

Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale"

Perugia, 5 dicembre 2002

organizzazione: III Commissione consiliare permanente, Consiglio Regionale, Regione dell'Umbria - Assessorato alla sanità, Giunta Regionale, Regione dell'Umbria - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / *collaborazione:* Sezione antropologica (già Istituto di etnologia e antropologia culturale) del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia.

Il 5 dicembre 2002, nella Sala Brugnoli di Palazzo Cesaroni, sede del Consiglio regionale dell'Umbria, a Perugia, si è tenuto il convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio sanitario regionale" organizzato dalla III Commissione consiliare permanente, dall'Assessorato alla sanità e dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute. Il principale scopo dell'incontro è stato quello di presentare gli esiti della ricerca biennale *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sulla utenza nella regione dell'Umbria*, commissionata dal Ministero della sanità attraverso la Regione dell'Umbria e condotta dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute con la collaborazione della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio dell'Università degli studi di Perugia. L'incontro ha inteso inoltre offrire, da un lato, un quadro sintetico delle normative italiane ed europee connesse alla pratica delle medicine non convenzionali e delle iniziative operative già attuate in questo ambito nel nostro Paese da numerosi servizi sanitari pubblici; dall'altro, richiamare l'attenzione intorno ai progetti di legge attualmente proposti in Parlamento in vista di una possibile integrazione fra le diverse pratiche mediche, con particolare attenzione agli specifici percorsi formativi degli operatori.

Dopo i saluti istituzionali, l'apertura dei lavori della I sessione del Convegno (*La situazione*) è stata affidata a Tullio Seppilli, presidente della Fondazione Angelo Celli che ha innanzi tutto proposto una riflessione sulla stessa definizione di "medicine non convenzionali". Per l'Europa occidentale, e per l'Occidente in genere, si tratta di quel complesso di rappresentazioni, saperi e pratiche volte a contrastare la patologia e a conservare la salute – peraltro non riconducibili ad un unico corpus né dal punto di vista teorico né dal punto di vista pratico – estranei comunque alla biomedicina. Quindi, residui della medicina popolare-contadina – in Umbria largamente diffusa fino alla metà del Novecento –, sezioni più o meno organiche dei grandi sistemi medici orientali (come ad esempio l'agopuntura, la moxibustione e la fitoterapia cinese), frammenti di rituali protettivi africani o afroamericani; totalizzanti partecipazioni a gruppi culturali neoreligiosi di varia matrice, ed infine linee di sviluppo eterodosse della stessa medicina occidentale, quali l'omeopatia. Con la definizione "medicine non convenzionali" ci riferiamo dunque a tutte quelle risposte conoscitive e operative – terapeutiche, diagnostiche o preventive – che si collocano in Occidente al di fuori del "nostro" sistema medico ufficiale.

In merito, Tullio Seppilli ha poi proposto un sintetico excursus storico-antropologico, delineando inoltre lo stato attuale delle ricerche. Tra la fine dell' '800 e gli anni '60 del secolo XX, la biomedicina è giunta a costituire l'unico apparato organizzativo e

formativo legittimato ad offrire risposte in merito ai problemi di salute e malattia, determinando la progressiva delegittimazione di ogni altra forma di intervento: dalle “mammane” ai monaci che preparavano elisir, dai guaritori contadini ai barbieri che praticavano la piccola chirurgia, a tutta una serie di operazioni realizzate dagli stessi parroci, fino alla cura degli ossessi. Una serie di risposte più o meno efficaci ai problemi di salute sono state così gradualmente emarginate o totalmente eliminate e si è andata affermando un'unica medicina, protetta dal rigore della ricerca scientifica e dalla fermezza di severi provvedimenti legislativi. In quel periodo la biomedicina ha conseguito vittorie memorabili sulle principali malattie infettive e carenziali, fondate su rapidissimi progressi scientifico-tecnologici. Tuttavia, dall'inizio degli anni '60, si è andata via via manifestando, in seguito anche al diffondersi di patologie per le quali la biomedicina non riusciva a trovare positive risposte (malattie degenerative, croniche, virali), una graduale caduta della fiducia e delle indebite speranze sulla scomparsa *tout court* di ogni forma di patologia. Così, il processo che in Occidente aveva condotto la biomedicina a una centralizzazione di tutti i ruoli sanitari, alla pressoché incontrastata egemonia del modello proposto dalle facoltà mediche e a una sua dilatazione planetaria, ha iniziato a mostrare evidenti segnali di crisi, in cui intervengono in effetti anche altre dinamiche: una sempre maggiore settorializzazione e ipertecnizzazione del sapere medico a scapito della relazione medico-paziente, con il progressivo ridursi degli spazi e dei tempi della visita medica e del suo spessore emozionale-simbolico, una relativa diminuzione dell'attenzione alla soggettività del paziente e una sempre maggiore burocratizzazione delle strutture sanitarie.

Sempre sul finire degli anni '60, in concomitanza con il diffondersi dei movimenti culturali di contestazione, inizia dunque un'inversione di tendenza che sembra portare gli utenti verso nuove risposte di salute in linea peraltro con le tendenze anti-industriali, ecologiche e di “ritorno alla natura”. Specie nell'ultimo ventennio, questa inversione di tendenza è stata oggetto di indagine da parte di importanti istituzioni internazionali e nazionali, quali l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) e l'ISTAT (Istituto nazionale di statistica), che hanno evidenziato l'aumento progressivo del ricorso verso tali terapie, e in particolare l'omeopatia, l'agopuntura, la fitoterapia e i trattamenti manuali. Già nel 1983 l'OMS, infatti, segnalava come il 30% della popolazione europea ricorresse a terapie non convenzionali parallelamente alla biomedicina; successivamente, da un'importante ricerca dell'ISTAT, è emerso come nel triennio 1997-1999 circa nove milioni di italiani abbiano fatto ricorso almeno una volta a tali terapie. Per quanto riguarda il territorio italiano, l'utenza prevalente è di genere femminile, scolarizzato e risiede principalmente nelle regioni settentrionali.

Nella seconda parte del suo intervento Tullio Seppilli ha presentato i risultati della ricerca *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sulla utenza nella Regione dell'Umbria* condotta dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute nel biennio 2000-2002. Il gruppo di ricerca⁽¹⁾, avvalendosi dei dati quantitativi già disponibili, ha scelto di lavorare con una metodologia di tipo qualitativo, svolgendo colloqui in profondità con i vari soggetti coinvolti nel settore: operatori e loro utenti, farmacie e erboristerie, centri con un qualche tipo di offerta di terapie non convenzionali. La scelta dell'approccio qualitativo ha permesso di evidenziare ed approfondire numerosi ambiti tematici in relazione alle tipologie dei soggetti presi in esame. Ad esempio, per quanto riguarda gli operatori, sono stati indagati principalmente gli avvenimenti e le dinamiche personali e familiari connessi alla formazione e all'esercizio delle capacità, delle tecniche e delle attività iatriche; il quadro di riferimento ideologico, i modelli cognitivo-interpretativi e i vissuti soggettivi connessi alla pro-

pria attività iatrica; i procedimenti tecnici e la struttura di tale attività (tra cui la tipologia dei compensi e i processi di pubblica circolazione delle informazioni che lo concernono); ed infine i rapporti dell'operatore con la medicina convenzionale. Durante i colloqui con gli utenti è stata data particolare attenzione al vissuto soggettivo della malattia, al rapporto instaurato con il proprio operatore e con la sua attività iatrica (in particolare il livello di soddisfazione e il grado di identificazione con gli orizzonti ideologico-culturali cui inerisce l'attività iatrica dell'operatore); ed in ultimo il rapporto con la medicina convenzionale e i criteri in base ai quali l'utente si orienta volta a volta per il ricorso alla medicina convenzionale e/o a quella non convenzionale.

Per rendere conto della considerevole mole di materiale empirico raccolto nei due anni di indagine, Tullio Seppilli si è soffermato su alcuni significativi dati numerici: 5000 pagine di documentazione, 200 colloqui in profondità in otto aree della regione, più di 500 ore di rilevazione e registrazione dei dati. La elaborazione⁽²⁾ dei materiali raccolti ha permesso di individuare tre categorie di operatori tra loro molto diverse: i *guaritori tradizionali*, i *guaritori moderni* e i *laureati in medicina*. Con *guaritori tradizionali* ci si è riferito sostanzialmente agli ultimi protagonisti della tradizione terapeutica popolare – sono in genere più anziani degli altri, operano prevalentemente nelle zone rurali, più marginali, e hanno una formazione interna alla cultura contadina – ; con *guaritori moderni* a tutti coloro che, senza essere laureati in medicina hanno comunque partecipato a corsi di formazione per apprendere le terapie praticate, integrando spesso trattamenti di varia origine; e con *laureati in medicina* a tutti quei medici che, parallelamente alla biomedicina, utilizzano una o più medicine non convenzionali nella risposta ai problemi di salute dei propri pazienti. È stato evidenziato, in merito, come spesso i medici intervistati praticino terapie non convenzionali, come ad esempio trattamenti di medicina tradizionale cinese e omeopatia, accanto alla medicina appresa nelle università, non mettendo quindi in discussione i principi della biomedicina e attuando, ancor prima di una auspicata normativa in materia, l'integrazione tra i contributi di diversi sistemi e pratiche mediche.

L'offerta di terapie non convenzionali, nella nostra regione, è quindi un fenomeno in forte crescita e dai confini spesso non facilmente definibili; basti pensare che nei due anni di indagine sono stati individuati ben 59 tipi di terapie "alternative"⁽³⁾.

Il confronto fra i dati qualitativi emersi dalla ricerca con quelli quantitativi prodotti dai grandi istituti nazionali ed internazionali sembrano dunque confermare alcune linee di tendenza: prevalgono tra gli utenti di medicine non convenzionali soggetti con un elevato grado di scolarizzazione (soprattutto diploma e qualche laurea), con un'età media di circa 45 anni, prevalentemente di sesso femminile. Il desiderio di avviare agli effetti collaterali della terapia farmacologica, l'efficacia riscontrata da conoscenti di cui si ha fiducia che hanno sperimentato la medesima terapia non convenzionale per il medesimo problema, e la ricerca di una soluzione alternativa ad una patologia persistente non risolta dalla biomedicina, sono le principali motivazioni che inducono gli utenti a ricorrere a tali terapie.

Focalizzando l'attenzione sul complesso problema inerente la validazione dell'efficacia delle terapie non convenzionali, Tullio Seppilli ha sottolineato come la critica che gli antropologi rivolgono alla biomedicina non è di essere "troppo scientifica" ma di esserlo troppo poco, di radicare cioè il proprio fondamento scientifico pressoché esclusivamente sul terreno della ricerca biologica, senza tenere in conto quasi duecento anni di ricerche nel campo delle scienze sociali, degli studi dunque sulla soggettività,

sui vissuti e sui modelli culturali che intervengono nella patologia, sulle reti relazionali e sulle condizioni di esistenza di sani e pazienti in contesti storici determinati.

Il convegno è proseguito con l'intervento di Francesco Bottaccioli, presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI) e direttore della Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute (SIMAISS), che ha illustrato le evidenze scientifiche sull'agopuntura emerse dalle più recenti ricerche internazionali volte a valutarne l'efficacia clinica e i suoi meccanismi d'azione. Nel 1996 la Food and Drug Administration - l'ente governativo statunitense responsabile del controllo su alimenti e farmaci - ha riclassificato l'agopuntura da "strumento medico sperimentale" a "strumento medico regolato", a cui è seguito nel 1997, uno storico documento del National Institute of Health che ha segnato l'ingresso di questa millenaria metodica terapeutica nell'elenco delle terapie di cui è stata dimostrata in taluni campi l'efficacia. Francesco Bottaccioli ha inoltre sottolineato come la medicina tradizionale cinese, oltre ad essere una delle più organiche dottrine mediche antiche tuttora operanti in larga parte del mondo, costituisca in Cina un'importante risorsa medica dove, negli ultimi cinquanta anni, vi è stata oggetto di una politica governativa che ne ha regolamentato l'insegnamento, la diffusione e l'integrazione con la medicina scientifica occidentale negli ospedali e nelle facoltà di medicina.

L'antropologo Fabio Dei, dell'Università di Roma "La Sapienza", ha dato inizio ai contributi in cui l'attenzione si è focalizzata sulle implicazioni normative concernenti al riconoscimento delle medicine non convenzionali. Osservando gli ultimi dieci anni di attività del Parlamento europeo e di molti altri Stati membri dell'Unione Europea, Fabio Dei ha individuato tre principali angolazioni relative a questo problema: in primo luogo, la questione dell'autorizzazione allo svolgimento della professione sanitaria per gli operatori delle medicine non convenzionali; in secondo luogo quella del rimborso delle terapie e dei rimedi non convenzionali da parte dei sistemi sanitari nazionali o di enti di assistenza pubblica o privata; infine quella della formazione in medicina non convenzionali all'interno delle università. In proposito, in Europa gli approcci legislativi risultano alquanto eterogenei tanto da potersi distinguere in diverse tipologie: *sistemi monopolistici* (prevalenti in tutta l'Europa del sud, Italia inclusa, e in altri Paesi come Francia, Austria, Lussemburgo, Polonia, Islanda), che riconoscono legalità unicamente alla pratica della medicina convenzionale, escludendo e sottoponendo a sanzione ogni altra forma di "arte salutare" come esercizio abusivo della professione medica; *sistemi tolleranti* (vigenti in Germania, in Gran Bretagna e in Irlanda), che consentono, in vari gradi, l'esercizio di pratiche salutari ad altri terapeuti, sempre che non si qualificano abusivamente come laureati in medicina; *sistemi misti*, nei quali l'approccio monopolistico si applica solo ad un certo numero di atti medici, individuato per legge - per esempio interventi chirurgici, diagnostica endoscopica, anestesia, procedure ostetriche, etc. -, mentre tutte le altre pratiche mediche sono ammesse ad altri operatori, con l'unica riserva che essi non si qualificano come laureati in medicina (è il caso del Belgio, dell'Olanda e dei Paesi del Nord Europa). Estendendo infine la panoramica a territori esterni al Vecchio Continente, Dei ha poi introdotto in questo quadro classificatorio anche i *sistemi inclusivi* (presenti in alcuni paesi asiatici), nei quali differenti medicine sono riconosciute dal sistema sanitario; e i *sistemi integrati* (è il caso della Cina o della Corea), nei quali l'integrazione tra differenti sistemi medici, nella formazione professionale e nella pratica terapeutica, è ufficialmente promossa e incoraggiata dallo Stato.

Michele Renzo, consigliere della Corte d'Appello di Ancona, denunciando l'arretratezza della nostra normativa in materia di terapie non convenzionali, ha sottolineato

come l'unico punto di riferimento legislativo presente all'interno del Codice Penale italiano sia costituito dall'articolo 348, del 1930, che condanna genericamente l'esercizio abusivo delle professioni, compresa quella medica. Un simile vuoto legislativo, secondo il parere di Renzo, sarebbe stato colmato in qualche modo dall'articolo 117 della Costituzione italiana, introdotto nell'ottobre 2001, in base al quale sono state affidate potestà legislative alle singole regioni non solo in merito alla formazione degli operatori sanitari ma anche rispetto alla tutela della salute.

Sempre nell'ambito delle questioni legislative, Carlo Crocella, consigliere parlamentare, ha affermato come il ruolo dello Stato in materia di medicine non convenzionali non debba essere quello della validazione della loro efficacia – ambito d'elezione della "scienza" – bensì quello di regolamentare l'esercizio delle diverse professioni attraverso gli obiettivi e gli strumenti indicati dalle norme costituzionali. Passando in rassegna l'intensa attività che ha caratterizzato la XIII e la XIV Legislatura – durante le quali sono state effettuate un numero considerevole di audizioni alla Camera e al Senato in materia di medicine non convenzionali –, Crocella ha sottolineato come la maggiore conoscenza di tali terapie, unita ad un atteggiamento di maggiore apertura e fiducia, sulla base del principio del "pluralismo scientifico", costituiscano oggi le maggiori innovazioni che le ultime proposte di legge presenterebbero.

A proposito del rapporto tra medicine non convenzionali e servizi sanitari regionali, Carlo Romagnoli, dirigente del Servizio programmazione socio-sanitaria di base e dell'Osservatorio epidemiologico della Regione dell'Umbria, ha presentato le principali esperienze di medicina integrata – quelle esperienze, cioè, dove terapie e pratiche non convenzionali si integrano con trattamenti biomedici – nei vari servizi sanitari regionali italiani. Esempio appare il caso della Regione Toscana che, ancor prima degli anni Novanta, ha inserito particolari capitoli nel piano sanitario regionale, offrendo agli operatori sanitari specifici percorsi formativi in medicine non convenzionali, sviluppando sul proprio territorio, fin dal 1996, servizi di agopuntura e di fitoterapia, e stringendo anche una collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità per la diffusione e la promozione delle pratiche delle medicine non convenzionali.

Nonostante l'assenza di indicazioni precise riguardo alle terapie non convenzionali nei documenti ufficiali della Regione dell'Umbria, Romagnoli ha sottolineato una significativa "apertura" a tali terapie in questa regione, testimoniata da particolari esperienze nell'ambito della ricerca scientifica, dell'applicazione terapeutica e dei percorsi formativi. La presenza da alcuni anni di un ambulatorio per la terapia del dolore all'interno della ASL n. 2 di Perugia, in cui alla terapia farmacologica vengono associati trattamenti di agopuntura e omeopatia, ne costituirebbe un valido esempio, così come anche l'istituzione, nel 1999, di un corso di formazione della durata di quattro anni promosso dalla Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute (S_{IMA}ISS) rivolto ad operatori impegnati nel Sistema sanitario regionale provenienti dalle quattro ASL umbre.

La maggior parte delle relazioni e degli interventi alla tavola rotonda che hanno costituito la II sessione della giornata (*Prospettive*), hanno messo in evidenza, ancora una volta, la necessità di formalizzare norme ben precise riguardo ai molteplici ed eterogenei iter formativi, con particolare attenzione alla legittimazione e al conseguente accreditamento professionale degli operatori di medicine non convenzionali. È stata infatti fortemente discussa l'assoluta inadeguatezza di molti iter professionali in terapie non convenzionali – peraltro spesso promossi dalle case produttrici dei vari

rimedi – che prevedono l’acquisizione di diplomi e il conseguente accesso al mercato senza offrire un’adeguata preparazione.

Luigi Giacco, impegnato nella definizione di una legge quadro sulle medicine non convenzionali presso la Commissione affari sociali della Camera dei Deputati, ha rilevato la necessità che la nuova normativa si basi su due principi fondamentali: il pluralismo scientifico e l’individuazione di strumenti adeguati per la valutazione dell’efficacia di tali medicine. La legge quadro prevede una tripartizione delle terapie non convenzionali distinte in tre diversi raggruppamenti, ai quali vengono associate diverse tipologie di professionalità e iter formativi. Nel cosiddetto “primo vagone” rientrano l’agopuntura, l’omeopatia, l’omotossicologia, la medicina ayurvedica, la medicina antroposofica, la medicina tradizionale cinese e la fitoterapia, praticabili esclusivamente da medici che, terminato il percorso di formazione canonico, scelgano di acquisire le competenze specifiche attraverso un master della durata di tre anni. Nel “secondo vagone” rientrano la chiropratica e l’osteopatia che, secondo il parere di molti, meritano un capitolo a parte, dal momento che il loro insegnamento è previsto, in Paesi europei ed extra europei, all’interno del curriculum di studi delle facoltà di medicina. Vera innovazione rispetto alle proposte di legge precedenti è rappresentata dalla creazione di un “terzo vagone”, che comprende le terapie “bio-naturali”, ovvero tutte quelle terapie il cui intervento è mirato al ripristino del “benessere” e al miglioramento della qualità della vita e non alla risoluzione di quegli stati che la biomedicina definisce “patologici”.

La conclusione dei lavori del convegno è stata affidata a Tullio Seppilli che, rivolgendosi alle numerose personalità presenti e focalizzando l’attenzione sulle concrete proposte operative, ha ribadito il ruolo fondamentale che il potere pubblico deve assumere al fine di costruire, in un sistema sanitario di welfare, una normativa coerente con le attese e i bisogni emergenti.

Note

⁽¹⁾ Una delle *slides* presentate nel corso dell’intervento ha illustrato l’organigramma della ricerca. *Comitato scientifico*: prof. Giovanni Berlinguer, già presidente del Comitato nazionale di bioetica / Francesco Bottaccioli, psiconeuroimmunologo, direttore della Scuola di medicina avanzata e integrata (SIMAIS), presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI) / dott. Andrea Caprara, medico antropologo, responsabile della Sezione ricerche della Escola de saúde pública do Estado do Ceará (Fortaleza, Brasil), Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute / dott. Luca Citarella, antropologo, consulente di sanità pubblica, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute / dott. Carlo Romagnoli, responsabile della Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell’Umbria / prof. Tullio Seppilli, antropologo, Presidente della Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute, Presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) / dott. Enrico Petrangeli, antropologo, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute. *Direzione scientifica*: prof. Tullio Seppilli, presidente della Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute. *Coordinamento amministrativo*: dott. Carlo Romagnoli, responsabile della Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell’Umbria. *Coordinamento della ricerca*: dott. Enrico Petrangeli, antropologo, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute. *Gruppo operativo*: dott. Carlotta Bagaglia, antropologa, dottoranda in Metodologie della ricerca etnoantropologica / dott. Silvia Bronco, antropologa / Lionello Filippucci, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute (*amministrazione*) / dott. Sabrina Flamini, antropologa / dott. Lara Iannotti, antropologa / dott. Maya Pellicciari, antropologa, dottoranda in Metodologie della ricerca etnoantropologica (*supervisione delle interviste e collaborazione alla bibliografia*) / dott. Monica Pelliccioni, antropologa / dott. Angela Rossi, farmacista, Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell’Umbria / dott. Silvia Spedicato, dottoranda in antropologie sociale e ethnologie / Margherita Tinarelli, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute (*segreteria*).

⁽²⁾ In vista del convegno di cui si dà qui il resoconto, la dott. Carlotta Bagaglia e la dott. Sabrina Flamini hanno proceduto ad un affinamento e ad un ulteriore approfondimento del lavoro di elaborazione dei materiali prodotti già effettuato in prima istanza dal gruppo operativo durante la ricerca sul campo.

⁽³⁾ Riportiamo qui l'elenco delle terapie non convenzionali suddiviso per ciascuna categoria di operatori. *Guaritori tradizionali:*

Chiaroveggenza, Esorcismi, Filtri d'amore, Fitoterapia, Lettura tarocchi, Pranoterapia, Radioestesia, Veggenza; *Guaritori moderni:* Aromaterapia, Chelazione (pulizia dell'aura), Comicoterapia, Conoscenza delle vite passate, Contatti medianici con defunti, Cromopuntura, Cromoterapia, Danzaterapia, Floriterapia (Fiori di Bach), Iridologia, Kinesiologia, Lettura delle energie, Linfodrenaggio, Massaggio olistico (ayurvedico), Musicoterapia, NAET (Nambudripad's Allergy Elimination Technique), Naturopatia, Osteopatia, Pranoterapia, Reiki, Riflessologia, Riflessologia plantare, Shiatsu, Tecniche di educazione corporea (metodi Feldenkrais, Souchard, Mézières), Terapia cranio-sacrale, Watsu, Yoga; *Laureati in medicina:* Chiropratica, Fitoterapia, Floriterapia (Fiori di Bach), Iridologia, Medicina antroposofica, Medicina ayurvedica, Medicina cinese (Ago-puntura, Moxibustione, Coppettazione, Fitoterapia), Medicina manipolativa riflessoterapica, Microchimiopuntura, NAET (Nambudripad's Allergy Elimination Technique), Omeopatia, Omotossicologia, Ozonoterapia.

Carlotta Bagaglia
Sabrina Flamini