



CEN/TC 414
CEN/TC 414 – Comitato Progetti – Servizi in osteopatia
Email del segretario: josef.winkler@as-institute.at
Segreteria: ASI (Austria)

**N0017 Norma europea in corso di elaborazione per la fornitura di servizi sanitari osteopatici 1 05
12 con termine di scadenza (si prega di inviare i commenti entro il 31-07-2012)**

Tipo di documento: Bozza di lavoro

Data del documento: 29-06-2012

Azione prevista: RISPOSTA

Data di scadenza dell'azione: 31-07-2012

Contesto:

URL del Comitato: <http://cen.iso.org/livelink/livelink/open/centc414>

Allegata alla presente si trasmette una proposta di Norma Europea per la Fornitura dei Servizi Sanitari Osteopatici. Quando gli elementi che la compongono verranno accettati in via di principio essa verrà nuovamente impaginata nel formato previsto per le norme CEN in via di elaborazione.

Norma europea in via di elaborazione per la fornitura dei servizi sanitari osteopatici

Documento di lavoro

Sezione 1: Introduzione

Sezione 2: Definizione e struttura dell'osteopatia

Sezione 3: Pratica clinica

Sezione 4: Istruzione e formazione

Sezione 5: Deontologia

Sezione 6: Glossario

Sezione 7: Allegati

1. Introduzione

- 1.1 L'osteopatia è una diffusa e avanzata disciplina sanitaria centrata sul paziente. Ai pazienti che scelgono il trattamento osteopatico deve essere garantita l'assistenza secondo criteri qualitativi e normativi uniformi.
- 1.2 La presente norma riguarda la fornitura del trattamento e dell'assistenza in ambito osteopatico. Essa aspira a stabilire criteri di elevata qualità per la pratica clinica, la formazione, la sicurezza e la deontologia, allo scopo di tutelare i pazienti.
- 1.3 La presente norma non sostituisce le legislazioni vigenti nei singoli stati membri.

2. Definizione e struttura dell'osteopatia

Definizione di osteopatia

- 2.1. L'osteopatia è una branca dell'assistenza sanitaria, sviluppata da un medico americano, Andrew Taylor Still (1828-1917), il quale fondò la prima scuola di osteopatia nel 1892. L'osteopatia è una disciplina sanitaria ampiamente riconosciuta, con formazione a livello universitario, che a partire dagli USA si è diffusa in Europa e in altri paesi.
- 2.2. L'osteopatia si basa sull'anatomia, sulla fisiologia, sull'embriologia e su altre scienze mediche. L'approccio adottato da questo tipo di assistenza sanitaria è centrato sul paziente e si concentra sulla salute del paziente piuttosto che sulla malattia.
- 2.3. L'osteopatia considera l'essere umano come un sistema unitario composto da corpo, mente e spirito, e si avvale della funzione corporea come di un sistema di controllo a retroazione di tipo olistico. Scopo della pratica osteopatica è individuare le restrizioni funzionali e motorie per rilasciarle.
- 2.4. Gli osteopati riconoscono l'espressione del movimento in tutti gli aspetti funzionali dell'organismo. Essi inducono un processo autoregolato di rigenerazione che permette al paziente di recuperare l'equilibrio dinamico e l'omeostasi.
- 2.5. Nel corso del processo di guarigione, gli osteopati si affidano principalmente al contatto manuale, tuttavia fanno anche ricorso ad altre capacità e competenze.
- 2.6. Scopo del trattamento osteopatico è migliorare e sostenere tutti gli aspetti della salute e del sano sviluppo.

Integrazione dei modelli

- 2.7. A volte il termine di osteopatia è utilizzato in modo intercambiabile con quello di medicina osteopatica. In alcuni casi, l'osteopatia è considerata una disciplina sanitaria indipendente o una specialità dell'assistenza sanitaria, tuttavia è potenzialmente integrabile con altre discipline.
- 2.8. L'approccio osteopatico si basa sui principi della fisiologia, dell'anatomia, dell'embriologia umana e delle altre scienze mediche. A causa della complessità dell'organismo umano, l'approccio osteopatico si basa su diversi modelli. Tali modelli riconoscibili possono essere descritti in modo differente, in funzione dei risultati ottenuti dalla scienza e dell'attuale visione del mondo da essi dedotta. È importante che l'osteopatia mantenga la propria identità pur continuando ad adattarsi alle nuove conoscenze.
- 2.9. I modelli elencati nell'Allegato A specificano le modalità con cui l'operatore osteopata cerca di influire sulle risposte fisiologiche del paziente. Questi modelli influiscono sulla raccolta delle informazioni anamnestiche e sull'importanza attribuita ai reperti strutturali nel quadro della salute generale del paziente. Tipicamente, per ciascun paziente è opportuno applicare una combinazione di modelli. Tale combinazione deve essere selezionata in funzione delle caratteristiche fisiche, emotive, cognitive e spirituali del

singolo individuo, e adattata in considerazione della diagnosi differenziale, delle comorbilità e degli altri regimi terapeutici in atto. La combinazione dei modelli deve essere modificata per rispecchiare la risposta del paziente al trattamento.

- 2.10. Osteopati diversi possono prediligere modelli diversi, tuttavia poiché l'organismo del paziente non separa i modelli l'uno dall'altro, l'osteopata ritiene che l'unità tra corpo, mente e spirito sia equiparabile all'unificazione dei differenti modelli in ciascun trattamento. La combinazione dei modelli deve essere modificata in funzione della risposta del paziente al trattamento. L'osteopata deve essere in grado di selezionare o modificare le tecniche allo scopo di soddisfare le necessità di ciascun paziente.
- 2.11. Gli osteopati sono avvezzi a considerare il paziente nella sua interezza, sicché la modalità di presentazione del paziente per il trattamento dipende dal suo stato di salute a livello fisico, mentale ed emotivo. La sensibilità tattile estremamente sviluppata e l'interpretazione dei sistemi complessi come entità unitarie sono caratteristiche tipiche dell'approccio osteopatico.
- 2.12. I modelli affondano le basi nella ricerca scientifica, tuttavia possono essere integrati nella pratica clinica solo dopo aver valutato i loro effetti sull'intero sistema corporeo mediante l'esperienza pratica e l'osservazione. Per una comprensione completa dei modelli è essenziale acquisire una padronanza pratica basata sulle prove esperienziali dei loro distinti effetti sul corpo.

3. Pratica clinica

- 3.1. L'osteopatia è centrata sul paziente, e si concentra sulla salute del paziente piuttosto che sulla malattia. Il trattamento osteopatico tiene sempre in considerazione i processi patofisiologici. Gli osteopati devono possedere e coltivare una comprensione dei modelli di salute e malattia, e saperli integrare con senso critico nell'assistenza e nella gestione pratica del paziente. Devono avere una consapevolezza critica riguardo alle ricerche di elevata qualità condotte in ambiti di interesse e riguardo ai principi teorici e pratici dei vari approcci in campo sanitario, per poter correttamente inviare i pazienti a consulto, instaurare collaborazioni professionali e selezionare terapie adiuvanti. Nel rapporto con il paziente l'osteopata deve essere premuroso, neutrale ed astenersi dall'esprimere giudizi.
- 3.2. Per elaborare la diagnosi e il trattamento personalizzato per ciascun paziente, gli osteopati analizzano i regolari processi funzionali dell'organismo e si avvalgono di principi riconosciuti.
- 3.3. Tali principi sono i seguenti:
- L'essere umano è un'unità funzionale dinamica, formata da corpo, mente e spirito.
 - La struttura e la funzione sono intercorrelate a tutti i livelli.
 - L'essere umano è dotato di meccanismi di autoregolamentazione che mantengono l'integrità con la sua intrinseca tendenza all'autoguarigione. Il trattamento osteopatico segue modalità che inducono il processo di autoregolamentazione del paziente, affidandosi alle forze di autoguarigione del corpo.
 - L'essere umano cerca sempre di riconquistare il proprio equilibrio dinamico e di ripristinare l'omeostasi.
 - L'essere umano per quanto in suo potere lavora in condizioni il più possibile economiche e confortevoli.
 - L'essere umano risponde alla malattia come sistema unitario presentando a livello sistemico determinati schemi funzionali. Modificando una parte del sistema si influisce sull'equilibrio di tutto lo schema.
- 3.4. L'applicazione di questi principi è un tratto distintivo del trattamento osteopatico. L'osteopatia non consiste solo di una serie di tecniche, ma anche di una vasta gamma di competenze tecniche che vengono utilizzate per applicarne i principi. Tali principi non sono meramente filosofici, ma comprendono istruzioni pratiche e molto concrete per il trattamento. Conoscere e seguire tali modelli e tali principi modifica completamente l'intenzione alla base del trattamento. Benché alcuni di questi principi possano essere riconosciuti anche in altre discipline, l'osteopatia li riconosce pienamente e li utilizza secondo modalità uniche e speciali.

Anamnesi, valutazione strutturale e interpretazione dei reperti

- 3.5. Gli osteopati devono redigere un'anamnesi dettagliata del paziente e analizzare il disturbo lamentato dal paziente. Devono essere capaci di interpretare sia le informazioni verbali che quelle non verbali. Tali informazioni devono essere registrate in una cartella individuale e conservate in un luogo sicuro. Le regole sulla riservatezza non vanno infrante in nessun caso.

- 3.6. È necessario ascoltare i pazienti e rispettarne le preoccupazioni e le preferenze. Gli osteopati devono essere capaci di riconoscere le caratteristiche e le conseguenze della comunicazione non verbale nonché le problematiche relative a etnia, genere, religione, sessualità, invalidità e stato socio-economico per il loro possibile impatto sulla salute del paziente.
- 3.7. Gli osteopati devono fornire ai pazienti le informazioni delle quali hanno bisogno in una forma per loro comprensibile, in modo che possano trarne beneficio. Occorre spiegare i possibili rischi e benefici, ed è necessario che il paziente dia il proprio consenso al trattamento/procedura.
- 3.8. Gli osteopati devono essere in grado di generare diverse ipotesi diagnostiche per spiegare l'eziologia del disturbo presentato dal paziente, allo scopo di decidere se elaborare una strategia di trattamento oppure inviare il paziente a consulto da un altro professionista del settore sanitario.
- 3.9. Gli osteopati devono essere in grado di selezionare un piano d'azione appropriato, basandosi su un processo decisionale razionale, che deve comprendere la considerazione critica dei limiti della competenza personale, i probabili effetti del trattamento osteopatico, la ricerca di alta qualità nel campo di interesse e i desideri del paziente.
- 3.10. Gli osteopati devono dimostrare una dettagliata perizia riguardo alla struttura e alla funzione umana, con particolare enfasi sull'interrelazione funzionale tra tutti i sistemi corporei. Tale perizia deve essere sufficiente a saper riconoscere, individuare e differenziare le strutture e i processi di un corpo vivente normale da quelli anormali. Gli osteopati, grazie alla comprensione dei modelli e dei principi, sono in grado di vedere e riconoscere che il problema presentato può essere causato da un disturbo a un livello sottostante.
- 3.11. Gli osteopati devono essere capaci di condurre un'efficace valutazione biomeccanica del paziente e di effettuare una valutazione palpatoria approfondita, sensibile e adeguatamente dettagliata per l'applicazione degli altri modelli.
- 3.12. L'elevata qualità nelle competenze palpatorie e nel contatto manuale sono essenziali nell'ambito della pratica osteopatica, sia durante la diagnosi che nel trattamento. Gli osteopati devono utilizzare il vantaggio diagnostico dell'esame manuale come base razionale per decidere se consigliare al paziente di sottoporsi a tecniche diagnostiche di imaging come radiografie e risonanza magnetica, o a ulteriori esami clinici specifici.
- 3.13. Gli osteopati devono avere una conoscenza e comprensione delle patologie umane sufficientemente approfondita per formulare il giudizio clinico e per saper riconoscere i disturbi non adatti all'applicazione di tecniche osteopatiche specifiche.

Trattamento osteopatico

- 3.14. Gli osteopati devono essere in grado di redigere cartelle cliniche accurate contenenti le informazioni relative all'esito della valutazione del paziente e al processo del trattamento.
- 3.15. Il trattamento osteopatico si rivolge agli aspetti funzionali, tenendo in considerazione le condizioni strutturali. Gli osteopati devono essere capaci di dimostrare le modalità con le quali i modelli e i principi vengono tradotti in azione, avvalendosi di numerosi differenti trattamenti osteopatici e approcci gestionali.
- 3.16. Gli osteopati devono essere in grado di selezionare, utilizzare e modificare un'ampia gamma di tecniche osteopatiche e di approcci per la gestione del paziente. Gli osteopati devono monitorare l'effetto del trattamento durante la sua applicazione e dopo il completamento, ottenendo feedback verbale e non verbale, ed effettuando la palpazione del feedback del tessuto.
- 3.17. Il trattamento osteopatico può essere preventivo, terapeutico o adiuvante. Gli osteopati devono assicurarsi che il paziente riacquisti la naturale funzionalità e integrità strutturale, nella massima misura possibile. Se necessario, gli osteopati devono incoraggiare il paziente a comprendere la sua situazione e a impegnarsi in esercizi specifici, provvedimenti preventivi, modifica dello stile di vita e considerazioni dietetiche, oltre che a rivolgersi alle locali strutture di assistenza sanitaria. Gli osteopati devono sottolineare al paziente l'importanza di questi aspetti della cura di sé per la sua salute. Ciò include la spiegazione dei potenziali benefici, rischi e limitazioni.
- 3.18. Gli osteopati devono aiutare i pazienti a effettuare scelte informate riguardo al mantenimento della propria salute personale. Il trattamento manuale osteopatico (TMO) e altre competenze dell'osteopata possono essere utilizzate per educare i pazienti a comprendere la natura dei loro disturbi e a gestire la propria condizione per evitare ricadute.
- 3.19. Gli osteopati devono effettuare un'analisi critica e guidare il paziente affinché comprenda l'importanza dell'effetto potenziale del trattamento, il progresso ottenuto rispetto alle aspettative iniziali, modificando di conseguenza l'ipotesi diagnostica di lavoro, l'approccio al trattamento e la gestione del paziente, ivi incluse le modifiche allo stile di vita mirate al miglioramento e alla manutenzione della salute. In ciò sono comprese attività di cura di sé come lo sport, la dieta e l'attività fisica.
- 3.20. Gli osteopati devono essere capaci di riconoscere le reazioni avverse al trattamento osteopatico e di mettere in atto risposte adeguate, compreso l'invio del paziente a un altro professionista, qualora ciò sia opportuno.
- 3.21. Gli osteopati, tutta l'équipe di assistenza e i pazienti devono cooperare, poiché con un'interazione efficace di tutte le figure interessate si ottiene un'assistenza ottimale.
- 3.22. Le strutture nelle quali viene effettuata la pratica dell'osteopatia devono soddisfare le esigenze di riservatezza del paziente e la cooperazione ottimale per tutto il processo del trattamento. Ciò comprende il rispetto di tutte le norme e i regolamenti nazionali in tema di assistenza sanitaria e di sicurezza.

- 3.23. Di norma, il trattamento osteopatico deve essere erogato in strutture igieniche e sicure che possano contribuire alla fornitura di un'assistenza sanitaria di elevata qualità.

Diversità nella professione osteopatica

- 3.24. Nel corso della storia dell'osteopatia, gli operatori osteopatici nel tentativo di influire sulla complessità della fisiologia umana hanno elaborato una varietà di modelli basati su principi comuni.
- 3.25. L'osteopatia è riconosciuta come una professione distinta rispetto alle altre discipline di assistenza sanitaria che utilizzano tecniche manuali, come la fisioterapia e la chiropratica. Gli istituti di formazione, le associazioni professionali e internazionali osteopatiche sono indipendenti da queste altre professioni.
- 3.26. Gli osteopati vengono incoraggiati ad evitare di lavorare come operatori isolati e pertanto a iscriversi a un'associazione osteopatica nazionale o, qualora non esista, a collaborare con i colleghi allo scopo di fondarne una. Le organizzazioni osteopatiche esistenti vengono invitate a collaborare allo scopo di promuovere standard elevati nell'osteopatia.
- 3.27. La diagnosi strutturale e il trattamento manuale osteopatico sono componenti essenziali dell'osteopatia. Benché le tecniche manuali vengano utilizzate anche da molti altri operatori come i chiropratici, i terapeuti manuali, i fisioterapisti, gli operatori del tuina e i terapeuti craniosacrali, tuttavia la modalità peculiare con cui le tecniche manuali osteopatiche vengono integrate nella gestione del paziente, la durata, la frequenza e la scelta della tecnica sono aspetti prettamente osteopatici. Il trattamento manuale osteopatico (TMO) non è limitato alle tecniche vertebrali con impulso spesso associate con la medicina manuale. Molte forme di tecniche manuali osteopatiche vengono insegnate e utilizzate dagli osteopati. Tra queste sono comprese le tecniche con thrust o impulso e anche tecniche molto delicate (un elenco di alcune tecniche utilizzate dagli osteopati è riportato nell'Allegato C).

4. Istruzione e formazione

Forme e/o categorie di istruzione

- 4.1. Per regolamentare la pratica dell'osteopatia ed evitare che essa venga somministrata da operatori non qualificati occorre un adeguato sistema di formazione e una procedura di esame e di abilitazione.
- 4.2. I parametri formativi devono tenere in considerazione gli elementi seguenti:
 - a. Contenuto della formazione;
 - b. Metodo formativo;
 - c. A chi viene erogata la formazione e da parte di chi;
 - d. I ruoli e le responsabilità del futuro operatore;
 - e. Il livello di istruzione necessario per essere ammessi alla formazione in osteopatia.
- 4.3. Vi sono due tipi di formazione, a seconda della precedente formazione ed esperienza clinica dei candidati.
 - a. I programmi formativi di tipo I sono destinati a coloro che hanno una precedente formazione in campo sanitario scarsa o nulla, ma sono in possesso di diploma di studi superiori o equivalente.
 - b. I programmi formativi di tipo II sono destinati a coloro che hanno seguito un percorso formativo come professionisti nel settore dell'assistenza sanitaria.
- 4.4. Un tipico programma di tipo I si articola su 4800 ore, delle quali almeno 1000 ore di formazione e pratica clinica sotto supervisione. Le competenze osteopatiche e la formazione necessaria per effettuare la visita strutturale devono essere erogate per contatto diretto. Gli altri contenuti del piano di studi accademico possono essere somministrati da altro personale in contesti formativi diversi. La formazione può essere a tempo pieno, a tempo parziale o in una combinazione delle precedenti.
- 4.5. Il trattamento manuale osteopatico è una componente peculiare dell'osteopatia. Esso presuppone il possesso di competenze sia cognitive che sensomotorie, il cui sviluppo richiede tempo e pratica. La durata e il piano di studi di un programma di tipo II deve essere personalizzato a seconda delle conoscenze teoriche acquisite dal candidato durante la formazione precedente e tipicamente non può prevedere meno di 1200 ore. I programmi di tipo II devono impartire le competenze osteopatiche fondamentali, ivi inclusa la conoscenza, la comprensione e l'applicazione dei modelli osteopatici. I laureati del programma di tipo II devono altresì dimostrare di possedere le medesime competenze osteopatiche pratiche dei laureati dei programmi di tipo I, ivi incluse quelle sensomotorie, e l'applicazione dei principi osteopatici nel trattamento.
- 4.6. La pratica clinica osteopatica sotto supervisione è una componente essenziale della formazione degli operatori osteopatici e deve avvenire in un adeguato contesto osteopatico clinico che possa fornire supporto e insegnamento clinico di elevata qualità. Tale insegnamento deve consistere in almeno 1000 ore di pratica clinica osteopatica sotto supervisione sia per i programmi di tipo I che per quelli di tipo II.

- 4.7. I risultati dell'apprendimento osteopatico sia per i programmi di tipo I che per quelli di tipo II deve attestarsi al livello 7 del Quadro Europeo delle Qualifiche.
- 4.8. Sia i programmi di tipo I che quelli di tipo II devono essere convalidati o valutati da un ente esterno con adeguato input osteopatico.

Generalità riguardo alla formazione in osteopatia

- 4.9. Gli operatori osteopatici condividono un nucleo di competenze fondamentali che li guidano nella formulazione della diagnosi, nella gestione e nel trattamento dei loro pazienti e che formano il fondamento dell'approccio osteopatico all'assistenza sanitaria. Qui di seguito sono elencate le competenze essenziali per la pratica dell'osteopatia in tutti i programmi di formazione:
- a. Storia, filosofia dell'osteopatia e suo approccio all'assistenza sanitaria;
 - b. Scienze fondamentali nel contesto della filosofia osteopatica;
 - c. Diagnosi differenziale e piano del trattamento;
 - d. Conoscenza dei meccanismi di azione degli interventi di terapia manuale e della risposta alla terapia al livello biochimico, cellulare e macroscopico;
 - e. Capacità di valutare criticamente la letteratura medica e scientifica e di incorporare le relative informazioni nella pratica clinica;
 - f. Padronanza delle competenze palpatorie e cliniche necessarie per diagnosticare le disfunzioni all'interno dei sistemi e tessuti corporei sopra citati, con particolare enfasi sulla diagnosi osteopatica (vedi Allegato A);
 - g. Padronanza di una vasta gamma di competenze nel TMO;
 - h. Perizia nell'effettuazione della visita strutturale e nell'interpretazione dei relativi test e dati, ivi compresi i risultati dei test diagnostici con tecniche di imaging e delle analisi di laboratorio;
 - i. Conoscenza dei modelli osteopatici (vedi Allegato A), che comprende la biomeccanica del corpo umano ma non si limita ad essa, ivi inclusi, tra l'altro, i sistemi articolari, fasciali, muscolari e dei fluidi situati nelle estremità, nella colonna vertebrale, nella testa, nel bacino, nell'addome e nel torso;
 - j. Capacità di effettuare la diagnosi e il TMO dei disturbi neuromuscolo-scheletrici e dei disturbi relativi al supporto funzionale, nell'ambito dei modelli osteopatici;
 - k. Approfondita conoscenza delle indicazioni per il trattamento osteopatico, e delle controindicazioni di particolari tecniche osteopatiche;
 - l. Conoscenza di base delle tecniche più comunemente usate nella medicina tradizionale e nella medicina complementare e alternativa (CAM).

Conoscenze fondamentali: il contesto della formazione osteopatica

- 4.10. Scienze di base
- i. Storia e filosofia della scienza;
 - ii. Anatomia macroscopica e funzionale, compresa l'embriologia di base, sottolineando i legami con le conoscenze e il trattamento osteopatici, neuroanatomia e anatomia viscerale;
 - iii. Microbiologia fondamentale, biochimica e fisiologia cellulare;

- iv. Formazione degli operatori osteopatici;
- v. Fisiologia con particolare enfasi sulla rete immunitaria neuroendocrina, sul sistema nervoso vegetativo, sui sistemi arterioso, linfatico e venoso e sul sistema muscoloscheletrico;
- vi. Biomeccanica e cinetica.

4.11. Scienze cliniche

- i. Modelli di salute e malattia;
- ii. Sicurezza e deontologia;
- iii. Patologia e patofisiologia di base del sistema nervoso, muscoloscheletrico, psichiatrico, cardiovascolare, polmonare, gastrointestinale, riproduttivo, genito-urinario, immunologico, endocrino e otorinolaringoiatrico;
- iv. Diagnostica ortopedica di base;
- v. Radiologia di base;
- vi. Nutrizione;
- vii. Pronto soccorso di base.

4.12. Scienze osteopatiche

- i. Filosofia e storia dell'osteopatia;
- ii. Modelli osteopatici per le interrelazioni tra struttura e funzione (vedi Allegato A e Sezione 3.4, più sopra);
- iii. Biomeccanica clinica, fisiologia e cinetica delle articolazioni;
- iv. Meccanismi di azione per le tecniche osteopatiche.

4.13. Competenze pratiche

- i. Ottenimento e utilizzo di un'anamnesi adeguata all'età;
- ii. Valutazione strutturale e clinica;
- iii. Diagnosi osteopatica e diagnosi differenziale del sistema nervoso, muscoloscheletrico, psichiatrico, cardiovascolare, polmonare, gastrointestinale, endocrino, genito-urinario, immunologico, riproduttivo e otorinolaringoiatrico;
- iv. Sintesi generale dei dati fondamentali delle analisi di laboratorio e delle tecniche di imaging;
- v. Risoluzione e discussione dei problemi clinici;
- vi. Comprensione delle ricerche attinenti e loro integrazione nella pratica;
- vii. Comunicazione e colloqui;
- viii. Documentazione clinica
- ix. Competenze di base per il mantenimento in vita e il pronto soccorso.

4.14. Competenze osteopatiche

- i. Diagnosi osteopatica;
- ii. Esiste un ampio spettro di tecniche osteopatiche (vedi Allegato C); devono essere incluse almeno le seguenti:
 - Tecniche osteopatiche, comprese le tecniche dirette come ad esempio le tecniche con impulso, articolatorie, a energia muscolare e le tecniche osteopatiche generali;
 - Tecniche indirette, comprese le tecniche funzionali e di counterstrain;

- Tecniche di bilanciamento, come le tecniche di bilanciamento delle tensioni legamentose e le tecniche della tensione articolare legamentosa (LAS);
- Tecniche combinate, come quelle di rilasciamento miofasciale/fasciale, la tecnica di Still, l'osteopatia in campo craniale, il meccanismo involontario e le tecniche viscerali;
- Tecniche basate sui riflessi;
- Tecniche basate sui fluidi.

Insegnamento e apprendimento dell'osteopatia e relativa valutazione

Insegnamento e apprendimento

- 4.15. L'insegnamento e l'apprendimento dei programmi osteopatici devono avvenire in una combinazione dei seguenti contesti:
- i. Lezioni: devono trasmettere informazioni e riflessioni sulle materie fondamentali, stimolare il pensiero e i dibattiti critici, e incoraggiare gli studenti a approfondire le loro conoscenze e cognizioni;
 - ii. Workshop e seminari: di norma possono essere destinati a gruppi di lavoro più piccoli, allo sviluppo delle competenze, alla discussione e alle presentazioni degli studenti;
 - iii. Tutoraggi: possono essere utili nel processo di auto-valutazione e nelle attività tutoriali di orientamento e feedback. Possono altresì costituire un sussidio per l'attività didattica individuale o di gruppo e per la preparazione della tesi;
 - iv. Apprendimento autogestito su base individuale: si tratta di una parte importante di tutti i programmi di laurea in osteopatia. Può comprendere lo svolgimento di incarichi assegnati, la riflessione/discussione, la pratica delle tecniche osteopatiche e l'utilizzo dell'apprendimento basato sulle risorse didattiche, comprese quelle disponibili in formato elettronico o in altri formati. Gli studenti di norma devono intraprendere uno studio o svolgere un progetto di ricerca individuale nel campo osteopatico. È importante che gli studenti siano adeguatamente preparati, guidati e sostenuti nello sviluppo e nel mantenimento di strategie efficaci per l'apprendimento auto-gestito.

Competenze pratiche

- 4.16. Per l'acquisizione di competenze osteopatiche pratiche è necessario che gli studenti lavorino sui compagni e, a turno, si sottopongano a loro volta come "modelli" per sperimentare le tecniche insegnate, prima di applicarle in un contesto clinico.
- 4.17. La palpazione e la tecnica dell'osteopatia devono essere insegnate in un ambiente specialistico, utilizzando attrezzature adeguate. In questo ambito riveste importanza cruciale ed è una soluzione ottimale garantire agli studenti un regolare feedback tutoriale per la revisione e la valutazione delle loro prestazioni nel campo delle competenze osteopatiche acquisite. La videoregistrazione e la riproduzione dei filmati è necessaria per migliorare l'approccio pratico e l'interazione psicosociale.

- 4.18. È importante che la docenza e la supervisione relative alle competenze della tecnica osteopatica pratica vengano erogate da osteopati opportunamente qualificati, iscritti ove esistente al Registro professionale nazionale o presso le competenti autorità.

Formazione clinica

- 4.19. È essenziale che l'esperienza di apprendimento clinico fornisca adeguate opportunità affinché lo studente sviluppi non soltanto le competenze necessarie per la valutazione e il trattamento del paziente, ma anche la capacità di riconoscere con sicurezza le patologie per cui deve mandare il paziente a consulto e le controindicazioni a particolari tecniche osteopatiche.
- 4.20. Il contesto dell'apprendimento clinico deve essere un punto centrale per l'integrazione e l'applicazione pratica di tutte le conoscenze e competenze di tipo teorico, pratico e tecnico acquisite nel corso dell'intero programma. Esso deve fornire allo studente un ambiente di supporto, ampio, avanzato e ottimamente supervisionato, nel quale sviluppare le sue competenze cliniche.
- 4.21. È previsto che lo studente intraprenda un percorso di pratica clinica osteopatica sotto attenta supervisione, all'interno di una clinica didattica dedicata, dove può osservare gli studenti degli anni superiori e altri operatori già qualificati che si trovano nella fase iniziale della formazione, in modo da acquisire una responsabilità crescente nei confronti del suo elenco pazienti, man mano che sviluppa la propria esperienza e conoscenza.
- 4.22. Per la formazione clinica in osteopatia occorre fornire quanto segue:
- i. adeguate/appropriate occasioni formative per lo sviluppo delle competenze professionali su pazienti reali, dedicando la dovuta attenzione alla redazione dell'anamnesi, alla visita, alla valutazione e alla diagnosi differenziale, al trattamento e allo sviluppo dei piani di trattamento, alla tenuta delle cartelle, alle visite di controllo e agli invii a consulto;
 - ii. opportunità di integrare quanto appreso a livello accademico e teorico e di sviluppare competenze pratiche nel contesto dell'incontro terapeutico clinico;
 - iii. adeguato numero, per ciascuno studente, di incontri con pazienti nuovi, pazienti che ritornano e pazienti in trattamento continuo, ed esposizione a una gamma appropriata di diverse condizioni;
 - iv. appropriato rapporto tra personale e studenti nell'ambito del setting clinico, in modo da permettere la stretta supervisione dell'incontro con il paziente da parte dei tutor e da fornire opportunità di tutoraggio clinico;
 - v. appropriate opportunità per gli studenti dei primi anni di apprendere dall'osservazione degli studenti degli anni superiori, e per questi ultimi di sobbarcarsi progressivamente la responsabilità per il proprio parco pazienti e di sviluppare autonomia nell'assistenza al paziente;
 - vi. appropriati setting per la clinica didattica, nell'ambito di una clinica dedicata alla formazione dotata di strutture adeguate per le attività di trattamento e di formazione, e di infrastrutture e arredamento adatti a un'esperienza di elevata qualità sia per lo studente che per l'assistenza al paziente;
 - vii. appropriate infrastrutture amministrative cliniche per supportare l'apprendimento dello studente e l'assistenza al paziente;

- viii. organizzazione di attività di valutazione continuative e feedback da parte di diversi tutor clinici;
- ix. opportunità di sviluppare competenze per la gestione dell'attività pratica;
- x. meccanismi efficaci per il monitoraggio, per ciascun singolo studente, della frequenza alle ore di clinica, del numero di casi osservati e dei profili dell'elenco di pazienti;
- xi. meccanismi efficaci per garantire il mantenimento di standard elevati nell'assistenza ai pazienti e per la loro sicurezza, da ottenersi indirizzando, sviluppando e controllando il comportamento professionale degli studenti che effettuano il trattamento dei pazienti.

4.23. Le disposizioni per la formazione clinica possono variare nel caso dei programmi di tipo II, in funzione delle conoscenze ed esperienze cliniche precedenti degli studenti.

Valutazione

4.24. Gli studenti di osteopatia devono acquisire la padronanza di un'ampia gamma di conoscenze e competenze, come sopra specificato, e devono essere in grado di dimostrare la propria capacità a integrare e applicare quanto hanno appreso nell'ambito dell'assistenza sanitaria, con modalità sicure ed efficaci. A tal fine è anche importante che essi dimostrino empatia e un comportamento deontologicamente corretto nei confronti dei pazienti, un comportamento deontologicamente corretto nei confronti dei colleghi e di altre figure, e in generale un comportamento che rispecchi quello di un aspirante professionista in ambito sanitario. Allo scopo di garantire un livello soddisfacente nel raggiungimento dei risultati dell'apprendimento e nel progresso degli studenti nel programma, occorre adottare una serie di strategie per la valutazione.

4.25. Tali strategie di valutazione possono comprendere quanto segue:

- i. Dimostrazione di competenza e pratica clinica: ivi compresa la capacità di utilizzare le competenze e le conoscenze apprese, sintetizzandole e applicandone in una gestione efficace del paziente. I metodi di valutazione possono variare, ma è sempre necessario che lo studente dimostri la sua competenza lavorando su una serie di pazienti nuovi e in trattamento continuo. Allo scopo di garantire la comparazione del livello operativo raggiunto dai professionisti in procinto di iniziare ad esercitare, è essenziale che alcuni esaminatori esterni siano presenti fisicamente in occasione di alcune delle valutazioni pratiche effettuate su pazienti reali in uno scenario clinico reale;
- ii. Esami pratici: nel corso dei quali gli studenti dimostrano la loro competenza nella scelta e nell'effettuazione di una serie di tecniche osteopatiche sicure ed efficaci.
- iii. Esami scritti: da effettuarsi in un intervallo di tempo circoscritto, affinché gli studenti lavorino e pensino sotto pressione/in normali condizioni d'esame, per valutare la base di conoscenze, la comprensione e le competenze analitiche;
- iv. Tesine a altri tipi di lavori scritti di una certa lunghezza: di norma, queste devono essere relative alla pratica osteopatica e includere l'indagine sistematica, la ricerca, l'analisi e la valutazione, e devono dimostrare che lo studente è capace di applicare i metodi analitici appropriati, sia qualitativi che quantitativi, e di pianificare e portare a termine un progetto di ricerca.

- 4.26. Tra le ulteriori strategie e metodi di valutazione applicabili sono compresi i seguenti:
- i. Portfolio: raccolta di prove scientifiche per comprovare di aver raggiunto i risultati dell'apprendimento. I portfolio possono essere un mezzo per catturare e dare il giusto peso all'esperienza e possono essere utilizzati per documentare l'acquisizione di competenze pratiche e/o cliniche e/o emotive;
 - ii. Temi e altro materiale prodotto durante il corso: ciò permette allo studente di esprimere le sue conoscenze più ampie su un dato tema, rispetto a quanto è possibile fare in sede d'esame, mettendo alla prova la propria capacità di fare una ricerca su un determinato argomento, di organizzare il materiale e le idee in vista di una scadenza prefissata, e di valutare clinicamente le prove scientifiche pubblicate in letteratura;
 - iii. Valutazioni per via informatica;
 - iv. Presentazione e analisi di casi clinici;
 - v. Presentazioni orali: allo scopo di mettere alla prova le competenze di presentazione e comunicazione in un contesto individuale o di gruppo;
 - vi. Esercizi analitici: comprendono valutazioni come gli esercizi con "paziente manichino," l'esame clinico strutturato e obiettivo (OSCE) e l'esame pratico strutturato e obiettivo (OPSE).
- 4.27. I meccanismi di garanzia/controllo della qualità relativi alla valutazione devono assicurare la revisione di un valutatore esterno indipendente dall'ente erogatore della formazione. In tal modo viene garantita una maggiore aderenza a livelli standardizzati, scoraggiando il potenziale sfruttamento commerciale dell'istruzione e della formazione in osteopatia.
- 4.28. È importante che le strategie di valutazione vengano regolarmente revisionate, che gli addetti alla stesura dei programmi garantiscano che vengano valutate le migliori pratiche contemporanee del settore, e applicata ove appropriato. La validità e la affidabilità della valutazione devono essere considerate con grande attenzione.
- 4.29. Come per la formazione clinica, le disposizioni per la valutazione possono variare nei programmi di tipo II, in funzione della precedente conoscenza ed esperienza degli studenti.

Corsi post-laurea e formazione continua in osteopatia

- 4.30. Gli osteopati devono mantenere e sviluppare le loro conoscenze e competenze relative alla scienza e al trattamento osteopatici per mezzo della formazione professionale continua.
- 4.31. Lo sviluppo professionale continuo ha lo scopo di mantenere, migliorare e ampliare le conoscenze e competenze osteopatiche dei laureati in osteopatia e di sviluppare le qualità personali richieste nella loro vita professionale.
- 4.32. In conformità con le norme vigenti nei singoli paesi, è necessario stabilire una forma di accreditamento per garantire la formazione continua degli osteopati professionalmente attivi.

5. Deontologia

- 5.1. L'applicazione dell'osteopatia deve essere basata su elevati standard di comportamento deontologico e professionale. Gli standard riportati nell'Allegato B stabiliscono i principi essenziali cui gli osteopati devono conformarsi nella loro interazione con i pazienti, con i potenziali pazienti, con gli altri osteopati e con le altre figure professionali del settore sanitario.

6. Glossario

Osteopata

- 6.1. L'osteopata è un fornitore di assistenza sanitaria di base, che applica l'osteopatia (a volte denominata anche medicina osteopatica) sui pazienti e che può provenire da diversi ambiti professionali, sia di tipo medico che non medico, a seconda delle diverse leggi vigenti nei vari paesi. In conseguenza di tali diverse origini le capacità e le conoscenze sono diverse, tuttavia per l'applicazione dell'osteopatia sui pazienti è necessario soddisfare alcuni criteri minimi osteopatici per praticare l'osteopatia.

Trattamento manuale osteopatico (TMO)

- 6.2. Il trattamento manuale osteopatico è un approccio manuale che l'osteopata applica sul paziente allo scopo di sostenere l'organismo durante il suo processo di rigenerazione e guarigione. L'induzione del processo di autoregolazione costituisce il nucleo centrale di tutte le tecniche, che possono essere applicate secondo diverse modalità, e che comprendono per esempio le tecniche dirette, indirette e neutre. L'osteopatia si differenzia dalle altre tecniche manuali principalmente per la differente intenzione sottesa alle manipolazioni. La maggior parte dei pazienti comprende e si accorge di tale differenza nel tipo di approccio. Un elenco delle più comuni tecniche del TMO è riportato nell'Allegato C.

Disfunzione

- 6.3. Le disfunzioni sono regioni nelle quali la normale funzione, il normale movimento e la normale dinamica risultano espressi in modo limitato, a qualsiasi livello. Si tratta di regioni di tensione o stress del tessuto, che possono impedire la normale funzione biomeccanica (p. es. restrizione articolare), neuroelettrica, vascolare, biochimica o cellulare, causando in tal modo una diminuzione dello stato di salute.

Allegato A – Modelli osteopatici

- A1. Gli osteopati europei si avvalgono di numerosi diversi modelli. Qui di seguito ne vengono riportati alcuni, che tuttavia non costituiscono un elenco completo.
- A2. Alcuni di tali modelli includono il prefisso "bio" (dal latino bio = vita), che sottolinea la specificità della categoria considerata. Per esempio la biomeccanica non si riferisce soltanto alla meccanica, ma anche al modo in cui la vita si esprime secondo modalità meccaniche.

Modello biomeccanico

- A3. Questo modello considera il corpo come un'integrazione delle componenti strutturali, tra loro collegate a costruire un meccanismo posturale equilibrato. Lo stress o gli squilibri all'interno di tale meccanismo conducono a una riduzione della funzione dinamica, a un maggiore dispendio di energia, a modelli di movimento neuromuscolari disfunzionali durante lo sviluppo neonatale e nell'adulto, ad alterazioni della propriocezione (il senso della posizione e del movimento relativi tra le varie parti del corpo), ad alterazioni nella struttura articolare, a impedimenti nella funzione neurovascolare e ad alterazioni metaboliche. In questo modello vengono applicati determinati approcci terapeutici, compresi i trattamenti manuali osteopatici, che permettono di ripristinare la postura e l'equilibrio, e di utilizzare in modo efficiente le componenti muscoloscheletriche.

Modello craniosacrale

- A4. Il modello craniosacrale, o piuttosto "l'osteopatia in ambito craniale", si riferisce alla dinamica tissutale dell'intero corpo attraverso il cervello, il midollo spinale e le strutture adiacenti come il liquido cefalorachidiano, le meningi, il sacro e le ossa del cranio. Tale modello considera gli effetti del sistema neurologico, e rispettivamente della facilitazione cerebrale e spinale, della funzione propriocettiva, dell'equilibrio tra le componenti del sistema nervoso vegetativo e dell'attività dei nocicettori (fibre del dolore) sulla funzione della rete neuro-endocrino-immunitaria. Di particolare rilevanza è l'interrelazione tra il sistema muscoloscheletrico e quello viscerale, p. es. attraverso il sistema nervoso vegetativo, le interconnessioni fasciali o la dinamica tissutale, sia generale che specifica. L'applicazione terapeutica del trattamento manuale osteopatico nel contesto di tale modello si concentra su una risposta adeguata ed economica agli stress, sul bilanciamento delle afferenze neurali e sull'eliminazione delle pulsioni nocicettive.

Modello metabolico/circolatorio

- A5. Questo modello si occupa del mantenimento degli ambienti extracellulari e intracellulari, favorendo il libero apporto di ossigeno e nutrienti e l'eliminazione delle scorie metaboliche. Il campo metabolico risultante esercita effetti di trasduzione chemomeccanica, che lavora in entrambe le direzioni. Lo stress del tessuto o gli altri fattori che interferiscono con il flusso circolatorio di qualsiasi fluido corporeo può influire

sulla salute del tessuto e sullo stato funzionale degli organi viscerali, sia per quanto attiene al movimento che alla mobilità. Qualsiasi stress sui vasi o sull'equilibrio biochimico può anch'esso influire sulla rigenerazione cellulare. Essa viene effettuata attraverso i periciti vascolari, che sono i progenitori delle cellule staminali, e i responsabili della rigenerazione del tessuto. L'applicazione terapeutica del trattamento manuale osteopatico nel contesto di tale modello favorisce un miglioramento funzionale della funzione respiratoria, della funzione viscerale, della circolazione, dell'equilibrio vascolare e del flusso dei fluidi corporei.

Modello biopsicosociale

- A6. Questo modello si occupa dell'interazione tra la psiche e il corpo, di varie reazioni e degli stress psicologici che il paziente si trova ad affrontare. La salute può risentire dei fattori ambientali, socioeconomici, culturali, fisiologici e psicologici che la spingono verso la disfunzione. I disturbi psicologici possono ripercuotersi sul corpo somatico, proprio come le disfunzioni del corpo somatico possono ripercuotersi sullo stato di salute psicologico. Ciò sottolinea l'interdipendenza del corpo, della mente e dello spirito. L'applicazione terapeutica del trattamento manuale osteopatico si rivolge sia al corpo somatico che alla psiche.

Modello biofisico/bioenergetico

- A7. Il modello biofisico/bioenergetico riconosce che il corpo cerca di mantenere un equilibrio dinamico tra la produzione, la distribuzione e il dispendio di energia. Il mantenimento di tale equilibrio dinamico aiuta la capacità di adattamento dell'organismo ai vari stressori (immunologici, fisici (p.es., la temperatura), nutrizionali, delle tossine, ecc.) Questo modello applica determinati approcci terapeutici, come le tecniche manuali osteopatiche, allo scopo di influire sui fattori che hanno la potenzialità di migliorare la regolazione della produzione, la distribuzione o il dispendio di energia.

Allegato B – Deontologia

Agire nell'interesse del paziente

- B1. La principale priorità dell'osteopata deve essere la salute e il benessere del paziente.
- B2. L'osteopata deve sempre essere onesto e affidabile nei rapporti con i pazienti, i colleghi e le altre figure professionali in ambito sanitario. L'osteopata non deve usare la propria posizione professionale per imporre pressioni di qualsiasi tipo sui suoi pazienti.
- B3. Ogni paziente deve essere trattato come un individuo meritevole di considerazione, dignità e rispetto; l'osteopata non deve mai permettere che le cure erogate siano pregiudicate dalla propria opinione sul paziente. In questo sono comprese tutte le caratteristiche, incluse il genere, l'etnia, l'invalidità, la cultura, il credo religioso o politico, la sessualità, lo stile di vita, l'età, lo stato sociale, le difficoltà di eloquio o altro. L'osteopata deve far prevalere l'interesse prioritario del benessere del paziente sui propri valori, convincimenti e atteggiamenti.
- B4. L'osteopata deve rispettare la scelta del paziente sia riguardo alla volontà di consultare l'osteopata sia riguardo ad accettare o declinare il trattamento raccomandato da quest'ultimo. Nello stesso modo, l'osteopata non è obbligato a esaminare o a trattare un paziente se non lo desidera.
- B5. L'osteopata deve stabilire ben definiti limiti professionali nei confronti del paziente e non deve abusare della propria posizione professionale.

Lavorare in collaborazione con il paziente

- B6. L'osteopata, facendo ricorso alle proprie conoscenze e competenze professionali, deve cercare per quanto possibile di consigliare il paziente e fornirgli il trattamento appropriato, chiarendo ciò che è in grado e ciò che non è in grado di offrire in quanto osteopata.
- B7. L'osteopata deve fornire al paziente informazioni chiare riguardo alla tariffa o al sistema tariffario utilizzato per la visita, il trattamento e ogni altro aspetto della terapia.
- B8. L'osteopata deve ascoltare il paziente e accettare il suo punto di vista, i suoi valori e le sue preferenze, incoraggiandolo a prendere parte attiva nel processo decisionale relativo al trattamento e alla terapia, fornendo anche consigli per la cura di sé.
- B9. L'osteopata deve spiegare al paziente, in modo che questi possa comprendere, le ragioni per cui effettua qualsiasi esame o trattamento, i relativi benefici e anche qualsiasi potenziale effetto collaterale o rischio grave connesso con il trattamento stesso.
- B10. L'osteopata deve ottenere il consenso del paziente prima di effettuare un esame o un trattamento, e, laddove necessario, deve continuare a chiedere il consenso anche man mano che procede con il trattamento.

- B11. L'osteopata deve accertarsi di rispettare il senso del pudore del paziente.
- B12. L'osteopata deve assicurarsi che il paziente sia a conoscenza dei propri diritti, in particolare quello di interrompere un esame o un trattamento in qualsiasi momento, e anche di farsi accompagnare da un'altra persona qualora lo desideri.
- B13. Nei casi in cui il consenso per iscritto non sia già obbligatorio per legge, è consigliabile che l'osteopata lo richieda quando propone di somministrare un esame o un trattamento di natura intima.
- B14. L'osteopata deve soddisfare qualsiasi ulteriore requisito di legge relativo all'ottenimento del consenso per effettuare il trattamento sui bambini o su altre persone non in grado di dare il consenso.

Mantenimento della fiducia del pubblico nella professione osteopatica

- B15. L'osteopata deve riconoscere i limiti delle proprie conoscenze, competenze e capacità e non spingersi al di fuori di essi. L'osteopata non deve mai sostenere di possedere capacità che non ha e, se necessario, deve sempre inviare il paziente a consultare un professionista sanitario più idoneo.
- B16. L'osteopata deve accertarsi di non somministrare un livello di trattamento eccessivo, un trattamento non richiesto, e non deve mai mettere il guadagno commerciale al di sopra delle necessità del paziente.
- B17. L'osteopata non deve fare affermazioni fuorvianti riguardo all'efficacia del trattamento osteopatico e deve conformarsi alle leggi e normative vigenti nel suo paese e nell'EU per quanto riguarda la pubblicità e le politiche commerciali.
- B18. L'osteopata deve agire tempestivamente per proteggere i pazienti nel caso abbia buone ragioni per credere che lui stesso o un collega potrebbe esporli a rischio, presentando un rapporto a un'autorità competente o nel caso si tratti di lui stesso, interrompendo il trattamento del paziente.
- B19. L'osteopata deve attivare una procedura per la gestione dei reclami sporti contro la sua attività, e deve rispondere tempestivamente in modo costruttivo a eventuali critiche e lamentele.
- B20. L'osteopata deve astenersi, anche al di fuori dello studio professionale, dal compiere atti che possano ledere la reputazione della professione osteopatica.
- B21. L'osteopata deve rispettare le competenze degli altri osteopati e degli operatori del settore sanitario, comunicare e collaborare con loro in modo che il paziente possa beneficiare di una continuità di cura.
- B22. Nel caso in cui l'osteopata non abbia la possibilità di prendere in carico un paziente deve per quanto possibile fare un modo che trovi un altro osteopata. L'osteopata non deve delegare il trattamento osteopatico a individui privi della qualifica di osteopata.

- B23. L'osteopata deve preoccuparsi di stipulare una idonea polizza assicurativa per la responsabilità personale, adeguata alla sua attività.
- B24. L'osteopata deve rispettare tutte le norme o regolamentazioni vigenti nel paese all'interno del quale egli pratica l'osteopatia. Tutte queste norme o regole prevalgono su quanto previsto dalla presente normativa.

Conservazione, rispetto e protezione della riservatezza del paziente:

- B25. L'osteopata deve redigere e mantenere aggiornata una cartella clinica completa e precisa per ciascun paziente, permettendo al paziente di consultarla su richiesta. Può essere opportuno che la cartella contenga quanto segue:
- i. I dati personali del paziente;
 - ii. Eventuali disturbi e sintomi lamentati dal paziente;
 - iii. Anamnesi personale e familiare;
 - iv. Reperti clinici;
 - v. Informazioni e consigli forniti;
 - vi. Consigli forniti al paziente riguardo ai rischi associati a qualsiasi esame o trattamento proposto;
 - vii. Decisioni prese;
 - viii. Registrazione del consenso e/o moduli di consenso;
 - ix. Indagini e trattamenti forniti o concordati, e relativo esito;
 - x. Eventuali ulteriori comunicazioni di qualsiasi tipo avvenute con il paziente, che riguardano il paziente o provenienti dal paziente;
 - xi. Copia di qualsiasi lettera, rapporto, risultato di esame, ecc., relativo al paziente;
 - xii. Reazione ai trattamenti/esito del trattamento;
 - xiii. Registrazione di eventuali visite a casa/a domicilio;
 - xiv. Presenza di un accompagnatore o accompagnatore non richiesto;
 - xv. Presenza di uno studente/osservatore.
- B26. L'osteopata è vincolato alla riservatezza per tutte le informazioni ottenute nel corso del consulto, della visita o del trattamento di un paziente, salvo se diversamente specificato per legge.
- B27. La riservatezza implica la conservazione delle informazioni in luogo sicuro, anche quando l'interessato non è più un paziente dell'osteopata, o è deceduto, o l'osservanza delle normative nazionali vigenti qualora differiscano dalle presenti.
- B28. Le informazioni relative ai pazienti non devono essere trasferite ad altri, nemmeno ad altri osteopati o professionisti sanitari che possono avere in cura il paziente (ivi compreso tutto il personale dello studio dell'osteopata), né a scopo di ricerca senza il consenso del paziente, previa dettagliata spiegazione dei motivi per cui si desidera divulgarle, a meno che la condivisione di tali informazioni sia permessa dalla legge nazionale o dalle circostanze.

Lavorare in collaborazione con altri professionisti del settore sanitario

- B29. L'osteopata può arricchire tutte le discipline mediche riconoscendo i principi dell'osteopatia. Sarebbe auspicabile una comunicazione interdisciplinare per la gestione ottimale della salute del paziente e per lo sviluppo ottimale di tutte le professioni mediche.

Allegato C – Trattamento manuale osteopatico (TMO)

- C1. Viene definito come applicazione terapeutica di forze introdotte manualmente da parte di un osteopata per migliorare la funzione fisiologica e/o sostenere l'omeostasi, precedentemente alterate dalla disfunzione somatica. Il TMO impiega numerose tecniche tra le quali si possono annoverare le seguenti:

Bilanciamento della tensione legamentosa (BLT), 1. Tutte le articolazioni corporee sono meccanismi articolari nei quali la tensione legamentosa è equamente bilanciata. I legamenti forniscono le informazioni propriocettive che guidano la risposta muscolare riflessa finalizzata al posizionamento dell'articolazione; gli stessi legamenti guidano il movimento delle componenti articolari (Fondamenti) 2. Descritto per la prima volta da W.G. Sutherland e pubblicato nel 1949 nell'annuario della *Academy of Applied Osteopathy* con il titolo "*Osteopathic Technique of William G. Sutherland.*" Pubblicato anche da Sutherland in "Insegnamenti nella scienza osteopatica". 3. Vedi anche *strain articolare legamentoso*.

Compressione del quarto ventricolo (CV-4), tecnica craniale nella quale gli angoli laterali della squama occipitale vengono avvicinati manualmente, esagerando leggermente la convessità posteriore dell'occipite e mantenendo il cranio in estensione prolungata.

Counterstrain (CS), 1. Sistema di diagnosi e trattamento secondo il quale la disfunzione è un riflesso conseguente a una tensione continua e inappropriata. Questa viene inibita applicando una moderata tensione in direzione esattamente opposta a quella del riflesso; ciò viene realizzato mediante un posizionamento specifico intorno al punto sensibile allo scopo di ottenere la risposta terapeutica desiderata. 2. In Australia e in Francia con la seguente accezione: tecnica di Jones, (correzione spontanea mediante posizionamento), ovvero rilasciamento spontaneo a seguito del posizionamento. 3. Sviluppato da Lawrence Jones, DO.

CV-4. Abbreviazione per compressione del quarto ventricolo. Vedi *compressione del quarto ventricolo*.

Energia muscolare, 1. Un sistema di diagnosi e trattamento in cui il paziente utilizza volontariamente i suoi muscoli per compiere precisi movimenti su richiesta dell'osteopata. Il paziente viene guidato, a partire da una precisa posizione controllata, a muoversi contro la resistenza esercitata dall'operatore osteopata. 2. Si riferisce a un concetto usato per la prima volta da Fred L. Mitchell, Sr, DO, inizialmente denominato trattamento a energia muscolare. 3. Denominato anche rilassamento post-isometrico o trattamento miotensivo.

Inibizione progressiva delle strutture neuromuscolari (PINS), 1. Sistema di diagnosi e trattamento in cui l'operatore osteopata individua due punti tra loro correlati ed applica in modo sequenziale una pressione inibitoria su una serie di altri punti a questi riferiti. 2. Sviluppata da Dennis Dowling, DO.

Metodo attivo, tecnica nella quale la persona esegue volontariamente un movimento su richiesta dell'operatore osteopata.

Metodo combinato, 1. Strategia di trattamento nella quale i movimenti iniziali sono di tipo indiretto mentre nella fase di completamento della tecnica vengono introdotte forze dirette. 2. Sequenza manipolativa che impiega due o più sistemi di trattamento manipolativo osteopatico tra loro differenti (p.es., tecnica di Spencer combinata con la tecnica a energia muscolare). 3. Teoria descritta da Paul Kimberly, DO.

Metodo di esagerazione, strategia di trattamento osteopatico nella quale la componente in disfunzione viene allontanata dalla barriera restrittiva e portata oltre l'escursione del movimento volontario fino a un punto in cui l'aumento della tensione è palpabile.

Metodo diretto (D/DIR), strategia del trattamento osteopatico nella quale viene inizialmente raggiunta la barriera motoria della restrizione prima di applicare in tale sede una forza di attivazione per correggere la disfunzione somatica.

Metodo funzionale, approccio di trattamento indiretto nel quale occorre trovare il punto di bilanciamento dinamico, procedendo poi in uno dei seguenti modi: applicazione di una forza indiretta e mantenere la posizione; oppure stimolazione in compressione per esagerare la posizione e permettere che avvenga una correzione spontanea. L'osteopata conduce la procedura manipolativa palpando costantemente l'area disfunzionale allo scopo di ottenere un feedback continuo della risposta fisiologica ai movimenti indotti. L'osteopata sposta la parte disfunzionale in modo da raggiungere una sensazione di minore tensione tissutale (maggiore cedevolezza).

Metodo indiretto (I/IND), tecnica manipolativa nella quale si disimpegna la barriera restrittiva allontanando da questa la parte disfunzionale fino a che la tensione del tessuto risulta bilanciata su uno o su tutti i piani e le direzioni.

Metodo passivo, basato su tecniche nelle quali il paziente si astiene dal contrarre volontariamente i propri muscoli.

Miotensionamento, sistema di diagnosi e trattamento che sottopone i muscoli a contrazioni e rilassamenti contro la resistenza opposta dall'operatore osteopata allo scopo di rilassare, rinforzare o stirare i muscoli, o di mobilizzare le articolazioni.

Osteopatia in ambito craniale (OCF), 1. Sistema di diagnosi e trattamento nel quale l'operatore osteopata utilizza il meccanismo respiratorio primario e il bilanciamento delle tensioni membranose. Vedi anche *meccanismo respiratorio primario*. 2. Termine che indica il sistema di diagnosi e trattamento originariamente descritto da William G. Sutherland, DO. 3. Titolo di un'opera fondamentale scritta da Harold Magoun, Sr, DO. 4. Denominato anche *trattamento craniale* o *trattamento craniosacrale*, termine che può essere usato anche da operatori che non sono osteopati qualificati.

Pompa epatica, compressione ritmica applicata sul fegato allo scopo di incrementare il flusso sanguigno all'interno del fegato e favorire il drenaggio biliare e linfatico.

Pompa linfatica, 1. Termine usato per descrivere l'effetto delle variazioni della pressione endotoracica sul flusso linfatico. Originariamente, questo termine veniva utilizzato per indicare la tecnica della pompa toracica, prima che si scoprissero i suoi effetti fisiologici più ampi. Termine coniato da C. Earl Miller, DO. Vedi *pompa toracica*.

Pompa podalica, tecnica di drenaggio venoso e linfatico applicata attraverso gli arti inferiori; anche denominata pompa podalica fasciale o trattamento di Dalrymple.

Pompa toracica, 1. Tecnica che consiste nella compressione intermittente della gabbia toracica. 2. Sviluppata da C. Earl Miller, DO. 3. Vedi *pompa linfatica*.

Pompaggio del fegato, Vedi *pompa epatica*.

Rilasciamento miofasciale (MFR), sistema di diagnosi e trattamento originariamente descritto da Andrew Taylor Still e dai suoi primi studenti, nel quale si ricorre ad un costante feedback palpatorio per ottenere il rilasciamento dei tessuti miofasciali.

MFR diretto, si raggiunge una barriera restrittiva dei tessuti miofasciali, quindi il tessuto viene sottoposto ad una pressione costante finché si produce il rilasciamento del tessuto stesso.

MFR indiretto, i tessuti disfunzionali vengono indotti lungo un percorso di minor resistenza, fino ad ottenerne la piena libertà di movimento.

Rilasciamento neuromuscoloscheletrico integrato (INR), sistema di trattamento in cui procedimenti combinati hanno l'intento di determinare e liberare dai riflessi le restrizioni dei tessuti molli e delle articolazioni. Metodi diretti e indiretti sono usati in modo interattivo.

Rilasciamento posizionale facilitato (RPF), sistema di trattamento di rilascio miofasciale indiretto. La regione corporea disfunzionale viene collocata in posizione neutra, riducendo le tensioni articolatorie e tissutali su tutti i piani, prima di applicare una forza di attivazione (in compressione o torsione). 2. Tecnica sviluppata da Stanley Schiowitz, DO. 3. Vedi *bilanciamento delle tensioni legamentose*.

Rilasciamento spontaneo mediante posizionamento, Vedi *counterstrain*.

Sistema di trattamento articolatorio (ART), tecnica a bassa velocità con ampiezza da moderata ad elevata, nella quale un'articolazione viene portata fino al limite della sua mobilità con l'obiettivo di aumentarne l'escursione motoria. La forza di attivazione può consistere in un molleggio ritmico ripetuto o in un stimolazione concentrica ripetuta dell'articolazione attraverso la barriera della restrizione.

Srotolamento fasciale, tecnica manuale che necessita di un feedback costante verso l'osteopata, il quale muove passivamente una parte del corpo del paziente in risposta alla sensazione evocata dal movimento. Le forze vengono individuate in regioni ampie in base alle sensazioni di maggiore agio o restrizione.

Strain articolare legamentoso (LAS), 1. Tecnica manipolativa nella quale, in presenza di tensioni anomale, il trattamento ha lo scopo di bilanciare la tensione nei legamenti contrapposti. 2. Insieme di tecniche di rilascio miofasciale descritte da Howard Lippincott, DO, e Rebecca Lippincott, DO. 3. Titolo di un'opera fondamentale scritta da Conrad Speece, DO, e William Thomas Crow, DO.

Tecnica a leva corta (toggle), tecnica che introduce forze di compressione e forze di taglio.

Tecnica ad alta velocità/bassa ampiezza (HVLA), tecnica diretta che impiega una forza repentina di breve durata, applicata su piccola distanza allo scopo di portare l'articolazione attraverso la barriera della restrizione.

Tecnica dei tessuti molli, tecnica diretta che solitamente prevede lo stiramento laterale, lo stiramento lineare, la pressione profonda, la trazione e/o separazione dell'origine e dell'inserzione muscolare, mentre la risposta del tessuto e le variazioni della mobilità vengono monitorate con la palpazione. Anche denominata trattamento miofasciale.

Tecnica del drenaggio mandibolare, tecnica manipolativa dei tessuti molli che utilizza un movimento mascellare indotto passivamente per aumentare il drenaggio nelle strutture dell'orecchio medio attraverso la tromba di Eustachio e l'apparato linfatico.

Tecnica dell'escursione motoria, movimento attivo o passivo di una parte del corpo fino al suo limite fisiologico o anatomico, su uno o più piani di movimento.

Tecnica della pompa splenica, compressione ritmata applicata sulla milza allo scopo di potenziare la risposta immunitaria del paziente. Vedi anche *pompa linfatica*.

Tecnica di esagerazione, procedura indiretta nella quale la componente in disfunzione viene allontanata dalla barriera restrittiva, per poi applicare un impulso ad alta velocità/bassa ampiezza nella medesima direzione.

Tecnica di Hoover, 1. Una forma di metodo funzionale. 2. Sviluppata da H.V. Hoover, DO.

Tecnica di Jones, Vedi *counterstrain*.

Tecnica di molleggio (springing), tecnica a bassa velocità/moderata ampiezza nella quale viene raggiunta ripetutamente la barriera restrittiva allo scopo di aumentare la libertà motoria.

Tecnica di pressione inibitoria, applicazione di una salda pressione sui tessuti molli allo scopo di inibire l'attività riflessa ed ottenere il rilassamento.

Tecnica di rilasciamento mesenterico (sollevamento mesenterico), tecnica nella quale viene eliminata la tensione sull'inserzione della radice del mesentere in corrispondenza della parete corporea posteriore. Simultaneamente, il contenuto dell'addome viene compresso per stimolare il drenaggio venoso e linfatico dell'intestino.

Tecnica di Spencer, gruppo di interventi manuali di tipo diretto, finalizzati a prevenire o a ridurre le restrizioni del tessuto molle della spalla. Vedi anche *trattamento articolatorio (ART)*.

Tecnica di Still, 1. Metodo articolatorio descritto come specifico e non ripetitivo, inizialmente di tipo diretto, poi indiretto. 2. Attribuita ad A.T. Still. 3 Termine coniato da Richard Van Buskirk, DO, PhD.

Tecnica di thrust lento, 1. Movimento articolatorio diretto di bassa ampiezza eseguito con lentezza dopo l'induzione dell'equilibrio delle tensioni nel tessuto periarticolare. 2. Sviluppato da Kilian Dräger, MD D.O. PhD

Tecnica di vibropercussione, 1. Tecnica manuale con la quale la disfunzione somatica viene trattata applicando in modo specifico una forza meccanica di tipo vibratorio. 2. Sviluppata da Robert Fulford, DO.

Tecnica miofasciale, qualsiasi tecnica applicata sui muscoli e sulla fascia. Vedi anche *tecnica dei tessuti molli*.

Tecnica posizionale, tecnica segmentale di tipo diretto nella quale vengono utilizzati una combinazione di leve, i movimenti di ventilazione del paziente e un fulcro per ottenere la mobilizzazione del segmento disfunzionale. Può essere combinata con la tecnica di thrust o con quella del molleggio (*springing*).

Tecniche veno-linfatiche, azione di pompaggio mediante l'applicazione di una pressione ritmica su zone locali del corpo, oppure mediante stiramento-compressione su regioni più ampie. 2 Vedi anche *pompa podalica* o *trattamento linfatico*.

Tecniche ventrali, vedi *trattamento viscerale*.

Tessuto molle (ST), riferimento diagnostico e terapeutico ai tessuti diversi dagli elementi scheletrici o artrodiali.

Trattamento articolatorio, offre molteplici possibilità di trattare un'articolazione. Vedi variazioni nel testo.

Trattamento combinato, Vedi *metodo combinato*.

Trattamento con thrust (HVLA), tecnica diretta che utilizza forze ad alta velocità e bassa ampiezza. Denominata anche tecnica di mobilizzazione con impulso.

Trattamento craniale (CR), Vedi *meccanismo respiratorio primario*. Vedi *osteopatia in ambito craniale*.

Trattamento craniosacrale, Vedi *meccanismo respiratorio primario*. Vedi *osteopatia in ambito craniale*.

Trattamento di Dalrymple treatment, Vedi *pompa podalica*.

Trattamento di Galbreath, Vedi *drenaggio mandibolare*.

Trattamento di rilasciamento fasciale, Vedi *rilasciamento miofasciale*.

Trattamento di trazione, procedura a grande o piccola ampiezza in cui i reperi vengono stirati o separati lungo un asse longitudinale, applicando una forza continua o intermittente.

Trattamento linfatico, applicazione di oscillazioni e delicata pressione vibratoria sul tessuto allo scopo di incrementare il flusso linfatico interstiziale e nei vasi linfatici. 2. Un secondo metodo viene descritto sotto la voce tecniche veno-linfatiche.

Trattamento miofasciale, Vedi *tecnica dei tessuti molli*.

Trattamento viscerale (VIT), sistema di diagnosi e trattamento dei visceri finalizzato a migliorarne la funzione fisiologica. Normalmente, i visceri vengono mobilizzati attorno al loro punto di inserzione fasciale fino a raggiungerne il bilanciamento fasciale. Denominate anche tecniche ventrali.

V-spread, tecnica nella quale vengono utilizzate le forze trasmesse attraverso il diametro del cranio allo scopo di ottenere un'apertura delle suture.