



Il Core Competence in Osteopatia:

una proposta del Registro degli Osteopati d'Italia

A cura di

Registro degli Osteopati d'Italia (ROI)

Con il supporto di

Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM)

Il contenuto del presente documento, inclusi i testi e i contenuti, sono di proprietà di ROI e protetti dal diritto d'autore. È quindi assolutamente vietato copiare, appropriarsi, ridistribuire, riprodurre qualsiasi frase o contenuto del presente documento, in assenza dell'espressa autorizzazione dell'autore.



Premessa

Il concetto di competenza è fondamentale per una professione sanitaria. Il raggiungimento delle competenze assicura che le attività svolte dai professionisti siano conformi al proprio profilo professionale e che essi siano, quindi in grado di espletare il loro ruolo nella comunità. Lo scopo del presente documento è quello di esplicitare il concetto di competenza nell'ambito delle professioni sanitarie in Italia, con particolare riferimento alla professione sanitaria osteopatica; di definire il razionale del ragionamento clinico osteopatico; di proporre le core competencies dell'osteopata italiano, al fine di dare un contributo allo sviluppo legislativo della professione e all'inquadramento della formazione professionale.

Ci auguriamo che il presente documento possa essere uno spunto per iniziare una discussione critica costruttiva sul tema della competenza professionale in campo osteopatico tra formatori, organismi di regolamentazione e professionisti.

Il concetto di competenza

Le competenze sono basate sull'abilità clinica, sulla conoscenza scientifica, sullo sviluppo della moralità e delle funzioni cognitive, di integrazione relazionale e affettive/morali, che vengono espresse nel processo di cura del paziente (1). La competenza quindi è il risultato delle conoscenze, abilità e attitudini in uno specifico contesto professionale o in uno specifico contesto formativo, con la capacità di gestire problemi ambigui, di accettare l'incertezza clinica e prendere decisioni con informazioni spesso limitate (2). Nelle professioni sanitarie la conoscenza professionale specifica è centrata sull'applicazione delle conoscenze attraverso il ragionamento clinico integrando la capacità di giudizio umanistico, clinico e scientifico e le strategie metacognitive che permettono al professionista di identificare e colmare eventuali lacune nella propria conoscenza utilizzando risorse esterne come per esempio l'Evidence Based Practice (EBP) (3). L'importanza dell'utilizzo dell'EPB da parte dei professionisti sanitari è un tema ricorrente in tutte le professioni sanitarie, tant'è che studi recenti considerano l'EBP stessa una competenza (4-6), descrivendola come "l'abilità di porre domande clinicamente rilevanti allo scopo di acquisire, valutare criticamente, ed utilizzare diverse fonti di conoscenza nel contesto di cura di un determinato paziente, gruppo, o comunità" (7, 8). Le abilità pratiche riguardano le procedure tecniche specifiche di una professione come ad esempio



l'esame clinico o interventi terapeutici specifici. Le attitudini si basano sull'intelligenza emotiva, sull'accettazione dell'incertezza e sulle capacità metacognitive mirate all'autoriflessione. Queste tre componenti della competenza professionale dovrebbero sempre informare il processo di ragionamento clinico e di cura del paziente (9).

Il ragionamento clinico e i suoi processi di rinforzo cognitivo, metacognitivo e percettivo, pongono le loro fondamenta sull'EBP. I modelli tradizionali di ragionamento clinico nelle professioni sanitarie si basano sulle migliori prove d'efficacia disponibili e fanno riferimento ad un processo cognitivo operatore-centrico attraverso cui il professionista acquisisce informazioni dai pazienti, le valuta ed elabora un piano di trattamento e gestione continuativa tenendo in considerazione le linee guida e gli studi scientifici rilevanti (10).

Il ragionamento clinico è una capacità fondamentale nella pratica professionale autonoma e si basa fortemente sulla conoscenza professionale e sulle strategie dei processi decisionali specifici di ogni professione sanitaria (11). La formazione dei professionisti sanitari dovrebbe quindi mirare a far acquisire agli studenti le core competencies su cui è basato il profilo professionale specifico (1, 12). Per quanto riguarda l'osteopatia, considerando nel caso specifico la situazione italiana, in cui il 22 dicembre 2017 è stato approvato il DDL Lorenzin al cui interno l'articolo 7 individua l'osteopatia come professione sanitaria, ci sembra utile avere prodotto un documento che definisca chiaramente le core competencies della professione osteopatica. Tale documento potrebbe essere una base di discussione fondamentale per la definizione del profilo professionale e del percorso di formazione in osteopatia in Italia.

L'Osteopatia

L'osteopatia è una professione sanitaria che si avvale di un approccio centrato sulla persona, che prevede una valutazione globale della persona, la somministrazione di un trattamento, che può essere applicato in presenza di diverse condizioni patologiche, nonché la gestione in autonomia, o in collaborazione con altri professionisti, delle situazioni complesse che il paziente può presentare. È tradizionalmente basata sul principio che le strutture e le funzioni corporee siano strettamente integrate e correlate fra loro, e che il benessere della persona richieda che tutti i sistemi e gli apparati, (neurologico, muscoloschelettrico, respiratorio, circolatorio, endocrino e viscerale) lavorino in

armonia (13). Alcuni autori sostengono che l'applicazione dei principi osteopatici, la diagnosi strutturale e l'utilizzo del trattamento manipolativo osteopatico (TMO) nella cura del paziente siano i fattori che differenziano l'osteopatia dalle altre professioni sanitarie. Il TMO mira a mantenere e riportare la persona nel suo stato di naturale benessere stimolando un fisiologico processo di adattamento del corpo ai continui cambiamenti e stress della vita (14). Questo processo è sostenuto dai tre principi chiave dell'osteopatia: unità del corpo; interrelazione tra struttura e funzione; capacità di autoregolazione corporea (15). Si ritiene che questi principi appartengano alla moderna conoscenza medica e scientifica e che la ricerca clinica in osteopatia li applichi alla cura del paziente (16). La valutazione osteopatica ed il trattamento osteopatico, si avvalgono di cinque modelli di interrelazione struttura-funzione: modello biomeccanico, modello neurologico, modello metabolico, modello respiratorio-circolatorio, modello biopsicosociale (17, 18). Questi modelli possono essere usati in maniera combinata per fornire un quadro che permetta al professionista di valutare criticamente la significatività clinica delle disfunzioni somatiche o di altri reperti clinici individuati tramite l'esame clinico osteopatico oggettivo e soggettivo (19). Alcuni autori hanno proposto di adattare la combinazione dei modelli alla diagnosi differenziale, alle co-morbidità, agli altri approcci terapeutici e alle risposte al trattamento (20).

Il ragionamento clinico osteopatico è fortemente supportato da questi cinque modelli di interrelazione struttura-funzione in un continuum tra attività clinica tecnico-razionale (approccio operatore-centrico basato su principi fisici, biomedici e biomeccanici) e attività clinica artistico-professionale (approccio paziente-centrico basato sull'aspetto biopsicosociale) (21, 22). Il fine ultimo del ragionamento clinico osteopatico prevede di identificare e determinare le priorità di trattamento ed erogare le cure osteopatiche tramite un'applicazione critica dei cinque modelli di interrelazione struttura-funzione. Ciò può essere ottenuto attraverso un processo di ragionamento multi-fasico che solitamente inizia con una valutazione biomedica mirata ad identificare le possibili controindicazioni assolute al trattamento per gravi patologie sottostanti al motivo della consultazione e culmina con una valutazione osteopatica specifica che include il giudizio dell'operatore, e l'uso della palpazione (23). La palpazione diagnostica osteopatica è una parte importante del profilo di competenza clinica dell'osteopata e unitamente alla valutazione critica dei principi osteopatici, gioca un ruolo fondamentale nel processo decisionale clinico osteopatico (24). Si ritiene infatti che i cinque modelli



osteopatici di interrelazione struttura-funzione basati sui tre principi osteopatici, differenzino il ragionamento clinico osteopatico dalle altre professioni sanitarie e permettano all’osteopatia di essere identificata come una professione, piuttosto che come una tecnica o un insieme di tecniche (22, 25). La cura osteopatica è centrata sui principali bisogni di salute della popolazione: prevenzione, promozione, trattamento e supporto. Queste aree sono comuni alla maggior parte delle professioni sanitarie, in particolare a quelle afferenti al campo della medicina fisica e riabilitativa. Risulta quindi necessaria una stretta collaborazione multidisciplinare ed interprofessionale nel migliore interesse del paziente (26, 27). Infatti Higgs e Jones ritengono che il ragionamento clinico debba essere interdisciplinare per “trascendere le barriere dei gruppi professionali, con i loro diversi background ed includere il paziente come parte del team interdisciplinare” (28). A tal proposito riteniamo che gli osteopati debbano giocare un ruolo rilevante all’interno dei processi di decisionali e nei team multidisciplinari in quanto rappresentano un valore aggiunto per la sanità (29).

Il Registro degli Osteopati d’Italia (ROI), l’associazione professionale più rappresentativa a livello nazionale, ha deciso di produrre il Core Competence dell’osteopata italiano, basato sulle esigenze del sistema sanitario nazionale.

La proposta del ROI per il Core Competence dell’osteopata Italiano

Il gruppo di lavoro

Il framework di un Core Competence è il modello concettuale utilizzato per organizzare le core competencies e dare una struttura definita al Core Competence. Dal momento che il Core Competence è influenzato dalle condizioni politiche, sociali ed economiche locali (30) è stato necessario crearne uno ex-novo piuttosto che tradurne uno già esistente ma facente riferimento a realtà extra-nazionali (31). Il ROI, che ha giocato un ruolo attivo nell’individuazione dell’osteopatia come professione sanitaria, ha riunito un gruppo di lavoro composto da esperti per sviluppare una propria proposta di Core Competence dell’osteopata italiano per supportare il processo legislativo in atto. Successivamente il documento è stato presentato alla comunità scientifica osteopatica nazionale ed internazionale per essere approvato tramite un processo interattivo di valutazione del consenso. Il gruppo di lavoro di esperti era composto da 8 osteopati, con almeno 10.000 ore di pratica professionale nei rispettivi campi di competenza specifica di: pedagogia medica, ricerca scientifica,

pratica clinica. Due membri della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM) hanno supervisionato e condotto il processo (32, 33). Per redigere il documento è stato utilizzato il framework di Guilbert (34) che consente di organizzare il Core Competence con modalità “top-down” permettendo di definire il ruolo del professionista all’interno del Sistema Sanitario Nazionale a partire dai problemi prioritari di salute della popolazione. Nel framework di Guilbert i “domini di competenza” prendono il nome di “Funzioni” e le “competenze” prendono il nome di “Attività”.

Il framework di Guilbert

Il framework di Guilbert nasce in ambito pedagogico-medico e prende in considerazione il fatto che i professionisti sanitari diano differenti significati alle parole “conoscenze” “abilità” e “attitudini” quando si discutono temi riguardanti la formazione e che queste ambiguità spesso portino ad incomprensioni. Gli obiettivi educativi necessitano di un verbo attivo, e non ambiguo, che descriva l’azione che il discente, futuro professionista, deve essere in grado di compiere al termine del percorso di studi e che indirizzi il formatore nelle modalità di valutazione del raggiungimento degli obiettivi stessi. A tal proposito Guilbert definisce i domini di competenza “Funzioni”, le competenze “Attività” e gli obiettivi educativi “Compiti”. Il documento Core Competence comprende Funzioni ed Attività, mentre il documento Core Curriculum arriva ad esplicitare anche i Compiti (35). Basandosi sulla tassonomia di Bloom (36), Guilbert propone di utilizzare l’espressione “abilità intellettuale” per descrivere le “conoscenze”, “abilità senso-motoria” per descrivere le “abilità” e “abilità di comunicazione interpersonale” per descrivere le “attitudini”. Meglio saranno scritti gli obiettivi formativi che sono alla base delle competenze, più saranno valide le metodologie di valutazione di questi ultimi e maggiore sarà l’aderenza del professionista neo-formato al profilo professionale (37). Basandosi su questo modello, utilizzato anche per le competenze di altre professioni sanitarie italiane, la proposta del ROI del Core Competence dell’osteopata italiano ha visto definire le Funzioni e per ogni funzione le Attività corrispondenti, utilizzando verbi attivi e non ambigui. In accordo con i principi osteopatici, la letteratura scientifica e i problemi prioritari di salute della popolazione, sono state individuate sette Funzioni: “promozione della salute e prevenzione”, “cura osteopatica”, “educazione terapeutica”, “ricerca”, “formazione”, “autoformazione”, “gestione e qualità”. Per ogni Funzione sono state definite Attività specifiche descritte con verbi attivi non ambigui. Il documento



Core Competence integrale, comprendente tutte le Funzioni e le Attività è allegato alla presente presentazione.

Sviluppi Futuri

Il seguente documento rappresenta la proposta del ROI del Core Competence dell'osteopata italiano basato sul Sistema Sanitario Nazionale. È attualmente in atto la condivisione del documento con la comunità di pratica osteopatica nazionale al fine di valutare il consenso sul documento stesso. Il documento verrà anche proposto per pubblicazione su rivista scientifica internazionale di settore.

Nelle tabelle che seguono, le lettere **T**, **I**, **C** nelle colonne a destra fanno riferimento rispettivamente a:

- **Attività Trasversali (T):** attività che tutti i professionisti sanitari compiono nel medesimo modo.
- **Attività Interprofessionali (I):** attività che i professionisti sanitari compiono in team perché contribuiscono al medesimo scopo con modalità differenti ed integrate.
- **Attività Caratterizzanti (C):** attività caratteristiche di un'unica professione sanitaria.

Delle 127 attività individuate: 53 risultano essere attività trasversali, indice di un'unità di intenti col Sistema Sanitario Nazionale; 30 interprofessionali, indice delle modalità di lavoro integrato e di team interprofessionale; 44 caratterizzanti, a dimostrazione dell'unicità e non sovrapposizione della professione.

Per una migliore comprensione, invitiamo il lettore a tenere conto della presenza implicita, a capo di ogni attività elencata, della frase: "**L'osteopata dev'essere in grado di:**"

Funzione 1. Promozione della salute e Prevenzione	T	I	C
1.1 Riconoscere in ambito interprofessionale il contesto biopsicosociale per individuare i fattori di rischio per la salute.	●		
1.1.1 Riconoscere la centralità della persona nell'organizzazione sanitaria e nella promozione della salute, accentuando il significato personale e l'interpretazione del suo stato di salute;	●		
1.1.2 Instaurare un rapporto egualitario e simmetrico tra osteopata e comunità per sensibilizzare a stili di vita salutogenici;		●	
1.1.3 Incoraggiare la comunità ad esprimere le proprie idee sulle possibili pratiche di promozione della salute coinvolgendo nel processo decisionale durante lo sviluppo di un piano di auto-promozione della salute a lungo termine;	●		
1.1.4 Identificare i bisogni educativi di una comunità finalizzati alla prevenzione in un'ottica interprofessionale;		●	
1.1.5 Valutare il potenziale di adesione della comunità ad approcci adattativi (Adaptive Health Practice - AHP);		●	
1.1.6 Formulare approcci educativi salutogenici ed interventi preventivi in ambito interprofessionale;		●	
1.1.7 Informare la comunità sulla rilevanza della gestione dei sovraccarichi adattativi secondo i principi e i modelli osteopatici associati al mantenimento della salute;			●
1.2 Educare a comportamenti e stili di vita salutogenici.	●		
1.2.1 Sviluppare il pensiero critico della comunità nei confronti di credenze e luoghi comuni;	●		
1.2.2 Promuovere, attraverso comportamenti resilienti, il senso di coerenza individuale e le funzionalità omeostatico-allostatische di autoregolazione (biomeccanica-neurologica-circolatoria-respiratoria-energetica-metabolica-biopsicosociale);			●
1.3 Promuovere l'empowerment (<i>la conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, sia in ambito delle relazioni personali sia in quello della vita sociale</i>) della persona e della comunità.	●		
1.4 Favorire lo stato di salute e il benessere attraverso la valutazione e il trattamento manipolativo osteopatico dei sovraccarichi adattativi.			●

	1.4.1 Prevenire, in collaborazione con altri professionisti, le alterazioni della capacità adattativa correlate all'insorgenza di patologia; 1.4.2 Spiegare aspetti biologici, psicologici e sociali correlati al dolore in una prospettiva biopsicosociale;	●	
1.5	Educare la persona e la comunità a individuare alterazioni della capacità adattativa. 1.5.1 Educare la persona e la comunità a individuare segni e sintomi correlati alla disfunzione somatica che potrebbero condizionare lo stato di salute; 1.5.2 Educare la persona e la comunità a individuare stili di vita e atteggiamenti ergonomici, che potrebbero condizionare lo stato di salute;		●
1.6	Motivare la persona e la comunità a praticare esercizi specifici ed adottare abitudini alimentari salutogeniche in collaborazione con altri professionisti.	●	
1.7	Verificare l'appropriatezza del piano di promozione della salute rispetto agli obiettivi della comunità.	●	
1.8	Partecipare a campagne interprofessionali di prevenzione e screening.		●

Funzione 2. Cura osteopatica	T	I	C
2.1 Seguire un ragionamento clinico basato sui principi e i modelli osteopatici.			●
2.2 Identificare le necessità di cura. 2.2.1 Accogliere la persona ed eventuali caregivers considerando il contesto familiare e sociale; 2.2.2 Identificare le richieste e le aspettative della persona; 2.2.3 Comunicare e interagire con la persona o caregivers in modo da comprendere i bisogni e le necessità utili alla cura osteopatica secondo il modello biopsicosociale; 2.2.4 Richiedere il consenso al trattamento osteopatico evidenziando il razionale, i benefici ed eventuali rischi;	●	●	●
2.3 Raccogliere elementi utili alla valutazione osteopatica. 2.3.1 Condurre un'anamnesi per raccogliere dati di interesse clinico e biopsicosociale desunti dalla narrazione del paziente, del caregiver, di altri professionisti o membri dell'équipe sanitaria, oltre che dalla documentazione esistente. 2.3.2 Tener conto delle diagnosi del medico e dei professionisti sanitari nella valutazione osteopatica del paziente; 2.3.3 Gestire i dati sensibili secondo le normative vigenti; 2.3.4 Registrare nella cartella osteopatica i dati, i documenti e le informazioni inerenti lo stato di salute della persona; 2.3.5 Individuare le indicazioni e le controindicazioni al trattamento osteopatico rispetto al motivo di consulto, alle aspettative della persona e all'interpretazione dei dati raccolti a garanzia della sicurezza del paziente; 2.3.5.1 Eseguire l'esame obiettivo per individuare quadri clinici che sconsigliano o indirizzino il trattamento osteopatico; 2.3.5.2 Prendere in considerazione il contributo di altri professionisti per la gestione del caso clinico in un contesto interprofessionale; 2.3.5.3 Comunicare al paziente l'esito del processo di raccolta degli elementi utili alla valutazione osteopatica.	●	●	●
2.4 Effettuare la diagnosi osteopatica.			●



2.4.1 Condurre un esame obiettivo osteopatico attraverso l'osservazione e le abilità palpatorie per guidare il ragionamento clinico;

- 2.4.1.1 Formulare ipotesi diagnostiche osteopatiche secondo i principi e i modelli osteopatici;
- 2.4.1.2 Effettuare una valutazione posturale statica e dinamica in relazione ai modelli osteopatici di struttura e funzione;
- 2.4.1.3 Effettuare una valutazione visiva e palpatoria per evidenziare eventuali alterazioni della temperatura, della trama tessutale, asimmetrie, restrizioni di movimento e dolorabilità con riferimento al motivo di consulto;
- 2.4.1.4 Individuare, attraverso test osteopatici, le alterazioni del rapporto struttura/funzione in relazione ai sistemi di autoregolazione biomeccanico, circolatorio-respiratorio, neurologico, energetico-metabolico, biopsicosociale;
- 2.4.1.5 Valutare attraverso la palpazione osteopatica gli adattamenti generali, rilevando alterazioni funzionali correlate al sovraccarico allostatico;
- 2.4.1.6 Valutare attraverso la palpazione osteopatica gli adattamenti locali, rilevando l'eventuale presenza di disfunzioni somatiche clinicamente rilevanti;
- 2.4.1.7 Formulare la diagnosi osteopatica sulla base della valutazione generale e locale in accordo con la nomenclatura osteopatica (glossario) e biomedica di riferimento (ICD);

2.4.2 Valutare l'indicazione al trattamento osteopatico, individuando le ipotesi di rilevanza clinica delle disfunzioni somatiche (o degli altri esiti della valutazione osteopatica) rispetto alle componenti multidimensionali del motivo di consulto;

2.4.3 Comunicare al paziente l'esito della valutazione diagnostica osteopatica.

2.5 Pianificare il trattamento osteopatico.

- 2.5.1 Definire autonomamente o in collaborazione con altri professionisti l'obiettivo del trattamento osteopatico in accordo con il paziente e/o caregivers;
- 2.5.2 Elaborare una strategia terapeutica osteopatica coerente al contesto clinico e centrata sul paziente;
- 2.5.3 Selezionare modelli, approcci e tecniche osteopatiche adeguate al paziente e al contesto clinico;
- 2.5.4 Condividere con la persona e/o con i caregivers il piano di trattamento osteopatico ed eventuali variazioni dello stesso, considerando anche l'incertezza clinica;
- 2.5.5 Registrare nella cartella osteopatica il piano di trattamento e gli aggiornamenti periodici;

2.6 Eseguire il trattamento osteopatico.		•
2.6.1 Eseguire in sicurezza e nel rispetto della dignità e della sensibilità del paziente il trattamento manipolativo osteopatico (OMT) attraverso le tecniche osteopatiche selezionate;		•
2.6.2 Monitorare lo stato di salute del paziente durante il trattamento;	•	•
2.6.3 Consigliare al paziente modalità di gestione continuativa inerenti lo stile di vita, l'alimentazione, l'esercizio e l'ergonomia;	•	
2.6.4 Gestire eventuali eventi avversi;	•	
2.6.5 Registrare sulla cartella osteopatica il trattamento eseguito e gli eventuali eventi avversi		•
2.7 Valutare gli esiti del trattamento osteopatico.		•
2.7.1 Valutare gli effetti immediati della tecnica attraverso test osteopatici e outcomes clinici;		•
2.7.2 Gestire l'eventuale comparsa di eventi avversi;	•	
2.7.3 Condividere con il paziente la valutazione dell'esito del trattamento e la sua eventuale prosecuzione;		•
2.7.4 Registrare gli esiti del trattamento osteopatico sulla cartella osteopatica;		•
2.7.5 Pianificare il follow up condividendolo con il paziente e/o caregivers;	•	
2.7.6 Verificare l'appropriatezza del piano di trattamento, condividendolo con il paziente e/o caregivers.	•	

Funzione 3. Educazione Terapeutica	T	I	C
3.1 Educare il paziente nelle abilità di autogestione della propria patologia cronica, anche in modalità interprofessionale.	●		
3.2 Favorire nel paziente la percezione del sé corporeo per renderlo autonomo, quando possibile, nella gestione della propria malattia.	●		
3.3 Aiutare il paziente a scoprire i suoi punti di forza, sfruttando e riorganizzando positivamente le proprie energie cognitive ed emotive.	●		
3.4 Individuare i fattori occupazionali, ergonomici e posturali che influenzano lo stato di malattia.	●		
3.5 Educare i pazienti alla gestione dei fattori che interferiscono con il normale andamento delle loro condizioni.	●		
3.6 Pianificare il percorso educativo terapeutico anche in collaborazione con altri professionisti. <ul style="list-style-type: none"> 3.6.1 Raccogliere le informazioni e formulare una diagnosi educativa; 3.6.2 Condividere gli obiettivi con il paziente e pianificare il contratto educativo; 3.6.3 Favorire l'acquisizione di conoscenze e abilità; 3.6.4 Valutare il raggiungimento degli obiettivi condivisi. 	● ● ● ●		
3.7 Educare il paziente all'utilizzo appropriato delle risorse sanitarie, sociali ed economiche disponibili.	●		

Funzione 4. Ricerca	T	I	C
4.1 Identificare un quesito clinico, pedagogico e/o socio-economico in ambito osteopatico.			●
4.2 Individuare una domanda di ricerca adeguata, specifica e praticabile in ambito osteopatico.			●
4.2.1 Revisionare la letteratura più idonea per rispondere al quesito; 4.2.2 Reperire le fonti bibliografiche o documentali; 4.2.3 Valutare criticamente i risultati della ricerca bibliografica; 4.2.4 Distinguere metodi e strumenti della ricerca quantitativa/qualitativa; 4.2.5 Sintetizzare i risultati.	● ● ● ● ●		
4.3 Collaborare a progetti di ricerca in ambito multidisciplinare e multiprofessionale.		●	
4.3.1 Praticare l'attività scientifica in accordo con le linee guida per l'integrità nella ricerca.	●		
4.4 Applicare l'Evidence Based Practice nell'attività clinica osteopatica considerando le aspettative e i valori del paziente e della popolazione.			●



Funzione 5. Formazione	T	I	C
5.1 Realizzare attività di tutoring clinico nei confronti di studenti.	•		•
5.1.1 Mostrare l'attività clinica osteopatica sul campo ad uno studente in formazione;			
5.1.2 Incentivare la pratica riflessiva di uno studente in formazione sull'esperienza del tirocinio;	•		
5.1.3 Fornire un feedback efficace ad uno studente.	•		
5.2 Promuovere l'apprendimento tra pari.	•		
5.2.1 Pianificare e realizzare la valutazione formativa tra pari;	•		
5.2.2 Valutare l'esito dell'intervento formativo tra pari;	•		
5.2.3 Fornire un feedback efficace.	•		
5.3 Realizzare interventi educativi interprofessionali riguardanti la gestione dei locali e dei pazienti.		•	
5.3.1 Pianificare gli interventi educativi individuati;	•		
5.3.2 Realizzare gli interventi educativi pianificati;	•		
5.3.3 Valutare gli interventi educativi realizzati.	•		

Funzione 6. Autoformazione	T	I	C
6.1 Autovalutare la pratica professionale e individuare i propri bisogni formativi. 6.1.1 Utilizzare pratiche riflessive; 6.1.2 Confrontarsi con mentori ed esperti per ottenere feedback o supporto.	● ● ●		
6.2 Scegliere le modalità di autoformazione pertinenti ai bisogni individuati e alle norme vigenti.	●		
6.3 Finalizzare l'autoformazione ad implementare le conoscenze, le abilità e le attitudini in ambito osteopatico con modalità sicure, efficaci, efficienti, tempestive, eque, centrate sulla persona.	●		
6.4 Rivalutare la propria pratica professionale. 6.4.1 Utilizzare pratiche riflessive; 6.4.2 Confrontarsi con mentori ed esperti per ottenere feedback o supporto.	● ● ●		

Funzione 7. Gestione e qualità	T	I	C
7.1 Analizzare il contesto in cui si esercita la professione di osteopata.		•	•
7.1.1 Identificare i possibili collaboratori, il fabbisogno ed il territorio dell'utenza.	•	•	
7.2 Identificare i bisogni e le aspettative delle parti interessate.	•		•
7.2.1 Identificare i bisogni e le aspettative dei pazienti, dei collaboratori sanitari e del personale con cui gestire ed amministrare gli spazi che utilizza per esercitare la professione di osteopata;		•	
7.3 Pianificare le attività professionali.	•		
7.3.1 Pianificare le attività nel rispetto dei requisiti cogenti, delle normative, del codice deontologico, del Sistema Sanitario e delle risorse umane, fisiche e strutturali.	•		
7.4 Gestire le attività professionali nel rispetto della pianificazione.	•		
7.5 Misurare l'efficacia delle prestazioni e prevederne il miglioramento continuo.	•		•
7.5.1 Monitorare la propria attività clinica, di ricerca, amministrativa, di diffusione e promozione dell'osteopatia, attraverso una valutazione oggettiva del raggiungimento di obiettivi specifici utilizzando strumenti validati di misurazione.			
7.6 Valutare la soddisfazione e la qualità percepita.	•		
7.6.1 Verificare la soddisfazione e la qualità percepita delle proprie prestazioni a livello clinico, relazionale e gestionale coinvolgendo le parti interessate;	•		
7.6.2 Gestire eventuali reclami.	•		



7.7 Favorire approcci basati sulla valutazione del rischio clinico e gestionale (Risk Based Thinking).

- 7.7.1 Monitorare costantemente i propri risultati sottponendosi a valutazioni di qualità e confrontandosi con gli altri professionisti;
- 7.7.2 Utilizzare approcci sicuri da un punto di vista clinico e gestionale nel proprio ambiente di lavoro;
- 7.7.3 Gestire in sicurezza dati sensibili.

7.8 Valutare il raggiungimento degli obiettivi.

- 7.8.1 Controllare i risultati attesi;
- 7.8.2 Pianificare nuovi obiettivi attraverso processi decisionali clinici e gestionali, avvalendosi di informazioni documentali;
- 7.8.3 Verificare eventuali non conformità e apportare le dovute azioni correttive.

Bibliografia

1. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-35.
2. Schon DA. *The reflective practitioner*. Basic Books. 1983.
3. Richardson PE. David Sackett and the birth of Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. *BMJ*. 2015;350:h3089.
4. Laibhen-Parkes N. Evidence-based practice competence: a concept analysis. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(3):173-82.
5. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Med Educ*. 2013;13:19.
6. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Fischbeck Feinstein N, Li H, Small L, Wilcox L, et al. Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2004;1(3):185-93.
7. Practice APAPTFoE-B. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol*. 2006;61(4):271-85.
8. Sidani S, Epstein D, Miranda J. Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2006;3(3):116-23.
9. Gale J, Marsden P. Clinical problem solving: the beginning of the process. *Med Educ*. 1982;16(1):22-6.
10. Arocha JF, Patel VL, Patel YC. Hypothesis generation and the coordination of theory and evidence in novice diagnostic reasoning. *Med Decis Making*. 1993;13(3):198-211.
11. Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010;66(5):1151-8.
12. Klass D. Reevaluation of clinical competency. *Am J Phys Med Rehabil*. 2000;79(5):481-6.
13. Organization WH. *Benchmarks for training in osteopathy*. Geneva: WHO. 2010.
14. Alliance OI. *History and Current Context of the Osteopathic Profession, Status Report on Osteopathy Stage I*. Chicago: OIA. 2012.
15. AACOM. *Glossary of Osteopathic Terminology*. Journal of the American Osteopathic Association. 2011.



16. Kuchera ML. Applying osteopathic principles to formulate treatment for patients with chronic pain. *J Am Osteopath Assoc.* 2007;107(10 Suppl 6):ES28-38.
17. Lunghi C, Tozzi P, Fusco G. The biomechanical model in manual therapy: Is there an ongoing crisis or just the need to revise the underlying concept and application? *J Bodyw Mov Ther.* 2016;20(4):784-99.
18. Kuchera ML. Osteopathic manipulative medicine considerations in patients with chronic pain. *J Am Osteopath Assoc.* 2005;105(9 Suppl 4):S29-36.
19. Liem T. A.T. Still's Osteopathic Lesion Theory and Evidence-Based Models Supporting the Emerged Concept of Somatic Dysfunction. *J Am Osteopath Assoc.* 2016;116(10):654-61.
20. Tozzi P. A unifying neuro-fasciogenic model of somatic dysfunction - Underlying mechanisms and treatment - Part II. *J Bodyw Mov Ther.* 2015;19(3):526-43.
21. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP. Clinical decision-making and therapeutic approaches in osteopathy - a qualitative grounded theory study. *Man Ther.* 2014;19(1):44-51.
22. Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice G. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain. *J Am Osteopath Assoc.* 2016;116(8):536-49.
23. Thomson OP, Petty N.J., Moore A.P. Clinical reasoning in osteopathy - More than just principles. *International Journal of Osteopathic Medicine.* 2011;14:71-6.
24. Esteves J. E. SC. Developing competence in diagnostic palpation: perspectives from neuroscience and education. *International Journal of Osteopathic Medicine.* 2014;17:52-60.
25. Steel A. RB, Sundberg T., Adams J. The role of osteopathy in clinical care: Broadening the evidence-base. *International Journal of Osteopathic Medicine.* 2017;24:32-6.
26. Grace S, Orrock P, Vaughan B, Blaich R, Coutts R. Understanding clinical reasoning in osteopathy: a qualitative research approach. *Chiropr Man Therap.* 2016;24:6.
27. Mintken PE, DeRosa C, Little T, Smith B, American Academy of Orthopaedic Manual Physical T. AAOMPT clinical guidelines: A model for standardizing manipulation terminology in physical therapy practice. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(3):A1-6.
28. Higgs J. JM. Clinical reasoning in health professions. 2nd ed Oxford: Butterworth Heinemann. 1995.



29. Audetat MC, Laurin S, Dory V, Charlin B, Nendaz MR. Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties: Part I. Clinical reasoning supervision and educational diagnosis. *Med Teach.* 2017;39(8):792-6.
30. Mortaz Hejri S, Jalili M. Competency frameworks: universal or local. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013;18(4):865-6.
31. Gimpel JR. Redefining Competency Domains for Osteopathic Medical Practice. *J Am Osteopath Assoc.* 2016;116(9):568-70.
32. Ericsson KA, Prietula MJ, Cokely ET. The making of an expert. *Harv Bus Rev.* 2007;85(7-8):114-21, 93.
33. Edmunds S, Brown G. Effective small group learning: AMEE Guide No. 48. *Med Teach.* 2010;32(9):715-26.
34. Guilbert JJ. Educational handbook for health personnel. Revised edition. WHO Offset Publ. 1981(35):330 p.
35. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.* 1990;65(9 Suppl): S63-7.
36. Adams NE. Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. *J Med Libr Assoc.* 2015;103(3):152-3.
37. Guilbert JJ. The ambiguous and bewitching power of knowledge, skills and attitudes leads to confusing statements of learning objectives. *Educ Health (Abingdon).* 2002;15(3):362-9.