelti dall'insegnante e la loro funzione è quella di assistere gli allievi durante lo svolgimento delle lezioni, aiutare l'insegnante nelle valutazioni individuali osservando gli allievi e correggendo le esercitazioni e le verifiche scritte. Questa figura, in generale, è piuttosto rara nelle scuole di formazione shiatsu e, si può dire, rappresenta una specificità dell'istituto preso in esame. Il tutor percepisce un compenso.
- Assistente: al contrario, questa figura è stata incontrata in tutte le scuole con cui si è entrati in contatto durante la ricerca e nominata da quasi tutti gli operatori e gli allievi intervistati. Il ruolo dell'assistente, come vedremo, sembra essere il primo passo della "carriera" dello shiatsuka. La sua funzione è quella di assistere l'insegnante durante le lezioni nelle dimostrazioni pratiche delle manovre, di partecipare agli scambi a coppie con gli allievi in caso di necessità e di aiutare nell'allestimento della sala e degli spazi e nella distribuzione del materiale didattico. A seconda del numero dei partecipanti il numero di assistenti varia da un

---

<sup>41</sup> Tuttavia, la discussione di questo capitolo non sarà incentrata tanto sulle differenze tra i gruppi inclusi nei diversi percorsi, che in qualche modo ricordano i piani di studio della formazione accademica, quanto sulle pratiche e le esperienze comuni agli allievi di tutti i differenti corsi e seminari.

minimo di uno a un massimo di tre. Generalmente non percepisce un compenso.

- La segreteria organizzativa: generalmente questo ruolo è svolto principalmente da uno degli assistenti, comunica agli allievi eventuali cambiamenti di orario o informazioni di natura logistico-organizzativa e si preoccupa di raccogliere le verifiche scritte degli allievi da consegnare all'insegnante con scadenze stabilite volta per volta.

Le lezioni, generalmente si svolgono quando le altre attività all'interno del centro non sono in corso, durante il fine settimana o nelle ore serali dei giorni feriali, in modo tale che tutti gli spazi siano a disposizione degli allievi e degli insegnanti.

Ad un livello di struttura formale, mansioni, modulistica materiali e programmi didattici l'istituto è in tutto e per tutto analogo a una qualsiasi scuola di formazione professionale istituzionale. L'analisi etnografica dell'"ambiente materiale", oggetto del prossimo paragrafo, ci permetterà di comprendere maggiormente le "tracce" (Gagliardi 1995) della specifica cultura organizzativa di un istituto di formazione shiatsu.

## **2. La scuola**

L'attenzione per i luoghi, la disposizione degli spazi e l'"ambiente materiale" (Van Maanen e Barley, 1995, p. 155) fa riferimento a un particolare filone degli studi etnografici in ambito organizzativo secondo cui

la forma degli edifici, la disposizione dei locali, il design degli uffici, le decorazioni interne, le uniformi, i colori utilizzati, gli strumenti dell'attività quotidiana [rappresentino] la materializzazione in cose concrete e tangibili delle visioni, dei valori e dei modi di sentire radicati e condivisi tra i membri dell'organizzazione. (Piccardo e Benozzo, 1996, p. 94.).

La finalità di questi studi, inaugurati da Larsen e Schultz (1990), sviluppatasi piuttosto recentemente, è quella di comprendere come gli artefatti della vita organizzativa creino significati e possano generare emozioni e sensazioni. A nostro parere queste idee rimandano in un certo senso al più ampio concetto di "frame cognitivo" nel senso batesoniano (Bateson, 1976) di inquadramento psicologico veicolato dai contesti di interazione. Utilizzato in differenti applicazioni dell'analisi etnografica <sup>42</sup>, la prospettiva contestuale concepisce i contesti di interazione come un insieme di messaggi di "istruzioni per l'uso" e "modalità di utilizzo" veicolate dalla disposizione interna dello spazio fisico che si riferiscono quindi a una serie di norme e pratiche di interazione che assumono significato sociale. Osservando lo spazio fisico è quindi possibile ricavarne lo spazio relazionale e sociale, "l'universo delle relazioni fornite di senso tra individui, gruppi, categorie, strati e classi sociali, elementi culturali" (Gallino 1993, pp. 648-649).

---

<sup>42</sup> Ad esempio, cfr. Tota (1997).

In ambito organizzativo è possibile quindi affermare che gli artefatti e gli spazi abbiano una duplice valenza: da un lato, abbiano il potere di canalizzare e dirigere l'azione degli individui, e dall'altro costituiscano delle "tracce della vita organizzativa". Piccardo e Benozzo, 1996, p. 94.

Questo brano del diario etnografico ci permette di cogliere importanti aspetti non solo delle modalità di utilizzo inscritte negli ambienti, i codici, regole e i principi che fungono da riferimento per orientare l'azione (ibidem, p. 5) ma anche e soprattutto "le forme espressive" della vita organizzativa (che) sono cioè contemporaneamente i "luoghi" dove la cultura si manifesta e si cristallizza, e dove è quindi, e i mezzi attraverso i quali essa è tramandata, perpetuata e fatta evolvere, a volte trasformata" (ibidem, p. 5):

Modellini scomponibili del cranio e della colonna vertebrale adornano la sala dove i clienti attendono di incontrare gli operatori e dove viene allestito il buffet per la pausa tra una lezione e l'altra.

Sulle pareti adornate da figure e forme feng shui sono appese mappe che rappresentano l'apparato muscolo scheletrico accanto a tavole dei percorsi dei meridiani della medicina tradizionale cinese... strano accostamento. Accanto ai voluminosi atlanti di anatomia bruciano essenze che emanano profumazioni tipicamente orientali... sono seduta nella sala di aspetto, o "sala relax" come l'ha definita la persona che mi ha invitato ad attendere qui l'insegnante per il nostro colloquio informativo... è allestita con comodi divani e a disposizione dei clienti vi sono acqua, frutta e un bollitore con tisane e thè. Gli ambienti sono accoglienti, silenziosi e l'arredamento è esclusivamente in legno con colorazione naturale. (diario etnografico, ottobre 2007).

L'accostamento che in un primo momento è sembrato piuttosto anomalo tra modellini anatomici e manuali di medicina cinese si è rivelato nel corso della ricerca una delle caratteristiche del particolare stile di shiatsu praticato nella scuola e dei contenuti del programma didattico infatti, come spiega l'insegnante della scuola:

è necessario che voi abbiate una conoscenza dell'anatomia del corpo umano, non solo per avere più punti di riferimento possibili quando mettete le mani sui vostri clienti ma anche perché come vedremo nel secondo anno quando studieremo il sistema cranio sacrale e i meridiani miofasciali capirete come l'anatomia, lo sviluppo embrionale, le inserzioni dei muscoli e le interazioni tra struttura ossea e struttura muscolare ci danno moltissime informazioni sull'origine del disturbo del vostro cliente... e anche dei punti di partenza per cominciare a lavorare. (insegnante\_lezione\_A\_15 dicembre 2007)

Nel corso del terzo capitolo ritorneremo sull'uso della terminologia medico-scientifica in relazione alla costruzione di una figura professionale dell'operatore.

Un'altra dimensione che ci permette di cogliere ancora più approfonditamente la vita organizzativa, riguarda invece le modalità e le regole di utilizzo degli spazi.

Queste ultime, spesso, non sono di così immediata e facile comprensione per un nuovo arrivato:

incamminandomi verso lo spogliatoio vedo tutti uscire con delle pantofole ai piedi, la cosa strana è che sono tutte uguali...com'è che non lo sapevo? Forse era scritto da qualche parte... e io dovevo procurarmele, forse le forniscono loro... ma io non le ho...tiro un sospiro di sollievo entrando in sala quando mi rendo conto che siamo tutti scalzi o con i calzini ma è solo temporaneo...perché durante la pausa tutti indossano di nuovo queste pantofole, maledette pantofole, com'è che sono l'unica con le scarpe, mi sento un marziano... finché non mi decido a chiedere spiegazioni all'assistente: le pantofole sono a disposizione di tutti nello spogliatoio, vanno indossate per muoversi all'interno della scuola, questioni igieniche e vanno levate prima di entrare in sala, dove si fa lezione rigorosamente scalzi o con i calzini... (diario etnografico, novembre 2006).

Mentre altre volte sono diffuse tramite il "passaparola" come si evince da questa conversazione tra due allievi:

allievo1: no, no non entrare lì dentro, vedi che ci sono le pantofole fuori dalla porta?

Allievo 2: bè cosa vuol dire?

Allievo 1: è il segnale no? Vuol dire che dentro quella stanza stanno facendo un trattamento quindi, intanto bisogna che abbassiamo il tono di voce e soprattutto ti dice che non si può entrare"

Allievo 2: e tu come fai a saperlo?

Allievo 1: boh... me l'ha detto qualcuno, comunque tutti lo sanno... non so chi me l'ha detto. (conversazione\_registrata\_ottobre 2007).

O esplicitamente comunicate come questo annuncio fatto da uno degli assistenti dopo la prima lezione:

se volete utilizzare le salette per gli scambi è necessario che una volta terminato lo scambio apriate le finestre per cambiare l'aria, riordinate e pulite per permettere agli altri di utilizzare la stanza dopo di voi. (assistente\_lezione\_A\_30 novembre 2008).

Ritornando al brano del diario etnografico, quella sensazione di "sentirsi un marziano" è stata poi oggetto di riflessione in un secondo momento in cui si comprende non solo che il disagio era dovuto al sentirsi fuori posto ma anche dalla percezione che si stava violando un "valore" percepito come fondamentale.

non era tanto che io avevo le scarpe per andare in giro per i corridoi e loro avevano queste pantofole... il problema era che avevo le scarpe, cioè non si tratta solo di non sapere una regola, ma di... come dire, sporcare, ecco, sì, io stavo sporcando, contaminando, questo ambiente pulito e profumato..cioè, sono sicura che se me ne fossi andata in giro scalza, o con i calzini, non mi sarei sentita così. Come quando cammini sul tappeto



del salotto con le scarpe piene di fango. (diario etnografico\_novembre 2008).

L'attenzione per l'ordine e la pulizia, infatti, non riguarda solo la condivisione degli spazi all'interno della scuola ma più in generale rappresenta un aspetto fondamentale della pratica. Ciò vale a scuola, come spiega questa assistente

siete pregati di cambiarvi prima di andare a pranzo o la sera prima di uscire, potete lasciare gli abiti a scuola, è preferibile che a lezione non usiate gli abiti con cui poi ve ne andate in giro... (assistente\_lezione\_13 febbraio 2008).

e con i clienti

è necessario che siate sempre puliti quando dovete ricevere i vostri clienti, dovete cambiare gli abiti con cui lavorate più di una volta se ricevete più clienti nello stesso giorno, dovete avere un aspetto ordinato come anche lo spazio in cui fate il trattamento, uno spazio ordinato è uno spazio che dà sicurezza e non vi fa distrarre... ordine e pulizia sono fondamentali se volete praticare come professionisti. (insegnante\_lezione\_A\_15 febbraio 2008)<sup>43</sup>

Non si tratta però solo di una pulizia fisica, ma anche di una pulizia "energetica" a tutela sia dell'operatore che dei clienti:

Dopo aver finito il trattamento, uscite dalla stanza, qualche minuto per lasciare il tempo alla persona di tornare qui...io uso questo momento per fare una cosa fondamentale che sarebbe meglio che impariate a fare subito, vado in bagno e lavo con l'acqua le mani e l'avambraccio, a volte anche i piedi se ho lavorato con i piedi, è un modo, per lavare via, l'energia del vostro paziente, dal vostro corpo e soprattutto di non passarla al paziente successivo... (insegnante\_lezione\_A\_28 gennaio 2008).

a metà tra rituale simbolico e vera e propria purificazione energetica la pratica del lavarsi le mani e gli avambracci, viene sempre rammentata agli allievi tra uno scambio e l'altro, dalla voce dell'insegnante che guida l'esercitazione:

una volta terminato, uscite in silenzio dalla sala per non disturbare chi non ha ancora finito e andate a lavare mani e braccia con molta acqua. (insegnante\_lezione\_18 gennaio 2008\_istruzioni\_ricorrenti).

Il gesto di lavarsi accuratamente le mani per "lavare via il dolore del cliente" (allievo) , sposta le nostre riflessioni su una questione molto ampia e piuttosto dibattuta nell'ambito della pratiche di cura che lavorano con la dimensione energetica.

Il concetto di energia è spesso utilizzato in maniera vaga e inappropriata soprattutto quando si fa riferimento alle discipline orientali.

---

<sup>43</sup> Questo aspetto verrà ripreso nel capitolo 3 par.4.

Per quanto riguarda lo shiatsu l'energia è, contrariamente a quanto si possa immaginare, l'espressione più visibile e materiale della persona:

Il ki<sup>44</sup>, è la forza vitale, in ogni gesto, ogni movimento, nel modo in cui camminiamo esprimiamo il nostro ki, ascoltando il tono di voce, il colorito della pelle, il modo in cui vi sedete... tutto questo è ki, quello che gli indiani chiamano prana, quello che altre culture chiamano soffio della vita... tutte le culture hanno trovato un nome, ognuno la chiama come vuole ma tutte si riferiscono alla stessa cosa.... è l'energia del cosmo che ha preso forma in ognuno di voi, ognuno di voi è ki, non c'è niente di più visibile e tangibile. (insegnante\_conversazione informale\_febbraio 2008)

In ambito sociologico sono molte gli autori che vi hanno fatto riferimento, il *mana* di Durkheim (1912), l'effervescenza emozionale di Weber, ma anche Simmel quando dice:

si può parlare di una radioattività della persona, in quanto intorno a ognuno esiste per così dire una sfera più o meno grande di importanza che irradia da lui, nella quale chiunque abbia a che fare con lui s'immerge – una sfera nella quale si mescolano inestricabilmente elementi corporei ed elementi psichici. (Simmel, 1908, p. 316).

Fino al concetto di “energia emozionale” formulata da Collins (2004), forse anche perché non possiamo non concordare con La Mendola quando dice che “viene sperimentata da tutti” seppur “le sensibilità con cui ci si accosta a tale esperienza sono differenziate” (La Mendola 2007, p. 563).

Anche Melucci fa riferimento al concetto di energia proprio riflettendo sui discorsi e le pratiche intorno al corpo che

sottendono dunque il bisogno di affermare la nostra appartenenza alla natura, la ricerca di un canale per esprimere l'energia del desiderio e per entrare in comunicazione con l'altro, la necessità di dare un fondamento al nostro esistere come individui. (Melucci, 1991, p. 77).

Difficilmente il termine energia viene associato a qualcosa di soprannaturale e di misterioso, proprio perché proprietà intrinseca a ogni essere vivente, più semplicemente quello che emerge è una capacità particolare di coglierne le differenti sfumature, frutto di una pratica e di un esercizio costante.

cosa ti dice che un albero è vivo? Cosa tu dice che questa foglia è viva? Se la tocchi puoi sentire l'energia? La puoi sentire se ci presti attenzione, come puoi sentire l'energia pesante che c'è nella stanza quando hai finito un trattamento con una persona che soffre molto per esempio, ma ci sono mille sfumature con cui le persone esprimono la loro energia vitale, tutto sta nel riconoscerle. (insegnante\_lezione\_12 dicembre 2008).

---

<sup>44</sup> Il termine cinese **qì**, in giapponese **Ki** 気 o anche 氣 (forma più antica) è il nome dato all'energia "interna" del corpo umano ricorrente in tutte le aree soggette all'influenza culturale cinese (Giappone, Corea, Vietnam). Il termine ha una rilevanza particolare nel Taoismo e nel Neokonfucianesimo ma spazia da ambiti prettamente filosofici alle arti marziali o la medicina tradizionale cinese fino alla Geomanzia, Idraulica, Pittura, Calligrafia e poetica.

Ordine e pulizia, perdono però la loro connotazione di “freddezza ed efficienza”, a cui comunemente rimandano, essendo accompagnati da un senso di accoglienza e di calore che si percepisce in tutti gli ambienti della scuola.

A cominciare dal calore del legno, che riveste i pavimenti ed è utilizzato per tutti gli arredamenti, come, per esempio, i due divani con grandi e morbidi cuscini bianchi che si trovano nella sala relax dove i clienti che attendono possono bere un tè o una tisana calda.

Anche lo spazio adibito alla lezione, una grande sala, molto luminosa grazie alla presenza di ampie finestre che affacciano sul centro della città, pur essendo l'unico spazio completamente vuoto all'interno della scuola, eccetto per alcuni oggetti come candele e brucia incensi e uno stereo, più che comunicare un senso di vuoto sembra invece pronta ad “accogliere” qualsiasi tipo di attività, dando l'idea di essere uno spazio per tutti.

In uno dei suoi lavori, Melucci (1991) racconta una breve storia di un maestro giapponese che incontra un professore universitario:

Nan-in, un maestro giapponese dell'era Meiji ricevette la lettera di un professore universitario che era andato da lui per interrogarlo sullo Zen. Nan-in servì il tè. Colmò la tazza del suo ospite e poi continuò a versare. Il professore guardò traboccare il tè poi non riuscì più a contenersi. “E' ricolma,” disse, “non ce n'entra più!”. “Come questa tazza”, disse Nan-in, “tu sei ricolmo delle tue opinioni e congetture. Come posso spiegarti lo Zen se prima non vuoti la tua tazza?” (Melucci, 1991, p. 61 ).

Certo, l'intenzione dell'autore nel riportare questa storia, non è quella di parlare di spazi, ma rende bene l'idea di cosa si intenda qui per spazio vuoto che “accoglie”.

La differenza con un'aula accademica è immediata, non c'è la fila di banchi che distingue la posizione di chi impara da quella di chi insegna:

Ogni volta che comincio un nuovo percorso con un nuovo gruppo sono molto eccitato, mi chiedo cosa succederà, che cosa mi insegneranno le persone con cui farò questo viaggio (insegnante\_lezione\_15 novembre 2007).

Inoltre, a seconda dell'argomento e del tipo di lezione che verrà svolto durante la giornata si alterneranno diversi “allestimenti”. Per gli esercizi con il corpo verranno utilizzati materassini e coperte mentre per gli “scambi a coppie” delle manovre e dei trattamenti si potranno utilizzare lettini, materassini, coperte e cuscini. Durante le presentazioni teoriche, le meditazioni e alcuni momenti particolari delle lezioni (vedi il rituale del cerchio, nel par.3.1) gli allievi e gli insegnanti sono generalmente seduti su cuscini e coperte o addirittura stesi.

L'insegnante rimarca questa particolarità durante una lezione quasi a voler sottolineare l'importanza del “praticare l'accoglienza” non solo come operatori ma come individui:

Ecco la differenza ed ecco quello che la maggior parte dei vostri clienti cercheranno il sentirsi accolti, sembra che nella nostra società tutto debba

essere scomodo... il vostro dentista si è mai preoccupato di chiedervi se vi sentite comodi su quelle poltrone infernali? ...e stranamente più quello che devi fare è importante più devi stare scomodo, pensate alle aule universitarie, apprendere è importantissimo e l'atto di educare è fondamentale...ma un docente universitario è entrato mai in aula esordendo con un "come state questa mattina?"...e poi non sarebbe molto meglio essere comodi... quindi sì C., sei a scuola e durante la lezione, puoi stare disteso se ti fa sentire meglio... (insegnante\_lezione\_ 8 febbraio 2008).

Il compito di comunicare "calore ed accoglienza è anche uno dei compiti principali dell'assistente in relazione agli allievi:

Per me la figura dell'assistente è molto simile a quella di una mamma comprensiva, gli allievi devono poter parlare dei loro problemi rispetto alla scuola, qualsiasi tipo di problema dall'aspetto organizzativo alle difficoltà personali, con una persona che in qualche modo rappresenti la scuola ma che non sia un insegnante o un tutor e che quindi potrebbe inibirli. Devono saper ascoltare, accogliere le lamentele e gli sfoghi e poi dare un feedback all'insegnante, questo aspetto del lavoro dell'assistente per me è fondamentale (insegnante\_conversazione informale\_13 maggio 2008).

Il calore e l'accoglienza si rivelano, quindi, insieme all'ordine e alla pulizia alcuni dei "valori fondamentali della cultura organizzativa iscritti negli arredi e nella disposizione degli spazi" (Larsen e Schultz 1990, p. 282) ma anche, come vedremo, ricorrono molto spesso come elementi fondamentali nella costruzione della figura professionale dell'operatore.

Il senso di "accoglienza" è comunicato anche dal fatto che nessuna delle stanze all'interno della scuola è chiusa a chiave, nemmeno quelle adibite a magazzino o quelle riservate allo "staff organizzativo", allo stesso modo, il bancone della segreteria la cui prima funzione è appunto quella di "accogliere" chi entra, essendo lo spazio che si incontra per primo, varcando la soglia, è completamente accessibile non essendo delimitato in nessun modo nello spazio circostante.

La descrizione e l'analisi degli spazi, in questa prospettiva, rappresentano, quindi, un modo di accompagnare chi legge "dentro" una scuola di formazione professionale di operatori shiatsu e allo stesso tempo di cogliere alcuni aspetti fondamentali della pratica.

Il prossimo paragrafo indagherà più approfonditamente il ruolo dei fondatori e i modi attraverso cui un allievo diviene uno shiatsuka all'interno del contesto organizzativo.

### **3 I fondatori/ divenire shiatsuki atto I**

Come abbiamo visto (cfr. cap. 1 par. 6) la disciplina dello shiatsu è indissolubilmente legata ai percorsi dei singoli individui e in particolare dei fondatori delle scuole.

Come anticipato ogni scuola diffonde e pratica uno stile particolare di shiatsu che è il frutto dell'elaborazione personale del suo fondatore:

Ogni scuola trasmette quindi i principi e i contenuti che sono espressione, in primo luogo, della biografia individuale del proprio fondatore, delle sue esperienze accumulate durante la pratica e del lavoro dei maestri con cui è entrato in contatto.

Questo aspetto si è delineato in maniera decisiva durante le prime fasi della ricerca. Infatti, nel momento in cui ci si apprestava a scegliere quali istituti potessero essere significativi per l'osservazione partecipante, sono state condotte una serie di interviste preliminari ad operatori professionisti, che chiameremo in questo caso operatori-di-orientamento, di diverse regioni d'Italia, reperiti tramite la rete di conoscenze informali del ricercatore.

Sulla base di alcune ricerche e delle parole di alcuni di questi intervistati che presentavano la situazione, ad un livello generale, in maniera piuttosto semplice:

semplificando possiamo dire che gli stili sono due, uno è molto codificato, e lascia poco spazio alla dimensione energetica, io per esempio ho cominciato in una scuola così ma poi mi sono...andando avanti per la mia strada ho letto, ho studiato e mi sono avvicinata all'altro approccio, che possiamo dire è quello del maestro Masunaga, perché mi risponde di più, come modo di lavorare e quindi mi sono allontanata molto dallo stile Namikoshi, anche se ci sono delle cose che ancora uso... ma è diverso... dipende da quello che cerchi tu e non è detto che tu lo sappia già da subito. (operatore shiatsu\_intervista\_F\_4 settembre 2007).

si è erroneamente pensato di poter ricercare e approfondire due percorsi formativi che rispondessero ai due stili. In realtà quasi immediatamente, quando si è cominciato a visionare i singoli programmi didattici delle possibili scuole si è subito riscontrato, con non poco stupore, che non solo gli operatori-di-orientamento non condividevano le stesse opinioni sulle scuole e sui rispettivi fondatori, fatto, questo, piuttosto marginale, ma soprattutto che molto spesso non avevano mai sentito parlare di determinati argomenti, tecniche e pratiche che venivano menzionati nei programmi didattici.

oggi ho chiamato C. le ho parlato della scuola che voglio visitare la settimana prossima, le ho chiesto se poteva darmi delle informazioni in più sulla parte del programma che parla del Respiro Primario... non ne aveva nessuna idea, sue testuali parole: "non so proprio di cosa si tratti" poi quindi ho chiamato E. magari lui ne sapeva qualcosa di più...sono rimasta stupita quando mi ha detto "Fantastico! Magari ci fossero stati percorsi così completi quando ho cominciato io!", a volte mi viene il dubbio se stiamo parlando tutti della stessa cosa" (diario etnografico, 20 maggio 2007).

Allo stesso modo per quanto riguarda le associazioni di riferimento:

non riesco a capire, uno mi dice che devo assolutamente iscrivermi in una scuola che faccia riferimento all'Apos e poi però un altro non sa nemmeno che cosa è, mai sentito nominare..di nuovo. (diario etnografico, 20 maggio 2007).

La situazione quindi si è presentata sin dall'inizio piuttosto complessa e parte della ricerca ha aiutato a comprendere quali fattori sono legati a questa pluralità di posizioni e ad individuarne le possibili conseguenze.

Ciò trova conferma nelle parole del fondatore della scuola dove si è condotta l'osservazione partecipante:

io propongo alla scuola solo ed esclusivamente ciò di cui ho fatto esperienza, direttamente, in prima persona, anche la più piccola manovra che introduco è perché l'ho provata su di me (intervista\_fondatore\_A\_14 gennaio 2008)

O ancora durante una lezione introduttiva presso un altro istituto:

ciò che insegno è frutto della mia esperienza clinica, di quello che ha funzionato e che ancora funziona per me quando lavoro con i miei clienti (fondatore\_lezione\_B\_18 novembre 2008)

E allo stesso modo nelle parole di questo insegnante intervistato:

Ultimamente mi sono avvicinato molto al cranio sacrale biomeccanico, la scuola di Upledger, per intenderci, e quindi sto organizzando dei seminari di approfondimento per i miei allievi che integrano il programma di shiatsu con i principi del cranio sacrale, per me è una terapia molto valida e incredibilmente potente, voglio condividere queste mie esperienze con i miei allievi. (intervista\_insegnante\_B\_10 luglio 2008).

Se da un lato questo aspetto viene percepito come un elemento che contribuisce a mantenere la disciplina dello shiatsu

...viva... capisci quello che intendo? Significa che respira, sempre, continua a trasformarsi, ogni giorno, ogni volta che qualcuno la pratica... c'è sempre da imparare, non arrivi mai a un punto che dici, ah ok adesso so come funziona, no, perché poi incontri uno che ti insegna una cosa nuova, oppure che ne so, tu facendo un gesto senza pensarci impari qualcosa... non so se mi sono spiegato... secondo me è positivo, non è chiuso, fermo... finché ti muovi sei vivo... no? (intervista\_fondatore\_A\_14 gennaio 2008).

Dall'altro lato ciò si riflette nella difficoltà a trovare una posizione comune nell'ambito del difficoltoso processo di riconoscimento, anche se torneremo in seguito su questo argomento, riteniamo utile riportare le parole di uno dei fondatori intervistati che rappresenta il mondo associativo e organizzativo dello shiatsu come una serie di piccoli giardini recintati:

il problema è questo qui...il fatto è ch ogni scuola è il giardino privato del suo fondatore, e ogni fondatore ha la sua idea di cosa sia lo shiatsu...come puoi immaginare... la sua idea è la migliore, l'unica valida.... non lo ammetterebbero mai ma è così... anche io sono convinto che quello che faccio io è la cosa migliore, nel senso che va bene per me...per il percorso che ho fatto io, per le esperienze che ho fatto, per quello che ho imparato fino a qui... anche le associazioni di scuole sai... la storia è la stessa, noi siamo meglio di voi e quindi non potete decidere le regole voi per noi... tanti giardini, piccoli o grandi, ma guai se qualcuno cede un pezzo della sua proprietà per arrivare a un compromesso, non ci metteremo d'accordo mai... secondo me... è molto molto difficile... (intervista\_fondatore\_B\_ 31 maggio 2008).

La complessa figura del fondatore gioca un ruolo fondamentale, quindi nella definizione dei contenuti della disciplina che verranno presentati durante il percorso formativo ma anche nella modalità attraverso cui queste conoscenze devono venire trasmesse e in ultima analisi al dare forma a una vera e propria struttura organizzativa.

Spesso descritto come dotato di doti particolari:

La capacità di S. è quella che poi lei è così, cioè è una sua capacità, di farti sentire subito a tuo agio, e di capire di che cosa hai bisogno...quando vai a lezione, sembra una lezione rivolta a tutti, invece lei ha l'incredibile capacità di metterci dentro quello di cui ognuno ha bisogno per proseguire nel suo percorso... (allievo\_conversazione informale\_C, 21 novembre 2008).

bè io sono stata fortunata perché parliamo di una persona con doti espositive e comunicative veramente fuori dal normale. (allievo\_conversazione informale\_A\_dicembre 2008).

è incredibile quando sono a lezione, e lei guida i miei movimenti scandisce i tempi, tutto ha senso, sento e percepisco, il mio respiro, quello della persona con cui lavoro... arrivo a casa , ci provo e non c'è più quella magia, pigio i miei pollici sulla mia ragazza, e lei si lamenta pure, perché i miei compagni no? Secondo me perché c'è lei a scuola. (allievo\_conversazione informale\_A\_settembre 2008).

la figura del fondatore ha risvolti carismatici che emergono, soprattutto, come sottolineano i brani precedenti, durante le lezioni e in particolare nei momenti dedicati alla meditazione e alle "pratiche guidate":

mi ricordo che era la cosa che mi piaceva di meno delle lezioni, quella della meditazione... invece adesso, sono consapevole di quanto sono stata fortunata da questo punto di vista ed aver avuto S. a guidare le mie prime meditazioni e visualizzazioni, non ho mai più incontrato insegnanti così... si può dire bravi, ma non è la parola giusta. (allievo\_conversazione informale\_C, 21 novembre 2008).

c'è una bella differenza a fare le pratiche a scuola e a casa, prima di tutto a casa hai a che fare con persone che ti dicono “bè è normale che non mi fa più male, è mezz'ora che premi, me lo avrai reso insensibile” ...invece a lezione sarà, bè sì che ci sono i tuoi compagni... ma è anche, secondo me è anche che c'è P., adesso non voglio sembrarti strana, o dire cose che magari ti sembrano strane ma sai quando lui parla e tu sei lì con la persona e guida la respirazione, aiuta a concentrarti, ti fa sentire l'energia... ed entrambi “entriamo” nel lavoro insieme, è tutto diverso. (allievo\_conversazione informale\_15 giugno 2009).

L'ultimo brano riportato, in particolare ci conduce alle riflessioni elaborate da Collins (1988) sul ruolo del leader carismatico nella “messa in circolo” di “energia emozionale” nei rituali collettivi:

La partecipazione ai rituali dà agli individui un nuovo patrimonio di energia emozionale. Questo avviene soprattutto nel caso degli individui che sono il focus dei rituali (...) la leadership carismatica è prodotta dal processo rituale. Siamo qui in presenza anche di una relazione circolare, cumulativa: gli individui che hanno la reputazione di essere straordinari oratori attirano molte persone ai loro discorsi o sermoni e creano in loro un comune stato d'animo di attesa e di entusiasmo. L'aumento numerico e l'intensificazione del focus aumentano l'energia emozionale dell'oratore, o di colui che esegue il rituale, che a sua volta è in grado di essere ancora più “carismatico”. Ciò significa che egli, o ella, è capace di canalizzare in direzione del gruppo livelli altissimi di energia emozionale, energia che è intensificata dall'ubiquità del suo stato d'animo condiviso. Il leader carismatico è diventato personalmente un oggetto sacro. Egli o ella è il polo della “batteria” sociale, attraverso la quale l'energia emozionale fluisce dal gruppo e viene di nuovo restituita ad esso (Collins 1988, pp. 246-247).

Ciò che, a nostro parere, è importante sottolineare è proprio la dimensione interazionale e collettiva del carisma che implica un rapporto di credenza, “un'icona (...) in cui credere”, e fiducia tra il fondatore e il gruppo di allievi:

carisma significa innanzitutto riconoscimento e legittimazione dell'autorità personale, che abilita un leader a dominare un gruppo per un periodo incerto, in verità precario (Dickson, 1992, p. 96).

Ciononostante, raramente nella nostra indagine abbiamo incontrato espressioni come “maestro di vita” o guida spirituale, tradizionalmente designata alla formazione degli allievi soprattutto nelle discipline orientali.

La figura del fondatore sembra, invece, avvicinarsi sempre più a quella di un vero e proprio “imprenditore”:

sebbene tradizionalmente si assimili l'imprenditorialità alla propensione al rischio finanziario nel contesto delle istituzioni economiche, è inutilmente restrittivo l'uso del termine “imprenditore” a questo contesto istituzionale. Molti tra coloro che hanno creato nuove istituzioni al di fuori del mondo degli affari e che sono spesso indicati come “fondatori” e “innovatori” devono far fronte in larga misura alle stesse sfide



organizzative, manageriali e personali che si pongono agli imprenditori nelle aziende (...) Il termine imprenditore verrà usato per indicare qualsiasi persona che si assume la responsabilità primaria di mobilitare, finalizzare, costruire e gestire una nuova organizzazione. (Pettigrew, 1995, p. 57)

Per usare le parole di un altro autore, ogni scuola è espressione di una specifica *saga* organizzativa (Clark 1995, p.68) che comprende non solo la componente strutturale dell'organizzazione ma anche la componente affettiva degli individui che vi partecipano (Clark 1995, p. 68).

Come in una vera e propria *saga* ogni scuola è espressione della volontà e dei propositi di un singolo individuo, il suo fondatore:

il cui primo compito è quello di trovare un ambiente che sia disponibile, o che tale possa essere reso, per una particolare impresa. L'ambiente più ovvio è un'organizzazione nuova e autonoma (...) in una situazione siffatta un leader può anche avere il vantaggio di costruire dall'alto verso il basso, nominando i suoi luogotenenti, e scegliendo le reclute in modo corrente con le sue idee. (ibidem, p. 68)

Il ruolo del fondatore, infatti, è anche quello di scegliere quali persone collaboreranno con lui alla programmazione delle attività della scuola.

È il fondatore che sceglie gli assistenti che lo aiuteranno durante le lezioni nelle dimostrazioni pratiche delle manovre, nel rimanere a disposizione degli allievi per la pratica a coppie.

E sono questi stessi assistenti che, a discrezione del fondatore, potranno affiancarlo nell'insegnamento, generalmente, mentre il fondatore si occupa dell'insegnamento all'ultimo anno, agli assistenti viene affidata la gestione del primo e del secondo anno.

La scelta sembra avvenire in primo luogo in base alla relazione che si instaura tra il fondatore e l'allievo, futuro assistente.

Come ci spiega questo allievo:

alla fine è P. che decide chi fa l'assistente oppure no... io ho visto che sono sempre stati allievi che magari avevano ricevuto trattamenti da lui, quindi il loro rapporto... insomma... andava oltre il rapporto allievo insegnante... ti dico questo perché è successo così anche a me... secondo me sono stato scelto perché ha avuto modo di conoscermi meglio... ha sentito che poteva fidarsi di me... (allievo\_conversazione informale\_A\_13 giugno 2008).

Anche questo operatore professionista conferma il ruolo giocato dal fondatore nel suo percorso da allievo ad operatore.

bè praticamente è stata lei a... decidere, io avevo appena finito al scuola e mi dice, che intenzioni hai per il prossimo anno? E io boh non so... mai mi sarei aspettato che lei mi chiedesse di fare l'assistente, forse se non fosse stato per lei adesso non sarei qui, se non mi avesse tenuto dentro lei, diciamo io magari avrei fatto tutt'altro, non lo so. (operatore shiatsu\_M\_intervista\_12 maggio 2008).

Prima di proseguire nell'analisi del percorso formativo, riteniamo opportuno tentare una lettura di una delle possibili modalità del "divenire shiatsuka" che vede come attori principali il fondatore e l'allievo, scelto per diventare assistente. Facciamo in questo caso riferimento al concetto di carriera, in accordo con la tradizione dell'interazionismo simbolico (Huges, 1971, Becker e Strauss 1956, Becker 1970), sebbene lasceremo sullo sfondo, per il momento se si tratti o meno di una professione riconosciuta e legittimata. Il concetto definisce il corso della vita professionale come una serie di stadi che differiscono in base alla qualità delle interazioni che giocano una parte rilevante nell'ambiente professionale di riferimento. A partire da questo concetto Isabel Wagner (2006) conduce uno studio etnografico in cui analizza il processo di costruzione della carriera lavorativa individuale in connessione con quella di altri attori, nell'ambito della professioni artistiche e intellettuali. In questo contesto ricorriamo il concetto di *career coupling* che rappresenta il processo attraverso cui viene ottenuto il successo professionale attraverso la costituzione di relazioni tra "novizi" e professionisti avviati, che avviene, secondo tre passaggi:

1) matching; 2) active collaboration; and 3) passive collaboration. It is argued that analysis of career coupling developed here can also be transferred to other professional field. (Wagner 2006, p. 78).

Il *career coupling* è quindi definibile come

...a social process, which concerns the parallel professional routes of two or more actors who cooperate, each in their own speciality, during the time necessary for them to change their rank in their respective professional worlds. By this process, the actors hope to climb in their professional hierarchy. (Wagner 2006, p. 79).

Detto in altri termini, il *career coupling* consiste dell'interazione tra due o più carriere, un processo sociale, che si riferisce a forme di cooperazione tra due o più attori in cui gli attori coinvolti costruiscono le loro carriere reciprocamente. In accordo con l'autrice è possibile osservare una prima fase di *matching* in cui avviene un processo di identificazione delle aspettative

è stato il mio modello, da quando l'ho visto fare la lezione la prima volta, ho pensato che volevo essere come lui, che era così... così deve essere... (allievo\_conversazione infomale\_A\_13 giugno 2008).

il primo impatto che ho avuto poi con S., l'insegnate, è stato un impatto abbastanza positivo, per cui l'ho sentita subito molto in armonia con quello che io mi aspettavo dallo shiatsu, perché chiaramente mi ero, poi come fanno tanti, informato prima no? Avevo letto libri altre cose, per cui mi ero un attimino così... avevo già realizzato il fatto che poi nello shiatsu ci sono poi tanti modi di vedere, tanti stili, tante cose, per cui anche lì... sei un po'... a volte un po' dubbioso cerchi sempre di capire un pochettino che cosa ti viene proposto, in realtà appena appena, prima ancora che si parlasse di shiatsu, appena ho incontrato s. ho subito capito

che era una persona che in un certo qual modo avrebbe potuto dare molto, al di là poi magari della tecnica, che poi stato poi così insomma, se hai già quella fortuna, ti aiuta parecchio nel percorso, per cui con s. mi sono trovato bene subito... quel giorno sì è chiaro, ero emozionato, perché è ovvio, poi non sai mai se sei poi così portato o non portato, non sai mai se la cosa poi alla fine, ti piace come tu la pensavi, si realizza per dirti una cosa che non entra nei tuoi, nei tuoi modi di vivere, nel tuo modo di rapportarti anche con la gente, perché il massaggio è sempre stato un modo per rapportarmi, per comunicare, più che una semplice tecnica per rilassare o quant'altro, per cui mi interessava molto anche quell'ambito, più spirituale, più filosofico, orientale, e in S. ho trovato poi tutto questo, perché lei ci tiene molto a quell'aspetto dello shiatsu, la tecnica magari è una cosa che uno magari affina nell'arco della sua esperienza, ma se non entra bene nello spirito dello shiatsu da subito, fa molta fatica poi ci sono altre scuole, altri stili, che insegnano invece uno shiatsu molto più tecnico, e vabè, quella è una scelta, invece io cercavo proprio una cosa di questo genere. (operatore shiatsu\_M\_intervista\_12 maggio 2008).

Successivamente, si riconosce una seconda fase in cui, dopo un iniziale aggiustamento reciproco delle aspettative, la collaborazione è particolarmente è attiva e la relazione è molto intensa e ravvicinata:

ci sono momenti che a lezione, mentre parlo agli allievi mi sembra di sentire parlare lui, anche il tono della voce è uguale. Ricordo bene quando sono stata nominata assistente, a parte che sì... insomma, guardavo tutto. Una spugna. Mi ricordo di me come una spugna. È stato un periodo in cui ero la sua ombra, guardavo tutto di lui e facevo tutto, non ero mai stanca, ero piena di energia... perché dovevo assorbire tutto, partecipavo a seminari, master, lezioni tutto. (allievo\_conversazione informale\_A\_13 giugno 2008)

Come conferma la stessa autrice:

During the stage of active collaboration, each actor constructs their career using the knowledge or abilities of the career-coupling partner. The novice is enriched with the initiator's knowledge and the initiator yields profit from the performances of his young follower. This valorises and "nourishes" the master. (Wagner 2006, p. 81).

È in questo momento che l'insegnante diventa per l'allievo "(...) una specie di icona, da venerare, da salvaguardare, da proteggere dalle critiche, in cui credere".(allievo\_conversazione informale\_A\_13 giugno 2008)

Infine, un'ultima fase in cui la collaborazione diventa in un certo senso passiva in cui il "novizio" acquista via via più autonomia ed entra nel mercato lavorativo:

chiaramente sai, tieni sempre i suoi consigli come guida, ma poi piano piano, cominci a fare le cose da solo, a scegliere, io per esempio, ho cominciato ad insegnare ad un corso amatoriale in un comune vicino... è sotto la mia responsabilità. (operatore shiatsu\_intervista\_\_22 aprile 2008).

ad un certo punto ti prendi la responsabilità e cominci anche a riconoscere i difetti della persona che, in un certo senso, è grazie a lei che sei arrivato qui, perché ti ha reputato idoneo, poi però ognuno fa la sua strada... impari cose nuove, metti in discussione quelle vecchie, anche se la scuola da cui vieni rimane fondamentale, è una domanda che ti fanno spesso, no? “chi è stato il tuo maestro?” oppure “dove hai fatto la scuola”, è tipo una sorta, adesso non vorrei fare un paragone forzato, ma una specie di marchio di fabbrica. (operatore shiatsu\_M\_intervista\_12 maggio 2008).

Quest'ultimo brano riporta la nostra attenzione su un ulteriore aspetto che è importante tenere in considerazione, cioè il rapporto circolare che si instaura tra il neo-assistente e il fondatore:

The actors active in the career coupling process build their reputations together. (Wagner 2006, p. 79)

Come sottolinea la stessa autrice, infatti, la differenza tra una semplice collaborazione e un processo di *career coupling* è che nel secondo caso la reputazione degli attori coinvolti è in qualche modo interdipendente. E' possibile percepire questo aspetto nelle parole di questo assistente:

credo, che se ha deciso di chiedermi di fare l'assistente pensa che sono all'altezza, io non lo so, forse, non lo sono e se non lo fossi? Anche lui farebbe una figuraccia, non solo io. (allievo\_conversazione infromale\_A\_13 giugno 2008).

Ma in particolare, e in maniera ancora più decisiva questo aspetto emerge quando da assistente potrebbe avvenire l'ultimo passaggio, cioè divenire un operatore che pratica all'interno dell'organizzazione:

...noi permettiamo che gli allievi facciano il tirocinio qui, al centro, ma non è possibile avere a disposizione le sale per ricevere i clienti, questa è una decisione, insomma...un operatore qui deve rispettare determinati requisiti.

**Di quali requisiti si tratta, se può farmi un esempio.**

È difficile da dirlo così, è una decisione che eventualmente prendo se si dovesse presentare l'occasione, ci sono molti aspetti che devo considerare... e in più sicuramente ci sono delle esigenze di tipo organizzativo. (fondatore\_A\_intervista\_14 gennaio 2008).

Il risultato di questo processo è comunque quello di essere associato al nome del fondatore o della scuola stessa “nell'ambiente, si dice, quello ha fatto scuola con... quello viene da...” oppure “ il suo maestro è stato...” “è stato assistente di... prima di diventare quello che è”.

Questa “risonanza positiva” si verifica già al momento della nomina di assistente:

se è stata nominata assistente, sicuramente è brava, o lui pensa che sia... ho pensato di che posso chiedere di fare degli scambi, speriamo che non se la tira (ride) (allievo\_conversazione informale\_gennaio 2008).

Pur consapevoli che i dati a nostra disposizione non abbiano valore statistico, le narrazioni degli allievi nominati assistenti rivelano come l'acquisizione del titolo di assistente rappresenti il passaggio obbligato per essere considerato membro a tutti gli effetti dell'organizzazione.

Riportiamo qui il brano più significativo a questo proposito:

praticamente tutti noi qui abbiamo fatto gli assistenti prima di fare gli operatori... ti iscrivi e insomma non basta fare la scuola e diplomarsi non è facile trovare dei clienti, avviare una nuova attività da solo, soprattutto per chi ha solo questa qualifica, sai magari c'è chi faceva già il pranoterapeuta, allora si ha un interesse a diplomarsi per aggiungere un titolo ma uno che magari fino al giorno prima faceva il perito informatico, per esempio, io... l'unico modo per me era questo, entrare qui dentro... magari adesso che sono consapevole delle mie capacità, che ho i miei clienti potrei anche lavorare in uno studio da solo ma... questa è un'altra storia, è una questione di scelte, però lo potrei fare solo perché prima ho fatto l'assistente, ho avuto l'occasione di praticare, di osservare e di praticare... praticare e praticare perché è così che si diventa bravi non è che puoi leggere dei libri e lo sai fare. (operatore shiatsu\_A\_conversazione informale\_30 maggio 2008).

In particolare questa neo-assistente fa riferimento a dei codici di comportamento implicite che determinano l'appartenenza o meno alla cultura organizzativa:

in effetti io... ecco... penso che il mio segreto sia stato questo... io ho capito che ci sono dei modi per far vedere che sei dentro no? Che sei uno di loro... per esempio io mi vesto in maniera particolare, cioè mi vesto appositamente per venire a scuola, non posso venire tutta truccata con i tacchi... quella non è... come dire l'immagine giusta, cerco di vestirmi come loro, comoda, senza trucco... con un aspetto ordinato, sempre pulita ma non troppo profumata... non mi sono mai fatta vedere mentre fumavo una sigaretta... come dirti... ho colto... i dettagli... e poi che ne so... ah si... anche in classe, per esempio, ho notato che tutti stanno seduti con la colonna bella dritta... non stravaccati come magari ti verrebbe da fare, ma se tu pratici seriamente non stai gobbo... queste piccole cose devi notare... non è proprio imbrogliare... però se ti interessa entrare... (allievo\_conversazione informale\_26 giugno 2008).

Oppure il riferimento è a regole ben precise e formali che sanciscono ciò che va fatto da ciò che non va fatto, ciò che è considerato accettabile e ciò che non lo è:

ho sempre dimostrato grande interesse nel portare a termine la scuola, sono stata puntuale nella consegna dei compiti, ho seguito le regole, mai in ritardo a lezione, ho lavorato molto s di me, seguendo un corso di meditazione e uno di tai chi, ho fatto tutto quello che ti insegnano per

diventare un professionista... come loro (allievo\_conversazione informale\_15 luglio 2008)

Il processo di inclusione dell'allievo all'interno del corpo-insegnante in qualità di assistente richiama quello di "partecipazione legittima periferica" individuato da Gherardi e Nicolini nel loro studio sulle modalità di apprendimento in ambito organizzativo:

...che permette di accedere alle attività più importanti e quindi di apprendere, deve essere sancita in qualche modo dagli altri. Per diventare partecipanti legittimi bisogna infatti che il proprio coinvolgimento nella pratica sia riconosciuto e sancito in qualche modo (...) la legittimazione della partecipazione rende quindi progressivamente i novizi degli stakeholders della pratica stessa e sancisce il fatto che imparare è in un certo senso un lasciarsi diventare qualcun altro, ovvero acquisire un nuovo modo di essere e una nuova identità (Gherardi e Nicolini, 2004, pp. 55-56).

In questa prospettiva le narrazioni delle modalità di ingresso degli assistenti nell'organizzazione assumono particolare valore analitico in quanto ci forniscono una visione del modo in cui emerge e si sviluppa la "cultura organizzativa della scuola" intesa come:

forma particolare di socialità fra i membri dell'organizzazione basata sulla condivisione di pratiche comuni [che] costituisce allo stesso tempo la condizione di esistenza del sapere in azione e il meccanismo della sua perpetuazione e regressivo mutamento. (ibidem, p. 50).

È possibile, a questo punto, definire una prima modalità del "divenire shiatsuka" che riguarda chi si iscrive alla scuola, generalmente senza precedenti esperienze formative strutturate in percorsi professionali. In questo caso la spinta a diventare **operatore professionista** sembra quindi venire da una forma di **riconoscimento interna all'organizzazione** che sancisce l'appartenenza dell'allievo alla scuola in qualità di membro a tutti gli effetti, sancito e legittimato in particolare dall'insegnante che spesso, come abbiamo visto coincide con la figura del fondatore.

Questa prima modalità è altamente selettiva e riguarda, si può dire, quasi esclusivamente, per quanto si è potuto osservare, gli allievi che cominciano il percorso formativo senza nessuna esperienza precedente, molto spesso con un'occupazione del tutto differente e scelgono di "cambiare vita" e di fare dello shiatsu una occupazione a tempo pieno:

non è stato immediato, prima lavoravo a tempo pieno e facevo la scuola nel fine settimana, poi andando avanti, mi piaceva così tanto, mi sembrava impossibile poter vivere di una cosa che mi piacesse così tanto, ma non ho fatto subito la scelta, prima mi sono messa part time, così ho potuto seguire sei seminari di approfondimento e fare più pratica, e poi alla fine, eccomi qua... faccio questo, insegno al primo anno e poi lavoro qui come operatrice. (operatore\_M\_intervista\_A\_18 maggio 2008).

L'acquisizione delle competenze necessarie al divenire uno shiatsuka professionista coincidono, in questo caso, con un processo di adesione al ruolo che considera le competenze come derivanti dalle prescrizioni di ruolo all'interno dell'organizzazione.

L'individuo ricerca l'integrazione del proprio sé con il sistema organizzativo e le sue norme, giudicate entrambe come necessarie. (Viteritti, 2005, p. 130).

È possibile indicare questa prima modalità del “divenire shiatsuka” come “**definita dal ruolo**” in quanto la **pratica dello shiatsu** (asse orizzontale, grafico 1) viene definita in base al ruolo che viene attribuito all'allievo all'interno dell'organizzazione a cui corrisponde quindi un altro grado di identificazione del percorso individuale con la cultura organizzativa (asse verticale, grafico 1), con i principi e le procedure dell'organizzazione.<sup>45</sup>

Come si vede dal nostro grafico, in cui si è tentato di darne una rappresentazione che facesse intuire, seppur non avendo a disposizione dati con valore statistico, le differenze numeriche tra le differenti modalità individuate, questa prima modalità si verifica molto raramente delineandosi più come un'eccezione che come una vera e propria possibilità.

Nel corso del capitolo proseguiamo con la presentazione delle rimanenti modalità.

---

<sup>45</sup> È importante sottolineare che alla luce di una mancata legittimazione della figura professionale la comunità di riferimento diventa un elemento essenziale nella fase di costruzione della carriera lavorativa. Il ruolo del fondatore e della scuola è quindi, in questo caso particolarmente rilevante, quanto meno, per dare avvio a questo processo.

*“Nessun vissuto può essere incluso in un unico schema interpretativo”  
Schutz 1967 p.121*

### **3.1 La pratica dello shiatsu /divenire shiatsuki. Intermezzo**

Prima di proseguire è opportuno volgere lo sguardo proprio alle modalità attraverso cui viene trasmesso il sapere dello shiatsu.

Riprendiamo, a questo proposito, quanto già anticipato in precedenza in relazione al processo di inclusione degli allievi all'interno dell'organizzazione, rispetto alle modalità di apprendimento in ambito organizzativo.

Se, come sottolineano Gherardi e Nicolini, infatti

alcuni importanti aspetti del “sapere” possono essere condivisi e trasmessi solamente tramite un processo basati sull'interazione e la condivisione di un'attività senza che ciò richieda una sua traduzione esplicita in termini linguistici o simbolici. (Gherardi e Nicolini, 2004, p 51)

e che per apprendere bisogna innanzitutto “avere accesso a questo sapere pratico” (ibidem), allora è possibile affermare che ciò non riguarda solo ed esclusivamente i futuri membri dell'organizzazione, ma in generale tutti coloro che partecipano al percorso formativo con differenti gradi di autonomia.

Infatti è proprio l'accesso a questo sapere pratico condiviso che “permette di formare persone altamente qualificate e competenti” (ibidem p. 50)

Questo aspetto è formalmente previsto nelle scuole che offrono percorsi formativi professionali. Come abbiamo visto nel par 1.2, tra i requisiti richiesti per l'ottenimento del diploma oltre a un monte ore minimo di frequenza obbligatoria alle lezioni, viene richiesto ai partecipanti di ricevere un ciclo di trattamenti da un operatore professionista e di praticare gratuitamente un numero stabilito di ore.

Durante una lezione del primo anno l'insegnante introduce gli allievi all'importanza della condivisione della pratica con queste parole:

i meridiani sono una vera e propria mappa disegnata sul corpo, ma poi, sì è importante che la impariate, è necessario che sappiate dove si trova V1, ma poi durante il trattamento non è sulla vostra memoria che conterete anzi vi dimenticherete proprio che lì c'è V1, quello su cui potete fare affidamento è su ciò che sentite, ogni corpo è diverso come fate a sapere dove sta V1? Imparando a sentire e lo imparerete solo praticando con i vostri compagni che sono qui per aiutarvi ad imparare, questo è il senso della pratica a coppie, scambiare le sensazioni che avete praticando e ricevendo, i vostri clienti non lo faranno, non nei termini in cui lo potete fare qui.(insegnate\_lezione\_A\_24 aprile 2008).

È solo attraverso la condivisione dell'esperienza che il sapere può essere trasmesso ed è solo attraverso la condivisione che è possibile verificare l'apprendimento degli allievi.

Ci soffermeremo, innanzitutto, sulle modalità di condivisione, che, pur con delle differenze, riguardano tutti i partecipanti alle lezioni.



Questa può avvenire in due modi, o con delle relazioni scritte a cui non abbiamo avuto accesso, o nel corso della lezione attraverso quello che chiameremo il rituale del cerchio.

Il rituale del cerchio viene collocato in momenti precisi della giornata (la maggior parte delle lezioni che abbiamo avuto modo di seguire si svolgevano nell'arco di un'intera giornata della durata di 8 ore) e assolvono diverse funzioni.

L'insegnante, come ci spiega durante una conversazione, sembra ben consapevole del potenziale del rituale:

il cerchio è importante, permette che tutti si guardino negli occhi, in molte civiltà antiche veniva utilizzato, è un rituale molto potente, dà forma all'energia contenendola al tempo stesso la amplifica, è un modo perché tutti portino l'attenzione al qui e ora, al fatto che siamo qui e stiamo lavorando insieme... noi lo usiamo spesso, dà al gruppo la sensazione di essere un gruppo appunto, considera che raramente un gruppo di allievi comincia e finisce i tre anni insieme non succede mai e poi ci sono i seminari, le persone vanno e vengono, ma io ho bisogno di un gruppo unito quando siamo qui a lavorare e questo aiuta, al mattino, ci sediamo in cerchio e ci guardiamo negli occhi, ci teniamo per mano e sappiamo di essere lì, tutti insieme a fare una cosa tutti insieme, tutti devono sentirsi inclusi, è necessario per il lavoro che facciamo, è fondamentale che ognuno di loro si senta compreso, sostenuto, parte di qualcosa, quando deve affrontare delle difficoltà... e in percorsi come il nostro... dove lavori profondamente su di te, vuoi o non vuoi delle difficoltà le incontri, anche molto profonde... (insegnante A\_ conversazione informale\_15 luglio 2008).

Il concetto di rituale, ampiamente utilizzato nell'approccio culturale allo studio delle organizzazioni, affonda le sue radici teoriche nel pensiero di E. Durkheim (1912) e nella successiva interpretazione formulata da R. Collins (1988). Quest'ultimo considera il rituale:

come una sorta di batteria sociale, un meccanismo che produce l'energia necessaria a tenere vivi i legami collettivi e le relazioni sociali (...) Il rituale consiste innanzitutto nel raduno, nel raggruppamento (in un medesimo luogo) di più persone. Proprio l'eccitazione causata da questa presenza reciproca fornisce una potenziale carica emozionale, la quale si rafforza progressivamente se le persone riunite cominciano ad agire-muoversi, parlare, tacere, urlare- in maniera coordinata e sincronizzata, seguendo repertori d'azione regolato da un insieme di prescrizioni esplicite ed implicite. L'eccitazione aumenta mentre viene espressa, e trasporta coloro che partecipano al rituale in un modo diverso da quello quotidiano, trasmettendo loro la sensazione di essere a contatto con qualcosa di sacro che essi contribuiscono a creare. L'armonizzazione dei gesti, ossia la loro progressiva sincronizzazione ritmica, trasforma i sentimenti individuali in sentimenti collettivi fa sì che i membri del gruppo riunito si sentano parte di una comunità morale (Sterchele, 2007, pp. 12-13).

Attraverso la **riunione fisica del gruppo** si celebra così la condivisione di uno spazio “sacro” all’interno del quale è possibile focalizzare l’attenzione di tutti i partecipanti su ciò che avrà luogo durante la lezione: pratiche, teorie e principi ma anche racconti di esperienze, emozioni e vissuti.

Soprattutto viene sancita e definita l’esistenza di un “noi” in cui ogni partecipante si riconosce e verso il quale ognuno porta il suo impegno.

Nuovamente la figura dell’insegnante gioca un ruolo fondamentale, in qualità di “**celebrante**” rappresenta “il simbolo sacro visibile e tangibile che favorisce enormemente la catalizzazione dell’attenzione di tutti i partecipanti verso un’unica “direzione” (Sterchele, 2007 p. 14):

Per iniziare a lavorare più profondamente e seriamente occorre lavorare insieme come una tribù, come tre giorni in un sottomarino, vi chiedo di sostenermi gli uni con gli altri per poter andare in profondità. Se lavoriamo insieme, potremo lavorare con ordine ed efficienza, se manteniamo l’intenzione ad usare questo spazio per approfondire potremo raggiungere profondità che altrimenti ci saranno precluse (insegnante\_A\_lezione\_18.05.2007).

In particolare il ruolo dell’insegnante è rilevante nei “cerchi” dedicati “ alla narrazione di storie” ed eventi, ed assolvono ad una precisa funzione:

La storia concreta, adottata vuoi come simbolo vuoi come prescrizione comportamentale o (copione) è particolarmente adatta a trasmettere valori e suggerire modelli di azione in maniera al tempo stesso memorabile e persuasiva (Wilkins 1995, p. 266).

A questo, infatti, sembrano servire le storie raccontate dagli allievi riuniti, come occasione di “condivisione e circolazione della conoscenza” (Gherardi e Nicolini, 2004, p.95)

Le storie e il processo attraverso cui vengono raccontate e ascoltate sono infatti un ricco modo di condividere sapere secondo una modalità che ne facilita la comprensione e l’uso in pratica.(...). Le storie basano la loro efficacia , sia come strumento euristico sia come veicolo di risorse di sapere, sul fatto che i contenuti assumono coerenza perché sono organizzati attorno a una trama a una morale. Nel fare ciò esse offrono un’interpretazione convincente, che è allo stesso tempo sempre aperta a nuove interpretazioni. Le storie richiedono in tal modo a chi le ascolta di completare gli aspetti mancanti, immaginare i dettagli del contesto, cosa che facilita a sua volta il processo di appropriazione del bagaglio di esperienze di cui sono portatrici. Le storie sono buoni intermediari di conoscenza in quanto sono altamente flessibili, facilmente ricostituibili e negoziabili. Le storie specie quelle narrate, sono dunque capaci di riflettere la complessa natura delle pratiche perché ne seguono lo stesso andamento temporale e in parte perché siano capaci di tenere conto della relazione fra gli eventi di cui si occupa e la storia, tra chi narra e chi l’ascolta (Gherardi e Nicolini, 2004, pp. 95-96).

Pur nella consapevolezza che ognuno inserirà la storia particolare, l’evento narrato nella sua specifica cornice di significazione o per usare le parole di

questo insegnante “certo, poi ognuno interpreta e vede nella storia quello che vuole, quello che gli risponde di più” (insegnante\_conversazione informale\_13 febbraio 2008), lo scopo delle storie è quello di dare un senso del noi:

per la mia esperienza non ho mai incontrato un gruppo così affiatato e intenso, con il gruppo dell'anno scorso per esempio, non sarebbe stato possibile raggiungere tali livelli di profondità (insegnante\_A\_lezione 13 febbraio 2008)

di creare e stimolare l'impegno:

una volta un'allieva mi ha detto che non sentiva niente, era, ormai il quarto seminario e alla fine della lezione mi chiese di poter parlare con me, si sentiva molto scoraggiata e in lacrime si sfogò dicendo che forse questa non era la sua strada perché non sentiva niente, le dissi soltanto di non cercare di sentire, di non cercare di aggiungere qualcosa, le dissi “tu già senti, e lo fai in continuazione” si tratta solo di avere pazienza...se qualcuno di voi si sente così, sappiate che questa allieva disperata pratica ora come professionista e la sua esperienza in questo percorso è stata una delle più commoventi e soddisfacenti a cui mi sia mai capitato di assistere (insegnante\_A\_lezione\_14 febbraio 2008).

Oppure, anche, di infondere la sensazione che ciò che sta accadendo in quel momento ha qualcosa di straordinario:

durante la pratica è accaduto qualcosa di incredibile, voi non ci crederete ma ho visto alcuni piccioni affacciarsi alla finestra e curiosare nella stanza, sono sicuro che abbiano sentito l'energia che viene dal nostro lavoro (insegnante\_A\_lezione\_15 marzo 2008).

Le storie, possono inoltre

comunicare una prospettiva , un approccio alla soluzione di problemi , una serie di rapporti causali impliciti, nonché valori radicati e profondi” (Wilkins 1995, p.276).

Come per esempio:

Ci sono pazienti che si addormentano, a me è capitato, non vi preoccupate, io avevo un paziente che arrivava, si stendeva e tempo tre minuti, eccolo che russava, è frustrante, lo so, ma voi rimanete con quello che c'è e continuate il vostro lavoro...

(...)

All'inizio, quando facevo i primi trattamenti alle persone che conoscevo, non vedevo l'ora che finisse il trattamento per stare ore e ore a parlare di com'era stato, di come si sentiva prima, dopo e durante, e via, gran te con i pasticcini, pomeriggi interi...ecco, no, è importante stabilire dei confini chiari e precisi, il vostro lavoro ha un inizio e una fine, questo serve a voi, come professionisti, ma anche ai vostri clienti

(...)

potrete incontrare persone che vi dicono “io non sento niente”, mi ricordo di un paziente con cui ho lavorato a lungo, che mi lasciava sempre spiazzato, io sentivo dei gran movimenti di energia, tutte delle gran robe e lui “io non sento niente”, ecco, non vi preoccupate, questo può succedere... (insegnante\_A\_lezione\_23 aprile 2008).

O celebrare e legittimare le capacità “superiori” dell’insegnante:

Lavorando con una ragazza che era venuta da me per una tensione alla zona lombare, ad un certo punto durante il trattamento, ho avuto la chiara e precisa visione di un peso che trascinava il corpo della paziente giù, giù, giù, un peso insostenibile che trapassava il lettino e il pavimento, lì ho capito che il problema non era la schiena ma l’addome, così le ho consigliato di fare alcuni esami e abbiamo infatti scoperto che soffriva di una necrosi alle pareti intestinali

(...)

nella mia pratica ormai decennale, ho incontrato molte volte questo tipo di problema e, devo dire, che si è sempre risolto nel migliore dei modi possibili (insegnante\_A\_lezione\_13 febbraio 2008).

dopo ormai quasi 10.000 trattamenti posso affermare con sicurezza... (insegnante\_14 novembre 2008)

Inoltre, il rituale del cerchio può rappresentare un’occasione per verificare il processo di apprendimento degli allievi.

A questo proposito riportiamo alcune registrazioni che fanno proprio riferimento al rituale del cerchio che si svolge prima di iniziare la lezione, ciò che abbiamo avuto modo di riscontrare è che con il progredire del percorso formativo non cambia la qualità di ciò che viene condiviso all’interno del gruppo ma ciò che cambia è il linguaggio utilizzato per esprimerlo. Tra le registrazioni dei gruppi iscritti al primo anno e quelli iscritti all’ultimo anno abbiamo scelto quelle che, a nostro avviso, evidenziano maggiormente questo cambiamento.

A: mi sento bene. Tutto bene.

B: ciao a tutti , ho un po’ di sonno ma sono contenta di essere qui.

C: sono un po’ stanca perché ieri ho lavorato ma sono contenta di essere qui.

D: stanotte ho dormito male e adesso ho male al collo.(registrazione lezione 3\_dicembre 2007)

A: ho un senso di calore al petto e alla parte basse dell’addome è una sensazione piacevole e confortante, mi sento a mio agio, e sereno nel condividere la giornata con voi.

B: non mi sento molto lucida e presente, e spero che questo cambi durante la giornata.

C: ho un dolore intenso che interessa la parte centrale del mio torace.

D: mi sento completamente riposato e presente, entusiasta di cominciare la giornata con voi.(registrazione lezione\_5 gennaio 2008)

Questo aspetto trova conferma nelle parole di questo insegnante:

...no, no, non dico che, se oggi uno non ha detto una parola arrivo a delle conclusioni, dico che, se uno non dice mai niente, non racconta mai niente forse è perché non ha fatto pratica, cioè non ha niente da raccontare... andando avanti con il corso, ognuno a modo suo ovviamente, ma te ne accorgi se uno ha fatto pratica a casa, se ha messo le mani su corpi diversi...se non fanno pratica te ne accorgi, perché se fai tante esperienze allora cerchi un modo per descriverle, come le racconti? Che parole usi? Ti faccio un esempio...se tu fai esperienza solo di un “vuoto” allora me lo descrivi sempre come un vuoto, punto, diversamente se incontri tanti vuoti allora cominci a vedere le differenze, allora una volta magari mi racconterai di un “vuoto tremolante”o di un “vuoto buio”... hai presente quella storia dei popoli nordici? Come i popoli nordici con la neve no? La sai quella storia? (insegnante\_intervista\_15 maggio 2008).

Dalle parole di questo insegnante emerge chiaramente un secondo aspetto fondamentale dell'apprendimento dello shiatsu, la valorizzazione e il riconoscimento dell'esperienza.

Questo secondo aspetto è strettamente connesso ad un modo differente di intendere il rituale, spostando il focus dell'attenzione dal gruppo al singolo e alle sue percezioni, il rituale del cerchio porta con sé la possibilità

di ritenere che gli individui che danno vita al rituale siano essi stessi portatori di energia, o meglio siano essi stessi delle forme di energia, che nel rito si tras-formano e si compenetrano Il rito quindi non sarebbe un luogo di creazione di energia, bensì un momento di aggregazione/catalizzazione, accelerazione, potenziamento e trasformazione di energie già esistenti in forma diversa. Sterchele, 2007, p. 17<sup>46</sup>.

Come sottolinea lo stesso Sterchele queste considerazioni implicano

lo spostamento verso una concezione olistica della realtà” che si rivela essere uno “strumento” particolarmente adatto (...) dal momento che ci permette di guardare all'insieme senza trascurare le parti. (Rettore, 2007 p. 141).

Nel parlare di medicine non convenzionali si fa spesso riferimento al concetto di olistico definito come un approccio alla cura che rappresenta il tentativo di superamento del dualismo mente-corpo. In generale il termine viene utilizzato per descrivere la visione che le pratiche di cura non convenzionali hanno del paziente e della malattia:

il dualismo mente-corpo che risale alla tradizione greco-cristiana è alla svalutazione del corpo in quanto materia (Galimberti, 1983) è parte

---

<sup>46</sup> Come sottolinea lo stesso Sterchele queste considerazioni implicano”lo spostamento verso una concezione olistica della realtà (...) e che ritroviamo nell'opera di pensatori eclettici come Gregory Bateson, in alcune teorie dei sistemi e in molte tradizioni filosofiche orientali”, come appunto quella giapponese.(ibidem)

integrante della nascita della scienza biomedica, che inizialmente si è occupata del corpo come contenitore dello spirito e solo successivamente, attraverso il processo di secolarizzazione, ha abbandonato l'idea religiosa del rapporto tra corpo-contenitore e anima-contenuto (...) La visione olistica si pone in maniera del tutto antitetica rispetto a questa tendenza, recuperando l'antico legame tra corpo e pensiero, tra materiale e immateriale, considerando la malattia non come un guasto della macchina corporea ma come un avvenimento che coinvolge più in generale tutte le dimensioni in quanto unità inscindibile, di conseguenza anche la diagnosi, la cura, e più in generale l'interpretazione della malattia, devono tenere conto di questa unità per poter essere veramente efficaci (Colombo e Rebughini, 2003 p. 24).

Ciò che si intende sottolineare è che comunque lo si voglia definire, il superamento del dualismo mente-corpo non è circoscrivibile al paziente o alla malattia, ma è da considerarsi come una valorizzazione delle forme di conoscenza che passano attraverso il corpo e le emozioni:

lasciate andare l'idea che quello che percepite possa essere giusto o sbagliato, eliminate tutto quello che vi blocca, eliminate i pensieri razionali, lasciate fluire i vostri movimenti, il vostro corpo, la vostra mente le vostre emozioni fanno quello che fate (insegnante\_A\_lezione\_13 febbraio 2008)

E ancora:

Il nostro sistema educativo ci insegna ad usare l'intelligenza razionale che ha la patetica pretesa di esaurire tutte le intelligenze in termini di logica razionale. In ogni momento ci sono diversi livelli di intelligenza che interagiscono. Orientarsi alla propria esperienza somatica è originario, più della mente, è un atto profondo che da una direzione all'intelligenza mentale, emotiva, motoria, sensitiva... la domanda che ci poniamo è cosa sento in relazione a questo corpo? Come sto in questa relazione? La relazione ha a che fare in parte con la storia dell'altra persona e in parte con la tua. Ma come tu ti senti, come tu percepisci l'altro è solo tuo, ed è il risultato di questa relazione. Da sempre e per sempre l'esperienza della realtà è soggettiva. Non si tratta di sviluppare un nuovo organo sensoriale per sentire qualcosa di nuovo e nemmeno di scoprire se avete una dote che vi permette di sentire ciò che gli altri non sentono, si tratta di imparare ad ascoltare più profondamente e con più ordine (insegnante\_A\_lezione\_13 febbraio 2008).

Ed è proprio attraverso la pratica e l'esperienza che questo può avvenire. Il sapere dell'esperienza è inteso qui come elemento fondamentale e determinante dell'apprendimento, nel senso attribuito a tale termine come quell'insieme di attività pregresse che certificano una certa preparazione per compiere una determinata prestazione, ma anche nel senso di "valore aggiunto" che permette l'acquisizione di capacità non trasmissibili a livello teorico:

è solo facendo esperienza del pieno che riuscirete a percepire il vuoto, e una volta che attraverso la pratica riuscirete a riconoscere come il vostro

corpo sente il vuoto e il pieno allora potrete sapere se un meridiano andrà sedato o tonificato, non avrete dubbi su cosa fare perché non ci starete nemmeno pensando...non è con il ragionamento o leggendo sui libri che lo imparerete, non sono io a dirvelo, è il vostro sentire che vi guida (insegnante\_A\_lezione\_14 febbraio 2008).

L'esperienza risulta formativa in quanto implica una partecipazione attiva del soggetto. "Fare pratica" è apprendere nel momento in cui vi è un reale passaggio attraverso qualcosa, quando viene vissuto direttamente mette l'allievo in relazione con ciò che "sente".

La partecipazione personale nel processo di apprendimento risulta quindi essenziale.

Nella sua teoria dell'Apprendimento Quaglino enfatizza il legame tra esperienza e formazione:

- a. ciò che si può insegnare rappresenta solo una parte di ciò che si può imparare
- b. a sua volta ciò che si può imparare è solo una parte di ciò che si può apprendere
- c. ciò che si apprende è in riferimento a una capacità globale di apprendimento che solo in parte può essere oggetto di sviluppo "culturalmente guidato". (Quaglino 1985, p. 90)

Rifacendosi all'osservazione di Jedlowski (1996) sul duplice significato del termine esperienza in lingua tedesca le parole di La Mendola ci aiutano a comprendere meglio:

il primo, l'Erlebnis, connesso all'immediatezza delle sensazioni, potremmo dire che è quel fluire che vede al centro della scena il corpo. Il secondo l'Erfahrung, ha a che vedere con la riflessività, con il senso e/o il significato attribuiti dal soggetto al suo essere al mondo. (La Mendola, 2007, p. 535).

In questa prospettiva è il singolo che conosce e attribuisce senso al suo agire attraverso la combinazione di ciò che il suo corpo percepisce nell'istante in cui fa esperienza del contatto con un particolare punto del corpo (di chi riceve) con le sue esperienze passate di precedenti percezioni.

Attraverso la "pratica", che mette al centro le esperienze percettive del soggetto, il "vissuto corporeo" soggettivo dell'operatore assume valore di conoscenza che insieme ai principi teorici guida e conferisce senso all'azione.

Ciò che la pratica permette di apprendere e sviluppare è la capacità di creare un sistema di significazione delle sensazioni e delle emozioni corporee e una maggiore capacità di nominarle.

Al centro della scena il corpo, nel quale si manifestano le emozioni, le sensazioni, i sapori è attraverso l'ascolto del corpo che i gesti acquisiscono senso:

Ascoltate cosa vi dice il vostro corpo quando siete in relazione al meridiano di Reni, ascoltate il vostro respiro, il vostro battito cardiaco, la vostra temperatura, trovate dentro di voi un luogo tranquillo da cui

ascoltare, lasciare andare i pensieri del tipo “sono su Reni e quindi devo sentire questo o quello” attraverso la pratica imparerete a riconoscerlo e saprete su cosa state lavorando” (insegnante\_A\_lezione 23 novembre 2007).

Oppure:

si tratta di imparare ad ascoltare ciò che è presente. Non vi chiederete più qual è il percorso del meridiano di Fegato, o in quale direzione lavorare il tensore della fascia alata... lo saprete e basta senza pensarci.

(...)

mano a mano che andate avanti ogni meridiano, ogni elemento avrà il suo sapore, è il sapore che voi percepite della Terra, del Fuoco... imparerete a riconoscere i sapori che il vostro corpo vi comunica, si tratta solo di imparare ad ascoltarlo. (insegnante\_A\_lezione\_15 dicembre 2007).

“Sapere cosa fare senza pensarci” rimanda in qualche modo all’idea di intuizione connessa con l’esperienza profonda:

*intuition* significa anche che la vita può essere colta solo dalla vita. In un certo senso si tratta della saggezza di Empedocle, conoscere l’eguale con l’eguale. Pensando meccanicisticamente noi siamo meccanismi, pensando qualcosa di vivo noi stessi siamo vivi (...) La distanza tra pensiero e mondo è con ciò riconosciuta come una distanza che esiste per il pensiero, ma non per il mondo (Simmel, 1984, pp. 25-26).

Ma l’intuizione in questo caso non fa riferimento a una capacità innata, bensì a una capacità che si apprende e si acquisisce con la pratica e l’esperienza, la capacità di ascoltare e riconoscere le sensazioni corporee, ciò che il corpo percepisce e conosce.

In questo caso “l’esperienza non ha a che fare con “dati”:

ma con la sedimentazione e l’elaborazione dei vissuti. (Jedlowski, 1994, p. 112).

Il vissuto corporeo trova solo parzialmente espressione nel linguaggio anche se parte del percorso formativo si focalizza su un processo di “alfabetizzazione delle emozioni e delle sensazioni fisiche”:

si tratta di trovare un linguaggio per esprimere un maniera adeguata le nostre esperienze interiori, perché questo è ciò che realmente potete conoscere, che voi conoscete di voi stessi (insegnante\_A\_lezione 13 febbraio 2008)

Riconoscere l’esistenza e al tempo stesso l’inaccessibilità dei vissuti si traduce in un linguaggio fatto di immagini e di metafore.

Se

il senso è per essenza soggettivo, è legato per principio alla auto-interpretazione ad opera del soggetto dei vissuti. E’ per essenza



inaccessibile a ogni tu perché si costituisce solo all'interno del corso di coscienza di un io. (Schutz, 1932, p. 142).

allora l'unico modo per "accedere" a questi vissuti sono espressioni che non costringano le esperienze in rigide categorie interpretative:

come fate a sapere che la vostra pressione ha toccato il fondo? Immaginate di immergere il vostro pollice nell'acqua di un fiume che scorre... lentamente approfondite la pressione finché non sentite di toccare il letto del fiume(insegnante\_A\_lezione 13 febbraio 2008).

Oppure attraverso espressioni verbali accompagnare da gesti e suoni che evocano sollievo, liberazione, dolore, costrizione, pienezza, ecc... proprio perché

La dimensione fattuale dell'esperienza vissuta non può mai essere compresa nella sua interezza nei suoi significati simbolici. (Crespi 1996, p. 17).

Lo stesso insegnante spiega durante una lezione l'importanza che gli allievi riconoscano:

io posso raccontare a voi com'è per me fare esperienza della quiete, fare esperienza del pieno e del vuoto, ma posso farlo solo usando delle immagini.. per me la quiete è quella sensazione che si ha nella profondità del mare ma per voi può essere un'altra cosa, potreste usare un'altra immagine che evochi dentro di voi quest'esperienza, per qualcuno è l'orizzonte, per qualcun altro è l'immensità del cielo.

(...)

ora se per voi, quando vi dico, portate l'attenzione alla colonna vertebrale significa sentire tanti piccoli omini che dalle vostre mani camminando si posizionano lungo la colonna vertebrale a me va benissimo, ognuno di noi ha un suo modo di portare la sua presenza a ciò che sta facendo.

(...)

quanto dura la pressione? Dura fintanto che non percepite che qualcosa è cambiato che la percezione qualsiasi essa fosse della vostra mano su quel punto non è uguale a prima. (insegnante\_A\_lezione 14 marzo 2008).

L'immagine dell'acqua, piuttosto che dei "piccoli omini" o del fiume che scorre sono tutti strumenti di determinazione che rappresentano solo alcune delle infinite forme di significazione possibili che si generano dalla particolarità, l'indeterminatezza la varietà delle esperienze vissute (Crespi, 2005)

In questo contesto la condivisione di un linguaggio condiviso permette

di trascendere nella coscienza dell'hic et nunc dell'esperienza soggettiva, collegandola a significati intersoggettivamente accessibili. Tale sistema classifica gli elementi dalla realtà e permette di personificarli alla coscienza in modo analogo a quanto anche altri possono fare consentendo così tanto la comprensione reciproca quanto il coordinamento delle azioni. (Jedlowski, 2007 p. 26).

e assume quindi la funzione di “mediazione” (Crespi 2005, p. 12) ma è il potenziale creativo del linguaggio che viene valorizzato a dispetto del suo carattere di determinatezza e di riduzione della complessità.

Nell’opera di “traduzione” del sapere che gli insegnanti fanno allo scopo di trasmettere le loro conoscenze, il linguaggio diviene strumento che intenzionalmente lascia spazio capacità interpretativa e creativa del singolo perché è proprio questa che permette di accedere senza vincoli e condizionamenti ai propri vissuti.

questo carattere riduttivo, pur essendo necessario a garantire la concretezza delle nostre comunicazioni e dei nostri interventi sull’ambiente che ci circondano, finisce, in ultima analisi per rivelarsi insoddisfacente. Per dire devo determinare, ma spesso così facendo, perdo di vista quello che intendevo dire.(...) Questo rivela che il nostro vissuto non è interamente traducibile nelle forme linguistiche, ovvero di quanto noi viviamo e sentiamo molto più di quanto possiamo dire. Ma le dimensioni che non sono trasferibili in una qualche forma linguistica neppure possono essere comprese direttamente senza la mediazione del linguaggio e pertanto una parte di ciò che viviamo resta inespressivo a livello conoscitivo o riflessivo. (Crespi 2005 p. 23).

Ma è proprio “questo qualcosa di inesprimibile” che conferisce senso alla pratica e lungi dall’essere ignorato o percepito come marginale che rappresenta il modo attraverso cui il singolo allievo può conoscere e apprendere.

cercate il vostro centro e fatelo nel modo che vi appartiene, ognuno di noi ha il suo modo per entrare in contatto con il proprio centro, potete immaginare un punto di luce all’altezza del vostro ombelico, potete portare l’attenzione su un punto immaginario lungo la vostra colonna, potete sentire il contatto con il suolo, o con il cielo. None esiste un modo giusto o sbagliato, ciò che esiste è la vostra percezione di ciò che per voi significa essere centrati.(insegnante\_lezione\_A\_7 dicembre 2008).

Non esiste quindi un modo “oggettivamente” giusto di fare le cose perché questo non è né riproducibile né standardizzabile ma è possibile apprenderlo nella misura in cui l’insegnante renda accessibile agli allievi i suoi vissuti e le sue esperienze, e soprattutto, nella misura in cui gli allievi riescano a “sintonizzarsi sul registro del sentire”.

La scuola è quindi, da un lato, espressione di una cultura normativa unitaria volta alla creazione di una certa coesione di gruppo, che permetta un certo livello di collaborazione tra i partecipanti delle lezioni, che prescrive le modalità di ingresso e di uscita nell’organizzazione, come per esempio i requisiti richiesti per ricevere l’attestato di partecipazione esplicitati nel patto formativo, oppure modalità di fruizione dei luoghi, e i rituali di integrazione presi in esame, dall’altro lato però, peculiarità di questo sistema culturale è, come abbiamo visto, la valorizzazione delle specificità individuali.

### **3.2 Divenire Shiatsu. Atto II**

Aumentando quindi il grado di differenziazione, lungo il nostro asse verticale, soprattutto per quei soggetti che hanno già una pratica avviata nell'ambito delle medicine non convenzionali o di lavoro con il corpo in generale, o che comunque non sono quindi interessati a diventare membri dell'organizzazione, il percorso formativo perde il suo valore di identificazione e adesione alla cultura organizzativa delineando così ulteriori modalità di intendere la pratica dello shiatsu (asse orizzontale).

Per chi intraprende il percorso con l'intenzione di divenire operatore shiatsu professionale ma è interessato a costruire la propria attività in maniera indipendente e autonoma rispetto all'organizzazione, il percorso formativo contribuisce, senza dubbio, a gettare le fondamenta della figura professionale<sup>47</sup> e alla costruzione delle competenze dell'operatore, in cui la dimensione individuale, della differenziazione, assume un valore preponderante rispetto a quella dell'adesione alla cultura organizzativa. Anche se nel nostro campione il numero di diplomati che hanno avviato una carriera a tempo pieno come operatore shiatsu è veramente minima, nei tempi in cui si è condotta l'osservazione partecipante abbiamo, comunque, ritenuto opportuno includerla nelle combinazioni possibili rappresentate nel grafico 1. Infatti, questa si presenta più che altro come una possibilità che sarebbe stato possibile verificare con maggiore accuratezza solo avendo la possibilità di seguire le traiettorie e la costruzione del proprio "network di supporto" (Wagner 2006, p. 78) una volta conseguito il diploma di quel folto gruppo di allievi che intraprendono la scuola con l'intenzione di "ricavarne una vera e propria occupazione" ma non trovano collocazione nell'ambito dell'organizzazione stessa. Un'immagine che potrebbe aiutare a comprendere meglio questa tipologia è quella del solista, una volta acquisite le competenze e le sicurezze conseguenti ad un'esperienza formativa dove le tecniche e principi che vengono insegnati sono valutati come adeguati a degli standard condivisi, se non all'interno di tutta la più ampia comunità dello shiatsu quanto meno ad alcune aree di questa, costruisce la propria carriera con una forte spinta verso la caratterizzazione personale accompagnata da un percorso di esplorazione e di crescita individuale.

Per chi, invece, già pratica nell'ambito delle medicine non convenzionali, il percorso formativo professionale sembra essere soprattutto occasione di approfondimento:

io sono una pranoterapeuta e mi interessava molto approfondire certi aspetti dei meridiani energetici e anche di lavoro con il corpo, le modalità di approccio, negoziare il contatto con il corpo dell'altro, sì, io già pratico per conto mio, ma sono un autodidatta per quello che riguarda la pranoterapia. (allievo\_conversazione informale\_maggio 2008).

lavoro con il massaggio ayurvedico e faccio preparazione di fiori di Bach... insomma, si è il mio lavoro, utilizzo differenti tecniche che sono

---

<sup>47</sup> Friedson (1970) definisce la professione come un gruppo di persone che esercitano un insieme di attività dalle quali traggono la quota maggiore della loro sussistenza.

un po' un miscuglio, ma non nel senso di una cosa tutta mischiata e buttata là, è più una sintesi mia personale di vari approcci, quello che mi mancava però era un approccio un po'...un po', in un certo senso, più professionale, adesso ho dei punti di riferimento importanti della pratica di lavoro con il corpo in modo professionale" ( allievo\_converazione informale\_settembre 2008).

#### O di acquisizione di tecniche particolari

mi sono formato come operatore cranio sacrale, però sentivo il bisogno di avere un approccio, più come dire...materiale al corpo...diciamo...a volte, diciamo...è forse troppo materiale per i miei gusti però ...diciamo....prendo quello che mi serve, non tutto mi servirà ma molte manovre le trovo molto rilassanti, magari per cominciare una seduta, per far tornare la persona al qui e ora, alle sue sensazioni fisiche, diciamo che alcune cose mi sono sicuramente utili. (allievo\_conversazione informale\_maggio 2008).

Ciò trova conferma in quanto rilevato dalla Lalli (1988) nella sua indagine:

talora accade che lo stesso "operatore" impieghi contemporaneamente più di un metodo costruendo una propria "teoria pratica" intessuta di corsi ed esperienze diverse. (Lalli, 1988 p. 119).

Allo stesso modo per chi si è formato in ambito medico-scientifico, spesso la partecipazione al percorso formativo rappresenta un modo per incrementare le proprie capacità dal punto di vista tecnico:

ho deciso di iscrivermi a questa scuola perché. Questa storia è buffa, io mi occupo di riabilitazione, sai lavoro con persone che hanno disfunzioni molto importanti. Fatto sta che io stesso ricevevo trattamenti shiatsu da una ragazza che ha fatto la scuola qui e lei faceva delle cose, delle manovre a cui... io non avrei mai pensato, cioè proprio a livello tecnico ti sto parlando eh...e il suo approccio a certi problemi muscolari o motori per esempio, mi interessava ho cominciato a farle delle domande... e alla fine mi ha coinvolto" (fisioterapista\_conversazione informale\_18 settembre 2008).

ma come ci spiega questo fisioterapista non si tratta solo di "imparare nuove manovre"

mi interessano moltissimo le manovre di rilassamento e quelle di allungamento, sono tecniche dolci... bè sì non è solo quello, è proprio che qui finalmente ti dicono cose che all'università non ti dicono, finalmente qualcuno che prende in considerazione il fatto che nel lavorare con il corpo abbiamo a che fare anche con le emozioni delle persone, all'università mica ti spiegano come gestire queste situazioni, ti trovi completamente impreparato quando uno dal nulla si mette a piangere, quello che ti insegnano è di mantenere una certa distanza, ma grazie tante, come si fa? (fisioterapista\_conversazione informale\_maggio 2008).

E come ci conferma questo medico:

attraverso questo percorso ho finalmente compreso cosa c'è dietro al mio voler aiutare gli altri, cosa mi spinge, è stata un'esperienza che mi ha trasformato (...si commuove) e ha trasformato il mio lavoro, la mia disposizione verso i pazienti, si tratta anche di ascoltare me stesso in relazione alla persona che entra nel mio studio, ora ho capito molte cose di me (medico\_conversazione personale\_settembre 2008).

A volte il percorso formativo diventa occasione di legittimazione di alcuni aspetti del proprio lavoro che non in ambito medico-scientifico non vengono presi in considerazione:

mi sono sempre sentito strano rispetto ai miei compagni di corso... cioè strano, no un attimo, diverso, mi sono reso conto che con loro non potevo parlare di alcune cose perché se no, si pensavano che ero strano, mi sono tenuto questa sensazione di...di mancanza per un sacco di tempo, magari adesso le cose sono cambiate a medicina, non lo so, so che finalmente molti dei miei dubbi e delle mie domande sul paziente, sulla sua innata forza vitale di curarsi, su perché pazienti con la stessa patologia e curati allo stesso modo avevano decorsi molto differenti, ho sempre percepito quanto fosse importante la relazione che il paziente ha con la sua malattia, con la sua vita, questo percorso mi ha insegnato molte cose, che adesso posso portare nella mia pratica professionale con serenità, con sicurezza... alla fine sono sempre un medico (ride) (scienze motorie\_conversazione infomale\_luglio 2008).

Alla luce di quanto detto fin qui, quindi è possibile tracciare una terza modalità di relazione tra l'esperienza individuale e la cultura organizzativa, tra contesto di interazione e interpretazione individuale a cui viene attribuito il medesimo valore rispetto alla sfera della differenziazione ma che si differenziano dalla modalità precedente in quanto non si tratta di operatori shiatsu "puri"<sup>48</sup> ma di operatori che provengono da altre discipline o da professionisti anche di provenienza medica che lavorano con il corpo. Questa terza modalità, che definiremo, **di sintesi**, è molto consistente in termini numerici e vedremo, nel cap.4, come può essere collegata alla diffusione delle medicine non convenzionali, in particolare alle possibilità di apertura dei confini tra queste pratiche di cura e la medicina convenzionale.

Si delinea così uno scenario organizzativo aperto alla pluralizzazione delle dimensioni individuali<sup>49</sup> in cui nel caso del "**solista**" l'individuo non aderisce completamente al ruolo ma trova ampi spazi di "costruzione soggettiva"

---

<sup>48</sup> Per quanto questa figura sembra essere in via di estinzione.

<sup>49</sup> Si può richiamare, a questo proposito il contributo della Social Identity Theory (Bergami 1997, Tajfel 1985) che, riattualizzando la tradizione funzionalista, punta a combinare l'emergere delle specificità individuali con il tema dell'adesione all'organizzazione. L'organizzazione, in tale prospettiva, rappresenta uno dei gruppi sociali che contribuisce alla formazione delle identità individuali: "attraverso il processo di identificazione si accresce il senso di autostima e di continuità con l'immagine del sé. Si tratta di un processo mediante il quale gli individui mettono in relazione le proprie aspettative, cognitive ed emotive, con le possibilità di realizzazione all'interno dei contesti organizzativi." (Viteritti 2005, p. 15).

nell'attribuire senso alla pratica dello shiatsu (Viteritti 2005, p. 132), mentre nel caso della modalità “**di sintesi**” l'adesione sfuma privilegiando, da un lato la dimensione del mercato (acquisire nuove tecniche e capacità) e dall'altro quello dell'approfondimento e della crescita personale. (acquisire conoscenze che migliorano il proprio lavoro).

*Un discepolo chiese al maestro: "Dove posso cercare l'illuminazione?". Il maestro rispose: "Qui". "E quando accadrà?". "Sta accadendo proprio ora". "Allora, perché non la percepisco?". "Perché non guardi". "Per cercare cosa?". "Niente. Guarda e basta". "Che cosa?". "Qualunque cosa su cui si posano i tuoi occhi". "Devo guardare in modo speciale?". "No, il modo solito va bene". "Ma non guardo sempre nel solito modo?". "No". "E perché mai?". "Perché per guardare devi essere qui, e tu il più delle volte sei altrove".  
Anthony De Mello, *Un minuto di saggezza nelle grandi religioni*, 1987, p.64*

### **3.3. Divenire Shiatsuki. Chiusura: La via dello Shiatsu**

La quarta e ultima modalità individuata è quella che riguarda la gran parte degli allievi che si iscrivono al percorso formativo ma nella quale, a differenza delle precedenti, la pratica dello shiatsu non rientra nell'esercizio di una occupazione lavorativa ma assume, cercando di giungere a una semplificazione, per quanto riduttiva, due forme principali.

La prima fa riferimento alla pratica dello shiatsu come espressione di un “modo di vivere”:

io pratico la meditazione e l'aikido... a lezione un giorno parlando con un mio compagno, così mi ha raccontato un po' dello shiatsu e della possibilità di approfondire alcuni aspetti, sentivo il bisogno di un lavoro più completo, comunque sono sempre interessato alla medicina cinese e volevo imparare comunque delle cose...per me, lo faccio per me, per capire delle cose di me. (allievo\_conversazione informale\_novembre 2007).

sono sempre stata molto affascinata dall'oriente, in generale... da tutta la cultura orientale, da quando ero giovane, cinema, arte... feng shui, lo shiatsu completa il tutto, un modo diverso di relazionarmi al mio corpo, di conoscerlo...di capire i messaggi che ti manda. (allievo\_conversazione informale\_novembre 2007).

Avvicinarsi alla pratica dello shiatsu privilegiando questa dimensione significa prima di tutto:

conoscere me stesso... Ho una vita molto stressante, lavoro molto e a un certo punto mi sono fermato e mi sono guardato allo specchio e ho detto, cavolo questo involucro che mi porta in giro... non è mica tutto qui... avevo sentito parlare dello shiatsu e così ho provato, mi è piaciuto. (allievo\_intervista\_15 giugno 2008).

In realtà, è possibile considerare questo modo di intendere la pratica come trasversale a tutte le modalità individuate fino a questo momento.

In primo luogo, perché, com'è facile intuire quest'ultime non sono da considerarsi categorie dai confini stabili e definiti, le distinzioni operate, infatti,

hanno più che altro valore esplicativo a scopo analitico e in secondo luogo, perché il termine “pratica” che nelle discipline orientali, rimanda a quella di “via”, intesa come continuo percorso, mai concluso, di crescita individuale, riguarda in qualche modo chiunque si avvicini ai principi filosofici di questo tipo di discipline.

Questa modalità che nel nostro grafico si trova in posizione speculare rispetto alla prima modalità individuata, viene collocata lungo l’asse orizzontale come più vicina a quella che abbiamo definito “la via dello shiatsu” o “shiatsu do” per usare l’appropriata terminologia giapponese. In questo senso, la pratica dello shiatsu diventa “pratica di vita quotidiana”, come arte del buon vivere, ricerca individuale del proprio equilibrio interiore e in relazione all’ambiente esterno, del proprio ben-essere.

quello che impariamo qui, è prima di tutto un modo di porci in ascolto di noi stessi e degli altri. (allievo\_conversazione informale\_18 maggio 2008).

In tutte le arti giapponesi, in generale, la nozione di do è essenziale. Nella lingua corrente l’ideogramma Do si pronuncia anche Michi, quando non è associato ad altri caratteri, e significa cammino, sentiero o strada. In religione o in filosofia assume il senso di dottrina, insegnamento spirituale o principio: lo Shinto o Shindo, la religione fondamentale del popolo giapponese, è “la via dei poteri divini”. Infine, Do non è altro che il corrispondente cino-giapponese della parola Tao.

Lo studio di una “via” è uno sforzo a lungo termine verso la perfetta padronanza di una certa tecnica nonché l’acquisizione di uno stato dell’essere che devono portarci a ritrovare il nostro giudizio naturale e la nostra vera identità. Il gesto puro e naturale, il rispetto dell’individuo e dell’ambiente, l’osservazione delle leggi della natura, la vigilanza, la disponibilità, l’atteggiamento giusto al momento giusto, la rettitudine sono i tratti essenziali di un uomo Do. La pratica del Do si basa sulla coscienza e la padronanza del corpo, della sua evoluzione in relazione con i principi naturali che lo governano. (Vatrini, 2008, p. vi)

La pratica dello shiatsu nel senso della “Via”, si lega in primo luogo all’azione, al gesto fisico, ed è alla base dell’esercizio dei Kata, che rappresenta “per i praticanti il metodo basilare per progredire nel cammino (do)”.

In tutte queste discipline, come anche nello shiatsu, si propone di fondere le componenti fisica e mentale<sup>50</sup> eseguendo una predeterminata sequenza di gesti per raggiungere una più elevata condizione spirituale.

In questo senso “realizzare la via” a partire dalla pratica del kata significa

creare lo spazio mentale fisico per ricostruire la capacità di ascolto, il livello propriocettivo, la capacità di relazione con lo spazio, l’unione tra respiro ed azione, il senso armonico, estetico e fluido del movimento. (insegnante\_intervista\_15 giugno 2008).

---

<sup>50</sup> Questo aspetto viene definito in Giapponese “Ken Zen Ichinyo” che significa “Mente e Corpo sono uno”.

Più volte nel corso delle lezioni viene sottolineata l'importanza dell'esercizio

praticate, praticate, praticate... potete praticare lo stesso kata all'infinito e ogni volta sarà diverso, sempre meglio, con la pratica riuscirete a smettere di pensare che punto devo toccare adesso, kata significa potare, tagliare ciò che è inutile per arrivare all'essenza del movimento, all'essenza della forma... vi accorgete con il tempo che i vostri movimenti diventeranno sempre più fluidi, il vostro peso sempre più equilibrato, il vostro respiro scandirà ogni gesto, farete sempre meno fatica. (insegnante\_lezione\_18 novembre 2007).

Attraverso la pratica costante della forma l'unione di mente e corpo renderà i vostri movimenti sempre più agili, efficaci, veloci, essenziali. (insegnante\_lezione\_15 dicembre 2007).

che non è mai, semplicemente esercizio fisico fine a se stesso, come sottolinea Vatrini

Non esiste un allenamento fisico che, dimostrabilmente, non sia anche un allenamento mentale, così come può essere vero il contrario. Lo shiatsu si rifà alla tradizione Giapponese, al lavoro fisico in funzione della mente, secondo il principio che esercitando il corpo si esercita anche lo spirito. Il concetto è comune a tutto l'Oriente, dove non c'è mai stata la separazione dualistica tra forza pensiero e forza fisica, religione e filosofia... (Vatrini, 2008, p. 12).

E che riguarda quindi la persona nella sua totalità, "la sua connessione con se stesso e la sua collocazione nel mondo", per usare le parole di questo insegnante:

vorrei che comprendeste che quello che state per cominciare è un percorso che vi cambierà profondamente, cambierà il vostro modo di stare in relazione, con gli altri e con le cose, la vostra disposizione all'ascolto, il vostro modo di essere presenti a quello che vi sta intorno, ma anche il modo in cui toccate e sentite, il modo in cui fate le scale... portate la vostra presenza in ogni cosa che fate... quando prendete in mano un oggetto, fermatevi a sentire quando salite per le scale muovetevi dal vostro centro... non smettete mai di praticare (insegnante\_lezione\_15 dicembre 2007).

Questo senso della pratica, soprattutto se accostato ad altre discipline come la meditazione o lo yoga, per esempio, può assumere quindi la forma cammino spirituale<sup>51</sup> e di percorso di crescita individuale ma anche semplicemente

non ho voglia di far yoga, non ho voglia di far tai chi, vado a far shiatsu, per cui era anche un modo di passare quell'ora lì, due ore, una sera la

---

<sup>51</sup> "L'esperienza religiosa non è come la religione consolatoria e rassicurante, perché riconoscendo i limiti del sapere, non esclude la possibilità dell'errore (...) L'esperienza religiosa è essenzialmente apertura e all'ascolto e all'accoglimento dell'altro e appare come il contrario della rimozione della mancanza che, come si è visto, è alla radice dell'appartenenza alle istituzioni totalizzanti e delle identità di tipo super-egoico" (Crespi 1997, p. 102-104).



settimana, per fare qualcosa che fosse valido anche per te anche dal punto di vista puramente fisico e qualcosa di nuovo e di diverso, ci sono persone che hanno iniziato con me, mi ricordo che non sono mai andate avanti, hanno ripetuto il primo livello anche tre volte, perché gli piaceva, era un modo di passare le serate. (allievo\_conversazione informale\_18 dicembre 2007).

Risulta, invece, difficile dare una definizione della seconda forma individuata all'interno di questa quarta modalità che riguarda:

persone che per lo meno come primo pensiero, magari è ancora una cosa molto così embrionale, però già ce l'hanno, l'idea di farlo diventare, non dico magari per forza una professione, un mestiere, comunque qualcosa di cui viverci, però sicuramente, all'idea di farlo più come massaggio, come tecnica di rilassamento. (insegnante\_intervista\_15 giugno 2008).

Come ci confermano le parole di questi allievi la pratica dello shiatsu può essere:

un bellissimo modo di passare il tempo, con gli amici, un bel regalo... da fare a qualcuno a cui vuoi bene...molto spesso mi trovo con i miei compagni e ci facciamo un trattamento a testa, ci facciamo del bene. (allievo\_conversazione\_informale\_30 maggio 2008).

Ma anche, a volte, una piccola fonte di guadagno:

no... no, capiscimi un attimo, non è un lavoro..non è che ci vivo, diciamo che arrotondo... qualche amico di amico di amico... funziona così fai un massaggio a una persona che conosci e magari lei lo dice a un'amica... non è che prendo quanto si prende un professionista... in conclusione conviene a me e conviene a loro, risparmiano e hanno un bel massaggio. (allievo\_conversazione informale\_novembre 2007).

così a tempo perso con i conoscenti, i parenti, a volte qualcuno ti dà qualcosa, tante volte lo faccio gratis, per il gusto di farlo... altre volte magari quelli che non conosci bene che si è sparsa la voce, allora si gli chiedi qualche cosa, ma poco... si parla di cifrette. (allievo\_conversazione informale\_novembre 2007).

In comune queste due forme hanno un modo di intendere lo shiatsu più come pratica dell'aver cura che come pratica terapeutica. Una cura quotidiana, da riservare a se stessi e agli altri, che include a volte la possibilità di ricerca spirituale, o semplicemente un modo di rilassarsi, di entrare in contatto con il proprio corpo e con quello degli altri.

A nostro parere sono questi aspetti della pratica dello shiatsu che contribuiscono alla sua diffusione vista, quindi, non solo dal punto di vista degli utilizzatori, ma anche e soprattutto dei praticanti. Da questo punto di vista la pratica dello shiatsu risponde all'emergere delle nuove esigenze e necessità caratteristiche dall'epoca contemporanea.

Nello specifico si presuppone che tali pratiche rinvino a una domanda sociale di tipo olistico, mescolata tuttavia a istanze di comportamento e valore tipiche dell'individualismo moderno. (Lalli, 1988, p. 87).

L'importanza attribuita al corpo e alla "dimensione interiore", alla ricerca di un equilibrio e di un modo altro di relazionarsi alla realtà esterna sono tutti elementi che ci riportano alle riflessioni fatte in merito alla relazione tra pratiche di cura e processi di costruzione individuale, Come sottolinea Melucci, infatti, è proprio rivolgendosi alla dimensione interiore, al nostro corpo alle nostre emozioni e sensazioni che possiamo cercare di

dare unità a parti diverse e contraddittorie dell'esperienza. La presenza di se stesso come corpo, mente, spirito è per l'individuo il filo che lega i frammenti della sua vita. (Melucci, 1991 p. 59).

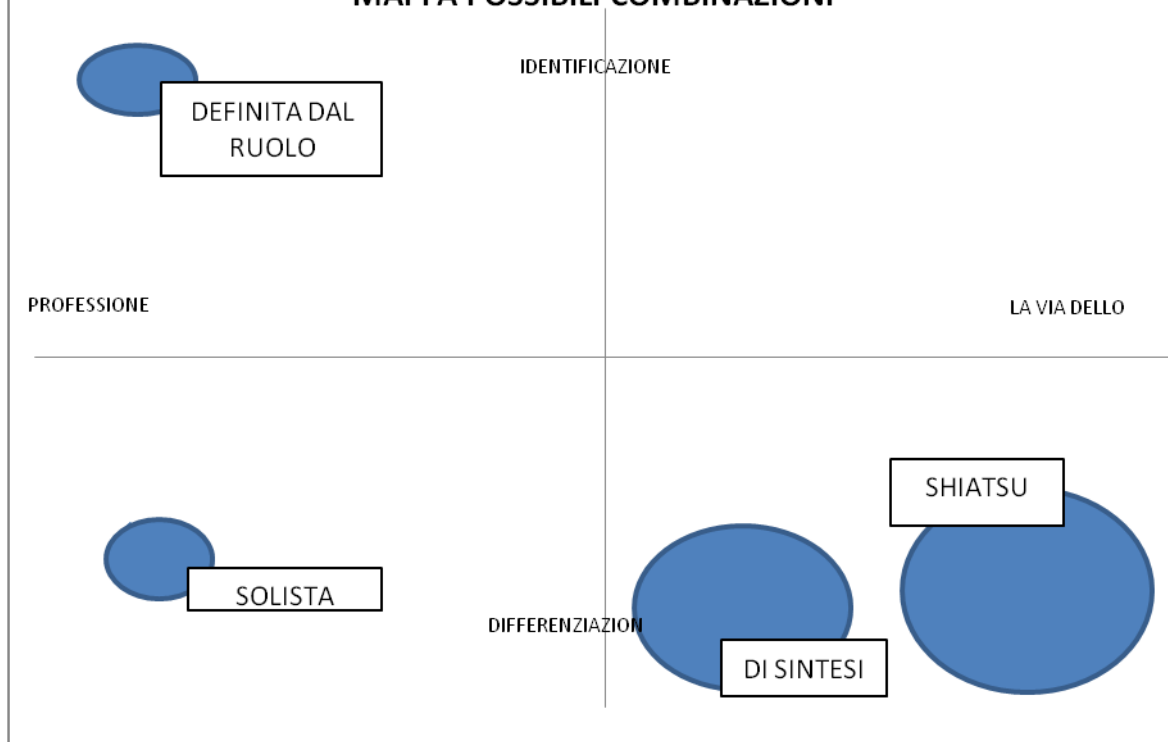
L'importanza attribuita al corpo e alla "dimensione interiore", alla ricerca di un equilibrio e di un modo altro di relazionarsi alla realtà esterna sono tutti elementi che ci riportano alle riflessioni fatte in merito alla relazione tra la diffusione pratiche di cura non convenzionali e processi di costruzione individuale che viene letto come tecnologie del sé (Sciolla, 2000) oppure anche:

"tecniche in più", sorta di nuove tecnologie supplementari: semplicemente un'altra chance per conquistare la salute, senza che sia sempre necessario prestare ascolto ai nuovi linguaggi e al reticolo semantico che si mette in moto. (Lalli, 1988, p. 185).

Come sottolinea Melucci, infatti, è proprio rivolgendosi alla dimensione interiore, al nostro corpo alle nostre emozioni e sensazioni che possiamo cercare di

dare unità a parti diverse e contraddittorie dell'esperienza. La presenza di se stesso come corpo, mente, spirito è per l'individuo il filo che lega i frammenti della sua vita. (Melucci, 1991, p. 59).

## DIVENIRE SHIATSUKA MAPPA POSSIBILI COMBINAZIONI



### 3. Il campo dello shiatsu

Frequentando le sale, i centri, le palestre, gli studi dove praticano e vengono formati gli operatori di medicina non convenzionale, capita spesso di sentire espressioni come “apri il tuo sguardo”, “allarga il tuo campo”, “rimani in ascolto del tutto”. “Allargare il campo” significa, in genere, quando si pratica lo shiatsu, volgere il proprio sguardo, prendendo in considerazione “il tutto”, non solo verso quel punto preciso in cui si sta agendo la pressione, non solo verso quella parte del corpo in cui si sta lavorando, ma comprendere il corpo del cliente nella sua totalità insieme con le proprie sensazioni corporee in relazione allo spazio più ampio, l’universo.

Se, dallo shiatsu, prendiamo a prestito, l’intenzione, dalla sociologia e, in particolare da Bourdieu (2002), prendiamo invece il concetto di campo.

Nel precedente capitolo il nostro sguardo si è focalizzato su quanto accade all’interno di una delle innumerevoli scuole di formazione per operatori shiatsu. In questo capitolo tenteremo proprio di allargare il nostro sguardo fino a cogliere l’intero campo delle pratiche di cura, con l’intenzione di collocare lo shiatsu all’interno di quello che potremmo definire, sempre con Bourdieu, il sottocampo<sup>52</sup> delle pratiche di cura non convenzionali, nel tentativo di cogliere le possibili modalità di strutturazione, i processi di definizione dei confini interni ma anche, in relazione al più ampio campo delle pratiche di cura le forze in gioco nella definizione dei confini esterni, in particolare con la medicina scientifica che:

Come altri campi, il campo scientifico è un campo di forze dotato di una struttura, ma è anche un campo di lotte per conservare o trasformare questo campo di forze. (Bourdieu 2002, p. 69).

Come accennato precedentemente lo shiatsu rientra in quell’insieme diversificato di pratiche e di discipline generalmente definite con il termine medicine non convenzionali. Nel primo capitolo abbiamo accennato alla difficoltà di dare una definizione univoca di questo universo di pratiche se non nei termini di quello che non sono: dell’“essere diverse da”. Si tratta di una caratteristica spesso riferita alle pratiche di cura non convenzionali:

quella di non far ricorso a rimedi di tipo chimico-sintetico, né di interventi chirurgici (...) [unita al] fatto di non essere a tutt’oggi oggetto di corsi di insegnamento riconosciuti ufficialmente nell’ambito delle Facoltà italiane di Medicina e Chirurgia. (Lalli, 1988, p. 85).<sup>53</sup>

Pratiche di cura non convenzionali distinte dalle medicine popolari per il loro “richiamarsi a un qualche sistema di pensiero più o meno strutturato” com’è, per esempio, il caso della disciplina dello shiatsu che non fa riferimento a “capacità o qualità superiori del singolo” (Lalli, 1988, p. 85), anche se, come

---

<sup>52</sup> “D’altronde ogni ambito delle relazioni sociali che acquista una relativa autonomia rispetto alle altre relazioni, che acquista dunque una sua logica, finisce per strutturarsi in campo, così che i vari campi interagiscono tra loro e ognuno può essere suddiviso in sottocampi.” (D’Eramo 2002, p. 15).

<sup>53</sup> Si veda anche Colombo e Rebughini 2006, p.37.

sottolinea la stessa autrice, non sempre questa caratteristica può essere considerata comune a tutte le pratiche di cura non convenzionali.

Questa modalità risulta utile a fini analitici perché, introducendo un criterio di distinzione rispetto all'esterno, a ciò che sta fuori, permette di delimitare e definire il sottocampo delle pratiche di cura non convenzionali, d'altro canto, però, in questo modo il contenuto di questa nebulosa rimane un tutt'uno indifferenziato all'interno del quale è difficile individuare principi di distinzione interni e sulla base di questi, non rende conto delle differenti modalità di tracciare i confini verso l'esterno.

### **1. Significati di salute e pratiche di cura.**

Una delle dimensioni attraverso cui è possibile collocare lo shiatsu nel campo delle pratiche di cura fa riferimento ai cambiamenti culturali che hanno trasformato la concezione di salute e di star bene nelle società occidentali contemporanee: “una nuova generazione di concetti e analisi” ha comportato “una riformulazione delle rappresentazioni riguardanti l'organismo, la psiche, le reti sociali, ecosistema” influenzando così sulle immagini di guarigione e di benessere. (Ingrosso 1994, p. 100).

La stessa definizione di salute adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948 definizione di come uno “stato di completo benessere psicofisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di malattia o infermità”<sup>54</sup> sottintende

il riconoscimento che la salute è un fenomeno multidimensionale che non si limita ai confini dell'organismo individuale, ma comprende un aspetto soggettivo di benessere e una dimensione sociale. (Ingrosso 1994, p. 196).

Che, mettendo al centro il soggetto e il suo senso dei “star bene”, impone un'interpretazione delle definizioni di “salute e di malattia, così come quelle del corpo” che esprimono “tanto il senso soggettivo attribuito a queste categorie quanto il quadro di riferimento socialmente disponibile in un determinato contesto” (Ingrosso 1994, p. 95), come “costruzione sociale”:

Oggi, se il concetto di società rimane aperto alle diverse teorizzazioni sociologiche, anche quello di salute è esploso sotto il profilo culturale, semantico e generazionale, autorizzando una pluralità di punti di vista e una molteplicità di livelli di analisi. Il significato di salute è diventato non solo variabile sulla base di differenti contesti sociali e culturali, ma si è ampliato e sfrangiato. (Bucchi e Neresini, 2001, p. 15).

L'idea di “salute” come costruzione sociale è ormai consolidata in ambito sociologico:

nessuno, oggi potrebbe contestare l'idea secondo la quale ogni malattia ha una componente sociale [anche se solo] di recente i modi d'essere che

---

<sup>54</sup> [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf)

comunemente chiamiamo malattia e salute si sono affrancati da un ambito strettamente biologico e individuale per essere riconosciuti nella loro dimensione collettiva e politica. (Carricaburu e Menoret, 2007, p. 7).

La dimostrazione di questo cambiamento è rintracciabile all'interno delle stesse scienze sociologiche che da "sociologia della medicina" si siano progressivamente trasformate a vantaggio di una sociologia più generale dell'oggetto "salute" (ibidem, p. 7)<sup>55</sup>. Mentre i sociologi anglosassoni si sono interessati alla medicina fin dall'immediato secondo dopoguerra, bisogna attendere la fine degli anni Settanta per l'inizio di una istituzionalizzazione di questo settore di studi a partire dal quale di verifica questo slittamento tra "sociologia medica" e "sociologia della salute" (ibidem, p. 8):

I segni di questa sensibilità per una visione dinamica e processuale della salute sono oggi rintracciabili anche in aree del senso comune e in molte pratiche sociali, per quanto minoritarie in termini quantitativi. L'emergere di una concezione ecologica, costruttiva e riflessiva in settori delle scienze della salute e del senso comune consente di affermare che, accanto a forme di salute-statiche come la salute possesso (avere) e la salute -benessere (essere) che si sono contrapposte negli anni '60 e '70, stanno emergendo delle concezioni dinamiche, come quelle di salute-desiderio (fare) e dalla salute-processo (divenire) (...). La prospettiva di significative innovazioni nel panorama scientifico e politico-sociale è legata all'instaurarsi di una circolarità comunicativa fra pratiche (ecologia sociale) e produzioni teoriche (ecologia delle idee). (Ingrosso 1994, pp. 111-112).

Nelle analisi che indagano i fattori che hanno contribuito alla diffusione delle pratiche di cura non convenzionali emerge la stretta connessione con il diffondersi di una crescente attenzione verso la cura del corpo e della salute.

Le società occidentali contemporanee sono popolate da una moltitudine di operatori, terapeuti, *counselor*, provenienti dalle più svariate discipline e tecniche di cura e il numero di persone scelgono di rivolgersi a un operatore non convenzionale, è cresciuto rapidamente negli ultimi decenni e continua a crescere.

Simultaneamente, si assiste a una generale attenzione verso la dimensione della salute e dello star bene che comprende le istituzioni sociali tanto quanto il mercato e che da più parti viene definita come un generale processo di "terapeutizzazione" della vita quotidiana (Melucci, 1991 p. 88) o come l'emergere di una nuova "cultura della salute" (Ingrosso 1994)<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> In particolare negli Stati Uniti intorno agli anni cinquanta un numero crescente di sociologi si trasferì nelle istituzioni sanitarie allo scopo di osservare il funzionamento e i rapporti fra professionisti della salute e pazienti. Robert Strauss (1957) distingue due forme di produzione sociologica in ragione della posizione istituzionale dei sociologi: una sociologia della medicina, praticata da ricercatori che non appartengono all'istituzione medica, che, muovendo da categorie schiettamente sociologiche, considerano la medicina un oggetto di studio come altri; e una sociologia nella medicina, praticata da sociologi in seno alle facoltà di medicina, le cui preoccupazioni rispecchiano quelle dei professionisti della medicina).

<sup>56</sup> "Con il termine cultura della salute possiamo indicare un insieme complesso di informazioni, di pratiche, di orientamenti, di credenze dei soggetti e delle famiglie aventi per oggetto il mantenimento e il recupero del benessere psico-fisico, compresi i rapporti con le agenzie e gli agenti operatori addetti a questo compito e le modalità con cui far fronte agli eventi dolorosi, traumatici, patologici e alla morte. (Ingrosso 1994, p. 26).

In cui “la dimensione della salute ( o possiamo anche dire dello star bene) ben al di là di particolari (e pur importanti) aspetti sanitari o medici, assume un significato sociale e culturale assolutamente prioritario. (Balbo 2004, p. 343)

verso una concezione della salute come stato di benessere piuttosto che come stato caratterizzato dall’assenza di malattie.(Ingrosso 1994).

Nonostante la medicina scientifica abbia costituito, per lungo tempo

il referente indiscusso di ogni azione in campo sanitario (...) il sapere e le pratiche mediche, sfere fino a poco tempo fa del tutto separate e di fatti inaccessibili ai “laici”, presentano oggi caratteristiche radicalmente cambiate: non si è disposti a delegare agli “esperti” e alle relative istituzioni le scelte su e come intervenire (Balbo, 2004, p. 348)

E la salute, al “centro delle esperienze e delle aspettative quotidiane” è sempre più concettualizzabile “come un insieme di processi e di pratiche” (Balbo 2004, p. 348) che rimettono in discussione la definizione di salute e di malattia come “evento biologico” (Lalli 1988, p. 45).

In questa prospettiva la crescita dell’uso delle pratiche di cura non convenzionali viene vista come un riflesso del declino dei modelli di malattia della medicina scientifica e l’accresciuta importanza attribuita all’esperienza individuale del paziente e delle sue percezioni.

Le pratiche di cura non convenzionali vengono sempre più viste come in grado di rispondere ad esigenze a cui la medicina ufficiale non è in grado di venire incontro (Lalli, 1988; Colombo e Rebughini, 2003 e 2006). Esperienze di oggettivazione, di svalutazione dell’individualità e dell’unicità del paziente, con particolare riferimento alla relazione medico-paziente sembrano trovare una risposta adeguata in queste pratiche, più attente all’esperienza soggettiva della malattia (*illness*) piuttosto che alla malattia categorizzabile nei termini di una patologia fisica (*disease*)<sup>57</sup>, al paziente nella sua totalità, “as a whole person” (Vincent e Furnham 1996: 46).

Inoltre, viene sottolineato, l’idea di star bene è sempre più associato alla diffusione della cultura del fitness e il rivolgersi alle pratiche di cura sembra essere potenzialmente connesso con la preoccupazione crescente verso la salute fisica e il desiderio di essere in forma.

Il successo delle medicine non convenzionali si sviluppa quindi in risposta alla nascita di nuove esigenze, che non sono legate a una controrivoluzione di atteggiamenti irrazionali o antiscientifici, ma piuttosto all’emergere di bisogni di benessere e cura di sé, alimentati propri dalla riflessività e dalla tecnologia contemporanee, da un lato si afferma una domanda di senso nei confronti della malattia e della relazione di cura, dall’altro si affermano domande espressive di identità legate al benessere corporeo. (Colombo e Rebughini, 2006, p. 25).

A questo proposito riportiamo le ragioni per cui le persone si rivolgono alle loro cure attraverso le parole degli stessi operatori:

---

<sup>57</sup> Distinzione operata da Kleinman (1981).

alcuni cercano sollievo, semplicemente sollievo, sai quando affronti una malattia difficile, molte medicine, molti esami anche invasivi (operatore\_shiatsu\_conversazione informale\_30 novembre 2007).

Altri utilizzano queste pratiche per “mantenere un buono stato di salute”, ma anche:

problemi fisici, abbiamo fatto una specie di statistica interna ed è venuto fuori che il 70% dei nostri clienti si rivolge al nostro centro per problemi di origine muscolo-scheletrica, ma io lavoro anche con persone che stanno attraversando un periodo stressante dal punto di vista emotivo...una delusione d'amore, per esempio. (operatore shiatsu\_M\_conversazione informale\_ottobre 2007).

alcuni cercano un contatto fisico piacere, un contatto d'amore... altri semplice godimento (operatore shiatsu\_conversazione informale\_ottobre 2008).

Altri

cominciano un percorso di ricerca, di lavoro su se stessi, di conoscenza e hanno bisogno di un supporto, diciamo così qualcuno che li stia accanto in tutto questo. (operatore shiatsu\_naturopata\_conversazione informale\_3 novembre 2008).

Molto spesso tutte queste motivazioni coesistono, fianco a fianco, e la speranza di risolvere un dolore cronico, può essere unita al piacere di un contatto “premuroso e amorevole” e al “consumare” qualcosa

di buono, solo per te stesso, come quando ti concedi un regalo extra (operatore shiatsu\_insegnante yoga\_conversazione informale\_dicembre 2008).

Ciò che emerge da questa breve rassegna è una salute che sembra trascendere la salute fisiologica: un fenomeno che:

appare in infinite varianti, uno star bene che non nega né corpo, né psiche, né anima, ma li sintetizza. (Guizzardi 2004, p. 150).

Ciò che si intende mettere in rilievo in questo contesto sono come questi aspetti possono venire o meno rintracciati nei racconti che abbiamo raccolto sul tema della salute e approfondirne alcuni aspetti.

L'idea di salute fisica concepita solo come una componente di una salute intesa come benessere che coinvolge tutti gli aspetti della vita individuale emerge piuttosto frequentemente.

Spesso descritta come uno stato che riguarda la persona nella sua totalità, includendovi anche l'ambiente circostante:



per me la salute è stare bene, con me stessa, con gli altri, con e nel mio corpo, è una relazione di equilibrio con tutto quello che mi circonda, l'ambiente, le persone che amo, quello che mi succede dentro e quello che succede intorno a me. (operatore shiatsu\_naturopata\_conversazione informale\_3 novembre 2008).

Un equilibrio, spesso descritto come

un senso di armonia, non voglio... sai essere troppo... ci siamo capiti, ma per me la salute è armonia, equilibrio di te con il tutto. (insegnante\_conversazione informale\_4 novembre 2008).

Capace di infondere sicurezza:

credo che la cosa più importante che ho imparato in questo percorso è che la Salute, quella con la S maiuscola è sempre all'opera. Sebbene l'idea non sia un concetto complicato non è così semplice rendersene conto realmente. La consapevolezza che ognuno di noi appartiene alla medesima "matrice originaria" che ci dà la vita e che costantemente è all'opera perché la nostra fisiologia possa funzionare al meglio delle sue possibilità dona un profondo senso di sicurezza e di armonia con ciò che ci circonda... in qualche modo questa consapevolezza cambia il modo con cui ci si relaziona agli altri, a tutto ciò che di vivo esiste intorno a noi. (allieva\_conversazione informale\_3 dicembre 2007).

La salute è spesso concepita come uno "stato naturale", come una condizione comune, inerente, a tutti gli esseri viventi, un'idea di Salute come "sempre presente, in ognuno di noi, ognuno di noi è espressione della forza vitale" è qualcosa a cui tutti possono accedere:

la nostra salute ha bisogno di spazio e di tempo per esimersi ed è fondamentale creare le condizioni perché questo possa avvenire, e la vita frenetica non è la condizione ottimale, così questo è quello che noi facciamo, creiamo le condizioni" (insegnante\_lezione\_3 novembre 2008).

Comprendere la salute come qualcosa di sempre presente significa vedere la malattia

in una prospettiva completamente diversa da quella con cui la si vede normalmente, perché il sintomo è un messaggio che la tua salute è all'opera.

Normalmente noi pensiamo alla salute, anzi no non ci pensiamo proprio, finché stiamo bene, la salute come assenza di malattia comporta che la maggior parte di noi tenta di recuperarla solo quando questa ha già subito dei danni, quando i sintomi... quando qualcosa impedisce alla nostra salute di esprimersi, che non possiamo più condurre normalmente la nostra vita quotidiana... se trascuri così la salute, i segnali che ci invia questo meccanismo meraviglioso, significa che poi devi fare uno sforzo enorme nel momento in cui ci rendiamo conto che il campanello d'allarme sta suonando probabilmente già da un po'. (allieva\_conversazione informale\_4 ottobre 2007).

Ritroviamo in queste parole le riflessioni di Melucci sulla

capacità di dialogare con i messaggi che il nostro corpo ci invia [un dialogo che] li trasforma in messaggeri di salute, quando essi diventano l'occasione per produrre risposte consapevoli. La stessa esperienza sensoriale del disagio fisico si modifica se noi la collochiamo in una prospettiva che le dà significato. Il cambiamento del quadro culturale e mentale i cui situiamo i segnali del corpo trasforma anche il loro connotato percettivo. La percezione fisica di una sensazione dolorosa cambia profondamente se cerchiamo di ignorarla, o la riceviamo come sintomo minaccioso di una malattia possibile, oppure se la consideriamo invece un segnale da ascoltare a cui rispondere. (...) La malattia e il sintomo, ci dicono della nostra limitatezza ma allo stesso tempo ci comunicano il fatto di essere vivi. (Melucci, 1991, pp. 83-84).

Secondo questa visione della salute e della malattia, allora anche per chi vive una situazione patologica cronica o di gravi impedimenti fisici è possibile vivere in uno stato di benessere è possibile costruire

un migliore rapporto con le difficoltà e la sofferenza, si impara a considerarle delle risorse, delle opportunità di crescita e non qualcosa da evitare. (operatore shiatsu e cranio sacrale\_conversazione informale\_aprile 2009).

è la relazione che tu instauri con il tuo corpo e con il mondo che ti circonda, con gli eventi, anche con una malattia per esempio, per esempio, io lavoro con un'anziana signora che ha una malattia autoimmune incurabile secondo la medicina occidentale, certo dal punto di vista chimico-biologico non guarirà mai, ma da quando abbiamo cominciato a lavorare ha ritrovato il modo di esprimere appieno la sua forza vitale... per me questo significa essere in salute, esprimere appieno la tua forza vitale date le condizioni. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_giugno 2008).

Trasformando la malattia in un:

evento di fronte al quale è indispensabile trovare non solo le spiegazioni (le cause) ma soprattutto le *interpretazioni*, vale a dire in definitiva il suo *sensu*. (Lalli 1988, p. 49).

In questi termini, la salute come benessere è una condizione a cui tutti possono aspirare, ognuno a modo suo, con tutti i mezzi a disposizione, compresa la medicina scientifica:

prenderti cura di te, ascoltare il tuo corpo significa anche fare dei controlli, esami del sangue, esami clinici e quando serve prendere degli antibiotici, tutto quello che serve... non credo che sentirai mai nessuno che ti dice di non prendere le medicine... Perché comunque ognuno ha il suo modo di percepire il suo stare bene con te stesso. (operatore shiatsu\_naturopata\_conversazione informale\_3 novembre 2008).

Dalle parole di questo operatore emerge un senso di essere in salute primariamente soggettivo:

questo percorso mi ha dato la possibilità di comprendere e sentire cosa significhi salute per ognuno di noi...in ognuno si esprime secondo modalità uniche e irripetibili, che riflettono il nostro modo di essere al mondo e di relazionarci con esso e tutte le nostre esperienze. (allievo\_fisioterapista\_conversazione informale\_3 settembre 2008).

La salute può essere uno stato mentale:

cuore e mente vuoti, pronti ad accogliere, tutto quello che deve venire, se tu sei tutto pieno di preoccupazioni, non c'è posto per niente altro, questo per me è essere in salute la capacità di svuotare la mente, di stoppare quel criceto sulla ruota che gira come un pazzo nel mio cervello, hai presente? (allievo\_d\_lezione\_4 ottobre\_2008).

Può infondere un senso di pace

la capacità di tornare a te stesso, a un senso di quiete interiore solo tuo che ti permette di comprendere, quello che ti fa stare bene e quello che ti fa male, e questa pace è solo tua. (allievo\_a\_lezione\_4 ottobre\_2008).

Per altri salute ha a che fare con il senso di accettazione:

Non importa quanto le cose siano brutte è il modo in cui mi relazio alle cose che mi permette di esprimere al pieno la mia energia vitale. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_novembre 2007).

Questa idea di vivere la vita al pieno delle proprie possibilità significa che ognuno di noi può conoscere quali sono le proprie possibilità:

salute è la piena espressione della tua forza vitale, date le condizioni, che possono essere, belle, brutte, difficili... stressanti e molto spesso al giorno d'oggi sono stressanti... significa esserci a pieno, nonostante tutto. (allievo\_pranoterapeuta\_lezione\_4 ottobre\_2008).

Connessa a questo c'è l'idea di avere il potere di scegliere al cui opposto sta la condizione di perdere il controllo, di non sapere:

puoi farti trascinare via, puoi farti travolgere... puoi non fermarti mai ad ascoltarti finché un giorno... bum... scopri che non ci stai più dentro. Oppure puoi scegliere di ascoltare, di conoscere te stesso e essere presente a quello che ti accade. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_5 novembre 2007)

In questo senso la pratica

è un modo per conoscere te e gli altri, per conoscere il proprio corpo e riconoscere le proprie emozioni, sapere cosa ti fa stare male e cosa ti fa stare bene (allievo\_f\_lezione\_4 ottobre 2008).

Ma anche di:

Trovare il proprio centro, il tuo posto, il luogo dove tutto ha origine, il tuo essere qui e ora. (allievo\_conversazione informale\_settembre 2007).

La salute si configura come accettazione dei cambiamenti, pur rimanendo sempre ancorati a una certezza, sé stessi:

di fronte alle incertezze della vita di oggi non puoi stare dietro a tutti altrimenti perdi la bussola, non sai più chi sei e dove, sei, star bene significa saper tornare a me stesso e lasciare andare, senza rimanere attaccato al dolore alla sofferenza...è una condizione fluida...questa è l'immagine che mi viene"(allievo\_conversazione informale\_4 dicembre 2008).

Nuovamente le parole di questi operatori non possono che rimandare alle riflessioni di Melucci sulla complessità della vita quotidiana contemporanea:

Il passaggio da un tempo all'altro, la frammentazione, l'imprevedibilità sfuggono al sapere per cause e connessioni, ai criteri dell'efficienza, alla logica del calcolo razionale. Richiedono invece lo sviluppo di qualità di percezione immediata, di consapevolezza intuitiva, di immaginazione, che sono state patrimonio delle culture tradizionali. L'interesse contemporaneo per la saggezza di queste culture è, al di là della moda, un segno significativo del bisogno di unificare l'esperienza su un registro che non sia unicamente quello della razionalità diretta allo scopo. La nostra identità deve essere radicata nel presente per poter far fronte alle trasformazioni e per attraversare le metamorfosi che caratterizzano il corso della vita. Dobbiamo poter aprire e chiudere i nostri canali di comunicazione con l'esterno per mantenere vive le nostre relazioni senza essere sommersi dall'eccesso di messaggi. Abbiamo bisogno di nuove capacità di contatto immediato e intuitivo con la realtà per abbracciare un campo sempre più vasto di esperienze, che non può essere rinchiuso nei limiti angusti della conoscenza razionale. Si tratta di esigenze che modificano i confini tra interno ed esterno e accentuano il nostro bisogno di guardare noi stessi, di essere consapevoli che esistiamo come entità psico-fisica individuale, che siamo responsabili delle nostre scelte. Questo orientamento autoriflessivo indirizza la ricerca personale verso un contatto più ravvicinato con l'esperienza dell'interno. (Melucci, 1991, p. 58).

Emerge quindi la tendenza a concepire la salute, come

responsabilità verso se stessi che permetta di vivere al pieno delle nostre potenzialità. (insegnante\_conversazione informale\_dicembre 2007).

L'importanza di decidere, scegliere e dare forma per poter essere autore della propria esistenza, creatore della propria individualità è percepita in epoca contemporanea come fondamentale<sup>58</sup> (Beck 2000) e per poter “cambiare forma rimanendo sempre se stessi è necessario rivolgersi alla dimensione interna, a partire dal proprio corpo” (Melucci 1991).

Questa idea che sottintende la possibilità che ognuno possa “trovare il proprio modo di vivere” è relativamente recente e compare, secondo Taylor (1994), durante il XIX secolo. Egli descrive tale idea come connessa al principio di autenticità:

being true to myself means being true my own originality, which is something only I can articulate and discover. (Taylor 1994, p.31).

Il significato di essere autentici si fonda sull'idea che:

I am called upon to live my life in this way, and not in imitation of anyone else's. But this gives a new importance to being true to myself. If I am not, I miss the point of my life, I miss what being human is for me. (Taylor 1994, p.29).

Questa tensione verso l'autenticità rinforza l'idea di un percorso tutto individuale cui ognuno di noi è chiamato a percorrere.

L'importanza di cercare la possibilità di esprimere il proprio senso dell'esistenza è fortemente riprodotto nei modi in cui gli operatori definiscono il benessere.

L'idea di giungere a un profondo senso di se è un tema centrale nelle interviste raccolte, che non sembra dipendere dalla disciplina di provenienza.

Inoltre il fatto stesso che in queste parole risuonino e si riflettano i profondi cambiamenti che coinvolgono i processi di costruzione dell'identità in epoca contemporanea mette a dura prova l'idea che queste pratiche possano ancora considerarsi come culturalmente marginali.

L'emergere delle pratiche di cura si allinea anche con tendenze e cambiamenti che influenzano anche la stessa medicina scientifica.

Le nuove modalità di “regolare il campo della salute” in ambito medico scientifico richiedono sempre più agli individui di assumersi la propria responsabilità del voler essere in salute:

Le istanze culturali evidenziate dai nuovi movimenti sociali e l'individualismo indotto dal mercato si uniscono al successo del discorso medico-scientifico, alla crescente attenzione verso la prevenzione, l'adozione di uno stile di vita salutare, alla condivisa necessità di esercitare un controllo continuo sul proprio corpo e la propria salute. (Colombo e Rebughini, 2004, p. 78).

Ciononostante, queste discipline rimangono alla periferia del campo delle pratiche di cura, quanto meno se la possibilità di occupare le posizioni centrali viene misurata nei termini di supporto e legittimazione istituzionale.

---

<sup>58</sup> Choosing, deciding, shaping human being who aspires to be the author of his or her own life, the creator of individual identity” (Beck 2000, p. 165).

La biomedicina continua ad occupare il centro di questo campo e conserva ancora una certa egemonia nel definire salute e malattia.

Da questo punto di vista possiamo associare il discorso biomedico a quello di strategia istituzionalizzata (De Certeau, 1984) che riceve il suo potere dall'essere legittimata ad occupare una posizione dominante.

Sebbene, sempre, seguendo De Certeau (1984), le strategie istituzionalizzate non definiscono il modo in cui gli individui interpretano e fanno esperienza nella loro vita quotidiana. In questo caso l'autore fa riferimento al concetto di tattiche che esprime i processi creativi, espressivi ed interpretativi che prendono forma nelle attività quotidiane attraverso cui gli individui negoziano o resistono a determinate definizioni, categorie, e pratiche che vengono presentate come dominanti e legittime.

Questo tipo di tattica trova espressione nella ricerca di benessere attraverso le pratiche di cura non convenzionali. Le tattiche dello star bene reinterpretano l'autorità del modello biomedico attraverso un processo di costruzione personale di senso.

vi è un uso flessibile di vari metodi sulla base di affinità e valutazioni personali e del proprio gruppo di riferimento. Estendendo queste osservazioni si potrebbe allora osservare che, nella misura in cui questo programma di trasduzione si diffonde e diventa di senso comune, ciascun individuo si rifà a un paradigma di accoppiamenti e di sistemi di cura che possono essere utilizzati. Ogni area socio-culturale a cui i singoli fanno riferimento riflette in modo ologrammatico l'intero panorama delle pratiche disponibili, tracciando alcuni percorsi preferenziali. Al contempo nella scena sociale si costituiscono canali sotterranei e accordi, espliciti e impliciti, fra diverse pratiche. Si arriva così ad uno scenario pluralistico e complesso di pratiche di salute che attraversa e interroga i sistemi sanitari istituzionali. (Ingrosso 1994a, p. 111).

Nel primo capitolo abbiamo parlato di come le pratiche di cura non convenzionali possano essere accostate a quelle che, per esempio Sciolla definisce “mistica del sé e pratiche di cura della salute-salvezza”<sup>59</sup>, affermando come questo aspetto potesse essere esteso non solo agli utilizzatori ma anche agli operatori. Un ulteriore aspetto che riteniamo opportuno sottolineare è quello che riguarda soprattutto questi ultimi. Fermo restando che chi pratica è generalmente considerabile come un utilizzatore:

---

<sup>59</sup> “Con *mistica del sé* intendo riferirmi a una sorta di neopragmatismo religioso (Filoramo 1995) che contraddistingue la maggior parte dei nuovi movimenti religiosi contemporanei, ma che si può dire dia ormai un tratto caratteristico di una cultura quasi-religiosa assai più diffusa, sganciata da specifiche appartenenze, estesa a *network* tra le fasce istruite, giovani e di ceto medio di tutte le società industriali contemporanee. Ricollegandosi ai fenomeni religiosi di lunga durata (Sullivan 1989), in opposizione al modello delle confessione cristiana che intende l'ascesi come rinuncia al sé e mortificazione del corpo (Foucault 1988) il neopragmatismo combina, in un singolare intreccio, salvezza spirituale e salute psico-fisica, credenze religiose e pratiche terapeutiche. In questa prospettiva la conoscenza e il perfezionamento di sé coincidono con l'assunzione di un sapere in grado di guarire. Tale perfezionamento raggiunto grazie a tecniche terapeutiche di tipo psicofisico, dallo yoga alla meditazione a rituali neosciamanici, ha lo scopo di procurare un benessere generale, fisico e mentale, in questo mondo e realizzare, nello stesso tempo, una via di salvezza mistica. Questo processo di autorealizzazione- che si attiva partecipando a gruppi, seminari, corsi, con l'aiuto di consulenti, “maestri” o anche in solitudine – non è una delle tante espressioni del narcisismo contemporaneo. Esso si configura infatti come reintegrazione del sé individuale in un Sé cosmico, alla ricerca di un ancoraggio ontologico capace di trascendere l'individuo. Ma, attraverso questa nuova forma di sapienza olistico –panteistica, tesa a superare i dualismi occidentali (corpo vs spirito, sentimento vs pensiero, maschile vs femminile), ciò che si desidera raggiungere è proprio la integrazione di un sé incerto e frammentato in una identità salda, capace di fronteggiare i disagi e i conflitti della realtà sociale e affettiva.” (Sciolla 2000, pp. 25-26).

è importante sapere qual è la sensazione che si può avere ricevendo alcune manovre, ti rendi anche conto ricevendo, di piccole cose, a cui magari tu non fai caso e che fanno la differenza, dalla più piccola cosa... ma è soprattutto la questione che... se io non ricevevo, come potrei sapere l'importanza di svolgere un determinato percorso e comunicarlo ai miei clienti? (operatore\_insegnante corso amatoriale\_31 ottobre 2007)

ciò che emerge dalle parole degli operatori è un'immagine di queste pratiche come occasione e possibilità di costruire nuovi modi di relazionarsi e interagire con gli altri:

essere presente a te stesso, riconoscere la tua unicità significa inevitabilmente riconoscerla anche nell'altro e imparare ad essere presenti a chi ti sta di fronte. Ho imparato ad ascoltare con tutto me stesso chi mi sta di fronte perché ha fatto esperienza del meraviglioso dono che è essere ascoltati, essere accettati per quello che si è, essere riconosciuti per la propria unicità ma anche come parte di qualcosa di più ampio che unisce tutti noi... dà una profonda forza... è profondamente terapeutico (operatore\_conversazione informale\_novembre 2008);

quando pratici una disciplina come lo shiatsu, di incontro con l'altro, di contatto, di dialogo che passa attraverso il corpo e le sensazioni, fai esperienza di un qualcosa di... indescrivibile... si potrebbe dire di amore, di essere visto, di essere compreso e di essere testimone della meraviglia di un altro essere vivente... (operatore\_lezione\_giugno 2008)

Le pratiche di cura non convenzionali rappresentano quindi, anche, esperienze di riconoscimento, di considerazione espressiva intercorporea per usare le parole di Sparti, che

assicurano sia la nostra individuazione che il nostro valore di persone fra persone, appunto la nostra dignità umana. (Sparti 2000, p. 56).

Attraverso un atteggiamento partecipativo, essere presenti per l'altro, che si contrappone a quello di atteggiamento oggettivante, attraverso cui "l'altro è identificato e classificato in modo sistemico, come membro di una classe" (Sparti 2000, p. 59) non è un caso, forse, che, l'autore, ricorra alla figura del medico per descrivere questa forma di riconoscimento cognitivo che si contrappone a quella di riconoscimento espressivo, a cui la gran parte degli operatori e utilizzatori che abbiamo incontrato fanno riferimento.

## **2. Quale riconoscimento?**

Il tema del riconoscimento ricorre spesso quando si parla di medicine non convenzionali ed è proprio lungo questa dimensione che si è tentato di stabilire un criterio di distinzione interno ed esterno alle pratiche di cura non convenzionali che potesse rendere conto anche dei differenti modi di intendere la pratica.

Tenteremo inoltre di comprendere come l'esistenza di specifiche culture organizzative che trovano espressione nelle pratiche e nel tipo di conoscenza che viene condivisa dai membri delle differenti strutture formative, con particolare riferimento alla figura dei fondatori, e la peculiarità della natura delle competenze trasmesse che si basano largamente su un sapere primariamente pratico ed esperienziale contribuiscano all'esistenza di posizioni piuttosto differenti all'interno del panorama organizzativo rispetto al processo di legittimazione.

È ragionevole supporre che la difficoltà di definizione della propria identità in termini positivi possa riferirsi alle differenti modalità di dare senso all'esperienza del riconoscimento intersoggettivo all'interno dello stesso campo (Honneth, 1993).

O detto in altri termini, la nostra ipotesi è che il mancato riconoscimento da parte delle istituzioni delle discipline e delle pratiche non convenzionali è strettamente connesso con il difficoltoso processo di definizione di una identità collettiva non solo all'interno del campo delle medicine non convenzionali ma anche e soprattutto all'interno dello stesso campo dello shiatsu.

Come già sottolineato nella parte introduttiva secondo le analisi sociologiche delle complessità che caratterizza l'epoca contemporanea, mettendo in evidenza l'accresciuta molteplicità e variabilità dei contesti di interazione, l'identità sta a poco a poco perdendo il suo valore unitario e coerente rendendo al singolo sempre più difficile il compito di attribuire senso alle sue azioni in contesti sociali così diversificati e frammentati. Inoltre la pluralità delle cerchie sociali di riferimento moltiplica le possibili fonti di riconoscimento per il singolo individuo.

Una caratteristica nuova, emergente dell'esperienza dell'identità nella nostra contemporaneità è la sua connotazione relazionale (Melucci, 1991). L'identità è diventata processuale, tesa ad una continua costruzione di sé, attraverso processi di differenziazione continua, nei quali il confronto esterno con gli altri ha un ruolo fondamentale. Tali ipotesi, per ora sommariamente indicate, possono aiutare a meglio comprendere le dinamiche d'identità anche dei soggetti collettivi quali le imprese e trovano nei processi di acquisizione-integrazione di imprese diverse scenari di espressione straordinaria. Le esperienze dell'incertezza con le note crescenti di una più diffusa capacità di "modernizzazione riflessiva" (Beck 1999, 2000, Giddens, 1990, 2002, Lasch 1994; Gherardi 2000) conducono l'esperienza dell'identità – come già accennato – verso una continua processualità e ad una accresciuta individualizzazione del senso dato all'azione (Melucci 2000).

Faremo riferimento alla teoria del riconoscimento formulata da Honneth (1993) che definisce tre distinte forme di riconoscimento, seppure interconnesse fra loro.



La prima forma di riconoscimento è quella che si riferisce alla dimensione corporea affettiva che si realizza nella famiglia, nelle relazioni intime ed è in qualche modo connessa a quella di riconoscimento espressivo (Sparti 2000) a cui abbiamo accennato in precedenza.

il riconoscimento deve in questo caso possedere il carattere di un'approvazione e di un incoraggiamento affettivi. Questo rapporto di riconoscimento è pertanto collegato anche all'esperienza corporea degli altri soggetti concreti: si tratta qui del fatto di nutrire reciproci sentimenti di particolare apprezzamento. (Honneth, 1993, p. 15).

Questa forma di riconoscimento rimanda alla dimensione intima e corporea del soggetto che non verrà approfondita in questo contesto, se non in parte, in quanto in qualche modo connessa con la dimensione relazionale, in particolare riferita alla famiglia, agli amici ma anche ai clienti.

Facciamo riferimento in questo caso agli incontri "faccia a faccia" nel senso goffmaniano del termine che mettono in gioco l'identità del singolo come operatore.

Molti degli operatori intervistati fanno infatti riferimento all'importanza di ricevere riconoscimento delle loro competenze e conoscenze.

Ciò sembra valere in particolar modo per chi sta ancora frequentando la scuola o ha appena terminato il percorso formativo e comincia a costruire la sua attività lavorativa.

non sopporto che i miei pensino che questa sia un semplice passatempo, non danno valore a quello che faccio come vorrei... mia madre mi ha detto l'altro giorno "ma tu hai una laurea e un lavoro... hai studiato tanto e adesso vorresti metterti a fare massaggi? Vuoi fare quello nella vita?" (allievo\_conversazione informale\_gennaio 2008).

La famiglia e gli amici sono spesso accusati "di non capire" e "di non voler ascoltare":

non puoi mica costringere uno... mi rendo conto... ma se ti do un consiglio su come secondo potrebbe aiutarti fare una cosa invece che un'altra per risolvere il tuo problema, io dico, ma scusa se hai male al collo e ti dico che ci sono alcune tecniche che lavorano sulla postura che potrebbero aiutarti a comprendere da cosa deriva questo dolore, d'accordo, giusto vai a fare una lastra, ma se ti dicono che non hai niente cosa fai? Prendi antidolorifici tutta la vita... non mi ascoltano, non mi prendono sul serio... non prendono sul serio quello che faccio. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_settembre 2009).

Raramente abbiamo incontrato operatori che non facessero riferimento a questo tipo di problematiche, fatta eccezione per quelli che si avvicinano alla pratica proprio su suggerimento di un familiare o di un caro amico.

Inoltre, anche per chi non intende il percorso formativo come occasione per avviare una carriera lavorativa in ambito terapeutico, ma al contrario come pratica quotidiana di cura di sé e dei propri cari, per la famiglia e gli amici le capacità acquisite nel percorso formativo possono rappresentare:

una cosa bella – come ti posso dire? – una cosa bella da fare insieme, anche di prendermi cura di mio marito, dei miei cari, di sicuro c’hanno guadagnato con il fatto di questa scuola... un bel trattamento non glielo toglie nessuno. (allievo\_conversazione informale\_dal diario etnografico\_3 settembre 2007).

In altri casi, invece, soprattutto per chi ha già una pratica avviata il riferimento alla famiglia è relativo a questioni di natura logistico-organizzativa del lavoro:

si lavora quando le persone non lavorano perciò all’ora di pranzo o molto spesso la sera, soprattutto all’inizio io lavoravo durante il fine settimana per farmi il giro e sai com’è... diciamo che la mia ragazza non era molto felice. (operatore\_intervista\_4 ottobre 2008).

quando fai questo lavoro può succedere che instauri relazioni molto strette con i tuoi clienti, e soprattutto se uno sta attraversando un brutto momento non puoi proprio metterli giù il telefono se ti telefona alle dieci di sera... poi le impari queste cose, riesci a mettere dei paletti e a organizzarti meglio, ma comunque all’inizio non è stato facile per mia moglie, poi se insegni, come me, comunque hai gran parte dei fine settimana occupati e se non sono a scuola magari sono a un seminario di approfondimento... devo tenermi aggiornato per il mio lavoro (ride). (operatore\_intervista\_13 luglio 2008).

Un ulteriore fonte di riconoscimento, che accomuna chi pratica lo shiatsu in maniera amatoriale e chi invece lo intende come vera e propria occupazione riguarda la scuola, in particolare l’insegnante che certifica l’acquisizione delle capacità necessarie per praticare e i compagni di corso:

alla fine del corso ho proprio voluto fare un trattamento al maestro non per l’esame, no, perché volevo avere un suo feedback, ci tenevo tantissimo, una cosa è vederti lavorare, ti osserva a lezione e magari sono sicuro che sa capire se lavori bene però per sicurezza mia, io l’ho voluto (allievo\_conversazione informale\_dicembre marzo 2009).

mi ricordo che mi dava molta sicurezza scambiarmi con i compagni, sono gli unici che ti possono dare un’opinione con... con cognizione di causa, insomma, non è che non mi fidassi di mio fratello ma lui non aveva mai ricevuto un trattamento shiatsu... non aveva termini di paragone. Prima di affrontare un cliente devi insomma essere sicuro, sentirti sicuro di te... mi ricordo il mio primo cliente, finito il trattamento, come al solito... intendo, di solito, come ero abituata con i miei compagni, gli chiedo come stava e com’era andata, insomma quali erano state le sue sensazioni, e insomma questo mi risponde “tutto ok”, “come tutto ok”? Cosa vuol dire? Non vuol dire niente, cioè “tutto ok” è un modo gentile per dire che non hai sentito niente? Sono andata in crisi nera... (ride) meno male che una parte di me aveva... mi portavo quella sicurezza che mi veniva dai miei compagni... e così ho pensato: “forse tutto ok... va bene... forse è solo che non ha le parole... nel senso che non le ha

proprio, cioè che non le possiede... per dirmi di quello che sente...”  
(allieva\_converazione informale\_giugno 2009)

Quest’ultimo brano, in particolare fa riferimento alle prime esperienze con i clienti e quindi a chi intende la pratica come un’occupazione, un vero e proprio lavoro.

La scuola, come abbiamo visto, gioca un ruolo fondamentale soprattutto, per chi attraverso il processo di inclusione nel corpo insegnante poi comincia la sua pratica con i clienti proprio all’interno della scuola o per “intercessione” del proprio insegnante:

già se cominci a fare l’assistente gli allievi ti guardano in un certo modo, insomma, quasi come se fossi un vero operatore, allora magari qualcuno ti manda un amico, cose così...e poi se posso dirti un segreto, quando facevo l’assistente costavo meno dell’insegnante...  
(assistente\_intervista\_dicembre 2008).

ho cominciato a lavorare qui, prima ricevevo i miei clienti come tirocinante, poi hanno visto insomma che ero brava e che comunque portavo un certo numero di clienti, allora ho cominciato a lavorare proprio come operatore. (operatore\_conversazione informale\_settembre 2008).

Per chi invece avvia la sua pratica in maniera indipendente, costruendosi da solo “il giro di clienti” tramite il passaparola, appare chiaro che il cliente ha un ruolo fondamentale soprattutto nelle prime fasi:

sai... è importante che i clienti ti richiamino... mi ricordo che quando dovevo vedere la mia prima cliente a pagamento... ero agitatissima... bè ero agitatissima anche prima di andarci...continuavo a pensare se aveva avuto già ricevuto dello shiatsu, magari da uno bravissimo...con un sacco di esperienza, io avevo appena finito la scuola è vero che avevo fatto molta pratica ma con amici, compagni... non è proprio lo stesso, vai da uno sconosciuto... mi ricordo che ho pensato, ok ci vado ma se poi non mi richiama lascio perdere tutto... invece subito dopo il trattamento ha voluto fissare un altro appuntamento. Ti senti sicuro... ti senti che quello che hai fatto funziona...che tu funzioni. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_seminario\_3 luglio 2008).

La relazione con il cliente è importante anche perché, in mancanza di una definizione normativa dei “diritti e doveri” dell’operatore, è proprio nell’interazione che si costruisce il ruolo dell’operatore a anche quello del cliente, come ci racconta questa operatrice<sup>60</sup>

dopo che hai lavorato per un po’ con i clienti, impari un sacco di cose... impari a trovare il modo di comunicare quello che si possono aspettare da te e quello che non dovrebbero neanche immaginare che tu debba o possa fare, per esempio io all’inizio che ne so... stavo delle ore a parlare dopo il trattamento, mi ricordo di una cliente... che non se ne andava mai e poi

---

<sup>60</sup> Questo aspetto verrà approfondito nel prossimo paragrafo

mi raccontava le sue cose... mi piaceva all'inizio ed ero contenta ma poi con il tempo ho capito che se cominci a lavorare veramente, cioè se poi hai un altro cliente non è che puoi stare lì... a parlare... da un dentista non te lo aspetti... vai entri, lui fa il suo lavoro e te ne vai... non è stato facile... devi proprio costruirti un ruolo dal nulla... e anche imparare a capire cosa puoi pretendere dal cliente, che rispetti gli appuntamenti o che ti avvisi quando è in ritardo... che ti trattino come una professionista insomma. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_seminario\_3 luglio 2008).

Emerge qui la stretta connessione tra la prima e la seconda forma di riconoscimento individuata da Honneth cioè come la relazione

in cui il singolo impara a comprendersi dalla prospettiva del suo partner come portatore di diritti ugualmente legittimato. (Honneth 1993, p. 18).

In questa prospettiva anche i colleghi sono una fondamentale fonte di riconoscimento.

Per molti degli operatori "affermati", con una clientela numerosa e un'occupazione stabile nel tempo, il riconoscimento, infatti, avviene nella relazione con gli altri operatori, anche provenienti da altre discipline, i colleghi, per usare le parole di questo intervistato:

io sono sicuro del mio lavoro, di quello che faccio perché lo vedo, insomma non ho bisogno che mi dicano che sono un professionista per sapere che faccio bene il mio lavoro, quando un collega mi telefona e mi dice "guarda ti ho mandato questa persona perché so che in questo genere di cose tu sei bravo" ecco, quello per me è l'importante (operatore\_intervista\_4).

Inoltre, si rileva come il cliente ha un ruolo fondamentale nel riconoscere le capacità dell'operatore, il trattamento funziona, viene detto, cioè al singolo vengono riconosciute le sue abilità manuali e terapeutiche. Mentre nel brano successivo il riferimento al cliente è messo in relazione al riconoscimento dell'operatore come professionista, che implica precise modalità di interazione, come per esempio, rispettare gli orari degli appuntamenti, pagare il compenso pattuito e stabilire i termini di una relazione formale.

È importante sottolineare che questo aspetto è strettamente connesso con il processo di costruzione della "reputazione" dell'operatore:

se un cliente è soddisfatto, allora lo dice a un suo amico e poi quello lo dice a un altro amico, il classico passaparola, il nostro lavoro funziona così, perché è solo su quello che possiamo contare, in mezzo a tanti che offrono trattamenti shiatsu, i clienti, non hanno altri punti di riferimento che la loro esperienza. Io, nel mio caso... ma non sono un'eccezione eh... per esempio, ho cominciato a lavorare con una ragazza, per mesi è stata la mia unica cliente, poi lei era così contenta che l'ha detto ai suoi colleghi... e alla fine, adesso tratto tutto l'ufficio e relativi parenti... in parte è stata fortuna, ma in parte è proprio così che funziona" (operatore shiatsu\_rollfer\_conversazione informale\_seminario\_29 luglio 2008).

Ritroviamo nelle parole di questo operatore quanto sottolinea La Mendola (2007) cioè che in mancanza di un criterio univoco, come quello della credenziale educativa, che gioca un ruolo fondamentale nelle società occidentali, nella costruzione di una buona reputazione, che permetta al cliente di orientarsi nella vasta offerta a sua disposizione, ciò su cui può contare l'operatore shiatsu è su una forma di reputazione informale che si realizza nell'interazione sociale, faccia a faccia (Mutti, 2007, p. 604) e non si regge su certificazioni formali. (id, p. 604).

Inoltre, come sottolinea Mutti (2007), la reputazione è strettamente connessa con la fiducia:

generalmente la buona reputazione si associa alla fiducia, la cattiva alla sfiducia. Fiducia e sfiducia sono chiamate a intervenire sui margini di incertezza, sempre presenti e di varia intensità, relativi a carenze informative, a errori, ambiguità a manipolazioni interpretative da parte di chi riceve reputazione positiva e negativa. Questa riduzione dell'incertezza residua tende a colorare la fiducia e la sfiducia della stessa intensità (bassa, media, alta) che caratterizza la buona e la cattiva reputazione. (Mutti, 2007, pp. 601-602).

Appare chiaro come, nel caso preso in esame, reputazione buona o cattiva, così come quello di fiducia e sfiducia, siano difficilmente definibili anche in riferimento a un singolo operatore; infatti è estremamente variabile in relazione ai chi attribuisce reputazione o ripone fiducia nell'operatore, come ci dice questo operatore:

io non mi aspetto che un medico sappia come faccio e quanto sono bravo mica lo capirebbe...se un medico mi vedesse al lavoro probabilmente mi denunciarebbe ma a me non mi interessa è la mia agenda, guarda qua (mostrando l'agenda fitta di appuntamenti) che mi dice cosa sono e quello che faccio (insegnante\_intervista 3).

Uno stesso operatore può essere considerato degno di fiducia e avere una buona reputazione tra i suoi clienti e invece, essere percepito in maniera altrettanto negativa dalle istituzioni e dalla medicina scientifica in particolare. Inoltre, la fiducia assume un valore particolarmente rilevante, proprio per la particolare natura della relazione che si instaura con il cliente, che implica il contatto fisico e quindi comprende aspetti molto intimi ed emotivi:

io non ci avevo mai pensato, poi un giorno un cliente me lo ha fatto notare, era la prima volta che lo incontravo, a un certo punto mi metto a lavorare ai piedi e mi accorgo che si irrigidisce e mi dice... "bè cavoli, ci conosciamo appena... non è che mi puoi toccare i piedi così... senza avvisarmi" da quella volta ogni volta che comincio a lavorare su una parte del corpo lo comunico alla persona; in questo modo sa che può fidarsi che non farà niente senza il suo consenso. (allievo\_conversazione informale\_21 ottobre 2008);

te ne accorgi, non lo so, lo senti che non puoi ancora lavorare sulla pancia. Ti ricordi che l'insegnante ce lo disse a scuola una volta? Lì su quel momento... non c'ho pensato proprio, però ce l'aveva detto: "guardate che non è scontato lavorare sull'addome così come lo facciamo qui a scuola, con i clienti, non è così immediato..." poi me ne sono reso conto... senti che non è ancora il momento che la persona non è pronta per farsi toccare in parti così delicate, per la maggior parte delle persone è la pancia... ma può essere anche un'altra parte, dipende, dipende dalla persona. (allievo\_conversazione informale\_7 giugno 2008);

per il nostro lavoro è fondamentale... anzi no è necessario che la persona si fidi di te... ed è qualcosa che può venire subito... ma la maggior parte delle volte te la devi costruire nel tempo, con pazienza, un pezzetto alla volta; se vuoi che il lavoro arrivi in profondità, allora è necessario che la persona si lasci andare... e per lasciarti andare ti devi fidare... deve sapere che può mostrarti tutto che tu non sei lì per giudicare. (operatore shiatsu\_estetista\_conversazione informale\_5 dicembre 2007).

Traspare, quindi, una forma di fiducia, molto diversa da quella di cui parla Simmel:

Quali misure di conoscenza e di ignoranza si debbano mescolare per rendere possibile la singola decisione pratica fondata sulla fiducia, lo decidono le epoche, e campi di interesse, gli individui (...). Le tradizioni e le istituzioni, la potenza dell'opinione pubblica e la definizione della posizione, che pregiudica inevitabilmente l'individuo, sono divenute così fisse e affidabili che dell'altro occorre sapere soltanto certi elementi esteriori per avere la fiducia necessaria all'azione comune. Non si prende più in considerazione il fondamento rappresentato dalle qualità personali, da cui potrebbe derivare in linea di principio una modificazione del comportamento all'interno della relazione; la motivazione e la regolamentazione di questo comportamento si è oggettivata a tal punto che la fiducia non ha più bisogno della vera e propria conoscenza personale (Simmel 1998, p. 299).

Diversa da quella successivamente definita da Giddens come "fiducia nei sistemi esperti", quella legata "alla natura delle istituzioni moderne" (Giddens 2002, p. 89). Quella che, per intenderci, generalmente si ripone nel medico in quanto appartenente a un sistema astratto controllato e certificato in base al riconoscimento istituzionale<sup>61</sup>. Le narrazioni riportate sembrano, invece, fare riferimento a quella che lo stesso Giddens chiama "fidatezza":

che si instaura tra individui che ben si conoscono e che, sulla base di una conoscenza prolungata, hanno consolidato le garanzie che rendono uno affidabile agli occhi dell'altro. (Giddens 1990, p. 88).

---

<sup>61</sup> Anche se non possiamo non riportare questa riflessione di Becker: "i rapporti fra clienti e professionisti, infatti, sono alquanto diversi da quelli specificati nell'emblema dei professionisti. Idealmente il cliente risponde piena fiducia e fede nel professionista al servizio del quale si affida. Ma questo non è il modo in cui si comportano i clienti. Essi infatti formulano continuamente giudizi sull'operato e sulla capacità dei professionisti di cui si servono. I pazienti spesso cambiano medico, e lo fanno perché hanno deciso per conto loro, su consiglio di amici, parenti e vicini di casa che un altro medico farà senz'altro un lavoro migliore (H.S. Becker, *The Nature of a Profession* in *Sixty first Yearbook of the National Society for the study of educational*, parte seconda, Chicago 1962)

Anche nel caso di chi pratica e utilizza i principi e le conoscenze dello shiatsu o di altre discipline non convenzionali, nell'ambito di una professione legittimata come quella del fisioterapista il pubblico rappresenta un'importante fonte di riconoscimento:

alcuni pazienti vengono da me proprio perché io ho un certo approccio, diverso... diciamo così... non so se sono cambiato io o i miei pazienti, cioè se adesso ho più pazienti che apprezzano queste mie competenze, non lo so, di sicuro il mio lavoro è cambiato e il fatto che i pazienti ne abbiano giovamento è l'unica cosa importante. (fisioterapista\_seminario approfondimento\_luglio 2007).

Fiducia e reputazione sono quindi in una relazione che si articola in un meccanismo grazie al quale si rinforzano circolarmente: grazie alla fiducia che il cliente ripone nell'operatore, questo acquisisce una buona reputazione, ma allo stesso tempo è proprio grazie alla reputazione acquisita che un nuovo cliente si rivolge all'operatore con fiducia.

Riepilogando abbiamo visto come la definizione della propria identità di operatore avviene principalmente in relazione alla comunità dei colleghi e del pubblico e come quest'ultimo, in particolare svolga un ruolo importante nella costruzione della reputazione del singolo operatore all'interno del campo dello shiatsu (la scuola, e i colleghi) e verso l'esterno (i clienti e operatori di altre discipline).

All'interno del campo dello shiatsu, però, esistono una varietà di gruppi e organizzazioni (scuole, associazioni di scuole e di professionisti) attivamente impegnati nel costruire la figura professionale dell'operatore, che sono spesso in conflitto tra loro.

Innanzitutto il problema è definire chi è e cosa fa l'operatore shiatsu, come ci spiega questo operatore, infatti si rilevano profonde differenze in relazione ai diversi modi di intendere la pratica dello shiatsu:

il problema è che quando mi chiedono "che lavoro fai?". Se io rispondo "pratico lo shiatsu" mi dicono "ah quindi tu fai massaggi" e ce ne sono sai ... sì sì... c'è gente che pratica lo shiatsu come se fosse un massaggio, che ne so un massaggio rilassante... ma alla fine che cosa puoi dire... "no quello non è shiatsu?". (operatore shiatsu\_conversazione informale\_13 ottobre 2008).

se lo chiedi a me, io ti posso dire che qui nella nostra scuola, sicuramente, c'è l'idea che un trattamento shiatsu è un vero e proprio trattamento terapeutico, la prendono molto sul serio qui (ride), cioè un po' secondo me si offendono se gli chiedi di farti un massaggio così tanto per... ma io conosco molti altri operatori che... fanno dei trattamenti "ignoranti"... (ride) io lo dico così in senso buono, anche perché secondo me ci vuole anche quello...ogni tanto, un po' di leggerezza ci vuole, non deve essere sempre per forza una roba peso. (allievo\_conversazione informale\_maggio 2008)

Sebbene nella gran parte dei casi abbiamo riscontrato la tendenza a prendere le distanze soprattutto da chi unisce la pratica dello shiatsu ad altre discipline e filosofie, in particolare il New Age:

non ricevo i miei clienti in quelle stanze tutti cuscini, rumori della natura in sottofondo e luci soffuse... non sono uno di quelli New Age. (operatore\_conversazione informale\_marzo 2008)<sup>62</sup>.

oppure da figure che fanno riferimento a doti magiche o soprannaturali:

Io non sono mica come uno di quei santoni che io ho tutte le risposte, e vieni da me e ti risolvo la vita... . (allievo conversazione informale\_settembre 2008).

Rimane il fatto che la pratica dello shiatsu, come abbiamo visto nel precedente capitolo lascia ampio spazio all'interpretazione del singolo:

lo shiatsu è così... lavora a diversi livelli, emotivo, fisico ed energetico e dipende dall'operatore dal suo percorso individuale, e di fatto è vero può benissimo essere un massaggio rilassante, un contatto fisico... io sono dell'opinione che comunque lavorando a uno qualsiasi di questi livelli in qualche modo vai a influenzare anche gli altri ma... la differenza dove sta? Sta nell'intenzione dell'operatore, dipende da un sacco di cose, dal suo percorso personale, dalla sua capacità di percezione e di ascolto, da quello che gli hanno insegnato a scuola. (insegnante\_intervista\_3).

Sulla base di ciò appare chiaro come l'oggetto del conflitto a livello organizzativo sia quello di stabilire chi ha il potere di definire chi e che cosa fa l'operatore shiatsu ma soprattutto quali sono le sue competenze e in che modo devono venire trasmesse e certificate:

ci siamo noi, ci sono quelli e poi ci sono gli altri, tutti bravi per carità, e tutti che praticano lo shiatsu... ma come fai? Se uno dice che l'esame finale deve essere fatto da una commissione esterna e l'altro invece dice che deve essere sostenuto con una commissione interna, noi per esempio l'esame pratico lo facciamo fare su un insegnante, mentre loro lo fanno fare tra studenti, c'è una bella differenza, ma se non ci mettiamo d'accordo su queste cose, facciamo la figura dei buffoni. (fondatore\_intervista\_B\_31 maggio 2008).

Questo conflitto tuttora in corso ha importanti conseguenze sul processo di riconoscimento che viene quindi inteso come processo di legittimazione dello

---

<sup>62</sup> In merito a quest'ultimo brano di intervista è opportuno fare una precisazione, per molti degli operatori che abbiamo incontrato durante il periodo di osservazione partecipante, il distinguersi dalla corrente New Age è percepito come fondamentale. La conseguenza di ciò potrebbe essere a nostro parere, rintracciata nel fatto l'associazione New Age-medicine non convenzionali è piuttosto frequente. In realtà come sottolinea Introvigne, sebbene "I fondatori di tre medicine alternative più diffuse - l'omeopatia (S.C. Hahenemann 1755-1843), la medicina chiropratica (d.d. Palmer 1845-1913) e l'osteopatia (A. Taylor 1828-1917) -avevano in comune un riferimento centrale alle teorie di Franz Antonn Mesmer e al magnetismo animale, e anche qualche interesse per lo spiritismo" in realtà "I loro eredi si sono avvicinati alla scienza più ufficiale e rispettabile, e queste medicine alternative più antiche hanno avuto contatti soltanto periferici con la New Age; l'immagine offerta talvolta dalla letteratura contro il New Age , secondo cui tutti i medici- per non parlare dei pazienti di queste medicine sarebbero dei new ager è del tutto forzata e caricaturale. Introvigne 2000.p. 105).



“status” professionale della figura dell’operatore shiatsu attraverso cui si realizza un senso di “approvazione” verso lo stile di vita, le competenze e le capacità di cui sono portatori.

Facciamo quindi riferimento all’ultima forma di riconoscimento indicata da Honneth:

l’“onore”, la “dignità” o, in termini moderni “lo status” di una persona (è) da intendersi come il grado di considerazione sociale che nell’orizzonte culturale di una società attiene al modo di autorealizzazione che una persona persegue. Ma la gerarchia sociale dei valori, se è tale da svalutare le singole forme di vita e i modi di pensare a forme “inferiori” o “difettose” toglie ai soggetti in questione ogni possibilità di ascrivere un valore sociale alle proprie capacità. (Honneth 1993, p. 23).

La cui mancata realizzazione sottrae

l’approvazione sociale di una forma di autorealizzazione alla quale essa stessa ha prima dovuto faticosamente pervenire attraverso l’incoraggiamento della solidarietà di un gruppo. (ibidem).

Il difficile processo di costruzione di un’identità collettiva all’interno del campo dello shiatsu si riflette nei differenti significati attribuiti al processo di legittimazione e nella molteplicità delle strategie adottate.

Per alcuni degli operatori intervistati, in qualità di rappresentanti di alcune associazioni attive sul territorio nazionale, legittimazione sembra implicare un processo di inclusione all’interno della medicina scientifica, tale per cui l’operatore di medicina non convenzionale possa parlare con “voce di medico” (Colombo e Rebughini, 2006, p. 72).

Noi vogliamo che lo shiatsu sia insegnato nelle università, vogliamo che i professionisti che formiamo lavorino con i medici nella cura e nel trattamento di alcune importanti patologie. (fondatore\_intervista\_B\_31 maggio 2008).

In questo caso le strategie adottate hanno lo scopo di avviare e favorire un processo di assimilazione all’interno del modello biomedico che dimostri

**la compatibilità** di tali interventi terapeutici nella tradizione biomedica ortodossa. (Colombo e Rebughini, 2006, p. 70).

In Italia, come rilevano Colombo e Rebughini, ciò è avvenuto per esempio per l’agopuntura che nel “favorire processi di traduzione che ridefiniscono nel linguaggio della medicina scientifica le tecniche e le pratiche non convenzionali spesso percepite come esoteriche” (ibidem, p. 70) è riuscita a dimostrare che

l’agopuntura, apparentemente estranea, è perfettamente spiegabile in base agli assunti dell’attuale medicina scientifica, se solo si ha l’accortezza di ridefinire i principi e i concetti espressi in un linguaggio fantasioso e spesso impreciso nei termini rigorosi propri del sapere biomedico. Questa

strategia retorica consente di spostare i confini della biomedicina includendo una parte in precedenza esclusa senza dover ridefinire i principi e le tecniche dominanti (ibidem, p. 70).

Questa strategia viene bene espressa nelle parole di questa insegnante:

senza stare tanto a parlare di energia, ki, meridiani e cose varie... lo shiatsu consiste in pressioni sui tessuti e in manovre di distensione e di rilassamento che contribuiscono a dare alla persona una sensazione di benessere... tutto qui (isegnante\_intervista\_ 3 ottobre 2008).

In generale viene riscontrato che questo processo di “traduzione” implica una rinuncia delle radici filosofiche e spirituali di queste discipline, che invece, come per esempio lo shiatsu, affondano le loro radici in sistemi culturali e simbolici molto complessi.

In questo caso per esempio si ricorre molto spesso a descrizioni della pratica come semplicemente

naturale, niente di religioso, di profondamente mistico... non c'è mistero, niente del genere non c'è niente di più naturale che i benefici di un buon massaggio. (inegnante\_intervista 3\_ottobre 2008).

Molti degli autori che si sono occupati di studiare la relazione tra medicina scientifica e pratiche di cura non convenzionali hanno sottolineato che questa definizione dei confini interni, attraverso cui è possibile emarginare le “frange più estremiste” ha lo scopo di facilitare il processo di inclusione nella medicina scientifica.

E' importante sottolineare, a nostro parere, prima di tutto, che questa distinzione tra naturale e spirituale è frutto di un processo di “occidentalizzazione” di queste discipline, in accordo con quanto afferma Lanternari, infatti:

la pretesa di assumere il concetto di “naturale” – nelle eziologie e terapie dei sistemi medici tradizionali – come variabile indipendente rispetto al sovrannaturale appare da accogliersi con le più gravi riserve. (Lanternari 1997, p. 99).

La dicotomia tra rimedi “naturali” e rimedi sovrannaturali è frutto di modo di categorizzare tipicamente occidentale che non ha molto a che fare con le culture d'origine:

dicotomia terapeutica di rimedi “naturali”, ossia di ordine fisico, e rimedi “sovrannaturali”, su base metempirica. Tra le terapie empiriche rientra ovviamente l'amplissimo e diffuso campo delle farmacopee e fitoterapie tradizionali, oltreché l'insieme delle tecniche manipolative, e quelle magiche. Per terapie d'ordine “sovrannaturale” s'intendono ordinariamente quelle che si richiamano all'intervento di entità spirituali, sia come cause determinanti di affezioni, sia come agenti di guarigione. (Lanternari, 1997, p. 89).

Attraverso questo modo di vedere le cose noi possiamo percepire:

Una procedura terapeutica basata su un “bagno caldo di vapore” come assolutamente naturale: laddove un esame più attento rivelerebbe una procedura intrisa di complesse componenti sovranaturali, simboliche, mistico-religiose. (Lanternari, 1997, p. 90)<sup>63</sup>.

Inoltre, il processo di marginalizzazione degli esponenti più radicali e legati ai principi filosofici della disciplina seppur finalizzati ad ottenere una maggiore accettazione da parte della medicina scientifica è molto spesso contestuale. Come sottolinea Dew infatti:

science is called upon different situations, and in other situations science is seen as too limiting and constraining. Organizations and individuals do not necessarily adopt static position, but their arguments are fluids and context-dependent. (Dew 2000, p. 1794).

Infine, questa tendenza sembra più connessa a un generale tentativo di credibilità non solo verso la medicina ma anche verso il pubblico, anche medico, ma non solo, che nel caso delle scuole e delle scuole e delle associazioni è rappresentato dai potenziali interessati ai percorsi formativi offerti:

è importante che la scuola comunichi, come dire una certa serietà, cioè non possiamo parlare alla gente di energie cosmiche, di respiro della vita... così come se niente fosse... abbiamo eliminato tutti questi generi di riferimenti nelle locandine, nelle brochure informative... se no un fisioterapista, un medico non si iscriverà mai ma nemmeno una persona qualunque che non sa niente di queste cose... che non ha familiarità... magari è interessato al lavoro con il corpo perché... per qualsiasi ragione, sai quante persone si sono iscritte ai nostri corsi perché amici e famigliari gli hanno detto che è bravo a fare i massaggi... o che ha le mani calde?(fondatore\_intervista\_A\_14 gennaio 2008)

Dal punto di vista prettamente organizzativo si potrebbe infatti affermare che:

L'isomorfismo con le istituzioni ha alcune importanti conseguenze per le organizzazioni a. le organizzazioni incorporano certi elementi in quanto legittimati dall'esterno più che in base alla loro efficacia, b. le organizzazioni si avvalgono di criteri di valutazione esterni o cerimoniali per definire il valore degli elementi strutturali, c. la dipendenza da istituzioni consolidate all'esterno riduce il disordine e mantiene la stabilità. Di conseguenza noi riteniamo che l'isomorfismo istituzionale

---

<sup>63</sup> Anche se (...) non mancano, per certi ambiti esperienziali, aperture diagnostiche, interpretative per le quali si prescinde da qualsiasi dimensione mistica o spirituale, o mitizzante o cosmo demiurgica (...) non si può non tenere in serie considerazione e non farsi problema d'un così gran numero di culture e comunità distribuite in ogni area del globo, d'ogni ambiente etnico, tuttora ancorate ad una rappresentazione del reale, per la quale i confini tra “naturale” e “sovranaturale” o “spirituale” non sono netti determinati come fra concetti antinomici, ma al contrario sono fluidi ,confusi fino alla compenetrazione reciproca. Se questa osservazione riguarda gran parte delle culture ex-tribali del “terzo mondo”, oltre quelle dell'antichità, tuttavia non lascia libere alcune frange residue , ma anche nuovi settori delle società moderne e sviluppate. Basta considerare la sorprendente fioritura, del tutto odierna, di culti terapeutici su base religiosa, carismatica e mistica in perfetta concomitanza con biomedicina, psichiatria, psicoanalisi”. (Lanternari 1997, p. 106).

contribuisca al successo e alla sopravvivenza delle organizzazioni. Incorporando strutture formali legittimate all'esterno si aumenti l'impegno dei partecipanti interni e dei portatori di interesse esterni. E l'uso dei criteri di valutazione esterni – vale a dire assumere lo status di una sottounità nella società invece di quello di un sistema indipendente – può consentire all'organizzazione di continuare ad avere successo per definizione sociale, preservandola dal fallimento. (...) L'incorporazione di elementi istituzionalizzati costituisce una giustificazione delle proprie attività che protegge l'organizzazione dall'eventualità che la sua condotta venga messa in discussione. In poche parole, l'organizzazione diventa legittima e si vale della sua legittimità per avere maggiori appoggi e assicurarsi la sopravvivenza. (Meyer, 1995, p. 249).

La seconda strategia menzionata da Colombo e Rebughini (2006) consiste

nel decostruire i principi e i campi di intervento per ridefinire la disciplina come “tecnica o strumento” che “può essere utilizzata dal personale medico competente per la cura di specifiche patologie e disturbi. (Colombo e Rebughini, 2006, p. 74).

Riportiamo qui la posizione di una delle insegnanti intervistate:

per esempio non lavoriamo, cioè facciamo volontariato, con i tossicodipendenti, sai quello che abbiamo notato è che con lo shiatsu... se hanno un appuntamento sono costretti ad organizzare la loro giornata di conseguenza, devono rispettare l'impegno, devono lavarsi e prepararsi... (fondatore\_intervista\_B\_31 maggio 2008)

In questo senso lo shiatsu è inteso come strumento che può essere utilizzato per la “reintegrazione sociale” di alcune categorie.

Inoltre questa particolare strategia è spesso utilizzata da chi proviene da una formazione in ambito medico scientifico e utilizza lo shiatsu come uno strumento in più, come tecnica di trattamento.

Questa stessa strategia viene anche riscontrata da Dew (2000) nella sua analisi sui medici che praticano l'agopuntura in Nuova Zelanda: attraverso la ridefinizione degli ambiti di intervento i medici agopuntori definiscono uno spazio nel quale la medicina scientifica o non è interessata a intervenire o non ha riscontrato grossi risultati, in modo da non rappresentare una minaccia agli occhi della medicina scientifica (Dew, 2000).

L'analisi di Dew sottolinea come le strategie dei medici che praticano l'agopuntura siano definibili come quella di un gruppo che potenzialmente può essere definito come deviante (*deviant insider*) e tenta di ridefinirsi in termini ortodossi allo scopo di resistere a questa forma di etichettamento.

Il tentativo di ridefinire la disciplina in termini occidentali è visto da Webster (1979) come un processo di riduzione dei costi di ingresso nel campo delle pratiche di cura non convenzionali da parte dei medici ortodossi.

L'agopuntura viene quindi ridotta da terapia con applicazioni generali in una terapia con applicazioni molto specifiche in aree dove la medicina ortodossa non riscontra comunque molto successo.

Cant e Sharma (1996) sottolineano, a questo proposito, che la richiesta di riconoscimento del contenuto “specialistico” di alcuni saperi e di alcune pratiche non convenzionali ha come contro richiesta implicita il riconoscimento della priorità del sapere medico scientifico rispetto ad altri tipi di sapere. L’indagine condotta da Cant e Sharma in Gran Bretagna sul processo di inclusione dell’omeopatia nella medicina scientifica, mettendo a confronto le strategie utilizzate dagli omeopati medici da quelli non medici, sottolineano come per questi ultimi ridefinire i contenuti e le modalità di trasmissione della disciplina allo scopo di “allinearle” con il sapere scientifico, vengano percepite come una perdita di autonomia e di integrità delle proprie competenze. Come emerge chiaramente dalle parole di questo fondatore, che ci spiega come legittimazione possa anche non significare inclusione accettazione nel modello biomedico:

se cominciano a insegnare lo shiatsu nelle università è la fine per noi... vuol dire che medici che non capiscono niente si mettono a insegnare delle cose di cui non sanno niente (fondatore\_intervista \_A\_14 gennaio 2008).

e come ci viene confermato anche dall’insegnante di un’altra scuola:

non ci penso minimamente a farmi dire da un medico quello che devo fare, sulla base di cosa? Della sua diagnosi? Cioè mi dice questo signore soffre di emicrania fai un ciclo di trattamenti per l’emicrania? Cosa vuol dire? Risponderei io... io faccio una cosa loro ne fanno un’altra (insegnante\_conversazione informale\_maggio 2008).

In questo caso il desiderio non è quello di vedersi legittimati in quanto “medici” ma in quanto portatori di specifiche competenze e abilità che sono ben più di una semplice tecnica:

ma perché non ci lasciano perdere? Io non devo dimostrare niente a nessuno... io mica chiedo ai medici di dimostrarmi qualcosa... perché devo dimostrare che quello che faccio è scientificamente valido, io non sono uno scienziato e non mi occupo di scienza... sarebbe come chiedere che ne so... che un pittore spiegasse razionalmente quello che fa... come un ingegnere... non so se mi sono riuscito a spiegare... comunque quello che ci vuole sono delle regole che valgano per tutti, che certifichino le scuole, le competenze... che ne so... se tutti possono praticare indistintamente... allora fanno il corso di primo livello, imparano i kata... ecco fatto... rendono 30 euro a trattamento... (insengante\_conversazione infromale\_maggio 2008)

La regolamentazione e la legittimazione è quindi invocata ai fini di ottenere uno status professionale indipendentemente dall’appartenere o meno alla medicina scientifica:

se ci mettessimo tutti d’accordo nel definire il percorso formativo, le ore necessarie, le abilità e le competenze da acquisire e soprattutto se ci mettessimo d’accordo sul modo... sul modo per accertarle, cioè su come

deve essere fatto l'esame, come nominare la commissione, cioè se istituissimo delle regole che valgono per tutti, allora potremmo anche dire "ok allora una volta deciso questo chiediamo che lo stato lo certifichi..." cioè che dica: "se hai fatto questo, questo e quest'altro, sei un operatore shiatsu professionista..." sembra facile no? Detto così ma mica ci mettiamo d'accordo sai... eehh se siamo lontani... (insegnante\_conversazione informale\_novembre 2008).

Infine l'approvazione da parte del pubblico, la legittimazione sociale, può rappresentare il primo passo verso la legittimazione istituzionale:

sono sempre di più le persone che utilizzano lo shiatsu piuttosto che la pranoterapia, insomma non occorre fare delle statistiche... non contiamo sto periodo che c'è la crisi ma basta guardare quante scuole ci sono, quanti centri ci sono, in quanti posti offrono questi servizi...vorrà dire qualcosa no? Saranno triplicati negli ultimi dieci anni... allora a un certo punto diventerà anche interesse dei clienti che ci siano dei regolamenti delle normative, non solo nel nostro e così a forza di parlarne poi prima o poi questa questione verrà ben affrontata, dico bene? (insegnante\_conversazione informale\_settembre 2008).

Sembra però essere ancora lontano il momento in cui si giungerà a un accordo generale sull'identità professionale dell'operatore, tenendo anche in considerazione che comunque, come abbiamo visto anche nel precedente capitolo per molti lo shiatsu è "una filosofia di vita", una pratica quotidiana e privata.

Riepilogando quindi, il difficile processo di costruzione di un'identità collettiva all'interno del campo dello shiatsu si riflette nei differenti significati attribuiti al processo di legittimazione.

Nel panorama formativo e associativo della disciplina dello shiatsu alcune scuole e gruppi di scuole e professionisti sono impegnati nel costruire la propria identità come "medici".

Dall'altro lato, invece, il riconoscimento è inteso come legittimazione istituzionale, "il governo dovrebbe certificare i nostri percorsi formativi" grazie al quale le competenze, i saperi e le pratiche di cui questi operatori sono portatori possano venire riconosciuti come appartenenti a una specifica identità professionale anche grazie alla legittimazione sociale che deriva dal crescente numero di utilizzatori e di praticanti.

Alla base c'è quindi un "progetto di professionalizzazione" che comprende in primo luogo la definizione degli standard formativi e dei sistemi di autoregolamentazione, che implicano una ridefinizione dei contenuti e le modalità di trasmissione dei contenuti.

Le strategie utilizzate sono anche volte a definire i confini per definire il gruppo professionale, modificare e rielaborare i contenuti di questa conoscenza per assicurarsi la validazione esterna e l'accreditamento dei metodi attraverso cui questa conoscenza è trasmessa.

in periodi in cui la legittimità professionale di un gruppo non è ancora pienamente riconosciuta, lo scontro delle credenziali è particolarmente conflittuale perché costituisce un passaggio importante per la definizione

dell'adeguata localizzazione dei confini che delimitano l'appartenenza o esclusione da una professione. (Collins 1990, p.132).

Le riflessioni di Friedson (1970) sulla professione medica, che in ambito sociologico rappresenta un "archetipo della professione" (Neresini 2001) si fondano su questo fondamento epistemologico: professione è un gruppo di persone che esercitano un insieme di attività dalle quali traggono la quota maggiore della loro sussistenza. Tali attività non sono fini a se stesse, bensì esercitate per ottenere la remunerazione, poiché sono considerate utili e produttive.

Al fine di analizzare ciò che costituisce una professione dal punto di vista sociologico, Friedson (1970) passa al vaglio i criteri formali dell'analisi elaborata da William J. Goode nel 1960. Una professione richiede anzitutto una formazione specialistica di lunga durata in un sistema di conoscenza astratto e si polarizza sul servizio reso alla collettività. Fra i tratti che derivano da questo duplice criterio di professionalità, meritano di essere analizzati alcuni criteri decisivi relativi all'autonomia della professione. Anzitutto la professione definisce le proprie norme di studio e di formazione; la pratica professionale spesso riceve riconoscimento giuridico sotto forma di un'autorizzazione ad esercitare; le commissioni di ammissione e di abilitazione sono composte da membri della professione; le norme che regolano la professione sono in gran parte opera della professione stessa; infine, chi pratica la professione è relativamente indipendente dal giudizio e dal controllo dei profani.

Dopo aver dimostrato che la formazione in quanto tale non permette ancora di distinguere chiaramente mestieri e professioni, Friedson indica il criterio essenziale della professione nel suo carattere di autonomia. Decisive sono le questioni dell'autonomia e del controllo esercitato dal mestiere sulla formazione, per il fatto che l'una e l'altro sono riconosciuti dall'élite e da un pubblico persuaso della loro importanza. L'unico criterio di valore costante per definire e distinguere una professione è il suo diritto di controllo sulla prestazione, sul lavoro compiuto. Questa autonomia, in rapporto al contenuto del lavoro propriamente detto, è la risultante complessa dell'interazione fra i poteri politici ed economici e i rappresentanti della professione. E questo

risultato dipende da processi essenzialmente politici e sociali più che tecnici; processi dove il potere e la retorica di persuasione pesano ben più del contenuto oggettivo del sapere, della formazione e del lavoro. (Carricaburu e Menoret, 2007, p. 69).

Lo statuto ufficiale della professione medica così come ogni altra professione, secondo Hughes (1994), consiste nell'autorizzazione (*licence*) e nel mandato (*mandate*) che la società conferisce per controllare il proprio lavoro. Una specializzazione superiore, un apprendistato teorico, la qualità morale del comportamento dei suoi membri: queste proprietà non sono appannaggio della professione. Invece, lo statuto attribuito è il suo tratto determinante. Lo statuto di una professione esprime il fatto che la società considera l'occupazione o il mestiere ai quali essa dà questo statuto attività degne e importanti, che la realtà empirica coincida o meno con questo giudizio. Fra tutti i criteri in grado di spiegare la "natura" di una professione, il solo che sia

costante è dunque quello del diritto di controllo dei professionisti del loro lavoro<sup>64</sup>.

Cionostante, come sottolinea Wilensky

Nelle società moderne dove la scienza gode di straordinario prestigio, le occupazioni che brillano della luce della scienza hanno buone possibilità di ottenere l'autorità professionale. (Wilensky 1979, p.115).

Come viene confermato anche dalle indagini di Cant e Sharma:

crucial to this professionalization project has been the way that complementary knowledge has been organized and represented. (Cant e Sharma 1996, p. 579).

A questo proposito Barber (1979), nella sua analisi del fenomeno delle professioni "emergenti" afferma:

è tipico della struttura del gruppo occupazionale che sta emergendo come professione che i suoi membri non siano omogenei rispetto alla qualità di conoscenza e all'orientamento comunitario che possiedono. (Barber 1979, p. 100)

In questo caso, sostiene l'autore è soltanto attraverso la formazione di una "elite" capace di prendere l'iniziativa che sarà possibile rivendicare un riconoscimento pubblico del nuovo status professionale, la cui funzione principale sarà quello di stabilire e rafforzare la formazione di un'associazione professionale unitaria attraverso strategie di autocontrollo e di chiusura verso i membri che non aderiscono al progetto di professionalizzazione.

Dal nostro studio è possibile concludere il progetto di professionalizzazione delle pratiche di cura non convenzionali sia molto lontano dall'essere realizzato e che per il momento le singole scuole o associazioni di scuole perseguono questo progetto autonomamente.

In generale dal punto di vista delle singole organizzazioni si può osservare una tensione verso l'acquisizione di una maggiore credibilità e legittimazione sociale.

Anche se, come abbiamo visto, il sapere delle pratiche di cura non convenzionali non sembra per il momento aver raggiunto un elevato grado di standardizzazione e riproducibilità, per questa ragione, forse queste strategie sembrano più esprimere a livello organizzativo "valori di superficie" che riflettono i modelli di professionalizzazione nel più ampio contesto socioculturale, che nascondono valori di fondo talvolta addirittura antagonisti (Gagliardi e Berg 1995, p. 335).

---

<sup>64</sup> Questi ultimi dispongono di tre argomenti essenziali per esercitarli sfuggendo al controllo di tutto quello che è esterno al mestiere. Le qualifiche e le conoscenze richieste per l'esercizio della professione medica sottraggono al profano la possibilità del giudizio. I suoi membri sono individui responsabili ai quali non si può non attribuire la più completa fiducia riguardo al loro senso morale. E qualora, malgrado tutto, capiti che un professionista dia prova di incompetenza, la categoria soltanto può giudicare, controllare e rimediare a una possibile devianza. ( Carricaburu e Menoret 2007, pp.70-71)



Un possibile lettura della relazione tra identità collettiva e legittimazione è quella che fa riferimento agli autori che si sono occupati dei processi di azione collettiva nell'ambito degli studi sui movimenti sociali.

Gli autori che si sono occupati di indagare i cambiamenti culturali che hanno favorito l'emergere e la diffusione di queste pratiche hanno sottolineato la stretta relazione con le questioni poste dai movimenti ecologisti, femministi e giovanili (Lalli, 1988, Colombo e Rebughini, 2003 e 2006, Melucci, 1991).

A partire dagli anni Sessanta

l'interesse per le medicine alternative- termine tipico di quel periodo,- va di pari passo con la contestazione del pensiero comune, del conformismo della classe media e del sistema di potere capitalista e maschilista. (Colombo e Rebughini, 2004, p. 77).

Dagli anni Settanta a oggi, sebbene le posizioni più radicali e conflittuali sono state via via abbandonate come sottolineano Colombo e Rebughini infatti

i principi di base affermati dall'ambientalismo, dal femminismo e dai movimenti di autodeterminazione dei giovani sono entrati a far parte dei comportamenti di vita quotidiana, di senso comune, di consumo (Colombo e Rebughini, 2006, p. 19)

le pratiche di cura non convenzionali continuano a rappresentare, per certi versi, l'espressione di una domanda di cambiamento, di riconfigurazione della distribuzione del potere e delle risorse all'interno del campo delle pratiche di cura e della salute.<sup>65</sup>

Facendo riferimento a questo proposito alla definizione formulata da Melucci di movimenti sociali:

essi sono (...) quel luogo in cui la cultura come già data viene messa in questione attraverso conflitti sociali.(...) nell'azione dei movimenti c'è un confronto con l'ordine costituito, con le regole date, con il mondo così com'è; perché esiste una volontà e una tensione a modificare quest'assetto. (Melucci, 1994, p. 28).

Il concetto di identità collettiva fonda le sue radici nel pensiero sociologico classico: la coscienza collettiva di Durkheim, la coscienza di classe di Marx, il concetto di Verstehen formulato da Weber e quello di Gemeinschaft di Tönnies. In riferimento alle sue radici originarie la nozione rimanda all'idea di un "noi" all'interno di un gruppo, condivisa sulla base di attributi comuni:

a shared definition of a group that derives from members' common interests, experiences and solidarity. (Taylor 1989, p. 771).

Melucci (1994) ha allargato questa definizione enfatizzando la natura processuale dell'identità collettiva come definizione condivisa frutto

---

<sup>65</sup> "Essi sono (...) quel luogo in cui la cultura come già data viene messa in questione attraverso conflitti sociali.(...) nell'azione dei movimenti c'è un confronto con l'ordine costituito, con le regole date, con il mondo così com'è; perché esiste una volontà e una tensione a modificare quest'assetto". (Melucci 1994, p. 28).

dell'interazione sociale che viene costruita e negoziata attraverso una ripetuta attivazione di relazioni che connettono gli individui all'interno del gruppo. Ciò ha permesso di andare oltre all'immagine statica delle dinamiche dei movimenti sociali e comprendere come le interazioni "danno forma" agli interessi del gruppo.

L'idea che le pratiche di cura non convenzionali possano essere viste come un particolare tipo di movimento sociale trova conferma anche in queste riflessioni di Goldner:

cam should be conceptualized as a social movement, because of the number of people identifying as activists and the collective impact they are achieving (...) Though their resistance typically entails individual acts, activists are having a larger impact since they identify with seemingly cohesive social movement that challenges western medicine collective (...) Yet the cam movements does not have one identifiable organization that unifies the entire movement. Rather, it is a diffuse movement comprising diverse clinics, activist organizations and individuals. Activists are united through their ideology, which allows diverse and often disconnected individuals to have shared meanings, similar experiences and, most importantly, a connection to something larger than their individual participation(...) activists do not always agree on the goals a movement should pursue. While some activists welcome integration, others prefer separation. (Goldner 2004, pp. 711-712).

Questa idea contribuisce a una maggiore comprensione di come all'interno dello stesso processo, quello per la legittimazione, sussistano e coesistano diversi interessi con la conseguente presenza di diverse strategie. La lettura secondo cui è la mancanza di un comune accordo che contribuisce al fallimento del processo di legittimazione viene quindi ridefinita dall'idea che le diverse modalità di interazione all'interno del campo dello shiatsu contribuiscono a creare interessi differenti.

In particolare Diani e Bison (2004) a partire dalla definizione di movimento sociale come network di interazioni informali tra una pluralità di attori impegnati in un conflitto di natura politica e culturale sulla base di una identità collettiva condivisa (Tilly, 1994) sottolineano importanti differenze tra le dinamiche dei movimenti sociali e altri processi di azione collettiva che emergono nella combinazione di tre distinte dimensioni:

- presenza o assenza di orientamenti conflittuali verso oppositori chiaramente identificati
- densi o sparsi scambi informali tra individui o organizzazioni coinvolte in azioni collettive.
- forte o debole identità collettiva tra i membri dei networks (ibidem, p. 282-283).

In questa prospettiva il campo dello shiatsu può essere visto come un network di organizzazioni, gruppi di organizzazioni e gruppi di individui caratterizzato da un debole senso di identità collettiva all'interno del quale si riscontra una scarsa densità di interazioni e di scambi tra le diverse organizzazioni o tra i diversi gruppi (Diani e Bison 2004).

All'interno del network fonte primaria di formazione dell'identità, non è rappresentata dal network stesso, da un comune senso della pratica della disciplina, ma, come abbiamo visto dalle diverse organizzazioni o gruppi di riferimento all'interno e all'esterno del network:

Un debole senso di identità collettiva si riflette in una scarsa densità di interazioni e di scambi informali necessari alla produzione di legami fondati sulla solidarietà necessaria all'azione collettiva (Friedman e Mc Adam 1992, Gamson, 1997):

...ma senti, ma adesso ti voglio fare una domanda, a te che me ne hai fatte tante, secondo te, come facciamo a ottenere qualcosa se non ci aiutiamo neanche tra di noi? Come fai? Ognuno va per la sua strada e si fa gli affari suoi... un giorno senti di una scuola che è riuscita ad ottenere dei finanziamenti dalla USL locale, allora pensi che magari se gli chiedi come hanno fatto magari lo fai anche tu e poi anche lui e alla fine siamo tutti contenti, siamo tutti sulla stessa barca, ma dici che te lo dicono come hanno fatto? Manco morti.... devi conoscere quello, che conosce quell'altro, allora forse se è amico di quello e sono ancora in buoni rapporti magari ci cavi fuori un nome... pazzesco” (fondatore\_intervista\_B\_31 maggio 2008).

allora ci è venuto in mente, a un certo punto di chiedere i crediti ECM, abbiamo pensato, vè che magari sai aumentiamo il numero di iscritti... (...) io avevo sentito che qualcuno l'aveva già fatta questa operazione, tutto l'aiuto che ho avuto è questo qua: è molto difficile ottenerli , in bocca al lupo...vè che ti viene da ridere... per non piangere. (insegnante\_conversazione informale\_settembre 2008).

che viene condotta senza organizzazioni specifiche e senza stabili interazioni tra unità individuali e collettive, senza criteri di appartenenza stabiliti e senza meccanismi interni di regolamentazione.

Infine la mancata definizione di un'identità collettiva è in stretta connessione con la mancata definizione di quale sia l'obiettivo dell'azione collettiva stessa. Come abbiamo visto per alcune scuole e associazioni il conflitto è con la medicina scientifica mentre per altre ancora l'obiettivo è ottenere un riconoscimento normativo da parte delle istituzioni.

Mentre, a volte, l'elemento conflittuale sparisce del tutto, nella pratica quotidiana di cura di sé, di esercizio e percorso individuale.

### **3. Un rapporto difficile tra medicina e cure non convenzionali**

In questo paragrafo tenteremo di approfondire come gli operatori di pratiche di cura non convenzionali percepiscono e fanno esperienza della loro posizione rispetto alla medicina scientifica.

L'analisi fin qui condotta sottolinea come il campo delle pratiche di cura non convenzionali non possa essere trattato come un gruppo omogeneo. Vedremo come all'interno di una stessa disciplina coesistano diversi significati attribuiti al ruolo dell'operatore all'interno del campo delle pratiche di cura.

Molti degli studi condotti hanno tentato di comprendere gli elementi che hanno contribuito all'incremento dell'uso e della popolarità di queste pratiche ma anche di fornire possibili spiegazioni e scenari futuri del loro ruolo all'interno del contesto della medicina scientifica.

C'è un accordo generale nell'affermare che la posizione di queste terapie non è più considerabile come marginale ma piuttosto che questa abbiano assunto una posizione complementare alla medicina ortodossa (Ingliss e West, 1983; Colombo e Rebughini, 2003 e 2006)

Inoltre anche gli studi che hanno indagato le ragioni e gli atteggiamenti del pubblico (Lalli, 1988) suggeriscono un'immagine di "addizione" e "combinazione" piuttosto che "alternativa" alla medicina ortodossa.

Perciò, mentre le pratiche di cura possono essere ancora viste come una "minaccia" al pensiero medico occidentale da parte di alcuni medici, altri hanno argomentato che si osserva un crescente processo di avvicinamento, necessario, al rispondere alle tendenze all'individualismo, consumismo e all'enfasi sulla responsabilità individuale per la salute. Alcuni autori hanno definito questo processo come "medical modernisation":

the term "medical modernization" includes the knowledge and research dimensions of the challenge of integrating or rebuffing epistemic challenges. (Hess 2004, p. 698).

Altri autori suggeriscono la necessità di un "paradigmatic shift" (Salmon, 1985) che possa comprendere le pratiche di cura non convenzionali, come conseguenza logica delle esigenze da parte dei pazienti di una relazione medico-paziente più incentrata sull'ascolto e la valorizzazione del singolo, l'insoddisfazione verso l'approccio scientifico ed oggettivizzante, l'accresciuta avversione verso i farmaci chimici (Lalli, 1988) e la sempre maggiore presa di coscienza degli effetti iatrogeni della medicina scientifica, fino tendenze narcisistiche (Lasch, 1978).

Altre spiegazioni hanno sottolineato l'interessamento da parte di alcuni governi occidentali in risposta all'aumento dei costi e infine i medici stessi appaiono più disponibili nel riconoscere la natura del cambiamento delle patologie che necessitano di approcci differenti e più aperti all'incorporare alcune di queste pratiche. (Cant e Calnan, 1991).

Come gli operatori vedono il loro ruolo in relazione alla medicina scientifica? Quali sono le loro esperienze?

Abbiamo riscontrato una generale tendenza all'abbandonare posizioni conflittuali nei confronti della medicina scientifica, anche se non mancano posizioni, se pur minoritarie, piuttosto radicali:

loro [i medici] non capiscono niente, ormai hanno perso il controllo...credono di poter controllare la natura...capito? Credono di poter prendere il controllo...non è così, come fanno a pensarla così? È evidente che hanno perso il controllo, non serve neanche che glielo spieghiamo, e poi dicono che noi siamo pazzi. (allievo\_3\_lezione 4 ottobre 2008).

siamo noi contro di loro, ogni giorno e in mezzo c'è la persona che sta male... come si fa a dare tante medicine per una cosa... che cosa pensi? Che uno risolva con le medicine? Non sanno cosa dirti no? Quando ti dicono è psicosomatico...vuol dire che non hanno idea di cosa sta succedendo" (allievo \_5\_seminario afp\_4 dicembre 2008).

Sentimenti negativi, più che esprimere una vera e propria avversione verso la medicina scientifica, sono spesso invece legati a tentativi di collaborazione e di apertura che hanno avuto esiti fallimentari:

sono pochi i medici che veramente sanno cosa facciamo, che comprendono il nostro lavoro. A parte le leggende... un mio cliente mi ha riferito di un medico che gli ha raccomandato di non andare a fare i massaggi shiatsu, perché praticamente è successo che... un suo paziente aveva un tumore alle ossa e l'operatore non lo sapeva e gli ha spezzato tutte le ossa... Alcuni proprio non dicono al medico che stanno facendo questo tipo di lavoro. Io penso che se avessimo l'occasione di sederci attorno a un tavolo di conoscerci e di spiegare cosa facciamo come lo facciamo... una volta ho scritto a un medico spiegandoli il mio lavoro e cosa potrei fare anche per collaborare con lui, non mi ha mai risposto, adesso con gli operatori del centro vogliamo riprovarci, fare una comunicazione descrivere le nostre discipline e così... invitarli qui magari, io credo che se lavorassimo insieme potremmo ottenere risultati migliori. (operatore\_insegnante tecnica Alexander\_novembre 2009).

E al fatto che nonostante esista la volontà di collaborare raramente è stata riscontrata altrettanta disponibilità da parte dei medici:

nessuno dei miei clienti è venuto qui perché glielo ha consigliato un medico, questa te la dice lunga... (operatore shiatsu\_conversazione informale\_gennaio 2008).

sono rari i medici che consigliano di fare questo tipo di trattamenti, ma ce ne sono... bè sì la maggior parte dei clienti arriva perché gliene ha parlato un amico... la classica frase "mi hanno detto che per questo disturbo lo shiatsu funziona, è vero?"...altrimenti ci trovano con internet. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_marzo 2008).

Molti degli operatori menzionano due particolari motivazioni che giustificano una certa diffidenza agli occhi dei medici:

ci vedono in maniera negativa perché non siamo scientifici. Se non c'è una spiegazione scientifica di come funziona il tutto, niente, vuol dire che non funziona. (operatore shiatsu\_insegnante yoga\_conversazione informale settembre 2008).

io conosco dei medici, ovviamente e magari faccio questo gioco, faccio finta di non essere quello che sono e faccio domande su quello che pensano delle medicine alternative... la cosa che viene fuori più spesso è che loro dicono: se funziona una volta non significa che funziona sempre, non c'è un metodo dietro...non ci sono leggi generali... applicabili sempre e comunque, questa cosa li destabilizza parecchio secondo me... (operatore shiatsu\_conversazione informale\_4 marzo 2008).

In particolare questi brani rimandano a quanto rilevato da Colombo e Rebughini (2006) nella loro analisi dei fattori che contribuiscono a un mantenimento di “confini permeabili” tra medicina scientifica e pratiche di cura non convenzionali. I medici argomentano che le pratiche di cura non convenzionali in quanto saperi primariamente pratici non possono fornire spiegazioni teoriche e prove riproducibili del loro funzionamento.

La questione sui metodi di verifica è fonte di grande dibattito tra medicina scientifica e pratiche di cura non convenzionali, infatti se la valutazione empirica dell'efficacia di questi trattamenti rappresenta una “base legittima e autorevole per valutarne la possibilità o meno di essere inclusi nel campo dei trattamenti convenzionali” al contrario dal punto di vista dei “metodi utilizzati o utilizzabili per definirne l'efficacia terapeutica” persistono posizioni piuttosto conflittuali (Colombo e Rebughini, 2006, p. 81)<sup>66</sup>.

Il riferimento in questo caso va alla definizione di *boundary works* formulata da Gyerin:

Boundary work describes a ideological style found in scientists' attempts to create image of science by constraining it favorably to non-scientific intellectual or technical activities (Gyerin, 1983, p. 782)

Lo stesso Gyerin però sottolinea come questa strategia retorica di chiusura sia invece completamente ribaltata nei confronti della religione, quando invece viene messo in evidenza la capacità della scienza di fornire spiegazioni empiriche rispetto all'ideologia religiosa che è priva di fondamenti empirici:

However selection for one or another description depends on which characteristics best achieve the demarcation in a way that justifies scientists' claim to authority or resources. This science is no single thing: its boundary are drawn and redrawn in flexible, historically and sometimes ambiguous way. (ibidem, p. 782).

I filosofi e i sociologi della scienza hanno per lungo tempo combattuto con il “problema della demarcazione dei confini” cioè come identificare uniche ed

---

<sup>66</sup> Per ulteriori approfondimenti relativi al dibattito sui metodi di verifica dell'efficacia terapeutica delle pratiche di cura non convenzionali si veda anche Colombo e Rebughini 2006.

essenziali caratteristiche della scienza che la distinguano da altri tipi di attività intellettuale. Comte (1853, 1975, p. 72) ha distinto le scienze positive dall'ideologia e dalla metafisica nella sua legge evolutiva dei tre stadi argomentando che solo le scienze usano ragionamento e l'osservazione per stabilire leggi di successione, Popper (1965 p. 344) ha proposto la falsificabilità come criterio di demarcazione, secondo cui se una teoria non può, per principio, essere falsificata dai dati empirici, allora non è scientifica. Merton (1973) spiega la speciale abilità delle scienze moderne di estendere la conoscenza certificata come risultato in parte dell'istituzionalizzazione delle norme sociali. Infine, Collins (1982, p. 39) ha avanzato l'idea che l'assunto di una demarcazione tra conoscenza scientifica e conoscenze altre non è che uno strumento euristico per la sociologia della scienza.

Esperienze positive sono invece associate ai medici con cui si è partecipato a corsi di formazione o a seminari di approfondimento, o che in generale hanno avuto una esperienza diretta di queste pratiche:

la mia ginecologa, mi ha seguito mentre ero incinta e non ha potuto non rendersene conto... insomma... di quanto la pratica mi aiutasse... così adesso collaboriamo, e spesso consiglia alle sue pazienti in gravidanza di venire da me... che intanto mi sono specializzata per lo yoga in gravidanza..ovviamente (operatore shiatsu\_insegnante di yoga\_conversazione informale\_febbraio 2008).

c'è stata subito un'intesa [riferito a un ortopedico], fin dall'inizio, a livello di persona, ma poi ci siamo trovati a praticare insieme molte volte e alla fine ci passiamo con i clienti, ma è un caso eh... non credo sia mai successo a nessuno. (operatore shiatsu\_rollfer\_conversazione informale\_seminario approfondimento\_30 giugno 2008).

Dalle parole di questi operatori, emerge quindi la percezione che nonostante possano verificarsi occasioni e momenti di apertura persista un forte grado di ostilità da parte della medicina.

Ciononostante l'idea di avere un ruolo complementare al lavoro della medicina scientifica ricorre molto spesso ed è il più delle volte associata a ragioni di natura pragmatica:

è molto utile sapere la diagnosi del medico, so con che cosa ho a che fare, è chiaro che poi lavoro su quello che sento, ma so con che cosa ho a che fare anche perché mi posso immaginare a come si può sentire la persona, mi aiuta per avvicinarmi al cliente. (operatore shiatsu\_riflessologia plantare\_conversazione informale\_settembre 2008).

io per esempio ho approfondito molto il lato dell'alimentazione e perciò mi sarebbe utile avere gli esami del sangue per dare dei consigli alimentari bilanciati, sapere se prende dei farmaci e quali e per che cosa, sono tutte informazioni importanti, come si sente la persona a prendere queste medicine... (insegnante yoga\_diplomanda naturopata\_conversazione informale\_dicembre 2008).

Allo stesso tempo, però, molti operatori definiscono delle aree dove la medicina non può arrivare:

certo... quando non sanno cosa fare, quando non sanno che cos'hai, non ne hanno la minima idea, allora dicono che è un disturbo psicosomatico, ecco, i medici etichettano come disturbo psicosomatico tutto quello che non sanno risolvere (operatore shiatsu e cranio sacrale\_seminario di approfondimento\_13-02-2009).

Dando l'idea più di un quadro in cui pratiche di cura non convenzionali e medicina scientifica lavorano parallelamente più che in maniera complementare:

se la persona ha preso molte medicine, allora gran parte del lavoro è disintossicarlo dalle medicine... eh eh... prima di lavorare sul problema. (operatore integrazione posturale\_psicosintesi\_conversazione informale\_luglio 2008).

Anche se generalmente viene riconosciuto il fatto che nessuna delle due può offrire una cura totale.

A dispetto delle proclamazioni di una cura olistica, capace di curare il paziente sotto ogni aspetto, tutti sembrano consapevoli di problematiche che non possono affrontare o con cui hanno scarsi risultati.

In relazione a specifici domini di specializzazione, molti riferiscono i clienti al medico o a uno specialista per problemi che non possono affrontare:

se ho il sospetto che ci sia qualcosa di grave io lo mando subito dal dottore...per fare degli accertamenti. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_maggio 2008)

Sono pochi quelli che progettano scenari integrativi e molto spesso fanno riferimento ai timori che abbiamo osservato nel precedente paragrafo: perdita di autonomia e snaturamento delle conoscenze:

non credo sia possibile, richiederebbe proprio uno stravolgimento, o da un lato o dall'altro... uno stravolgimento proprio delle basi, capito, come fai a rivoluzionare il pensiero scientifico? È ovvio che se deve succedere dobbiamo noi rinunciare a qualcosa... non so se ne valga la pena. (operatore shiatsu\_integrazione posturale\_settembre 2008).

Per concludere, da questa analisi emerge che per gli operatori di pratiche di cure non convenzionali la relazione con la medicina ufficiale è ancora piuttosto complessa e difficilmente definibile, combinando simultaneamente esperienze di esperienze di complementarità ma anche di contrapposizione e completa autonomia.



#### 4. Divenire professionisti?

In mancanza di una normativa e di una regolamentazione statale che permette di *essere* professionisti molti degli operatori che praticano lo shiatsu come occupazione sono impegnati nell'*essere visti come* dei professionisti.

In questo paragrafo prenderemo in considerazione le “manovre strategiche” impiegate dagli operatori nell'esercizio della loro pratica nel tentativo di fornire un'immagine professionale. In termini goffmaniani, la nostra analisi verterà sulle strategie messe in atto dagli operatori per costruire la propria “faccia” di professionista credibile agli occhi del cliente nell'interazione faccia a faccia:

Il soggetto riconosce che il suo ambiente produrrà un'impressione sull'osservatore e cerca perciò di preparare la scena in anticipo. Consapevole che le sue azioni, parole ed espressioni forniranno informazioni all'osservatore, il soggetto prenderà in considerazione nelle fasi iniziali della sua attività, gli aspetti informativi delle fasi seguenti, in modo che la definizione della situazione che egli fornirà alla fine all'osservatore sarà, egli spera, una definizione che fin dall'inizio ritiene vantaggioso evocare. A questo scopo il soggetto rivolge la propria attenzione su se stesso e percepisce la propria attività dal punto di vista dell'osservatore in modo da esercitare controllo su di essa. (Goffman, 1988, p. 20).

Come abbiamo accennato nel secondo capitolo, in relazione all'insegnamento di base dell'anatomo-fisio-patologia, all'interno della scuola da un lato è da considerarsi come strettamente connessa al particolare stile di shiatsu praticato nella scuola presa in esame ma contemporaneamente l'uso di una terminologia medico scientifica fa riferimento a una ragione di natura diversa ma altrettanto importante che ci viene fornita durante uno dei seminari di anatomofisiopatologia:

a cosa vi serve conoscere l'anatomia? Bè certo per avere una mappa in più per osservare il corpo ma anche perché quando il vostro cliente arriva da voi molto spesso ha una cartella clinica o una diagnosi fatta da un medico... ecco se vi dice epicondilite... dovete sapere di cosa si tratta e soprattutto mostrare al vostro cliente che lo sapete... in più... con molte persone non potete semplicemente dire “lei ha uno squilibrio del movimento legno...” oppure “sento molto calore nel suo braccio vicino alla spalla”, dovete saper dire questo ma anche “mi sembra di percepire uno stato infiammatorio nell'articolazione della spalla”, dovete poter comunicare con il cliente nella lingua che lui conosce e riferirvi alle parti del suo corpo con i nomi che anche lui conosce... questo vi dà comunque un'aria professionale e aumenta la vostra credibilità dando fiducia al cliente che è in buone mani... (insegnante\_lezione\_registrazione\_8 novembre 2008).

Da questo ultimo brano si possono distinguere due importanti motivazioni di natura differente: la prima riguarda le competenze relative alla pratica in senso stretto, “una mappa in più per osservare”, la seconda invece fa riferimento a

strategie finalizzate alla costruzione di una figura professionale che possa essere credibile per una clientela che, comunque, utilizza il codice simbolico dell'anatomia scientifica per parlare del proprio corpo e dei disturbi che lo affliggono e, generalmente non ha dimestichezza con la terminologia specifica della medicina cinese.

Il primo aspetto ci viene confermato dalle parole di questa allieva che spiega le ragioni per cui è importante avere un'"infarinatura" di conoscenze mediche di base:

...all'inizio quando ho cominciato il corso, ci insegnavano i kata (sequenza di movimenti e manovre sul corpo del cliente, con gesti e ritmi strettamente codificati) e per carità era bello, già da lì impari un sacco di cose di come è fatto il corpo di una persona, più che altro, che tutti sono diversi, che ne so per esempio ti accorgi dopo un po' che la rotazione delle braccia non ha la stessa ampiezza per tutti, anzi alcuni ce l'hanno proprio bloccata, oppure impari ad avere sensibilità nel fare le manovre di allungamento, ad alcuni puoi allungare quanto vuoi, altri appena accenni la manovra già sentono dolore, alcuni hanno l'osso sacro tutto in fuori e quindi i punti li trovi facilmente, altri invece ce l'hanno tutto in dentro, ecco mi è capitato uno così per esempio, una volta che, aveva l'osso sacro... non so, quando sono arrivata a fare pressione lì..non sapevo cosa fare, non avevo mai visto una forma del genere, poi mi ha spiegato che aveva avuto un incidente...ogni corpo ha la sua storia e la sua forma... però, ti dicevo, impari un sacco di cose, ma non so ti rimane una sensazione di insicurezza: "che muscolo sto toccando? Come è fatta questa articolazione? È normale sentire questo rigonfiamento?". E tutte queste domande, a parte che un po' ti distraggono mentre lavori perché non ascolti più le tue mani, ma poi ti rimangono... sono stata felicissima di fare il seminario di anatomia perché è stata l'occasione per avere un'infarinatura, poi dopo se incontro qualche caso particolare me lo vado a vedere sull'atlante, su qualche libro su internet, per esempio è venuta una persona con il tunnel carpale, ecco io sento quello che c'è da fare secondo me, ma devo anche sapere che cosa significa...non so se capisci la differenza... (allievo\_intervista\_7 maggio 2008).

Per quanto riguarda il secondo aspetto riportiamo invece le parole di questa operatrice:

non so se fa differenza... ti racconto di questo cliente qua per esempio. È venuto la prima volta con questo male al collo, e aveva sto gran dolore... e io ho ascoltato, ho toccato... ho lavorato. Lui sentiva dolore da un lato però io sentivo di lavorare dall'altro... e forse ha anche pensato che non capivo niente. Torna la settimana dopo con il referto di un esame, adesso non mi ricordo, risonanza o lastre, non so. Alla fine c'aveva una rotazione delle vertebre cervicali e infatti i muscoli a sinistra erano tutti allungati e tesi perché c'aveva il collo ruotato, è chiaro che a lui faceva male girare il collo dall'altra parte. Sicuramente mi avrebbe fatto sentire più sicuro saperlo prima... che stavo facendo giusto insomma, ma non avrebbe fatto nessuna differenza, alla fine, sul mio lavoro con lui. (allievo\_intervista\_8 maggio 2008).

Innanzitutto, i due aspetti sembrano essere complementari, un professionista competente e sicuro è anche un professionista competitivo sul mercato:

mi ricordo quando ho capito che dovevo studiare anatomia e patologia... era uno dei miei primi clienti, un tennista, e l'ho perso... mi dice "ho una pubalgia, sai cos'è?"... io nella mia ingenuità da principiante "no, non ne ho idea, qualcosa a che vedere con il pube suppongo"... non è più tornato. (operatore shiatsu\_conversazione\_informale\_maggio 2008).

Nuovamente possiamo ricorrere alle illuminanti riflessioni di Goffman:

Un vincolo di carattere generale del gioco è costituito dal grado di conoscenza e preparazione tecnica del partecipante: se il soggetto non sa quali siano nella sua situazione le indicazioni che un osservatore accorto può usare come fonte d'informazioni, difficilmente potrà offuscarle, o accentuarle, nel caso desideri farlo. (Goffman 1988, p. 40).

in fondo si tratta di persone... come ti posso dire, magari sai vengono a farsi un trattamento perché gli hanno detto che con lo shiatsu si rilassano. Tanti non sanno neanche cos'è esattamente, quindi se vuoi comunicare con un cliente devi comunicare con la sua stessa lingua, non capisce mica se gli parli di elemento terra... ti fai una cattiva pubblicità, poi pensano che sei strano... non è che una cosa esclude l'altra, io per esempio ai miei clienti spiego che ne so... ecco questa riduzione della mobilità della tua articolazione in medicina cinese potrebbe essere associata a... oppure, questa tua sensazione in medicina cinese viene spiegata in questi e questi termini... lo specifico sempre, sono due vocabolari, se non capisce con uno, forse l'altro gli suona meglio, che ne sai... trovo che molte persone quando do delle spiegazioni in termini di medicina cinese mi dicono "ah si è proprio così..." se invece gli dico "hai un'infiammazione alla caviglia"... "bè vabè, sì insomma, buono a sapersi..." (operatore shiatsu\_intervista/conversazione\_maggio 2008).

la maggior parte dei miei clienti, sono fisioterapisti, quindi loro mi spiegano quello che sentono utilizzando termini molto specifici, non è che ti dice "ho male alla schiena", ti dice "sento un dolore alle prime vertebre lombari che interessa anche le ultime toraciche..."; oppure ti dicono "ho uno schiacciamento tra C7 e T1..." [ultima vertebra cervicale e prima vertebra toracica] (ride) e se non sai di cosa sta parlando cosa gli chiedi "e ti fa male quando ruoti la gamba?" credo che sia per questo che hanno fiducia in me, anche per questo, mi ritengono preparata e seria... e questo è fondamentale. (operatore shiatsu\_conversazione\_aprile 2008).

A questo proposito, una psicoterapeuta inglese, che adotta tecniche di cura non convenzionali nella sua pratica, su Fox scrive:

Although use the concept of "energy" is becoming more commonplace, note everyone understands it (do we, using it as freely as we do?) and to give a description that some might find too "wafty" leads the danger of alienating and losing clients. As service providers we have responsibility to be clear what it is we're offering (Fox 2008, p. 28).

Inoltre è possibile comprendere come una conoscenza di base, quindi, dell'anatomia e della patologia medico-scientifica, non solo contribuisce a costruire una figura professionale seria, competente e a potenziare il suo bacino d'utenza ma rappresenta, soprattutto, parte integrante di un programma formativo di un'organizzazione che intende comunicare serietà ed affidabilità, verso l'esterno, come abbiamo visto nel precedente paragrafo. È ragionevole pensare, infatti, che questa sia la ragione per cui la maggior parte delle scuole di shiatsu che offrono una formazione professionale, prevedano dei seminari di approfondimento di anatomo-fisio-patologia, anche se raramente si tratta di seminari a frequenza obbligatoria.

Come ci conferma questa intervista al fondatore di un'altra scuola:

abbiamo incluso solo quest'anno il seminario di anatomia, lo inseriamo all'ultimo anno, per chi effettivamente intende completare il percorso, è un servizio in più che diamo ai nostri iscritti oltre ad essere molto utile nella pratica. Fondatore\_intervista\_B\_31\_maggio 2008).

Un altro elemento particolarmente importante a questo proposito riguarda gli spazi e gli ambienti dove si pratica che devono comunicare "serietà ed affidabilità":

una stanza pulita e in ordine fa la differenza più di quanto pensi... anche se lavori a casa... non puoi ricevere una persona nel disordine e nella sporcizia... come se avessi un ospite tutto speciale, non fai le pulizie quando ricevi ospiti, più o meno è lo stesso... (operatore shiatsu\_conversazione informale\_luglio 2008).

Ma anche accogliente e sicura:

il nostro lavoro è creare uno spazio di sicurezza per le persone, si devono sentire protette... e al sicuro, devi assicurarti che nessuno possa entrare nella stanza così all'improvviso... può essere traumatico, una persona stesa e seminuda si sente molto vulnerabile... (operatore shiatsu\_conversazione informale\_maggio 2008).

secondo me non deve essere troppo fredda, mi piace che ci siano dei cuscini a disposizione del cliente, se magari è scomodo, che ci siano delle coperte, se dovesse avere freddo... e poi io per esempio uso delle essenze, per rendere l'atmosfera più gradevole. (operatore shiatsu\_b\_conversazione informale\_maggio 2008).

non deve essere troppo... troppo di niente... né troppo fricchettona né troppo asettica, deve rispecchiare quello che sei... un professionista. (operatore shiatsu\_c\_conversazione informale\_maggio 2008).

E non troppo personale:

non c'entrano niente le foto della tua famiglia o della tua morosa... cosa c'entrano, sei mai andato da un dottore che aveva tutte le foto delle gite

con gli amici?... bè adesso che ci penso magari ci può essere la foto della moglie... tipico clichè no?... bè forse ti ho fatto un esempio troppo banale, comunque... lo spazio è per il cliente, non per l'operatore. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_d\_maggio 2008).

Insieme agli spazi particolare attenzione è data all'abbigliamento:

certo non è facile essere credibili quando parli a uno vestito in giacca e cravatta e tu sei lì in tuta da ginnastica... ti pare? Però ecco, bisogna trovare una via di mezzo, il giusto compromesso anche perché per lavorare devo essere comodo devo potermi muovere agilmente, non posso avere cose addosso che mi impediscono il movimento. (operatore shiatsu\_a\_conversazione informale\_giugno 2008).

io mi sento molto a mio agio con le casacche e i pantaloni che usano nelle arti marziali... mi piacciono... e fanno un bell'effetto sulle persone. (operatore shiatsu\_b\_conversazione informale\_giugno 2008).

Infine, per molti degli operatori con cui abbiamo avuto modo di parlare, anche essere e apparire in forma è fondamentale:

io sto molto attento... poi magari quando sono in vacanza mi lascio andare, però quando lavoro, sono molto attento a riposarmi... a dormire abbastanza, a mangiare bene... non bere... sono tutte cose ti aiutano nel lavoro... io vedo anche 8 clienti al giorno, e mi muovo molto con il corpo perciò devo essere in forma. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_dicembre 2007).

non intendo assolutamente essere belli da vedere, ma avere l'aria sana... tu andresti da uno pallido con le occhiaie e che puzza? Che cosa ti comunica uno così? Tu ci andresti? (operatore shiatsu\_conversazione informale\_maggio 2008).

Questi però solo una parte degli aspetti che gli operatori sembrano tenere in considerazione nella relazione con il cliente che possiamo definire relativi all'"appropriatezza" della condotta ritenuta professionale (Goffman 1988, p. 40).

A nostro avviso, infatti, le modalità attraverso cui vengono stabilite e mantenuti gli elementi che contribuiscono alla costruzione della figura professionale dell'operatore riguardano in larga parte la definizione di una "distanza professionale" tra operatore e cliente i cui confini vengono costruiti e negoziati nel corso degli incontri.

La "distanza professionale" ha molto spesso a che fare con questioni organizzative:

è difficile molto difficile essere professionali ma allo stesso tempo comprensivi, però ci sono delle cose su cui non si può essere comprensivi più di tanto... e bisogna essere invece molto professionali... l'ho imparato a mie spese... all'inizio, amici, amici, amici... che bello l'unione l'empatia.... "ti pago la prossima volta... ti pago la prossima

volta...”. E poi chi si è visto si è visto. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_settembre 2008).

so che ci sono degli operatori che fanno pagare una penale se un cliente cancella l'appuntamento... io non riuscirei mai a farlo... però sicuramente ci perdo... anche in credibilità. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_dicembre 2007).

bisogna essere molto chiari: il trattamento dura un'ora, un'ora e mezzo quanto è... bisogna che il cliente lo sappia; bisogna comunicarglielo chiaramente, quanto costa. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_d\_dicembre 2007).

Oppure può assumere il significato di distanza emotiva:

è diverso dalla freddezza, la giusta distanza implica presenza al dolore dell'altro ma anche presenza a se stessi, non bisogna perdere il controllo sui confini, sei lì per sostenere, non per compatire... la persona si può sfogare con te ma non se ne può approfittare ed è tua responsabilità non farti travolgere... non puoi lasciare che passi per casa tua ogni volta che ne ha bisogno, o che ti telefoni a qualsiasi ora. Ci sono operatori anche molto rigidi con gli orari, io ecco, non ce la faccio, se vedo che la persona è ancora in una fase critica, non riesco, ecco... piuttosto vedo il cliente successivo un po'... un po' tanto in ritardo delle volte. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_b\_maggio 2008).

La “distanza professionale” assume particolare rilevanza per quelle pratiche come lo shiatsu, che implicano un lavoro con il corpo e, quindi, necessitano di stabilire con chiarezza le modalità di contatto e di interazione: molto spesso c'è il rischio che i confini diventino sfumati e confusi e svanisca quella fede necessaria al mantenimento dell'interazione sociale

La propensione di un individuo a prestar fede alle dichiarazioni incondizionate e condizionali di un altro, è un elemento assolutamente necessario al mantenimento di un'attività sociale di collaborazione e come tale è una caratteristica fondamentale e costante della vita sociale (Goffman, 1988, p. 126)

Può venire meno:

non è difficile travisare, noi lavoriamo chiusi in una stanza con una persona, quasi sempre vestita, ma dipende dal tipo di manovra devi fare può succedere anche la persona debba stare senza maglietta o senza pantaloni o entrambe le cose, quindi immagina sei chiuso in una stanza con una persona distesa su un lettino, che tu sia in una palestra o in uno studio o nel salotto di casa tua devi essere molto chiaro circa quello che sta succedendo... devi essere neutro... sessualmente neutro. (operatore shiatsu\_conversazione informale\_seminario estivo\_luglio 2008).

Lo shiatsu come altri tipi di massaggio terapeutico sono spesso percepiti ai confini con altri tipi di occupazioni che coinvolgono la vendita di prestazioni a sfondo sessuale:

finisco la scuola, non vedevo l'ora di cominciare a lavorare... avevo fatto biglietti da visita volantini, tutto... appendo i volantini in giro, per le strade del quartiere... e mi metto in attesa... è stato... non so mi vergogno a ripeterti che cosa mi hanno detto, chi mi chiamava... oscenità... mi sono vergognata da morire... eppure i miei volantini erano così... professionali... (operatore shiatsu conversazione informale\_maggio 2009).

sì una mia allieva mi ha raccontato una cosa tempo fa, ha fatto molta difficoltà... a trovare dei clienti bene intenzionati... quello che le ho suggerito era di dichiarare espressamente che il suo annuncio si rivolgeva alle sole donne... certo questa non è una soluzione, ma... (insegnante conversazione informale\_luglio 2008).

È importante sottolineare che la problematica di genere riguarda più le operatrici che gli operatori che invece vi accennano raramente<sup>67</sup>, che invece fanno riferimento più facilmente alla difficoltà di stabilire una distanza emotiva:

... ma non è facile, trovare questa giusta distanza, il mio lavoro è sentire l'altro ma anche proteggere me stesso. (isegnante\_lezione\_3 maggio 2008).

non è un semplice toccare, è un'unione che avviene a tutti i livelli, un'unione fisica, emotiva mentale, profonda... non c'è bisogno di parlare, io sento quello che senti tu, sentiamo insieme, questo è lo shiatsu. (operatore shiatsu\_lezione\_3 maggio 2008).

A nostro avviso è estremamente rilevante proprio perché il contatto fisico implicato nella pratica dello shiatsu, lungi dall'essere "freddo e scientifico" come viene spesso descritto il contatto tra medico e paziente, è più delle volte definito come "sentito", "partecipato" e rimanda a quanto dice Melucci a proposito della differenza tra empatia e simpatia:

La fatica e la gioia dell'incontro stanno dunque in un difficile equilibrio. Nella capacità di assumere il punto di vista dell'altro senza perdersi sta la sfida dell'alterità. Empatia è un termine entrato nel linguaggio comune, che indica la vicinanza all'altro e la possibilità di metterci dal suo punto di vista. Ma questo è solo la metà del percorso, che non ci risparmia il vuoto e la perdita. Senza la capacità di rimanere ancorati a noi stessi e di attraversare quel vuoto, non c'è incontro ma solo benevolenza, buona volontà appunto. L'incontro è la possibilità di accostare due regioni di significato, due campi di energia a frequenza diversa e di farli vibrare

---

<sup>67</sup> Sarebbe interessante approfondire questo aspetto di genere nell'esercizio di pratiche come quella del massaggio terapeutico. Per il momento rimandiamo a questo articolo per ulteriori approfondimenti: Oerton S., *Bodywork Boundaries: Power, Politics and Professionalism in Therapeutic Massage, Gender, Work and Organization*, vol. 11, n. 5, 2004, pp.544-565.

insieme. L'incontro è *sim-patia*, è *com-passione*, sentire-con-un-altro. È la possibilità di scoprire che il senso non ci appartiene e ci è dato nell'incontro, ma nello stesso tempo che solo noi possiamo produrlo. (Melucci 1991, p. 106).

Da un lato quindi il tentativo è di stabilire dei confini netti e precisi sulla professionalità del proprio lavoro in termini più che altro pragmatici, dall'altro invece viene espressa la difficoltà di trovare una giusta "distanza professionale" prescindendo dalla natura del trattamento che coinvolge la dimensione emotiva dell'operatore.





#### **4. Temi di confine tra medici e operatori shiatsu: aspetti comuni e conflittuali**

L'ultima parte della ricerca riporta il nostro sguardo nella scuola di formazione e su precisi momenti del percorso formativo, per l'esattezza focalizzeremo la nostra attenzione sui seminari di approfondimento a cui partecipano operatori di pratiche di cura non convenzionali e professionisti che hanno avuto una formazione medico-scientifica:

Essendo un'organizzazione costituita da una pluralità di attori, la vita organizzativa risulta più simile a una polifonia con molte voci che parlano assieme dimostrando differenti livelli di accordo e differenti propensioni a essere sentite (Gherardi e Nicolini, 2004, p. 39).

In questo contesto il tema viene calato nella realtà dell'interazione fra saperi pratici, tra sistemi di attività che incontrandosi, definiscono, costruiscono e ricostruiscono gli oggetti della loro attività. L'incontro e quindi la costruzione dell'acculturazione reciproca non può essere che un incontro complesso tra individui portatori di un patrimonio di esperienza da intendere non in modo identificatorio chiuso, bensì in termini dinamici di configurazione provvisoria e aperta di modi di guardare il mondo e di viverci dentro.

Recentemente il concetto di confine ha assunto un ruolo chiave nell'ambito delle scienze sociali. Viene impiegato, per esempio, nelle ricerche sui processi cognitivi, sulla costruzione dell'identità individuale e collettiva, negli studi sui processi culturali di appartenenza etnica e di genere e negli studi relativi alla conoscenza scientifica e alle professioni.

Il concetto di confine non è nuovo in sociologia- già in *Le forme elementari della vita religiosa*, Durkheim (1912) distinse lo spazio sacro da quello profano e anche Weber (1922) fa riferimento ai confini tra gruppi sociali ed etnici in *Economia e Società*- ma, suscita un rinnovato interesse rendendo conto della dimensione relazionale che come abbiamo visto ha assunto un ruolo fondamentale in epoca contemporanea nei processi di costruzione dell'identità individuale e collettiva.

Un tema piuttosto generale che percorre le diverse discipline è rappresentato dal comprendere il ruolo delle risorse simboliche (come per esempio, strategie interpretative, tradizioni culturali e distinzioni concettuali) nel creare, mantenere e contestare o anche dissolvere differenze sociali istituzionalizzate (come quelle di classe, di genere e di razza)<sup>68</sup>.

Una importante distinzione da fare a questo proposito è quella proposta da Lamont e Molnar (2002) tra confini simbolici e confini sociali:

---

<sup>68</sup> Il rinnovato interesse proveniente da diversi ambiti attorno al concetto di confini è ancora piuttosto eterogeneo non avendo prodotto per il momento un approccio in grado di unificare i diversi contributi. (Lamont e Molnar 2002). Una maggiore integrazione permetterebbe di identificare similitudini e differenze teoriche nel modo in cui il concetto di confine viene utilizzato per l'analisi di una varietà di fenomeni apparentemente sconnessi tra loro, processi come costruzione e ricostruzione di confini esistenti, di attraversamento dei confini relativi alla dimensione territoriale, sociale e culturale, politica e istituzionale.

Symbolic boundaries are conceptual distinctions made by social actors to categorize objects, people, practices, and even time and space. They are tools by which individuals and groups struggle over and come to agree upon definitions of reality.(...)Social boundaries are objectified forms of social differences manifested in an unequal access to an unequal distribution of resources (material and nonmaterial) and social opportunities. They are also revealed in stable behavioral patterns of association, as manifested in connubiality and commensality. (ibidem, p. 168).

Come sottolineano i due autori è solo quando i confini simbolici sono ampiamente accettati che possono influenzare significativamente le interazioni sociali. Inoltre solo allora divengono confini sociali traducendosi, per esempio, in forme identificabili di esclusione sociale. La relazione spesso implicita tra confini simbolici e sociali viene messa in evidenza in questi termini.

the former exist at the inter-subjective level whereas the latter manifest themselves as groupings of individuals. At the causal level, symbolic boundaries can be thought of as a necessary but insufficient condition for the existence of social boundaries (ibidem, p. 169).

Laddove l'approccio classico al tema dei confini si è principalmente focalizzato, sui processi di costruzione dei confini sociali e di monopolizzazione, soprattutto nelle analisi di matrice neo weberiana, i contributi più recenti sottolineano le connessioni tra confini simbolici e sociali. Nel precedente capitolo abbiamo visto come il processo di costruzione dei confini simbolici all'interno del campo dello shiatsu è strettamente connesso con il processo di costruzione di un'identità collettiva nel campo delle pratiche di cura non convenzionali. Avanzando l'ipotesi che la mancanza di confini permeabili all'interno dello stesso campo rappresenti un elemento di impedimento nell'ottenere un riconoscimento normativo.

Abbiamo descritto il processo di costruzione dell'identità collettiva come costituito da un'interazione dialettica tra processi di definizione di confini all'interno e all'esterno del campo.

È stato possibile osservare come la mancanza di una definizione di criteri che permettano di definire un senso di appartenenza condiviso si rifletta nella difficoltà di differenziarsi rispetto ad altri gruppi all'interno dello stesso campo delle pratiche di cura non convenzionali. Inoltre il difficile processo di identificazione interna contribuisce alla mancata legittimazione da parte delle istituzioni esterne al campo delle pratiche di cura e alla difficoltà di definire una collocazione rispetto alla medicina ufficiale e quindi di definire dei confini sociali all'interno e all'esterno del campo delle pratiche di cura.

La letteratura sulle professioni e la scienza ci ha permesso di comprendere come le strategie simboliche di definizione della propria identità e dei contenuti della conoscenza in termini scientifici siano riconducibili a un generale progetto di professionalizzazione.

Abbiamo fatto riferimento al concetto di *boundary work* per descrivere le pratiche discorsive attraverso cui la medicina scientifica erige i confini della

vera scienza nei confronti delle pratiche di cura non convenzionali al fine di stabilire la propria autorità in termini epistemologici.

Il concetto di confine rappresenta inoltre uno strumento essenziale per definire una mappa di come diversi modelli di conoscenza vengano diffusi nell'interazione sociale.

La letteratura sulle professioni ha prestato meno attenzione al modo in cui i confini tra esperti e profano sono messi in atto nei contesti lavorativi. Vallas (2001) si propone di espandere le ricerche esistenti in questa direzione guardando alle distinzioni tra ingegneri e operai specializzati in relazione ai cambiamenti e alle implementazioni tecnologiche dei contesti lavorativi. L'autore vede i confini professionali come il risultato non solo della competizione interprofessionale ma anche dalle dispute tra subordinati nei posti di lavoro. Egli, inoltre, descrive come i confini culturali nella forma di conoscenza scientifica e tecnica (che definisce il sapere degli ingegneri) forniscono un meccanismo di produzione di confini sociali. Allo stesso tempo nota che l'impiego di confini simbolici è un processo continuamente negoziato il cui risultato è largamente dipendente dal contesto. Il suo lavoro sottolinea l'importanza di considerare l'interazione tra gruppi dominanti e dominati nei termini di produzione di confini simbolici e sociali.

In particolare alcuni approcci, più recenti, propongono una visione dei confini non più come marcatori di differenze ma come mezzi di comunicazione, rilevando come questi siano essenziali nella circolazione e nella diffusione della conoscenza all'interno e tra differenti contesti sociali.

Un approccio interessante a questo proposito è quello di Susan Leigh Star che definisce i confini come "interfaces facilitating knowledge production" (Star e Griesemer 1983, p. 393).

L'autrice si propone di comprendere come i diversi sistemi simbolici di classificazione vengono creati e definiti sottolineando come i confini possano agire da importanti interfacce che rendono possibile la comunicazione tra differenti comunità.

Il concetto di *boundary object*, o di oggetti liminali (Gherardi e Nicolini, 2004) rappresenta lo strumento analitico per descrivere come queste interfacce siano la chiave per lo sviluppo, il mantenimento e la creazione di diversi sistemi di classificazione. Il concetto è particolarmente importante perché sottolinea che i confini sono condizioni non solo di separazione ed esclusione ma anche di comunicazione, scambio, costruzione di ponti ed inclusione.

A partire da queste posizioni, integrando questi contributi con quelli della teoria dell'apprendimento situato e dell'apprendimento per espansione nei contesti organizzativi è possibile proporre una lettura delle interazioni tra medici e operatori non convenzionali come un'attività di *boundary crossing* attraverso cui è talvolta possibile creare nuove forme o forme ibride di conoscenza:

Crossing boundaries involves encountering difference, entering onto territory in which we are unfamiliar and, to some significant extent therefore unqualified.. (Engestrom 1995, p. 321).

In questo senso il *boundary crossing* può essere concepito come

a process of collective concept formation (ibidem, p. 322).

Come spiegano bene Gherardi e Nicolini (2004)

Ciò mette in moto un processo che, com'è tipico di questa teoria, permette la creazione ex novo di nuove forme di mediazione dunque di nuove forme di collaborazione che danno luogo a un nuovo modo di concepire l'oggetti di lavoro comune. (ibidem, p. 85).

Riportiamo a questo proposito una breve conversazione tra un fisioterapista e un operatore shiatsu durante uno di questi seminari:

- **fisioterapista:** mentre avevi le mani sui temporali avevo la sensazione che tu le aprissi e le chiudessi ritmicamente
- **Operatore shiatsu:** sì, noi lo chiamiamo impulso ritmico craniale, sono le ossa che respirano... diciamo così...
- **Fisioterapista:** ah ok ce ne avevano parlato all'università, si parlando dell'osteopatia, ma ci hanno spiegato che anche se metti le mani su una palla da calcio a un certo punto senti che respira perché in realtà sei tu che senti queste pulsazioni nelle tue mani..."
- **Operatore shiatsu:** hai mai provato? a sentire la differenza tra una palla e il tuo cranio?
- **Fisioterapista:** no, mi fai vedere?

Se il concetto di comunità di pratiche ci ha permesso di guardare all'apprendimento come processo attraverso cui gli allievi vengono socializzati "ai modi di fare, vedere le cose, parlare e sentire in un'organizzazione" (Gherardi e Nicolini, 2004, p. 49) e contemporaneamente, proprio per il carattere primariamente esperienziale e pratico delle conoscenze trasmesse, di osservare come quest'ultime possano allo stesso tempo venire perpetuate nella relazione fondatore\_assistente o anche differenziarsi e assumere diverse declinazioni nei differenti significati attribuiti alla pratica dello shiatsu, e nell'espressione tutta individuale dello stile di questa disciplina, in questo capitolo ci focalizzeremo su un'ulteriore dimensione relativa alla comunità di pratiche cioè quella di poter

essere considerate percorsi preferenziali di circolazione della conoscenza e luoghi dove i fenomeni di ibridazione e incontro tra pratiche e comunità diverse danno luogo a originalità e innovazione. (ibidem p. 59).

In primo luogo i contributi nell'ambito degli studi sull'apprendimento situato contribuiscono a focalizzare l'attenzione sulle "condizioni sociali della produzione di conoscenza e a delegittimare la separazione/opposizione tra teoria e pratica" (ibidem, p. 31), fornendo una visione di "di apprendimento come realizzazione pratica e attività eminentemente sociale" (ibidem, p. 31), in cui la conoscenza si configura come sapere "situato, variamente posseduto e custodito" (ibidem, p. 39).

In secondo luogo gli studi di Engestrom (1995, 1987) sull'apprendimento come espansione ci permettono di sottolineare che l'interazione tra differenti sistemi di attività possa innescare processi produzione conoscenza da un lato o da entrambi i lati del confine:

An activity system is a complex and relatively enduring “community of practice” that often takes the shape of an institution. (Engestrom, 1995, p. 320).

Alla base di questa concezione c'è una visione del sapere come “proprietà” del sistema di attività, del sapere pratico e dell'apprendimento nei contesti organizzativi come processo di espansione dell'attività stessa e del suo oggetto (Engestrom, 1995).

Da questo punto i seminari di approfondimento rappresentano il contesto di interazione tra differenti sistemi di attività.

Da un lato, quindi:

La conoscenza pratica può dunque essere pensata come ciò che connette una comunità di persone entro l'azione e per suo tramite (si parla allora di comunità di pratiche) (Gherardi e Nicolini, 2004, p. 74).

Dall'altro:

Può essere concepita come la proprietà emergente di un sistema di attività, che opera in vista della produzione o modificazione di uno specifico oggetto. (Gherardi e Nicolini, 2004, p. 74).

In questa prospettiva gli oggetti liminali – oggetti materiali, forme organizzative, spazi concettuali o procedure (Star e Griesemer 1989) – possono essere definiti come:

capaci di suscitare interesse e assumere significato nell'ambito di comunità di pratiche diverse. Si tratta di oggetti abbastanza plastici da adattarsi ai bisogni locali o alle restrizioni imposte dalle diverse parti sociali che li usano ma sufficientemente robusti da mantenere un'identità stabile in luoghi diversi (tali oggetti) hanno significati diversi presso mondi sociali differenti sebbene la loro struttura sia comune a più di un mondo sociale in modo da essere riconoscibile ed essere uno strumento di traslazione. (Gherardi e Nicolini, 2004, pp. 78-79).

La stessa autrice riporta l'esempio del paziente come oggetto di diversi sistemi di attività, quali la medicina scientifica e le pratiche di cura non convenzionali che da questo punto di vista

vengono a essere connessi in una complessa rete di relazioni entro la quale i motivi di conflitto e di cambiamento delle conoscenze pratiche si moltiplicano e amplificano a vicenda (ibidem, p.78).

Le occasioni di incontro e di scambio tra questi differenti sistemi di attività possono essere descritti come reti di azioni o *action-net*:

l'action-net si presenta come una vera e propria arena in cui coesiste una varietà di voci che operano localmente, ma hanno origine o trovano loro sostegno al di fuori del tessuto locale (ibidem, p. 89).

Sebbene per la gran parte dei medici o futuri medici la spinta a partecipare a questi seminari sia rappresentata dall'apprendimento di nuove tecniche<sup>69</sup>:

sono qui per approfondire alcuni aspetti del mio lavoro e per apprendere nuove manovre di lavoro sul corpo (laureato in scienze motorie\_lezione\_master fascia\_23 luglio 2008).

per prendere quello che mi può servire nel mio lavoro, non posso dire di essere un alternativo ma posso dire di essere uno di ampie vedute.(specializzando in ortopedia\_lezione master fascia 23 luglio 2008)

mah direi che allargare il proprio campo di conoscenze non è mai un male, posso imparare manovre, tecniche nuove... (fisioterapista\_lezione\_master fascia\_23\_luglio 2008)

Senza che necessariamente venga espresso un consenso o un riconoscimento dei principi filosofici che stanno alla base di queste pratiche:

sì bè che mi dici che quello è il meridiano di acqua a me non è che mi interessa molto, sono convinto che ci siano dei punti che rilassano, perché vanno a stimolare il sistema nervoso autonomo ma... che tu la chiami acqua, sì insomma non mi fa nessuna differenza... (fisioterapista, lezione\_A\_4\_settembre, 2008)

Ciò che riteniamo interessante evidenziare attraverso l'analisi è che l'incontro tra medicina e pratiche di cura non convenzionali ha esiti piuttosto differenti che non sempre ricalcano i confini sociali che separano queste pratiche.

In primo luogo la dicotomia sapere scientifico-sapere profano nei termini di primato della teoria sulla pratica raramente viene presa in considerazione, molti dei medici, fisioterapisti, laureati e laureandi in medicina e in scienze motorie, raccontano dell'importanza della pratica:

credo che la cosa più importante sia praticare, praticare, praticare, vorrei più tempo per provare le manovre con i compagni e con la supervisione del tutor (laureando in medicina generale\_converazione informale\_\_master\_luglio 2009).

non credo che sia tanto importante la parte di presentazione teorica, che uno se la può anche leggere sul libro, quello che conta è provare tra di noi le manovre, provarle su noi stessi. (fisioterapista\_conversazione informale\_\_master\_maggio 2008).

---

<sup>69</sup> In mancanza di dati statici possiamo solo cogliere una differenza nelle motivazioni tra i medici che invece partecipano al percorso formativo per operatori shiatsu di tre anni che come abbiamo visto in precedenza fanno riferimento anche a ragioni di natura personale e privata.

provare, fare, provare su di sé, anche all'università ...impari tante cose belle ma poi io ho imparato la gran parte delle cose quando ho cominciato il tirocinio, praticando (laureato in medicina e chirurgia\_conversazione informale\_master\_maggio 2008).

Il valore della pratica intesa come esperienza accumulata, come conoscenza che viene dalla pratica, sembra rappresentare quindi un aspetto comune, soprattutto per chi lavora con il corpo.

I confini tra teoria e pratica si fanno più definiti però quando la pratica diventa l'unico punto di riferimento per il medico/operatore e non c'è la possibilità di fare riferimento a delle regole invariabili, a dei principi guida che orientino l'azione, nel corso dei seminari infatti abbiamo riscontrato che i partecipanti di formazione medico-scientifica tendessero verso la definizione di "sicurezze e regole tecniche":

fisioterapista: vorrei però a questo punto definire una volta per tutte se quanto ho tilt anteriore del bacino devo lavorare i glutei in su o in giù (lezione\_master\_5 ottobre 2008).

Come emerge chiaramente da questo dialogo tra un laureando in scienza motorie (A) e un operatore shiatsu (B):

**A:** senti mi piacerebbe sapere perché hai deciso di lavorare il polpaccio dal basso verso l'alto, cosa te lo ha fatto decidere?

**B:** Bè niente, ho fatto quello che mi sentivo

**A:** Sì ma questa non è una spiegazione

**B:**Ma la manovra è riuscita no? Riesci ad appoggiare la pianta molto meglio adesso o mi sbaglio?

**A:**... No... voglio dire, no non ti sbagli... ma non sappiamo perché hai lavorato verso l'alto e se avessi lavorato verso il basso?

**B:** ma non è successo, dipende caso per caso... valuti no? Ogni volta... mica siamo tutti uguali...

**A:** D'accordo ma così non ho sicurezze non ho punti di riferimento

**B:** La tua pratica è il punto di riferimento"(master fascia\_6 ottobre 2008)

In un altro scambio viene suggerito da un operatore un motivazione del tutto particolare alla rilevanza attribuita alla sensibilità e all'esperienza dell'operatore, che rimane spesso sullo sfondo e implicita nell'ambiente delle pratiche di cura non convenzionali ma che proprio per questa ragione, merita di essere sottolineata:

se tutti sapessero come si fa, se ci fosse un solo modo per far le cose, e tu lo impari e lo fai come me... bè allora scusa... come fai a capire la differenza tra uno bravo e uno meno bravo? Anche i medici alla fine, vai da quello che ti ha dato un qualche cosa in più, quel non so che... ecco diciamo che per noi quel non so che vale molto di più di quello che può valere per un medico... uno bravo è uno che sa come si fa... (operatore shiatsu\_intervista\_13 gennaio 2008)



Inoltre un aspetto sui cui in molte occasioni è stato difficoltoso pervenire ad un accordo che permettesse di continuare il lavoro riguarda la mancanza di una spiegazione dei meccanismi di funzionamento che stanno alla base di queste pratiche (Colombo e Rebughini, 2006), da questo dialogo, che si è poi concluso con il ritiro dal seminario del fisioterapista emerge in tutta la sua chiarezza la differenza tra approccio scientifico e olistico al corpo umano:

**fisioterapista:** ho fatto quello che mi hai detti, ho appoggiato le mani sul paziente e ho ascoltato, ho ascoltato tutta la sua persona... dopo un quarto d'ora ha cominciato a fare movimenti... a scatti... a muovere le braccia... le gambe così all'improvviso... a parte un po' di paura perché non me l'aspettavo... ma la cosa più brutta è che non avevo una spiegazione.

**Insegnante:** Quello che succede è che il sistema del tuo paziente si è sentito accolto e ha potuto cominciare a lasciare andare gli stress più superficiali, ognuno di noi ha il suo modo di farlo... alcuni si addormentano per esempio...

**insegnante:** No, non hai capito, io voglio sapere cosa è successo? Cosa succede a livello molecolare, cellulare? Voglio sapere cosa succede dentro il corpo del mio paziente?

**Insegnante:** Tu perdi di vista il tutto, ti concentri sul particolare, le cellule, le molecole... è il tutto che conta

**fisioterapista:** Questa non è una risposta e immagino che tu non ce l'abbia una risposta, nemmeno tu sai che cosa succede...

**insegnante:** Io so cosa succede il tuo paziente ha cominciato a lasciarsi andare, il suo sistema si è permesso di esprimersi...

**Fisioterapista:** La tua è fede...io voglio sapere: c'è un rilascio di endorfine? Di neuroptetidi?

**Insegnante:** Hai mai visto le endorfine?

**fisioterapista:** No,

**Insegnante:** anche la tua è fede, io più di così non posso dirti: l'unica cosa di cui io sono certo è di ciò che sto sentendo, non so se deriva dalle endorfine o da un super computer a cui io sono collegato. Noi lavoriamo con ciò che è più vicino a noi e cioè con ciò che sentiamo: quello che io sento è ciò che sento più vero. Osserva fino dove puoi essere scettico, osserva fin dove puoi portare queste domande. Ad un certo punto la realtà comincia ad essere misteriosa, e tu ti senti che è ben più vero che dare una spiegazione in termini di endorfine. Quando vi stendete sul lettino, (...), iniziate a frequentare l'esperienza sentita del vostro corpo, e provate ad invitare un assestamento, vedrete che qualcosa accade, che qualcosa cambia" (lezione\_master\_1.07.07).

Come abbiamo detto una definizione così netta dei confini che arriva a rendere impossibile la comunicazione si è verificata raramente durante il periodo di osservazione partecipante, il brano che riportiamo di seguito riguarda un altro tema piuttosto problematico:

**fisioterapista:** non capisco perché devo chiedere al mio paziente di raccontarmi delle sue cose personali delle sue emozioni, lui è qui per lavorare su un problema specifico, sul nervo sciatico, cosa c'entra se ha un brutto rapporto con la madre..io poi non sono una psicologa, sono una

fisioterapista specializzata in riabilitazione non vedo come posso essere d'aiuto

**Fisioterapista 2:** bè ma comunque le persone, lo sai anche tu...si aprono ti raccontano...

**Fisioterapista:**Si ma di certo io non le incoraggio, che motivo c'è? io non risolvo problemi emotivi

**Fisioterapista 2:** d'accordo ma tu non devi risolvere il problema che ha con sua madre puoi ascoltare però dare a lui la possibilità di raccontare, di esprimere le sue emozioni e di non lasciarle intrappolate nel suo corpo

**Fisioterapista:** Sì bè se la metti così, certo, non so comunque se so sostenere anche il dolore emotivo, non fa parte del mio lavoro.(master\_23 luglio 2008)

Molti dei medici intervistati alla conclusione dei seminari riconoscono l'importanza di "saper gestire" le emozioni all'interno della relazione terapeutica:

non si può negare che ci sia un aspetto emotivo di ogni patologia, anche solo una caduta si porta con se, un senso di vergogna o di fallimento, questo è importante e quando passa il dolore alla schiena o al collo non è detto che sparisca anche la vergogna... (fisioterapista\_conversazione informale\_settembre 2008).

io trovo fondamentale approfondire le mie competenze nel parlare con i miei pazienti, anche per potermi sentire più vicino, io lavoro con i bimbi moltissimo e quindi c'è un lato emotivo che devi saper prendere in considerazione... se no mica ti ascoltano, se non sentono che possono aprirsi, diventa tutto più difficile (specializzando in ortopedia\_conversazione informale\_maggio 2008).

Certo... certo non si può non dire che in medicina manca completamente la dimensione emozionale, ma non nel senso che non esiste, nel senso che non viene insegnata all'università poi noi ci facciamo i conti nella realtà fuori dai libri, quando abbiamo a che fare con i pazienti anche se qualcuno fa lo stesso finta di niente a lascia la patata alle infermiere (ride) ma possiamo fare finta di niente non significa che non esistono (medico generico\_conversazione informale\_luglio 2008).

Ciò che sembra assolutamente "nuovo" e molto spesso difficile da accettare è che nella pratica non convenzionale il carico emozionale a cui viene data più importanza è quella del terapeuta e non del cliente.

**massofisioterapista:** non capisco perché lavoriamo tanto su di noi, cioè delle volte mi sembra una specie di quei gruppi di sostegno, adesso con tutto il rispetto per il dolore degli altri, ma a me non mi va di affrontare le mie problematiche irrisolte, cioè non ne vedo il senso, sono brava lo stesso a fare il mio lavoro.

**naturaopata\_operatore shiatsu:** ma credo che ci sia una ragione molto valida per lavorare su di te, il principio è che solo se tu affronti e ascolti te stesso puoi affrontare il dolore degli altri, se tu hai affrontato e lavorato

sui tuoi drammi sulle tue sofferenze puoi sostenere una persona nel fare lo stesso percorso, solo così potresti...(lezione\_master\_24 luglio 2008).

Come ci spiega questo insegnante, infatti

ascoltare l'altro significa trovare un punto neutro a partire dal quale ti puoi aprire completamente e accogliere essere presenti all'altro, ma solo ascoltando se stessi questo è possibile, solo mettendo in discussione se stessi in ogni momento posso sentire veramente l'altro.(insegnante\_lezione\_master\_3 luglio 2008).

La seguente riflessione di Mortari (2006) esprime bene questo aspetto della pratica di cura:

È necessario imparare a gestire la propria vulnerabilità per non mettere a rischio la possibilità stessa della cura; tuttavia quando queste strategie di controllo sono finalizzate a stabilire comunque distanza nei confronti del paziente e, quindi, a evitare ogni forma di coinvolgimento può far esperire sentimenti dolorosi, ma costituisce anche la possibilità per instaurare una vera relazione e, dunque, per verificare la sensatezza del proprio operare. Per questa ragione una buona cura richiede da parte di chi-ha-cura un buon livello di competenza emotiva, sia rispetto al paziente sia rispetto a sé. (Mortari, 2006, p. 90).

Per alcuni medici questo aspetto si rivela una “scoperta molto preziosa” per se stessi e per i propri pazienti:

senza questo percorso non avrei mai capito molte cose di me, del mio lavoro e di come lo svolgo, mi sono liberato di tanti pesi, adesso so cosa vuol dire, che coraggio ci vuole e che fatica si fa, adesso posso aiutare anche i miei pazienti (fisioterapista\_conversazione-informale\_maggio 2008).

dare valore ai sentimenti non significa per forza essere irrazionali, questa è una cosa che ho imparato...e che porterò con me...passiamo anni a pensare che i sentimenti mettano in pericolo noi e il paziente, che ci vuole una certa distanza emotiva, ho scoperto che i sentimenti e le emozioni, sono fonte di grande sapere, sono vera e propria conoscenza... (laureando medicina e chirurgia\_conversazione informale\_maggio 2008).

Nuovamente il confine sta tra un approccio al lavoro, e in particolare al corpo come tessuti, muscoli e ossa, e un approccio olistico

**operatore shiatsu e cranio sacrale:** se continui a pensare al tuo lavoro come a una manovra su un muscolo credo sia naturale... che è difficile che prendi in considerazione altri livelli di guarigione.

**Laureando in medicina:** forse sì...è difficile cambiare così prospettiva  
**Operatore shiatsu e cranio sacrale:** Dovresti provare a cominciare a pensare il corpo della persona come un sistema interconnesso...non puoi lavorare su un muscolo senza toccare la dimensione energetica..che tu la

sentà o meno, che tu ci creda o meno (conversazione infomrale\_registrazione n. 34\_7\_febbraio 2008)

A volte la difficoltà di dialogo e scambio è causata dalla mancanza di un linguaggio condiviso:

la grossa difficoltà è che... non parliamo la stessa lingua, questi seminari sono interessanti ma dovrebbero essere più omogenei dal punto di vista della preparazione di base, almeno in anatomia e fisiologia (fisioterapista\_conversazione\_infomrale\_23 luglio 2008).

è una gran confusione... il gruppo è molto eterogeneo, ieri parlavo con un operatore shiatsu e un pranoterapeuta e io che sono un medico, insomma parlavamo tutti della stessa cosa e ognuno la chiamava in termini diversi. Ci vorrebbe una lingua franca. (riabilitazione neuromotoria\_lezione\_master\_3 luglio 2008).

mi trovo male a lavorare con persone che non sanno esattamente nominare i muscoli e le patologie, non ci sono punti di riferimento per il lavoro insieme...(laureando scienze motore\_conversazione informale\_luglio 2008).

Ma per alcuni questo viene considerato come un'occasione di crescita e di apprendimento

io sono molto soddisfatto e adesso so un sacco di cose nuove che magari non c'entrano con il master ma me le hanno insegnate i miei compagni di corso, bioenergetica, posizioni yoga, riflessologia... tutti spunti per approfondire, per me è stato importante confrontarmi con altri. (fisioterapista\_lezione\_master\_conv. Inf.\_febbraio 2009).

ogni volta che incontri e ti apri a qualcosa di diverso è un'occasione di crescita, certo non è facile mettere insieme discipline così lontane, ma quando ci si riesce possono venire fuori cose molto interessanti. (opertatore shiatsu\_insegnate yoga\_master\_conv. Inf.\_maggio 2008).

Come abbiamo visto nel capitolo precedente il ricorso alla terminologia medico scientifica e la preparazione in anatomofisiopatologia ormai sempre più richiesta nelle scuole professionali di pratiche di cura non convenzionali, come anche un generale processo di standardizzazione e codificazione dei percorsi e degli standard formativi è parte di un progetto di professionalizzazione volto all'ottenimento di una maggiore credibilità all'interno e all'esterno del campo delle pratiche di cura.

Per concludere aggiungiamo qui che molti elementi, principi e conoscenze medico-scientifiche entrano a far parte delle competenze dell'operatore di pratiche di cura non convenzionali proprio anche in ragione di questi incontri che rappresentano dei veri e propri momenti di traslazione dei saperi (Gherardi e Nicolini, 2004) in entrambe le direzioni:

utilizzato come alternativo a “circolazione” per sottolineare alcuni importanti aspetti del processo che permette al sapere pratico di viaggiare nello spazio e nel tempo. (...) L’idea di traslazione (...) mette inoltre in rilievo che la circolazione del sapere ha sempre la duplice natura di movimento e metamorfosi” sottolinea che la circolazione dipende dalla costituzione emessa in circolo di intermediari che volgono il lavoro necessario perché tale fenomeno abbia luogo. (...) Essa mette inoltre in rilievo che la circolazione del sapere ha sempre la duplice natura di movimento e metamorfosi (ibidem, p. 91).

I cui intermediari, nel nostro caso, non sono solo gli operatori e gli insegnanti, i medici e i professionisti che entrano in contatto con queste pratiche ma sono anche tutti coloro che praticano e continueranno a praticare la via dello shiatsu in occidente e in epoca contemporanea dando luogo a un processo che potremo definire in termini generali di addomesticamento e di familiarizzazione reciproca tra medicina scientifica e pratiche di cura non convenzionali.

## Conclusioni

Probabilmente la definizione più appropriata per descrivere le pratiche di cura non convenzionali è quella di costellazione:

“Si può parlare di costellazione dove elementi già differenziati o esposti a una differenziazione vengono costretti insieme in un’unità che li comprende” (Simmel 1908, p. 620)

Le pratiche di cura non convenzionali si caratterizzano per un elevato grado di differenziazione al loro interno, tra una disciplina e l’altra, ma anche e soprattutto all’interno della stessa disciplina. Il caso dello shiatsu, preso in esame, ci ha permesso di comprendere come la natura esperienziale di questa pratica, valorizzando la dimensione percettiva e sensoriale, si esprima in una varietà di esperienze e di espressioni individuali.

In una prospettiva culturale l’analisi della scuola come organizzazione, intesa come spazio all’interno del quale gli allievi costruiscono il senso della pratica e delle proprie competenze come operatori shiatsu, è stato possibile individuare diverse modalità di divenire shiatsuki in uno spazio analitico definito da due dimensioni: quello dell’adesione-differenziazione rispetto alla cultura organizzativa e quello della pratica intesa come professione o come pratica di vita e cura di sé.

In particolare abbiamo sottolineato come lo shiatsu venga inteso ad un estremo come pratica privata di cura di sé e, all’estremo opposto come tecnica e strumento per integrare competenze professionali anche di natura medico-scientifica.

Se da un lato ciò contribuisce alla diffusione della disciplina e all’incremento del numero dei praticanti-utilizzatori dall’altro l’aspetto di integrazione strumentale di prescrizioni medico-sanitarie, rischia, secondo alcuni, di penalizzare un percorso già di per sé difficile di riconoscimento professionale distinto ed autonomo.

Lo shiatsu come pratica di vita, di cura di sé e degli altri, intesa come percorso di crescita e di conoscenza valorizza una capacità di apprendere fondata che passa attraverso il corpo, che permette di pervenire a una sensazione in grado di far appropriare il soggetto della sua specifica dimensione di benessere, che può consistere anche in capacità di convivere con il sintomo o con male incurabile. Viene inoltre, per certi aspetti, sottolineato, come la centralità della dimensione individuale connessa alla salute e al benessere e alla ricerca di un equilibrio soggettivo possa fornire una possibile soluzione alla necessità di trovare quel filo conduttore, di trovare il modo di giocare e di trasformarsi rimanendo sempre sé stessi nella molteplicità e varietà delle esperienze che caratterizzano la vita quotidiana (Melucci, 1991). La ricerca e la pratica di una relazione capace di unire intelletto, corpo ed emozioni si contrappongono alla frammentazione e all’incertezza dell’epoca contemporanea.

Le pratiche di cura non convenzionali rappresentano anche l’espressione di nuove e inedite possibilità di relazione e di incontro con l’altro che includono la dimensione corporea ed emotiva, configurandosi come il prodotto e al tempo stesso elemento che ha favorito i profondi cambiamenti del modo di intendere e di ricercare la salute.

Il confine tra pratica di cura quotidiana e privata e pratica professionale è spesso emerso nella nostra indagine come sfumato e difficilmente individuabile, anche se, come abbiamo rilevato, è distinguere lungo la dimensione del riconoscimento una varietà di posizioni anche contrastanti rispetto al processo di legittimazione istituzionale. In particolare abbiamo visto che l'assenza fra le diverse scuole di un consenso condiviso sul "sapere" della disciplina e sulle modalità di definizione delle competenze dell'operatore shiatsu si riflettono nella varietà dei significati attribuiti al processo di riconoscimento istituzionale e persino nei confronti del "cliente".

Nonostante vi sia un accordo generale sulla necessità di ottenere una regolamentazione formalizzata che tuteli gli operatori e gli utilizzatori emergono posizioni piuttosto divergenti su come raggiungerla, specie per il timore, da parte di alcuni, che potremo definire più "ortodossi", di rischiare un processo di svilimento "medicalizzato" o di trasformazione in mera tecnica standardizzata. Inoltre la posizione nei confronti della medicina scientifica è difficilmente definibile una volta per tutte. Emerge la tendenza a ricercare modalità di collaborazione e di integrazione ma, seppure le posizioni più conflittuali siano state lentamente abbandonate, per molti degli operatori che abbiamo incontrato durante la nostra ricerca essere inclusi nella medicina scientifica significherebbe snaturare la disciplina e perdere la propria autonomia. Per coloro che invece intendono il riconoscimento come possibile o in quanto inclusione in ambito medico scientifico o in quanto autonomo percorso di professionalizzazione regolamentata, la strada sembra ancora lunga e incerta, proprio per le difficoltà connesse ai caratteri distintivi di apprendimento situato dello shiatsu, su cui ci siamo a lungo soffermati nel corso dell'analisi.

Per questo motivo si è preferito sostituire il termine processo con quello di progetti di professionalizzazione proprio per descrivere le diverse strategie messe in atto per costruire una figura professionale dell'operatore shiatsu. In particolare, è stato approfondito, come, in mancanza di una normativa statale, gli operatori costruiscano la propria credibilità professionale nel corso delle interazioni con i clienti, mettendo in luce come anche a livello organizzativo si riscontrino una tendenza ad adottare atteggiamenti e linguaggi simili a quelli della medicina scientifica.

Nonostante, come abbiamo visto, sia riscontrabile un generale abbandono delle posizioni più radicali e alternative, la percezione che gli operatori incontrati riportano rispetto alla loro posizione rispetto alla medicina scientifica è descritta ancora come piuttosto marginale e poco valorizzata, anche se non mancano esperienze positive di collaborazione e di reciproco riconoscimento.

Va notato, tuttavia, che la formazione allo shiatsu inteso come mera tecnica di manipolazione corporea o strumento per ampliare le proprie competenze di approccio al lavoro con il corpo è sempre più richiesta da parte anche di studenti e di taluni professionisti di formazione medico-scientifica. I corsi e i seminari dove operatori e medici apprendono sono stati definiti con il termine *boundary crossing* all'interno dei quali diversi saperi pratici si incontrano e si scontrano, creando a volte le premesse per nuove forme, "ibride", di approccio alla pratica di cura.

La costellazione delle pratiche di cura non convenzionali appare mutevole e fluida e difficilmente se ne intravedono, per il momento, future forme possibili. Ciononostante è possibile concludere che all'interno delle pratiche di cura non convenzionali la disciplina dello shiatsu si distingue da altre discipline non riconosciute per la crescente offerta di percorsi formativi professionali che, seppure con notevoli difficoltà, sta tentando di pervenire a una definizione condivisa degli standard formativi e delle modalità di certificazione delle competenze della figura dell'operatore shiatsu. Inoltre la peculiarità di questa disciplina, al confine tra pratica terapeutica e pratica di vita quotidiana inteso come percorso di crescita e di conoscenza soggettivo, se, da un lato rende il processo di definizione dei confini all'interno della disciplina stessa tra operatori professionisti e praticanti amatoriali, dall'altro ne favorisce la diffusione anche in ambito medico-scientifico favorendo e, per certi versi rendendo più urgente, il riconoscimento della disciplina come pratica di cura.





## BIBLIOGRAFIA

Argyris C. e Schon D.A.,

1988 *Apprendimento organizzativo: teoria, metodo e pratiche*, Guerini, Milano; ed.or. *Organizational learning: a theory of action perspective*, 1978, Addison Wesley.

Augè M. e Herzlich C.,

1986 *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano, ed. or. *Le sens du mal. Anthropologie, historie, sociologie de la maladie*, Overseas Publishers Association, Amsterdam B.V., 1983

Andrews M.,

2007 Exploring cross-cultural boundaries. In D. Jean Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology*, Thousand Oaks, Ca, pp.489-511

Balbo L.,

2004 Vita quotidiana, salute, star bene in un sistema a molti attori e a molti livelli, in Guizzardi G. (a cura di), *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Il Mulino Bologna, 2004, pp.343-359

Bain W.,

1999 Do we need a new word for patients? Continue to call them patients but treat them like costumers, *British America Journal*, n. 319, pp. 1436

Barber B.,

1979 Alcuni problemi di sociologia delle professioni, in Tousijn W. (a cura di) *Sociologia delle professioni*, Il Mulino Bologna, 1979, pp. 91-111

Barnes J.,

2003 Quality, efficacy and safety of complementary medicines: fashions, facts and the future. Part I: Regulation and quality; Part II: Efficacy and Safety, *British Journal of Clinic Pharmacology*, n.55, pp.226-233; pp.331-340

Bateson G.,

1976 *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano

Beck U.,

2000 *La società del rischio: verso una seconda modernità*, Carocci, Roma

2008 *Costruire la propria vita: quanto costa la realizzazione di sé nella società del rischio*, Il Mulino, Bologna.

- Becker H.S.,  
 1963 *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance/* New York: The Free Press of Glencoe  
 1987 *I trucchi del mestiere. Come fare ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna; ed. or. *Tricks of The Trade. How to Think about Your Research while You're Doing It*, The University Press, 1998, Chicago  
 1970 *Sociological Work, Method and Substance*, Aldine, Chicago.
- Becker H. S. e Anselm. L. Strauss  
 1956 *Careers, Personality, and Adult Socialization in American Journal of Sociology*, vol LXII no. 3.
- Beneduce R. (a cura di),  
 1997 *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, L'Harmattan Itali, Torino.
- Benozzo A. e Piccardo C.  
 1996 *Etnografia organizzativa. Una proposta di metodo per l'analisi delle organizzazioni come culture*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Berg P.O. e Gagliardi P.,  
 1995 *Immagini dell'impresa: lo studio del rapporto tra organizzazione e il suo ambiente nella prospettiva simbolica* in Gagliardi P.(a cura di), (1995) *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*. Utet, Torino, pp. 321-338
- Bifulco L.,  
 2002 *Che cos'è l'organizzazione*, Carrocci, Roma
- Boshuizen H.P.A. et al.,  
 1995 *Knowledge development and restructuring in the domain of medicine: the role of theory and practice.*, *Learning and Instruction*, vol. 5, pp. 268-289
- Botting D.A. & Cook R.,  
 2000 **Complementary medicine**:knowledge, use and attitudes of doctors. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 6, 41–47.[10.1054/ctnm.1999.0437](https://doi.org/10.1054/ctnm.1999.0437)
- Bourdieu P.,  
 2002 *Campo del potere e campo intellettuale*, Manifestolibri, Roma, ed.or. *Champ du pouvoir, cham intellectuel et habitus de classe*, Scolies, 1, 1971, pp. 7-26; *L'invention de la vie d'artiste*, Actes de la recherche en science sociales, 2, 1975, pp. 67-93
- Boyatzis R.E.  
 2008 *Competencies in the 21<sup>st</sup> century*, *Journal of Management Development*, vol.27, n.1, pp.5-12

- Brian R.,  
 2008 Performative Social Science: A Consideration of Skills, Purpose and Context, *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol.9, n.2, Art.58, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0802588>
- Broms H. e Gahmberg H.,  
 1995 La comunicazione con se stessi nelle organizzazioni e nelle culture in Gagliardi P.(a cura di), (1995) *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*. Utet, Torino, pp. 279-298
- Bucher R., Strauss A.,  
 1961 Professions in Process, *The American Journal of Sociology*, vol. 66. N. 4, pp. 325-334
- Calvi G.,  
 1987 Corpi sani, corpi malati, in Bourdieu et al. *Il corpo tra natura e cultura*, Franco Angeli, Roma pp.42-64
- Cant S.L. e Calnan M.  
 1991 On the margins of the medical marketplace? An exploratory study of alternative practitioners' perceptions, *Sociology of Health & Illness*, vol.13, n.1, pp. 39-57
- Cant S. e Sharma U.  
 1996 Demarcation and transformation within homeopathic knowledge. A strategy of professionalization, *Soc. Sci. Med.*, vol 42, n. 4, pp. 579-588  
 1988 Reflexivity, ethnography and the professions (complementary medicine). Watching you watching me watching you (and writing about both of us), *The Editorial Board of Sociological Review*, pp.244-263
- Cathy C. e Gafni A.  
 2006 Can I accurately predict the impact of an illness and its treatment on my future subjective well-being? A complex question that does not have a simple answer, *Health Expectations*, n. 9, pp.252-254
- Carricaburu D. e Menoret M.  
 2007 *Sociologia della salute*, Il Mulino, Bologna; ed.or. *Sociologie de la sante*, 2005, Armand Colin, Paris.
- Cavicchi I.,  
 1998 *L'uomo inguaribile*, Editori Riuniti, Roma  
 1999 *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà*, Editori Riuniti, Roma
- Child J.,  
 1972 Organization structure, environment and performance. The role of strategic choice, *Sociology*, n. 6, pp.1-22

Clark B. R.

- 1995 La saga organizzativa nelle istituzioni accademiche, in Gagliardi P (a cura di) *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*, UTET, Torino, pp.67-78

Cohen H. M.

- 2003 Complementary and integrative medical therapies, the FDA, and the NH: definitions and regulation. *Dermatologic therapy*, vol 16, 77-84, Blackwell

Colombo E.

- 2001 Le culture della salute, in Neresini F. e Bucchi M. (a cura di) *Sociologia della salute*, Carocci., 2001, Roma pp.135-160

Colombo E. e Rebughini P.

- 2003 *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna
- 2004 Un diverso sapere medico: le terapie non convenzionali tra conoscenza ed esperienza, in Guizzardi G. (a cura di) *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, 2004, Il Mulino, Bologna, pp. 73-119
- 2006 *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carrocci, Roma.

Collins R.,

- 1982 *Frames of Meaning: The Social Construction of Extraordinary Science*, Routledge, Boston
- 1992 *Teorie Sociologiche*, Il Mulino Bologna, ed. or. Theoretical Sociology, Harcourt Brace Jovanovich, Orlando, 1988

Comte A.

- 1975 *Auguste Comte and Positivism: The Essential Writings*, Harper & Row, New York

Cooper R., Fox S.

- 1990 The "texture" of organizing, *Journal of Management Studies*, vol. 27, n.6, pp.575-582

Cooper E.L.

- 2004 Complementary and Alternative Medicine, When Rigorous, can be Science, *Ecam*, n.1, pp.1-4

Cosmacini G.

- 1997 *L'arte Lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Laterza, Milano

- Coutler, A.,  
2002 Whatever happened o shared decision-making? *Health Expectations*,  
n.5, pp.185-186
- Crespi F.  
1994 *Identità e riconoscimento nella sociologia contemporanea*, Laterza,  
Milano  
2005 *Sociologia del linguaggio*, Il Mulino, Bologna.  
2007 *Conoscenza e società*, Carrocci, Roma
- Crozier M e Friedberg E.  
1994 *Attore sociale e sistema: sociologia dell'azione organizzata*, Etas,  
Milano, ed.or., L'acteur et le systeme. Les contraines de l'action  
collecite, 1977, Editions du Seuil, Paris
- Czarniawska B.  
2000 Narrare l'organizzazione. La costruzione dell'identità istituzionale,  
Edizioni di Comunità, Torino; ed. or. Narrating the Organizationi.  
Dramas of Institutional Identity, 1997, The University of Chicago  
Press, Chicago.
- D'Arneri P., Ernst C., Kier E.  
1990 New Social Movements in Historical Perspective, *Comparative Politics*,  
vol.22, n.4, pp.445-458
- Deber R. B et al.  
2005 Patient, consumer, client, or costumer: what do people want to be  
called?, *Health Expectations*, 8, pp. 345-351
- de Certeau, M.  
2001 L'invenzione del quotidiano, Lavoro, 2001; ed.or.: (1984) *The Practice  
of Everyday Life*, University of California Press, Berkeley and Los  
Angeles:
- De Mello A.  
1987 Un minuto di saggezza nelle grandi religioni, Edizioni Paoline, Milano
- De Sandre I.  
1994 Le professioni della salute (e osservatorio sociologico) in Ingrosso M.  
(a cura di), (1994) *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche,  
politiche*, Franco Angeli, Milano, pp. 234-252
- Dew K.,  
2000 Deviant insiders: medical acupuncturists in New Zealand, *Social  
Science & Medicine*, n.50, pp.1785-1795

- Diani M., Bison I.  
 2004 Organizations, Coalitions, and Movements, *Theory and Society*, vol.33, n.3/4, Special Issue: Current Routes to the Study of Contentious Politics and Social Change , pp. 281-309
- Dickson G.  
 1992 Carisma e revivalismo nel XIII secolo, in *Poteri carismatici e informali: chiesa e società medioevali*, ed. Sellerio, Palermo
- Dowrick C.,  
 1997 Rethinking the doctor-patient relationship in general practice, *Health and Social Care in the Community*, vol.5, n.1, pp.11-14
- Durkheim E.,  
 2005 Le forme elementari della vita religiosa, Meltemi, Roma;ed.or.: *Les forms elementaires de la vie religieuse*, 1912, Paris, Alcan
- Eco U.  
 1999 I limiti dell'interpretazione, Bompiani, Milano  
 1998 Lector in fabula. La cooperazione interpretativa nei testi narrativi,RCS Libri, Milano
- Eisenberg et al.  
 1998 Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-97. Results of a national follow-up survey.*JAMA*, n. 280, pp. 1569-1575  
 1993 Unconventional Medicine in the United States:prevalence, costs and pattern of use, *New England Journal of Medicine*, n.28, pp.246-252
- Ellis, Carolyn  
 2003 Grave Tending: With Mom at the Cemetery, *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 4(2), Art. 28, <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0302285>.
- Ellis C.e Bochner A.  
 2000 Autoethnography, personal narrative, reflexivity:Researcher as subject. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp.733-768). Thousand Oaks, Ca.: Sage
- Emanuel E.J. e Doble N.N.  
 1995 Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care, *Journal of the American Medical Association*, n.273, pp. 323-329
- Engel G. L.  
 1977 The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, New Series, vol. 196, n. 4286, pp. 126-136,

- Engestrom Y. et al.  
 1995 Polycontextuality and boundary crossing in expert cognition: learning and problem solving in complex work activities, *Learning and Instruction*, vol. 5, pp.319-336
- Erlandos P.  
 2005 The body disciplined: Rewriting teaching competence and the doctrine of reflection, ***Journal of Phylosophy in Education***, vol. 39, n.4, pp. 661-670
- Ernst E.  
 2000 Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review, *Bulletin of the World Health Organization*, vol.78, n.2, pp.25-257
- Ernst E.e Pitter M.H.  
 2006 Efficacy or effectiveness? *Journal of Internal Medicine*, n.260, pp. 488-490
- Ernst E., White A.  
 2000 The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complementary Therapy and Medicine*, n.8, pp. 32-36
- Everett K.D.  
 1992 Professionalization and Protest: Changes in the Social Movement Sector, 1961-1983, *Social Forces*, vol. 70, n.4, pp. 957-975
- Fadlon J.  
 2005 *Negotiating the Holistic Turn-the Domestication of Alternative Medicine*, State University of New York, New York
- Fisher P. e Ward A.  
 1994 *Complementary Medicine in Europe*, *British American Journal*, n. 309, pp. 107-111
- Foucault M.,  
 2001 *La cura di sè*, Feltrinelli, Milano; ed. or.: (1978). *The history of sexuality. Vol 1, An introduction* (R. Hurley, trans.), Pantheon, New York:
- Fox S.,  
 2008 *Relating to clients. The Therapeutic Relationship for Complementary Therapists*, Jessica Kingsley, London
- Friedson E.,  
 1970 *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton, New York.



- Friedberg E.  
 1994 Il potere e la regola. Dinamiche dell'azione organizzata, Etas, Milano,  
 ed. or. Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée,  
 Edition du Seul, Parigi, 1993
- Fulder S.  
 1996 *The Handbook of Alternative and Complementary Medicine*. Oxford  
 University Press, Oxford.
- Fulder, S.J. and Munroe, R.E.  
 1985 Complementary Medicine in the United Kingdom: Patients,  
 Practitioners and Consultations. *The Lancet*. 11, 542-6.
- Furnham A. & Kirkcaldy B.  
 1996 The health beliefs and behaviours of orthodox and complementary  
 medicine clients. *British Journal of Clinical Psychology* 35, 49–61.
- Gallino L.  
 1993 Dizionario di Sociologia, Utet, Milano
- Gambetta D.  
 1989 Le strategie della fiducia, indagini sulla razionalità della cooperazione,  
 Einaudi, Torino
- Gamson J.  
 1997 Messages of Exclusion: Gender, Movements, and Symbolic  
 Boundaries, *Gender and Society*, vol.11, n.2, pp. 178-199
- Garfinkel H.  
 1967 *Studies in ethnomethodology*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hal
- Garnett, M.  
 2003 Sustaining the cocoon: the emotional inoculation produced by  
 complementary therapies and palliative care, *European Journal of  
 Cancer*, n. 12, pp. 129-136
- Garnett M.  
 2003 Sustaining the cocoon: the emotional inoculation produced by  
 complementary therapies in palliative care in *European Journal of  
 Cancer Care*, n.12, pp.129–136,
- Gavin J.A.  
 2006 Health and social care for environmental health-realign geographical  
 traditions, *Health and Social Care in the Community* , vol.14, n.4.,  
 pp.281-283

Gherardi S. e Nicolini D.

2004 Apprendimento e conoscenza nelle organizzazioni, Carrocci, Roma

Giarelli et al.

2007 Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione, Franco Angeli, Milano

Giddens A.

2002 Le conseguenze della modernità, Il Mulino, Bologna; ed.or.: The Consequences of Modernity, Polity Press, Cambridge, 1990

Giugni M. G.

1998 Structure and Culture in Social Movement Theory, Sociological Forum, vol. 13, n.2, pp.265-375

Goffman E.

1988 L'interazione strategica, Il Mulino, Bologna; ed.or. Strategic Interaction, 1969, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

1971 Il comportamento in pubblico, Einaudi Editore, Torino; ed.or. Behaviour in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings, 1963, The Free Press of Glencoe.

1998 L'ordine dell'interazione, Armando Editore, Roma; ed. or. The Interaction Order, in American Sociological Review 1983, vol 48, pp. 1-17

1969 La vita quotidiana come rappresentazione, Il mulino, Bologna, 1969, ;ed or. The Presentation of Self in Every Day Life, New York, Doubleday, 1959

Goldner M.

2004 The dynamic interplay between Western medicine and the complementary and alternative medicine movement: how activists perceive a range of responses from physicians and hospitals, Sociology of Health & Illness, vol. 26, n. 26, pp. 710-736

Good B.J.

1999 Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente, Edizioni di Comunità, Torino; ed. or. Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective, 1994, Cambridge University Press, Cambridge.

Goody J.

1999 L'Oriente in Occidente. Una riscoperta delle civiltà orientali, Il Mulino, Bologna, ed. or. The East in the West, Cambridge University Press, Cambridge, 1996

Guizzardi G.

2004 Miracoli e portenti. Un modo diverso di guarire, in Guizzardi G. (a cura di) *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, 2004, Il Mulino, Bologna, pp.21-168

Gyerin T. F.

1983 Boundary-work and the demarcation of science from non-science and interests in professional ideologies of scientists, *American Sociological Review*, vol. 48, pp. 781-795

Hess D.J.

2004 Medical modernization, scientific research fields and the epistemic politics of health social movements, *Sociology of Health & Illness*, vol. 26, n.6, pp. 695-709

Hirschkron K.A.

2006 Exclusive versus everyday forms of professional knowledge:legitimacy claims in conventional and alternative medicine, *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, n. 5, pp. 533-557

Honneth A.

1993 Riconoscimento e disprezzo. Sui fondamenti di un'etica post-tradizionale, Rubettino Editore, Messina; ed. or. *Annerkennung und MiBachtung. Ein formales Konzept der Sittlichkeit.*

Horder J., Moore G.T.

1990 The consultation and health outcomes, *British Journal of General Practice*, n.40, pp.442-443

Howells N., Maher E.J.

1998 Complementary therapists and cancer patient care: developing a regional network to promote cooperation, collaboration, education and patient choice, *European Journal of Cancer Care*, n.7, pp.129-134

Huygen F.J.A. et al.

1992 Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients, *British Journal of General Practice*, n. 42, pp. 141-144

Hyojoung K., Bearman P.S.,

1997 The Structure and Dynamics of Movement Participation, *American Sociological Review*, vol.62, n.1, pp. 70-93

Ingrosso M. (a cura di)

1994a *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*, Franco Angeli, Milano.

1994 Ecologia sociale e salute. Scenari e concezioni del benessere nella società complessa, Franco Angeli, Milano.

Introvigne M.

2000 New Age & Next Age, Piemme, Casale Monferrato.

Jedlowski P. (a cura di)

2009 Georg Simmel. La metropoli e la vita dello spirito, Armando Editore, Roma, ed.or. Die Großstadt und das Gesellschaftsleben (1902); da Brucke and Tur, a cura di M. Landman e M. Sussman, Koheler Verlag, 1957, Stuttgart, pp. 227-242

2005 Un giorno dopo l'altro. La vita quotidiana fra esperienza e routine, Il Mulino, Bologna

2008 Il sapere dell'esperienza. Fra l'abitudine e il dubbio, Carrocci, Roma

Kleinman A.

1980 Patients and Healers in the Context of Culture, University of California Press, Berkeley.

Koretz L.R.

2002 Is alternative medicine alternative science?, Journal Lab Clin Med, vol.139, n.6, pp.329-333

Lalli P.

1988 L'altra medicina e i suoi malati. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative. CLUEB, Bologna.

La Mendola S.(a cura di)

2007 Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio, UTET, Torino

Lannoye P.

1994 Amendements to the Explanatory Statement (Part B-A3-0291/94-26.4.94) for the Report on the Status of Complementary Medical Disciplines to the European Parliament Committee on the Environment, Public Health and Protection, Paper presented to the European Parliament,

Lanternari V.

1997 Aporie classificatorie nelle eziologie tradizionali, in Beneduce R. (a cura di), Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali, 1997, L'Harmattan Itali, Torino.

Lamont M. e Molnar V.

2002 The Study of Boundaries, Annual Review of Sociology, vo. 28, pp. 167-195

- Malinowski B.  
 1992 *Giornale di un antropologo*, Armando, Roma, ed.or. A diary in the strict sense of the term, 1989, The Athlone press, London
- May C., Dowrick C, Richardson M.,  
 1996 The confidential patient: the social construction of therapeutic relationships in general practice, *Sociological Review*, n 44, pp. 187-203
- Meyer J.W. e Rowan B.  
 1995 Le organizzazioni istituzionalizzate: la struttura formale come mito e cerimonia, in Gagliardi P. (a cura di), (1995) *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*. Utet, Torino, pp. 279-298
- Milan F.B. et al.  
 1998 Teaching Residents About Complementary and Alternative Medicine in the United States, *Journal of General Internal Medicine*, vol.13, pp.562-567
- Manias E., Street A.  
 2001 Rethinking ethnography: reconstructing nursing relationships, *Journal of Advanced Nursing*, vol.33, n.2, pp.234-242
- Masunaga S.  
 1979 *Zen shiatsu: la terapia shiatsu secondo i principi dello zen*, Mediterranee, Roma
- Mechanic D.  
 1996 Changing Medical Organization and the Erosion of Trust, *The Milbank Quarterly*, n. 74, pp.171-189
- Melucci A.  
 2001 Prefazione in Neresini F. e Bucchi M. (a cura di) *Sociologia della salute*, Carocci, Roma, pp. 11-13  
 1994 Guarire e prendersi cura: La scelta della salute in Ingrosso M. (a cura di), (1994) *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*, Franco Angeli, Milano, pp. 253-266  
 1991 *Il gioco dell'io*, Feltrinelli, Milano  
 2000 *Costruzione di sé, narrazione, riconoscimento*, in della Porta D., Greco M., Szokolczai (a cura di) *Identità, riconoscimento, scambio*, Laterza, Milano, 2000, pp.30-44  
 2000 *Corpi estranei*, Libreria Scientifica, Milano
- Merton R.K.  
 1973 *The Sociology of Science*, University of Chicago Press, Chicago  
 1976 *Sociological Ambivalence and Other Essays*, Free Press, New York

- Micozzi M. S.  
2002 Culture, Anthropology, and the Return of “Complementary Medicine”,  
Medical Anthropology Quarterly, vol. 16, n. 4, pp. 398-414
- Mizrachi N., Shuval J.T., Gross S.  
2005 Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings,  
Sociology of Health & Illness, vol. 27, n.1, pp. 20-43
- Mortari L.  
2006 La pratica dell’aver cura, Mondadori, 2006, Milano
- Murray J., Shepard S.  
1988 Alternative or additional medicine? A new dilemma for the doctor? J.  
Royal College of General Practitioners, n.38, pp.511-14
- Mutti A.  
1987 La fiducia. Un concetto fragile, una realtà solida, in “Rassegna Italiana  
di Sociologia, XXVIII, N.2, pp. 223-247  
1998 Capitale sociale e sviluppo: la fiducia come risorsa, Il Mulino, Bologna  
2007 Reputazione, in Rassegna Italiana di Sociologia, n.4, anno ivx
- Nadai, E. Maeder, C.  
2007 Negotiations at all Points? Interaction and Organization in *Forum  
Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1),  
Art. 32, [http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-08/08-1-32-  
e.htm](http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-08/08-1-32-e.htm).
- Namikoshi T.  
1985 Il libro completo dello shiatsu: la terapia completa di pressione digitale,  
Mediterranee, Roma
- Neresini F.  
2001 Salute, malattia e medicina: lo sguardo sociologico, in Neresini F. e  
Bucchi M. (a cura di) *Sociologia della salute*, 2001, Carrocci, Roma
- Neresini F. e Bucchi M. (a cura di)  
2001 *Sociologia della salute*, Carrocci, Roma
- Nettleton S.  
1997 Comment: rethinking the doctor-patient relationship in general practice,  
*Health and Social Care in the Community*, vol.5, n.1, pp. 15-16
- Neuberger, J.  
1999 Let’s do away with patients, *British American Journal*, n. 318, pp.  
1756-1758
- Niggeman B. e Gruber C.

- 2003 Unconventional and conventional medicine: who should learn from whom? , in *Pediatric allergy and immunology* n.14, pp.149-155, Blackweel Munksgaard, UK
- Oerton S.  
2004 *Bodywork Boundaries: Power, Politics and Professionalism in Therapeutic Massage, Gender, Work and Organization*, vol. 11, n. 5, pp.544-565
- O'Connor B.  
1997 *Defining and describing complementary and alternative medicine, Alternative Therapies in Health and Medicine*, vol.3, n.2, pp.49-57
- Ouchi W. G. e Wilkins A. L.  
1985 *Organizational culture, Annual Review of Sociology*, n.11, pp. 475-483
- Oumeish Y.  
1998 *The Philosophical, Cultural, and Historical Aspects of Complementary, Alternative, Unconventional, and Integrative Medicine in the Old World, Arch. Dermatol.*, vol. 134, pp. 1373-1386
- Patel M.S.  
1987 *Problems in the evaluation of alternative medicine in Social Science Medicine*, vol.25, n.6, pp. 669-687
- Peabody F.  
1927 *The care of the patient, Journal of the American Medical Association*, n. 88, p. 877
- Pettigrew A. M.  
1995 *Cultura organizzativa: una famiglia di concetti*, in Gagliardi P.(a cura di), (1995) *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*. Utet, Torino, pp. 279-298
- Phillion J.A.  
2002 *Becoming a narrative inquirer in a multicultural landscape, Journal of Curriculum Studies*, vol. 34, n.5, pp. 535-556
- Popper, K.R.  
1965 *The Logic of Scientific Discovery*, Harper & Row, New York
- Quaglino G.P.  
1985 *Fare formazione*, Il Mulino, Bologna
- Rettore V.  
2007 *La linea dell'arco e le pietre*, in La Mendola S.(a cura di), *Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, UTET, Torino, 2007, pp. 139-188

Richardson J.

2001 Integrating complementary therapies into health care education a cautious approach, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 10, n.6, p. 793-798

Richardson L.

2000 Writing as a method of inquiry, in Denzin N. e Lincoln Y. (a cura di) *The handbook of qualitative research*, 2000, London Sage, pp.923-948

2001 Getting personal: writing stories, *qualitative studies in Education*, vo.14, n.1, pp.33-38

Roter D.

2000 The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship, *Health Expectations*, n.3, pp.17-25

Rotschild B.

2000 *The body remembers: the psychophysiology of trauma and trauma treatment*, New York, Norton & co.

Saks M.

2001 *Alternative Medicine and the Health Care Division of Labour: Present Trends and Future Prospects*, *Current Sociology*, vol. 49, n. 119, pp.119-134

Santambrogio A.

2006 *Il senso comune. Appartenenze e rappresentazioni sociali*, Laterza, Bari

Singer J.

2001 *Alternative Medicine- Why Should We Care?*, *Academic Emergency Medicine*, vol. 8, n. 1, pp. 65-67

Schneiderman, L. J.

2003 *The (Alternative) Medicalization of Life*, in *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol.31, n.2, pp.191-197

Schwartz H e Jacobs J.

1987 *Sociologia qualitativa. Un metodo nella follia*, Il Mulino, Bologna; ed.or. *Qualitative Sociology. A method to the Madness*, The Free Press, 1979, New York

Selznick P.

1974 *La Leadership nelle organizzazione. Un'interpretazione sociologica*, Tr. It Franco Angeli, Milano

Sciolla L.

2000 *Riconoscimento e teoria dell'identità*, in della Porta D., Greco M., Szokolczai (a cura di) *Identità, riconoscimento, scambio*, Laterza, Milano, 2000, pp.5-29



Simmel G.

1989 Sociologia, Edizioni di Comunità, Milano; ed.or. Simmel G. (1989), *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Leipzig 1908, (trad. it., *Sociologia* a cura di A. Cavalli, Milano).

1984 Filosofia del denaro, Utet, Tornino, ed. or.: Philosophie del Geldes, Leipzig.

Smith M.

2001 Introduzione allo shiatsu, L'età dell'Acquario, Torino

Sointu, E.

2006 The search for weelbeing in alternative and complementary healthy practices, in *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, n. 3, pp. 330-349

Somers M. R.

1994 The narrative constitution of identity: a relational and network approach, *Theory and Society*, vol. 23, n.5, pp. 605-649

Sparti D.

2000 Il riconoscimento dal volto umano, in della Porta D., Greco M., Szokolczai (a cura di) *Identità, riconoscimento, scambio*, Laterza, Milano, 2000,pp.45-65

Spradley J.P.

1980 *Participant Observation*. Holt, Rinehart and Winston, New York

Stacey M.

1994 Collective therapeutic responsibility. Lessons from the GMC.In *The Healing Bond. The Patient-Practitioner Relationship and the Therapeutic Responsibility* (Edited by Budd S. e Sharma U.), Routledge, London

Stevens, R.

1999 Do we need a new word for patients? Patients should obviously now be called "Neubergers", *British American Journal*, n. 319, pp.1436-1437

StarS L. e Griesemer J R.

1989 Institutional ecology, "translations" and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Soc. Stud. Sci.* 19(3):387-420

Sterchele D.

2007 Dare forma all'energia, in La Mendola (a cura di) *Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, UTET, Torino, 2007, pp. 7-49

- Antonio Strati,  
 1995 *L'approccio simbolico allo studio delle organizzazioni*, in Rivista trim. di Scienza dell'Amministrazione, n. 1
- Sugarman J.  
 2003 Informed Consent, Shared Decision-Making, and Complementary and Alternative Medicine, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 3:12, pp. 247-250
- Taylor, C.  
 2001 *Multiculturalismo: lotte per il riconoscimento*, Feltrinelli, Milano, ed.or. (1994) *The politics of recognition*. In Gutmann, A. (ed.) *Multiculturalism Examining the Politics of Recognition*. Princeton: Princeton University Press.  
 1993 *Multiculturalismo: la politica del riconoscimento*, Anabasi, Milano
- Thomas KJ. et al.  
 2001 Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey, *Complementary Therapy and Medicine*, n.9, pp. 2-11
- Thomas K.J., Carr J., Westlake L., Williams B.T.  
 1991 Use of non-orthodox and conventional health care in Great Britain. *British Medical Journal* n.302, pp. 207–211
- Tilly C.  
 1998 Social Movements and (All Sorts of) Other Political Interactions-Local, National, and International-Including Identities, *Theory and Society*, vol. 27, n.4, Special Issue on Interpreting Historical Change at the End of the Twentieth Century, pp. 453-480
- Torbeck et al.  
 2004 Integrating experiential learning in complementary and alternative medicine, *Medical Education*, n. 38, pp.1181-1202
- Tota A.  
 1997 *Etnografia dell'arte: per una sociologia dei contesti artistici*, Il Mulino, Bologna
- Tousijn W. (a cura di)  
 1979 *Sociologia delle professioni*, Mulino, Bologna
- Trahar S.  
 2009 Beyond the Story Itself: Narrative Inquiry and Autoethnography in Intercultural Research in Higher Education [41 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research*, 10(1), Art. 30, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0901308>.

- Turner B.A.  
1986 Sociological aspects of organizational symbolism, *Organization Studies*, n.7, pp.101-115
- Valentini P.  
2006 Formazione e apprendimento informale. Intervista a Anna Maria Ajello, *Formazione e Cambiamento*, Webmagazine sulla formazione, anno iv, n.41
- Van Maanen e Barley S.R.  
1995 Le organizzazione cultural: frammenti di una teoria, in *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*, 1995, Utet, Torino, pp. 151-175
- Vatrini M.  
3008 Strategie di shiatsu, CEA, Milano
- Vickers A.J.  
1994 Use of Complementary Medicine, *British American Journal*, n. 390, pp. 1161-1169
- Vincent C. e Furnham A.  
1996 Why do patients turns to complementary medicine? An empirical study, *British Journal of Clinical Psychology*, n. 35, pp. 37-48
- Viteritti A.  
2005 Identità e competenze. Soggettività e professionalità nella vita sociale contemporanea, Guerini e Associati, Milano
- Vickers M.H.  
2002 Researchers as storyteller: writing on the edge-and without a safety net, *Qualitative Inquiry*, vol. 8, n.5, pp. 608-621
- Vivienne E.  
2007 Another String to Our Bow: Participant Writing as Research Method, *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1), Art. 31, <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-08/08-1-31-e.htm>
- Vygotskij L.  
1992 Pensiero e linguaggio, Giunti, Firenze.
- Wadlow G. e Peringer E.  
1996 Retrospective survey of patients of practitioners of traditional Chinese acupuncture in the UK. *Complementary Therapies in Medicine* 4, 1-7.

- Wagner I.  
 2006 Career Coupling: Career Making in the Elite World of Musicians and Scientists, *Qualitative Sociology Review*, vol. II, N.3, pp.78-98
- Wallerstein N. e Bernstein E.  
 1988 Empowerment education Freire's idea adopted to health education, *Health Education Quarterly*, n.15, pp. 379-394
- Weber M.  
 1948 Il lavoro intellettuale come professioni, Einaudi, Torino, ed. or. Politik als Beruf, Wissenschaft als Beruf. Dunker e Humblot, Berlin, 1919  
 1981 Economia e Società, Edizioni di Comunità, Milano; ed.or. Wirtschaft und Gesellschaft, 1922, Mohr, Tubingen
- Weick K. E.  
 1997 Senso e significato nell'organizzazione. Alla ricerca delle ambiguità e delle contraddizioni nei processi organizzativi, Raffaello Cortina Editore, Milano, ed. or. Sensemaking in Organizations, Sage Publications Inc., 1995
- Welsh, S., Kelner, M., Wellman B., Boon H.  
 2004 Moving forward? Complementary and alternative practitioners seeking self-regulation, *Sociology of Health & Illness*, vol. 26, n.2, pp. 216-241
- Wilensky H. L.  
 1964 The Professionalization of Everyone?, *The American Journal of Sociology*, vol. 70, n. 2, pp.137-158  
 1979 La professionalizzazione di tutti? in Tousijn W. (a cura di) *Sociologia delle professioni*, Il Mulino Bologna, pp. 113-136
- Yardley A.  
 2008 Living stories: the role of the researchers in the narration of life. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Research*, vol.9 n.3, art.3
- Zollman C e Vickers A.  
 1999 What is complementary medicine? *British Medical Journal*, n.319, pp.693-696.