

Il Core Competence in Osteopatia

A cura di

**Registro degli Osteopati d'Italia
(ROI)**

*Paola Sciomachen
Mauro Longobardi*

*Chiara Arienti
Andrea Bergna
Carmine Castagna
Giacomo Consorti
Christian Lunghi
Marco Tramontano*

Con il supporto di
**Società Italiana di Pedagogia Medica
(SIPeM)**

*Antonella Lotti
Giuseppe Parisi*

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.

*Il sapere pedagogico fornisce il linguaggio scientifico
grazie al quale gli Ordini professionali,
le associazioni e i collegi
possono definire, in termini di competenze
le loro attese dal mondo della formazione.*

(A. Lotti)

INTRODUZIONE

Contesto

I 53 Paesi della Regione Europea, nel settembre 2012 in occasione della sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), hanno approvato un nuovo modello di politica europea per la salute, basato su valori ed evidenze, denominato Salute 2020. Questo modello si pone come obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle diseguaglianze, attraverso una migliore leadership e governance della salute considerando che le malattie non sono solo causate da fattori biomedici ma possono anche essere causate, o fortemente influenzate, da fattori adattativi, comportamentali, ambientali, ecc. (1).

Per il periodo 2014-2023 l'OMS mira a sostenere gli stati membri nello sviluppo di politiche proattive e nell'attuazione di piani d'azione che rafforzino il ruolo della medicina complementare integrandola all'interno dei sistemi sanitari nazionali (2). Il nuovo documento strategico dell'OMS invita gli stati membri a rispondere a sfide organizzative che riguardano adeguate politiche nazionali per il riconoscimento del ruolo e delle potenzialità delle medicine complementari. Inoltre promuove il potenziamento della garanzia di sicurezza, qualità e uso appropriato delle cure suggerendo la formazione e il tirocinio dei nuovi professionisti sanitari nell'ottica della ricerca scientifica e dello sviluppo di nuove strategie terapeutiche.

Il Ministero della Salute ha evidenziato la necessità di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili che costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica: sono, infatti, la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati (3). Ci riferiremo a queste con il termine di problemi prioritari di salute (PPS).- L'Osteopatia si inserisce

all'interno delle strategie descritte e persegue gli obiettivi della moderna medicina rispetto ai PPS e di qualità dei servizi, in quanto adotta un approccio manuale, olistico, centrato sulla persona, per la prevenzione e la cura di disturbi, infortuni e malattie (4) finalizzato al contenimento del sovraccarico adattativo della persona. Il ragionamento clinico osteopatico basato sulla relazione fra struttura e funzione in rapporto ai sistemi che **i** controllano e regolano il sovraccarico allostatico, è ciò che contraddistingue la professione. Anche altri professionisti utilizzano tecniche manuali (5, 6), ma la modalità di selezione e di somministrazione secondo il ragionamento clinico osteopatico, rappresenta il carattere distintivo della professione (5).

Attraverso l'applicazione di modelli struttura-funzione, l'osteopata tende a promuovere la salute in un processo di cura interprofessionale (7) coerentemente con quanto proposto nell'ambito delle Adaptive Health Practice (AHP) (8): approcci centrati sulla persona che possano educarla al superamento di credenze a lei dannose. La proposta di nuovi atteggiamenti per aiutare i pazienti ad essere resilienti ed autonomi promotori della loro salute, e motivarli verso l'attuazione dei comportamenti necessari ad affrontare le sfide di adattamento, ha l'obiettivo di ridurre le morbilità e favorire un ritorno più efficiente ad uno stato ottimale di salute, riducendo i costi delle cure per le comunità (9).

All'interno delle differenti proposte per rispondere ai PPS, tra cui sono state precedentemente evidenziate le AHP e le medicine complementari integrate, si inserisce appieno il processo verso l'integrazione e la regolamentazione dell'osteopatia e di altre professioni nei sistemi sanitari (10).

Gli osteopati si confrontano da anni con una riflessione in costante evoluzione (11,12,13) finalizzata ad una definizione del ruolo dell'osteopatia nella moderna assistenza sanitaria per individuare la modalità migliore per partecipare alla gestione della salute pubblica (14). I professionisti sanitari si occupano del mantenimento della salute dell'individuo attraverso l'applicazione di principi e

modelli informati dalle evidenze, prevenendo, diagnosticando e curando i PPS. Svolgono attività di ricerca e sviluppano idee, teorie e metodi operativi per promuovere l'assistenza sanitaria (15).

Prevenire, diagnosticare e curare sono classi di attività definite “funzioni professionali” (16). Le funzioni professionali mirano a rispondere ai PPS e per questo sono comuni a tutte le professioni sanitarie. Le “attività professionali”, sono invece le modalità trasversali, interdisciplinari e caratterizzanti attraverso cui il professionista sanitario assolve le funzioni proprie alla sua professione (16). Esse descrivono le caratteristiche distintive di una professione sanitaria e costituiscono la base per la definizione delle competenze professionali.

La competenza professionale è l’uso abituale e giudizioso della comunicazione, delle conoscenze, delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e delle riflessioni critiche sulla pratica clinica di tutti i giorni per generare il benessere dell’individuo e della comunità (17). Il core competence (CC) è l’insieme delle attività distintive di una professione.

Per favorire il processo di integrazione dell’osteopata nel contesto sanitario italiano è nato il Gruppo di Lavoro Core Competence del Registro degli Osteopati d’Italia (CC-ROI) che in linea con il processo già iniziato da altre professioni sanitarie (18), si è impegnato a individuare le competenze distintive dell’osteopata e a condividerle con la comunità scientifica e di pratica osteopatica e con quella di altre professioni sanitarie.

L'osteopatia dalla tradizione alla pratica informata dalle evidenze

L'osteopatia è uno dei principali sistemi complementari di assistenza sanitaria che ha mantenuto la tradizione e sostenuto l'evoluzione degli approcci manuali alla salute (19). Essa sviluppa il suo sistema di cura basandosi sui principi fondamentali della medicina osteopatica descritti nella seconda metà del 19° secolo, da A.T. Still, in "Lightening Bone Setter" (19).

L'osteopatia, praticata negli Stati Uniti fin dalla fine del 1800, oggi è diffusa in tutti i continenti e esercitata in più di 50 paesi. È riconosciuta e regolamentata in USA, Australia, Nuova Zelanda, Sud Africa, UK, Francia, Finlandia, Malta, Islanda, Portogallo, Svizzera (4). In molti altri paesi, anche europei, è in via di riconoscimento. In un sondaggio del 2013 dell'Osteopathic International Alliance (OIA), organizzazione di osteopatia di riferimento a livello mondiale, gli osteopati nel mondo risultano essere oltre 130.000 con un incremento esponenziale nell'ultimo decennio. La diffusione in Europa risale agli inizi del '900, inizialmente in Inghilterra e poi in Francia (4). Questo spiega come questi paesi per primi abbiano elaborato leggi per la regolamentazione di tale professione. In Italia la diffusione dell'osteopatia è iniziata negli anni '70 ad opera di osteopati di origine Statunitense, Inglese e Francese. È proseguita con l'attività clinica di professionisti italiani formatisi all'estero o in istituti di formazione italiani che hanno, nel corso degli anni, adeguato il livello dell'offerta formativa agli standard internazionali (5, 20). Il Rapporto Italia 2010 di Eurispes chiarisce come il 18,5% degli italiani scelgono le medicine complementari, e tra queste l'osteopatia è la più richiesta, come cura personale e dei propri figli (21). Un sondaggio Eumetra del 2016 ha evidenziato che ormai un italiano su sei si rivolge alle cure di un osteopata professionista, e che spesso è lo stesso medico di famiglia a consigliarlo (22). Tra i motivi di consulto che comunemente conducono le persone dall'osteopata si riscontrano PPS legati all'impatto del dolore sulla qualità

della vita (23,24,25), alla complessità della gestione nel paziente fragile (24,25,26), alla salute in ambito neonatale e dell'età evolutiva (28), agli esiti di traumi e/o infortuni (24, 29); agli effetti dell'inadeguata automedicazione e iatrogenia (24) ed alla compliance (aderenza) terapeutica inadeguata (24).

Ragionamento clinico in osteopatia

Le motivazioni che spiegano l'aumento del ricorso alle cure dell'osteopata vanno ricercate soprattutto nelle modalità distintive con le quali il professionista realizza il trattamento.

L'osteopatia centra la sua pratica sui seguenti principi di trattamento e gestione del paziente:

- l'essere umano rappresenta un'unità funzionale dinamica, il cui stato di salute è influenzato da corpo, mente e spirito;
- l'organismo possiede in se meccanismi di autoregolazione che possono promuovere, mantenere e ristorare la salute;
- struttura e funzione sono interconnesse a tutti i livelli del corpo umano.

Un trattamento razionale si fonda sulla comprensione e sull'applicazione dei principi sopra descritti per individuare l'intervento specifico sulla persona (30).

Nel 1986, il Consiglio educativo americano sui principi osteopatici (ECOP) ha proposto un Core Curriculum per l'Educazione Osteopatica con l'intento di rinnovare ed integrare la filosofia e i principi osteopatici nella formazione e nella pratica clinica. Punto cardine di questo documento è il ragionamento clinico informato dai cinque modelli osteopatici di relazione tra struttura e funzione (31) (Allegato A). Questi modelli integrano le conoscenze delle scienze di base e cliniche con il processo del pensiero osteopatico in un approccio completo dalla valutazione al trattamento dei pazienti. L'osteopata realizza quindi il suo intervento con un ragionamento clinico complesso basato su modelli osteopatici struttura-funzione, non rivolto alla malattia ma centrato sulla persona

(31). Gli osteopati, coerentemente con il messaggio tradizionale (32), propongono oggi un contributo concreto alla salute pubblica attraverso il loro peculiare approccio salutogenico basato su un processo di valutazione e di trattamento dei processi correlati alla salute, alla sua promozione e al suo mantenimento (33). L'osteopata deve essere in grado di comprendere la complessità del sistema persona-ambiente-salute, e di contestualizzare nella pratica clinica i risultati della letteratura scientifica circa gli effetti del trattamento osteopatico su parametri fisici e sui sistemi coinvolti nelle cause, nel mantenimento e nell'aggravamento dei differenti disturbi di cui è affetta la persona. Nel ragionamento clinico osteopatico, viene considerata ~~e come~~ centrale la valutazione della capacità adattativa autoregolatoria e dell'impatto che l'eventuale sovraccarico dei sistemi di autoregolazione può avere sulle differenti manifestazioni dei disturbi lamentati dall'individuo (7). Dopo il giudizio ricavato dall'anamnesi, dal motivo di consulto e dal contesto, l'osteopata intercetta, attraverso la palpazione percettiva, le alterazioni del sistema fasciale correlate al sovraccarico adattativo locale o generale di una o più unità autoregolatorie (biomeccanica, circolatorio-respiratoria, neurologica, metabolica-energetica, biopsicosociale).

I sovraccarichi di strutture e funzioni, di cui sono stati individuati i biomarcatori (34), sono rilevati dall'osteopata come alterazioni della meccanica tessutale attraverso la palpazione (7). La disfunzione somatica è individuata così come descritto nell'ICD 10, nell'area cranica, cervicale, toracica, costale, lombare, pelvica, appendicolare e addominale (35), ed è associata a rilevazioni endoscopiche viscerali, ad alterazione della densitometria ossea o dell'isteresi fasciale (36,37,38); mentre gli schemi di compenso fasciale sono correlati a stati generalizzati di infiammazione e sovraccarico di stress individuale (39,40,41,42). Il processo decisionale guida l'osteopata alla selezione dei modelli struttura/funzione su cui focalizzare il piano di cura osteopatica ([Allegato A](#)), e alla scelta delle tecniche da utilizzare nel trattamento osteopatico manipolativo. La tecnica elicita

la medesima forza di attivazione del sovraccarico rilevato, e viene indirizzata sia sui riflessi tessutali dell'adattamento locale, ovvero alle disfunzioni somatiche clinicamente rilevanti (Approccio minimalista - [Allegato B](#)), sia sulle manifestazioni tessutali dell'adattamento generale, attraverso il trattamento dello schema di compenso fasciale e di bilanciamento delle funzioni in sovraccarico (Approccio massimalista - [Allegato C](#)). L'intervento dell'osteopata prevede inoltre il coinvolgimento della persona in attività inerenti il suo stile di vita, attraverso consigli specifici e consulenze di altri professionisti (7).

L'osteopata è in grado di valutare l'adeguatezza del trattamento mirato al miglioramento della capacità di autoregolazione dei sistemi biomeccanico, circolatorio, respiratorio, neurologico, energetico-metabolico, biopsicosociale e l'impatto che tale approccio può avere sui sintomi e sugli esiti del processo di cura (31).

Negli ultimi due decenni l'osteopatia ha riscontrato sempre maggior interesse sia tra la popolazione che nella comunità scientifica (Gaboury & Morin, 2017). Recentemente è stata condotta un'analisi bibliometrica, presentata nel 2017 al Congresso Mondiale sulla Medicina integrata per la Salute, con l'obiettivo di descrivere la produzione scientifica degli studi sull'efficacia del trattamento osteopatico, analizzandone l'approccio e identificando i percorsi per migliorare l'attività di ricerca (43). In questa analisi i dati e i lavori sono stati recuperati da Medline e CINAHL, attraverso le parole chiave osteopath*, manipulation, and treatment. Dai risultati emerge che la produzione scientifica sta seguendo una tendenza crescente, con il numero di pubblicazioni raddoppiato ogni 5 anni; 111 riviste hanno pubblicato i risultati degli studi in ambito osteopatico, per la maggior parte trial clinici e case report, progettati in particolare per valutare gli effetti su dolore cervicale, dorsale, lombare e disturbi viscerali (43).

I dati emersi dai lavori di ricerca e dalle osservazioni cliniche evidenziano che l'approccio osteopatico può fornire un utile contributo in differenti ambiti clinici e sociali ([Allegato D](#)), oltre a rappresentare una modalità di cura integrata in specifici disturbi ([Allegato E](#)).

METODI

Il gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro era costituito da esperti (con almeno 10.000 ore di pratica sul dominio di competenza specifico) della comunità di pratica, della comunità pedagogica/didattica e della comunità scientifica (44, 45) e da due esperti in medical education della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM), che hanno supervisionato e condotto il processo di realizzazione del documento. Il gruppo ha seguito un training specifico sui modelli di progettazione per competenze, utilizzati per individuare funzioni ed attività richieste dal mondo del lavoro, in un contesto critico e riflessivo (46). I modelli presi in esame sono quattro: il modello U.E. (47), il modello Tuning (48), il modello CanMEDS (49) e il modello di Guilbert (16). Il gruppo di lavoro al termine della formazione ha selezionato il modello di Guilbert, presentato nella Guida Pedagogica per il personale sanitario dell'OMS, già utilizzato per la realizzazione del “core competence” di infermieri, fisioterapisti, educatori professionali e dietisti italiani (44).

Il modello di Guilbert prevede una progettazione top-down che partendo dai bisogni prioritari di salute individua le funzioni e le attività caratterizzanti della professione. Questo tipo di progettazione ha permesso di collocare la figura dell'osteopata tra le professioni all'interno del sistema sanitario in risposta ai bisogni di salute della comunità. Una progettazione di tipo bottom-up, comune ad altri modelli, non è stata ritenuta funzionale agli intenti definiti dal gruppo di lavoro.

Procedura di lavoro

Revisione dei frameworks esistenti

La prima fase del lavoro ha previsto una revisione dei framework di riferimento in nazioni in cui l’osteopatia è già regolamentata: EFSOP (50), Fundamental Osteopathic Medical Competency Domains (51), Osteopathic Core Competencies for Medical Students (52), Osteopathic Practice Standards (53), Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel (54).

Metodologia di lavoro

Allo scopo di comprendere la metodologia del processo seguito per la compilazione di questo documento, è stata utilizzata la terminologia specifica secondo le seguenti definizioni:

- Problemi Prioritari di Salute: Malattie che costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica: sono, infatti, la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati (3).
- Funzione professionale: Insieme di attività (che concorrono ad un medesimo fine) che una persona compie per svolgere il suo ruolo nella società (16).
- Attività professionale: Insieme degli atti e dei compiti del professionista (16).

La stesura del CC secondo il modello di Guilbert prevede come primo passo l’individuazione dei PPS, quindi definizione delle Funzioni del professionista in risposta ai PPS ed in fine la declinazione delle funzioni in attività professionali caratterizzanti. Il modello di Guilbert prevede anche la suddivisione delle attività in compiti professionali per l’elaborazione del Core Curriculum.

La stesura del documento è avvenuta tra marzo e ottobre 2017; il gruppo di lavoro si è riunito effettuando 3 workshop collegiali (10/11 marzo, 12/13 maggio, 18/19 luglio) intervallati da lavoro individuale con restituzione ed integrazione on-line sulla piattaforma dedicata.

Consensus Statement

Una volta individuate le funzioni e le attività dell’osteopata, sono state sottomesse alla Comunità di pratica e di formazione osteopatica per richiedere il consenso di tale lavoro.

Per fare ciò, sono state individuate due modalità, face-to-face per la comunità di esperti della formazione e la web-based survey per la comunità di pratica.

Face-to-face

Il processo ha previsto la condivisione e la valutazione del grado di accordo sul Core Competence elaborato dal ROI attraverso la sottmissione del documento ad un campione di convenienza composto da professionisti appartenenti a realtà formative osteopatiche italiane facenti riferimento agli standard del ROI e a quelli condivisi a livello europeo (20).

La presentazione del modello di Guilbert, delle funzioni, delle attività e la valutazione del grado di accordo è stata realizzata a Roma il 2 ottobre 2017 e a Milano il 27 novembre 2017, tramite una real time survey utilizzando il software Mastery Connect – Socrative, con i rappresentanti degli istituti di formazione aderenti agli standard formativi del ROI e quelli della norma CEN 16686/2015 (Servizi sanitari in Osteopatia). Il grado di accordo per ognuno dei 41 item della survey è stato mostrato al termine di ogni votazione.

Web-based opinion survey

Il processo ha previsto di sottoporre il documento ad un campione significativo della comunità di pratica degli osteopati italiani. Gli item del sondaggio sono stati 41 descrittori, uno per ogni attività di primo livello, elaborati dal gruppo di lavoro sulla base delle attività trasversali, interprofessionali e caratterizzanti appartenenti alle sette funzioni professionali dell’osteopata.

Utilizzando una web-based opinion survey (W-BOS) con la piattaforma Survey Monkey è stato richiesto ai partecipanti di esprimere il proprio parere su ogni item al fine di conoscere il grado di accordo degli osteopati italiani al presente Core Competence.:

- per la comunità di pratica degli associati **ROI**
- per la comunità di pratica degli osteopati **non ROI**

RISULTATI

Il Core Competence dell'osteopata

Il Gruppo di lavoro, attraverso l'utilizzo del Modello Guilbert, ha individuato 7 funzioni e 127 attività di cui: 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, come mostrato nelle tabelle 1-7.

Percentuale di accordo

Il processo di acquisizione del grado di accordo con la comunità di esperti della formazione e della pratica clinica si è conclusa il 14 gennaio 2018. Hanno partecipato 20 esperti della formazione, 1438 osteopati ROI e 70 osteopati non-ROI. I valori di accordo erano compresi tra il 86% e il 100%, come illustrato nella **figura 1**.

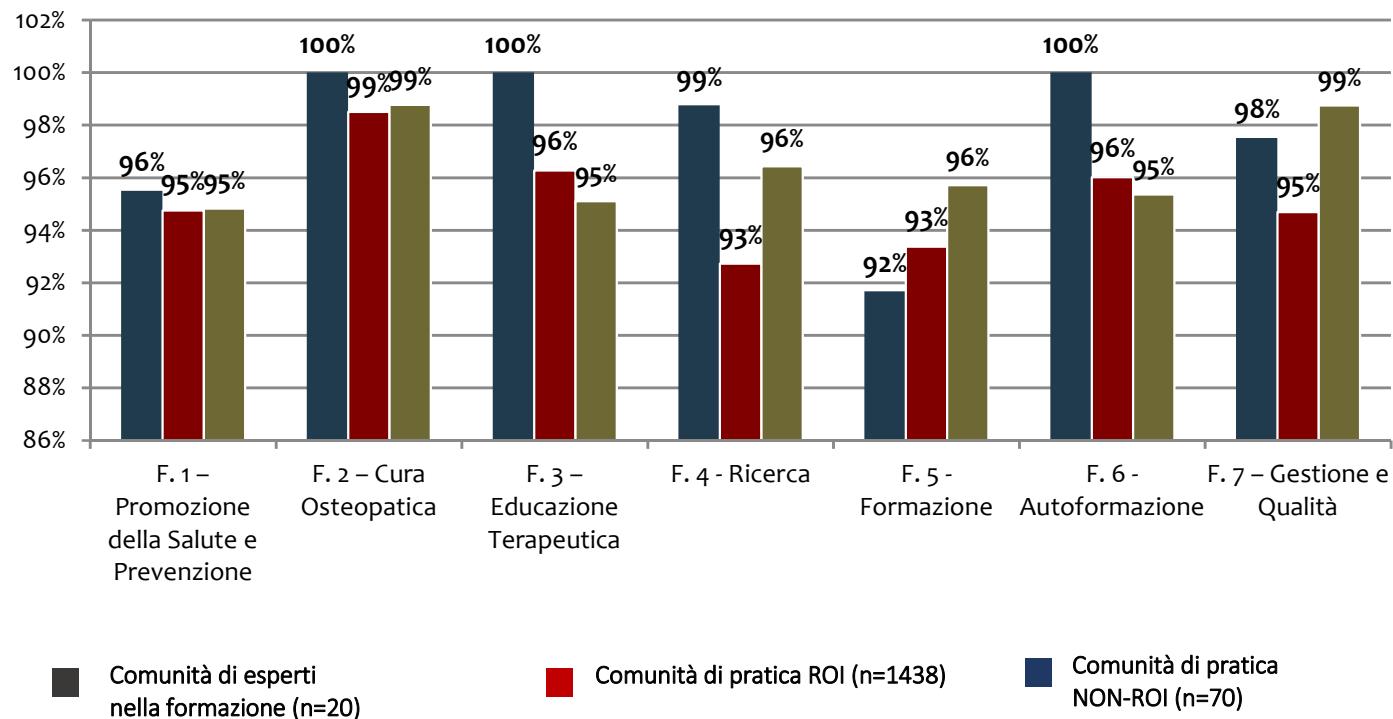


Figura 1. Livello di accordo tra le diverse comunità di esperti

In particolare, è stato valutato il grado di accordo per ciascuna attività di ciascuna funzione e anche in questo caso si sono raggiunti valori medi compresi tra 95% e il 100%, come riportato nella **tabella 8.**

F. 1 – Promozione della Salute e Prevenzione	Comunità di esperti nella formazione n=20	Comunità di pratica ROI (n=1438)	Comunità di pratica non ROI (n=70)
1.1	100	97,3	98,57
1.2	95	99,1	100
1.3	95	91,41	87,14
1.4	95	98,13	100
1.5	95	94,88	82,86
1.6	95	98,96	100
1.7	89	85,25	90
1.8	100	93,01	100
Media	95,50	94,76	94,82
F. 2 – Cura Osteopatica			
2.1	100	97,85	95,71
2.2	100	98,27	98,57
2.3	100	99,52	100
2.4	100	98,89	97,14
2.5	100	95,64	100
2.6	100	99,93	100
2.7	100	99,45	100
Media	100,00	98,51	98,77
F. 3 – Educazione Terapeutica			
3.1	100	98,27	97,14
3.2	100	97,85	97,14
3.3	100	93,35	84,29
3.4	100	97,51	100
3.5	100	97,71	98,57
3.6	100	98,34	100
3.7	100	90,86	88,57
Media	100,00	96,27	95,10
F. 4 - Ricerca			
4.1	100	88,23	91,43
4.2	100	95,57	98,57
4.3	100	97,44	100
4.4	95	89,68	95,71
Media	98,75	92,73	96,43

F. 5 - Formazione			
5.1	90	94,74	95,71
5.2	95	97,37	98,57
5.3	90	88,02	92,86
Media	91,67	93,38	95,71
F. 6 - Autoformazione			
6.1	100	97,44	97,14
6.2	100	95,78	92,86
6.3	100	97,58	94,29
6.4	100	93,28	97,14
Media	100,00	96,02	95,36
F. 7 – Gestione e Qualità			
7.1	100	93,77	95,71
7.2	100	96,05	100
7.3	100	93,01	98,57
7.4	100	91,27	98,57
7.5	95	96,33	100
7.6	95	97,23	100
7.7	95	92,24	97,14
7.8	95	97,65	100
Media	97,50	94,69	98,75

Tabella 8. Valori di accordo per ciascuna attività di ciascuna funzione.

FUNZIONI E ATTIVITÀ DELL'OSTEOPATA

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

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
<p>1.1 Riconoscere in ambito interprofessionale il contesto biopsicosociale per individuare i fattori di rischio per la salute.</p> <p>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;</p> <p>1.1.2 Instaurare un rapporto egualitario e simmetrico tra osteopata e comunità per sensibilizzare a stili di vita salutogenici;</p> <p>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;</p> <p>1.1.4 Identificare i bisogni educativi di una comunità finalizzati alla prevenzione in un'ottica interprofessionale;</p> <p>1.1.5 Valutare il potenziale di adesione della comunità ad approcci adattativi (Adaptive Health Practice - AHP);</p> <p>1.1.6 Formulare approcci educativi salutogenici ed interventi preventivi in ambito interprofessionale;</p> <p>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;</p>	●	●	
<p>1.2 Educare a comportamenti e stili di vita salutogenici.</p> <p>1.2.1 Sviluppare il pensiero critico della comunità nei confronti di credenze e luoghi comuni;</p> <p>1.2.2 Promuovere, attraverso comportamenti resilienti, il senso di coerenza individuale e le funzionalità omeostatico-allostatiche di autoregolazione (biomeccanica-neurologica-circolatoria-respiratoria-energetica-metabolica-biopsicosociale);</p>	●	●	●
<p>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.</p>	●		

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;			• •

<p>2.4.1.1 Formulare ipotesi diagnostiche osteopatiche secondo i principi e i modelli osteopatici;</p> <p>2.4.1.2 Effettuare una valutazione posturale statica e dinamica in relazione ai modelli osteopatici di struttura e funzione;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>2.4.1.5 Valutare attraverso la palpazione osteopatica gli adattamenti generali, rilevando alterazioni funzionali correlate al sovraccarico allostatico;</p> <p>2.4.1.6 Valutare attraverso la palpazione osteopatica gli adattamenti locali, rilevando l'eventuale presenza di disfunzioni somatiche clinicamente rilevanti;</p> <p>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);</p> <p>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;</p> <p>2.4.3 Comunicare al paziente l'esito della valutazione diagnostica osteopatica.</p>		
<p>2.5 Pianificare il trattamento osteopatico.</p> <p>2.5.1 Definire autonomamente o in collaborazione con altri professionisti l'obiettivo del trattamento osteopatico in accordo con il paziente e/o caregivers;</p> <p>2.5.2 Elaborare una strategia terapeutica osteopatica coerente al contesto clinico e centrata sul paziente;</p> <p>2.5.3 Selezionare modelli, approcci e tecniche osteopatiche adeguate al paziente e al contesto clinico;</p> <p>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;</p> <p>2.5.5 Registrare nella cartella osteopatica il piano di trattamento e gli aggiornamenti periodici;</p>		

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
<p>5.1 Realizzare attività di tutoring clinico nei confronti di studenti.</p> <p>5.1.1 Mostrare l’attività clinica osteopatica sul campo ad uno studente in formazione;</p> <p>5.1.2 Incentivare la pratica riflessiva di uno studente in formazione sull’esperienza del tirocinio;</p> <p>5.1.3 Fornire un feedback efficace ad uno studente.</p>	●	●	
<p>5.2 Promuovere l’apprendimento tra pari.</p> <p>5.2.1 Pianificare e realizzare la valutazione formativa tra pari;</p> <p>5.2.2 Valutare l’esito dell’intervento formativo tra pari;</p> <p>5.2.3 Fornire un feedback efficace.</p>	●	●	●
<p>5.3 Realizzare interventi educativi interprofessionali riguardanti la gestione dei locali e dei pazienti.</p> <p>5.3.1 Pianificare gli interventi educativi individuati;</p> <p>5.3.2 Realizzare gli interventi educativi pianificati;</p> <p>5.3.3 Valutare gli interventi educativi realizzati.</p>	●	●	●

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, equie, 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.	•		

<p>7.7 Favorire approcci basati sulla valutazione del rischio clinico e gestionale (Risk Based Thinking).</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	●	●	
<p>7.8 Valutare il raggiungimento degli obiettivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	●	●	

CONCLUSIONI

Un core competence è il “nucleo” fondamentale in cui sono descritte le competenze distintive di una professione e comprende competenze caratterizzanti, specifiche di ciascuna professione e trasversali, ovvero condivise con le altre professioni. 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. Il ragionamento clinico è una capacità fondamentale nella pratica professionale, in quanto la rende autonoma e si basa fortemente sulla conoscenza professionale e sulle strategie dei processi decisionali specifici di ogni professione sanitaria. Per cui, lo scopo del presente documento è stato quello di esplicitare il concetto di competenza nell'ambito delle professioni sanitarie in Italia, con particolare riferimento alla professione sanitaria osteopatica; di definirne il razionale del ragionamento clinico osteopatico; e di proporre il core competence dell'osteopata italiano, al fine di dare un contributo allo sviluppo legislativo della professione e all'inquadramento della formazione professionale. In riferimento alla recente individuazione dell'osteopatia come professione sanitaria (legge 3/2018), il ROI ha ritenuto utile produrre un documento in cui vengano definite 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.

BIBLIOGRAFIA

1. Regional Office for Europe-World Health Organization (ROE-WHO) (2013). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. World Health Organization. Geneve.
2. World Health Organization (WHO), 2013. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. WHO. Hong Kong.
3. Ministero della salute, (2010). Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Available at:http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf. Accessed: 2 Oct. 2017
4. Osteopathic International Alliance (OIA), (2013). Osteopathy and osteopathic medicine. A global view of practice, patients, education and the contribution to healthcare delivery. OIA. Chicago. Ch.
5. World Health Organization (WHO), 2010. Benchmarks for training in osteopathy. WHO, Geneva.
6. Parravicini G, Bergna A,(2017). Biological effects of direct and indirect manipulation of the fascial system. Narrative review. J Bodyw Mov Ther. 21(2):435-445.
7. Lunghi C, Tozzi P, Fusco G, (2016). 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. 20(4):784-799.
8. Thygeson M, Morrissey L, Ulstad V, (2010). Adaptive leadership and the practice of medicine: a complexity-based approach to reframing the doctor-patient relationship. J Eval Clin Pract. 16(5):1009–15.
9. Thygeson NM, (2013). Implementing Adaptive Health Practice: A Complexity-Based Philosophy of Health Care. In: Sturmberg JP, Martin CM, (editors), (2013). Handbook of Systems and Complexity in Health. Springer. New York. Ch. 38.
10. Legge 3/2018, www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/31/18G00019/sg
11. Chaitow L, (2010).Italian osteopathy-an exciting European example. J Bodyw Mov Ther. 14(4):309-11.
12. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP, (2013 a). Clinical reasoning and therapeutic approaches of experienced osteopaths. Int J Osteopath Med.16(1):15-16
13. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP, (2013 b). Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. Int J Osteopath Med.16(1):25-32

14. Mein EA, Greenman PE, McMillin DL, et al., (2001). Manual medicine diversity: research pitfalls and the emerging medical paradigm. *J Am Osteopath Assoc.* 101(8):441-4.
15. International Labour Office (ILO), (2008). *World of work report 2008: income inequalities in the age of financial globalization*, International Institute for Labour Studies. Geneva.
16. Guilbert, J. J. (2002). *Guida pedagogica per il personale sanitario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*. Edizioni Dal Sud. Bari.
17. Epstein RM, Hundert EM, (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 287(2):226-35
18. Lotti A, Di Pace A, (2011). Dal core competencies al core curriculum. In: AA.VV. - Atti del Convegno "Il futuro della ricerca pedagogica e la sua valutazione. Il caso delle riviste". Quaderni della Rivista Education Sciences & Society. Armando Editore. Roma. pp.321-334.
19. Pettman, E., (2007). A history of manipulative therapy. *J. Man. Manip. Ther.* 15(3):165-74.
20. CEN//TC. Project Committee. 2015 Services in Osteopathy. Osteopathic healthcare provision — Main element — Complementary element. CEN/TC 414. ASI. Austria.
21. EURISPES (2010). Rapporto Italia. Curarsi con le medicine non convenzionali. Scheda 55. Istituto di Studi Politici Economici e Sociali (EURISPES). Available at: <http://www.eurispes.eu/content/rapporto-italia-2010>. (Accessed 8 Sept. 2017)
22. Indagine Eumetra (2017).
23. Tramontano M, Martino Cinnera A, Petracca M, Gaeta A, Tamburella F, Audouard M, Caltagirone C. Outpatient Satisfaction With Osteopathic Manipulative Treatment in a Hospital Center: A Survey. *Altern Ther Health Med.* 2017 in press
24. Morin C, Aubin A, (2014). Primary reasons for osteopathic consultation: a prospective survey in Quebec. *PLoS One*.9(9):e106259.
25. Cerritelli F, Verzella M, Barlafante G, (2014). Quality of life in patients referring to private osteopathic clinical practice: a prospective observational study. *Complement Ther Med.* 22(4):625-31.
26. Papa, L., Mandara, A., Bottali, M., et al., (2012). A randomized control trial on the effectiveness of osteopathic manipulative treatment in reducing pain and improving the quality of life in elderly patients affected by osteoporosis. *Clin. Cases. Miner. Bone Metab.* 9(3):179-83. [SEP]
27. Arienti C, Daccò S, Piccolo I, et al. (2011). Osteopathic manipulative treatment is effective on pain control associated to spinal cord injury. *Spinal Cord.* 49(4):515-9.

28. Bagagiolo D, Didio A, Sbarbaro M, et al., (2016). Osteopathic Manipulative Treatment in Pediatric and Neonatal Patients and Disorders: Clinical Considerations and Updated Review of the Existing Literature. *Am J Perinatol.* 33(11):1050-4.
29. Guernsey DT 3rd, Leder A, Yao S, (2016). Resolution of Concussion Symptoms After Osteopathic Manipulative Treatment: A Case Report. *J Am Osteopath Assoc.* 116(3):e13-7.
30. Rogers, F.J., (2005). Advancing a traditional view of osteopathic medicine through clinical practice. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 105(5):255-9.
31. Hruby R, Tozzi P, Lunghi C, Fusco G., (2017). The 5 osteopathic models: Rational, Application, Integration. From tradition to innovation for a centered person osteopathy. Handspring publishing. Pencaitland.
32. Still, A.T., (1899). Philosophy of osteopathy. Kirksville, MO. Re- printed 1946, Acad. App. Osteop., Carmel, CA. [SEP] Ch. 1
33. Hawk C, Ndetan H, Evans MW Jr., (2012). Potential role of complementary and alternative health care providers in chronic disease prevention and health promotion: an analysis of National Health Interview Survey data. *Prev Med.* 54(1):18-22.
34. McEwen, B.S., 2015. Biomarkers for assessing population and individual health and disease related to stress and adaptation. *Metabolism.* 64(3 Suppl 1):S2-S10.
35. World Health Organization (WHO), 2011. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, Edn. WHO, Geneva.
36. Snider KT, Johnson JC, Degenhardt BF, et al. (2011). Low back pain, somatic dysfunction, and segmental bone mineral density T-score variation in the lumbar spine. *J Am Osteopath Assoc.* 111(2):89-96.
37. Snider KT, Schneider RP, Snider EJ, et al. (2016). Correlation of Somatic Dysfunction With Gastrointestinal Endoscopic Findings: An Observational Study. *J Am Osteopath Assoc.* 116(6):358-69.
38. Barnes PL, Laboy F 3rd, Noto-Bell L, et al., (2013). A comparative study of cervical hysteresis characteristics after various osteopathic manipulative treatment (OMT) modalities. *J Bodyw Mov Ther.* 17(1):89-94.
39. Zink, J.G., 1973. Applications of the Osteopathic holistic approach to homeostasis. *Am. Acad. Appl. Osteopath. Yearb.* pp. 37-47:42. [SEP]
40. Zink, J.G., Lawson, W.B., 1979. An Osteopathic structural examination and functional interpretation of the soma. *Osteopath. Ann.* 7:12-19. [SEP]
41. Ortley, G.R., Sarnwick, R.D., Dahle, B.S., et al., 1980. Re- cording of physiologic changes associated with manipulation in healthy subjects. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 80:228-9.

42. McPartland JM, Giuffrida A, King J, et al., (2005). Cannabimimetic effects of osteopathic manipulative treatment. *J Am Osteopath Assoc.* 105(6):283-91.
43. Gaboury I, Morin C,(2017). Scientific production on the efficacy of osteopathy: a bibliometric analysis from 1980 to 2015. In: World Congress Integrative Medicine & Health 2017: part two . *BMC Complement Altern Med.*17(Suppl 1):317
44. Lotti A, (2017). Modelli di “core competence” dei profili professionali in uscita dai percorsi universitari per facilitare l’ingresso nel mondo del lavoro, Metis. Available at: <https://www.progedit.com/metis/anno-vii-numero-1-062017-lavoro-liquido/203.html> Accessed: 8 Sept. 2017
45. Hoffman, R. R., & Lintern, G. (2006). Eliciting and representing the knowledge of experts. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. Feltovich & R. R. Hoffman (Eds.), *Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge University Press. New York.
46. Dewey J, (1933). Come pensiamo. La Nuova Italia. Firenze.
47. Bologna Working Group. (2005) A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. Bologna Working Group Report on Qualifications Frameworks (Copenhagen, Danish Ministry of Science, Technology and Innovation).
48. Lokhoff, J., Wegewijs, B., Durkin, K., Wagenaar, R., Gonzalez, J., Isaacs, A. K. et al. (2010). *A Tuning guide to formulating degree programme profiles. Including programme competences and programme learning outcomes*. Groningen and The Hague. Bilbao
49. Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (2014). *CanMEDS 2015. Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa.
50. Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE). European framework for standards of osteopathic practice. Brussels: FORE; 2010.
51. National Board of Osteopathic Medical Examiners (NBOME),(2011). Fundamental Osteopathic Medical Competency Domains Guidelines for Osteopathic Medical Licensure and the Practice of Osteopathic Medicine. Available at: <https://www.nbome.org/docs/NBOME%20Fundamental%20Osteopathic%20Medical%20Competencies.pdf> Accessed: 8 Sept. 2017
52. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM), (2012). Osteopathic Core Competencies for Medical. Available at: <https://www.aacom.org/docs/default-source/core-competencies/corecompetencyreport2012.pdf?sfvrsn=4> Accessed: 8 Sept. 2017
53. General Osteopathic Council (GOsC), (2012). Osteopathic Practice Standards. Available at: <http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/osteopathic-practice-standards/osteopathic-practice-standards/> Accessed: 8 Sept. 2017

54. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IECEP). (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Interprofessional Education Collaborative. Washington
55. Fryer G, (2017). Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: The mechanisms. *Int J Osteopath Med.* In press.
56. Fryer G, (2017). Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: Clinical approach. *Int J Osteopath Med.* In press.
57. Lederman E, (2017). A Process Approach in Osteopathy: beyond the structural model, *International Int J Osteopath Med.* 23:22-35
58. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, et al., (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res.* 40(6 Pt 1):1918-30.
59. Chiera M, Barsotti N, Lanaro D, (2017). La PNEI e il sistema miofasciale: la struttura che connette. EDRA edizioni. Milano.
60. Turner PWD, Holroyd E, (2016). Holism in Osteopathy e Bridging the gap between concept and practice: A grounded theory study. *Int. J. Osteopath. Med.* 22:40-51.
61. Lindström B, Eriksson M, (2005). Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health.* 59(6):440-2.
62. Eriksson M, Lindström B, (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int.* 23(2):190-9
63. Penney JN, (2010). The biopsychosocial model of pain and contemporary osteopathic practice. *Int J Osteopath Med.* 13(2):42-7.
64. Penney NJ, (2013). The biopsychosocial model:redefining osteopathic philosophy? *Int J Osteopath Med.* 16(1):33-7.
65. Lunghi C, Baroni F, Alò M, (2017). Ragionamento clinico osteopatico: trattamento salutogenico ed approcci progressivi individuali. EDRA edizioni. Milano.
66. Grace S, Orrock P, Vaughan B, et al. (2016). Understanding clinical reasoning in osteopathy: a qualitative research approach. *Chiropr Man Therap.* 24:6
67. Steel A, Blaich R, Sundberg T, et al., (2017) The role of osteopathy in clinical care: Broadening the evidence-base. *Int J Osteopath Med.* 24: 32-6
68. Tozzi P, (2015 a). A unifying neuro-fasciogenic model of somatic dysfunction - Underlying mechanisms and treatment - Part I. *J. Bodyw. Mov. Ther.* 19(2):310-26.
69. Tozzi P, (2015 b). A unifying neuro-fasciogenic model of somatic dysfunction - Underlying mechanisms and treatment - Part II. *J. Bodyw. Mov. Ther.* 19(3):526-43 –

70. Liem T, (2016). A.T. Still's Osteopathic Lesion Theory and Evidence-Based Models Supporting the Emerged Concept of Somatic Dysfunction. *J Am Osteopath Assoc.* 116(10):654-61.
71. McEwen, B.S., 2015. Biomarkers for assessing population and individual health and disease related to stress and adaptation. *Metabolism.* 64(3 Suppl 1):S2-S10.
72. ICD-10 CM (2010). International Classification of Disease, 10th revision. World Health Organization. Geneva.
73. Chamberlain NR, Yates HA, (2000). Use of a computer- assisted clinical case (CACC) SOAP note exercise to assess students' application of osteopathic principles and practice. *J Am Osteopath Assoc.* 100(7):437-40.
74. D'Alessandro G, Cerritelli F, Cortelli P, (2016). Sensitization and Interoception as Key Neurological Concepts in Osteopathy and Other Manual Medicines. *Front Neurosci.* 10:100.
75. Calsius J, De Bie J, Hertogen R, (2016). Touching the Lived Body in Patients with Medically Unexplained Symptoms. How an Integration of Hands-on Bodywork and Body Awareness in Psychotherapy may Help People with Alexithymia. *Front Psychol.* 7:253.
76. Laird, S., George, J., Sanford, S. M. and Coon, S. (2010) Development, implementation, and outcomes of an initiative to integrate evidence-based medicine into an osteopathic curriculum. *J Am Osteopath Assoc* 110 (10):593-601.
77. Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil, H. and Tungpunkom, P. (2015) Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc* 13 (3):132-40.
78. Cross, V., Leach, C. M., Fawkes, C. A. and Moore, A. P. (2015) Patients' expectations of osteopathic care: a qualitative study. *Health Expect* 18 (5), 1114-26.
79. Smith-Barbaro, P. and AH, O. Y. (2016) Programmatic Approach to Increasing Osteopathic Medical Student Participation in Research: The TCOM Experience. *J Am Osteopath Assoc* 116 (11), 747-752.
80. Thomson, O. P., Petty, N. J. and Moore, A. P. (2014) A qualitative grounded theory study of the conceptions of clinical practice in osteopathy - a continuum from technical rationality to professional artistry. *Man Ther* 19 (1), 37-43.
81. Lucich, J. A. (2015) Utility of Evidence-Based Medicine in the Medical Profession. *J Am Osteopath Assoc* 115 (11), 644-5.
82. Wainapel SF, Rand S, Fishman LM, et al., (2015). Integrating complementary/alternative medicine into primary care: evaluating the evidence and appropriate implementation. *Int J Gen Med.* 8:361-72.

83. Zeng, X., Zhang, Y., Kwong, J. S., et al., (2015). The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: a systematic review. *J Evid Based Med* 8 (1), 2-10.
84. McEvoy, M. P., Crilly, M., Young, T., Farrelly, J. and Lewis, L. K. (2016) How Comprehensively Is Evidence-Based Practice Represented in Australian Health Professional Accreditation Documents? A Systematic Audit. *Teach Learn Med* 28 (1), 26-34.
85. Norcini J, Burch V, (2007). Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*. 29(9):855-71.
86. Lave J, Wenger E, (1991) Situated Learning. Legitimate peripheral participation. New York: Cambridge University Press, 1991 (16th. printing)
87. Ten Cate O, Durning S. (2007). Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. *Med Teach*. 29(6):591-9.
88. Ross MT, Cameron HS (2007). Peer assisted learning: a planning and implementation framework: AMEE Guide no. 30, *Med Teach*. 29:6, 527-545,
89. Dewey J, (1938). Logic: The theory of inquiry. Holt. New York.
90. Schön D, (1983). The reflective practitioner: How professionals think in practice. Basic Books. New York.
91. Kolb DA., (1984). Experiential learning. Prentice-Hall. Englewood Cliffs.
92. Challis M (2000). AMEE Medical Education Guide No. 19: Personal learning plans. *Med Teach*. 22(3): 225-36,
93. Moon JA, (2004). A handbook of reflective and experiential learning: Theory and practice. Routledge Falmer. London.
94. Colthart I, Bagnall G, Evans A, et al., (2008). The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. *Med Teach*. 30:2, 124-145.
95. Sandars J (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*. 31(8): 685-95,
96. Illeris K, (2011). The fundamentals of workplace learning. Routledge. London.
97. Jarvis P, (2006). Towards a comprehensive theory of human learning. Routledge. London.
98. ISO 9001:2008 - Quality management systems - Requirements,Disponibile su iso.org. consultato il 18 luglio 2017.

99. Burns DK, Wells MR, (2006). Gross range of motion in the cervical spine: the effects of osteopathic muscle energy technique in asymptomatic subjects. *J Am Osteopath Assoc.* 106(3):137-42.
100. Fraix, M., Gordon, A., Graham, V., et al., (2013). Use of the SMART Balance Master to quantify the effects of osteopathic manipulative treatment in patients with dizziness. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 113(5):394-403.
101. Seffinger MA, Hensel HL, Wiseman R, (Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines), (2016). American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain. *J Am Osteopath Assoc.* 116(8):536-49.
102. Smith RK, (2000). One hundred thousand cases of influenza with a death rate one-fortieth of that of officially reported under conventional medical treatment. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 100(5):320-3. [reprint of *J. Am. Osteopath. Assoc.* 1920;19:172-5]
103. González-Álvarez FJ, Valenza MC, Cabrera-Martos I, et al, (2015). Effects of a diaphragm stretching technique on pulmonary function in healthy participants: A randomized-controlled trial. *Int J Osteopath Med.* 18(1):5-12
104. Vismara L, Cimolin V, Menegoni F, et al., (2012). Osteopathic manipulative treatment in obese patients with chronic low back pain: a pilot study. *Man Ther.* 17(5):451-5.
105. Aquino A, Perini M, Cosmai S, et al., (2017). Osteopathic Manipulative Treatment Limits Chronic C,(2017). Osteopathic Manipulative Treatment Limits Chronic Constipation in a Child with Pitt-Hopkins Syndrome. *Case Rep Pediatr.* 2017:5437830
106. Cohen-Lewe A, (2013). Osteopathic manipulative treatment for colonic inertia. *J Am Osteopath. Assoc.* 113(3):216-20.
107. Heineman K, (2014). Osteopathic manipulative treatment in the management of biliary dyskinesia. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 114(2):129-33.
108. Smilowicz A, (2013). An osteopathic approach to gastrointestinal disease: somatic clues for diagnosis and clinical challenges associated with Helicobacter pylori antibiotic resistance. *J Am Osteopath Assoc.* 113(5):404-16
109. Measel JW, (1982). The effect of the lymphatic pump on the immune response: I. Preliminary studies on the antibody response to pneumococcal polysaccharide assayed by bacterial agglutination and passive hemagglutination. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 82(1):28-31.
110. Mesina J, Hampton D, Evans R, et al., (1998). Transient basophilia following the application of lymphatic pump techniques: a pilot study. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 98(2):91-4.

111. Jackson KM, Steele TF, Dugan EP, et al., (1998). Effect of lymphatic and splenic pump techniques on the antibody response to hepatitis B vaccine: a pilot study. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 98(3):155-60.
112. Gamber, R.G., Shores, J.H., Russo, D.P., et al., (2002). Osteopathic manipulative treatment in conjunction with medication relieves pain associated with bromyalgia syndrome: results of a randomized clinical pilot project. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 102(6):321-5.
113. Hundscheid HW, Pepels MJ, Engels LG, et al., (2007). Treatment of irritable bowel syndrome with osteopathy: results of a randomized controlled pilot study. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 22(9):1394-8.
114. Saggio G, Docimo S, Pilc J, et al., (2011). Impact of osteopathic manipulative treatment on secretory immunoglobulin A levels in a stressed population. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 111(3):143-7.
115. Noll DR, Degenhardt BF, Stuart MK, et al., (2004). The effect of osteopathic manipulative treatment on immune response to influenza vaccine in nursing home residents: a pilot study. *Altern. Ther. Health Med.* 10(4):74-6.
116. da Silva RC, de Sá CC, Pascual-Vaca ÁO, et al., (2013). Increase of lower esophageal sphincter pressure after osteopathic intervention on the diaphragm in patients with gastroesophageal reflux. *Dis. Esophagus.* 26(5):451-6.
117. da Silva RC, de Sá CC, Pascual-Vaca ÁO, et al., (2014). Evaluation of gastroesophageal reflux in infants treated with osteopathy using the I-GERQ-R questionnaire IFMBE Proceedings 41, pp. 1067-1070
118. Daraï, C., Deboute, O., Zacharopoulou. C., et al., (2015). Impact of osteopathic manipulative therapy on quality of life of patients with deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: results of a pilot study. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 188:70-3.
119. McPartland JM, Giuffrida A, King J, et al., (2005). Cannabimimetic effects of osteopathic manipulative treatment. *J Am Osteopath Assoc.* 105(6):283-91.
120. McPartland JM, (2008). The endocannabinoid system: an osteopathic perspective. *J Am Osteopath Assoc.* 108(10):586-600.
121. Conaway E, (2017). Novel variant of common variable immunodeficiency. *BMJ Case Rep.* pii: bcr-2017-219655.
122. Walkowski S, Singh M, Puertas J, et al., (2014). Osteopathic manipulative therapy induces early plasma cytokine release and mobilization of a population of blood dendritic cells. *PLoS One.* 9:e90132.

123. Zein-Hammoud M, Standley PR, (2015). Modeled Osteopathic Manipulative Treatments: A Review of Their in Vitro Effects on Fibroblast Tissue Preparations. *J Am Osteopath Assoc.* 115(8):490-502
124. Henley CE, Ivins D, Mills Met al., (2008). Osteopathic manipulative treatment and its relationship to autonomic nervous system activity as demonstrated by heart rate variability: a repeated measures study. *Osteopath Med Prim Care.* 2:7.
125. Ruffini N, D'Alessandro G, Mariani N, et al. (2015). Variations of high frequency parameter of heart rate variability following osteopathic manipulative treatment in healthy subjects compared to control group and sham therapy: randomized controlled trial. *Front Neurosci.* 4;9:272.
126. Cerritelli F, Ginevri L, Messi G, et al. (2015). Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* 23(2):149-56.
127. Cerritelli F, Chiacchiarella P, Gambi F and Ferretti A (2017) Effect of Continuous Touch on Brain Functional Connectivity Is Modified by the Operator's Tactile Attention. *Front. Hum. Neurosci.* 11:368.
128. D'Ippolito M, Tramontano M, Buzzi MG. (2017) Effects of Osteopathic Manipulative Therapy on Pain and Mood Disorders in Patients With High-Frequency Migraine. *J Am Osteopath Assoc.* 117(6):365-369.
129. Ponzo V, Martino Cinnera A, Mommo F, et al., (2017). Osteopathic Manipulative Therapy Potentiates Motor Cortical Plasticity. *J Am Osteopath Assoc.* In press.
130. Prinsen JK, Hensel KL, Snow RJ, (2014). OMT associated with reduced analgesic prescribing and fewer missed work days in patients with low back pain: an observational study. *J Am Osteopath Assoc.* 114(2):90-8.
131. Goff MB, Nelson MA, Deighton MM, (2011). Pain management and osteopathic manipulative medicine in the Army: new opportunities for the osteopathic medical profession. *J Am Osteopath Assoc.* 111(5):331-4.
132. Cruser dA, Maurer D, Hensel K, et al., (2012). A randomized, controlled trial of osteopathic manipulative treatment for acute low back pain in active duty military personnel. *J Man Manip Ther.* 20(1):5-15.
133. Coupet S, Howell JD, Ross-Lee B, (2013). An international health elective in Haiti: a case for osteopathic medicine. *J Am Osteopath Assoc.* 113(6):484-9.
134. Nicholas AS, Nicholas EA, (2008). Atlas of osteopathic techniques. Lippincot Williams and Wilkins. Philadelphia.

135. Liem T, Tozzi P, Chila A (2017). Fascia in the osteopathic field. Handspring Publishing, Pencaitland.
136. Tozzi P, (2012). Selected fascial aspects of osteopathic practice. J Bodyw Mov Ther. 16 503–519.
137. Cerritelli F, Carinci F, Pizzolorusso G, et al., (2011). Osteopathic manipulation as a complementary treatment for the prevention of cardiac complications: 12-Months follow-up of intima media and blood pressure on a cohort affected by hypertension. J Bodyw Mov Ther.15(1):68-74.
138. Jardine WM, Gillis C, Rutherford D, (2012). The effect of osteopathic manual therapy on the vascular supply to the lower extremity in individuals with knee osteoarthritis: A randomized trial. 15:(4):125-33.
139. Yao S, Hassani J, Gagne M, et al. (2014). Osteopathic Manipulative Treatment as a Useful Adjunctive Tool for Pneumonia. J Vis Exp. (87): 50687.
140. Lavelle, J.M., (2012). Osteopathic manipulative treatment in pregnant women. J. Am. Osteopath. Assoc.112(6):343-6.^[L]_[SEP]
141. Hensel, K.L., Pacchia, C.F., Smith, M.L., (2013). Acute improvement in hemodynamic control after osteopathic manipulative treatment in the third trimester of pregnancy. Complement. Ther. Med. 21(6):618-26.^[L]_[SEP]
142. King, H.H., Tettambel, M.A., Lockwood, M.D., et al., (2003). Osteopathic manipulative treatment in prenatal care: a retrospective case control design study. J. Am. Osteopath. Assoc. 103(12):577-82.
143. Amóstegui Azcúe, J.M., Ferri Morales, A., Lillo De La Quintana, C., et al., (2004). Urinary incontinence and other pelvic floor damages: etiology and prevention strategies. Rev. Med. Univ. Navarra. 48(4):18-31.
144. de Almeida, B.S., Sabatino, J.H., Giraldo, P.C., 2010. Effects of high-velocity, low-amplitude spinal manipulation on strength and the basal tonus of female pelvic floor muscles. J. Manipulative Physiol. Ther. 33(2):109-16.
145. Franke H, Hoesele, (2013). Osteopathic manipulative treatment (OMT) for lower urinary tract symptoms (LUTS) in women Journal of Bodywork and Movement Therapies Vol 17 (1) pages 11-18
146. Sucher, B.M., (1994). Palpatory diagnosis and manipulative management of carpal tunnel syndrome. J. Am. Osteopath. Assoc. 94(8):647-63.

147. Sucher, B.M., Hinrichs, R.N., (1998). Manipulative treatment of carpal tunnel syndrome: biomechanical and osteopathic intervention to increase the length of the transverse carpal ligament. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 98(12):679-86.
148. Licciardone, J.C., Buchanan, S., Hensel, K.L., et al., (2010). Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 202(1):43.e1-8. [SEP]
149. Licciardone, J.C., Aryal, S., (2013). Prevention of progressive back-specific dysfunction during pregnancy: an assessment of osteopathic manual treatment based on Cochrane Back Review Group criteria. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 113(10):728-36.
150. Pennick, V., Liddle, S.D., (2013). Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Data-base Syst. Rev.* 8:CD001139.
151. Jarrell, J., (2009). Demonstration of cutaneous allodynia in association with chronic pelvic pain. *J. Vis. Exp.* (28) pii:1232. 36. Tettambel, M., 2002. *Ostetrics*. In: Ward, R.C. (Ed.), *Foundations of osteopathic medicine*. 2nd Edn. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. pp. 450-61. [SEP]
152. Cerritelli F, Pizzolorusso G, Renzetti C, et al., (2015). A multicenter, randomized, controlled trial of osteopathic manipulative treatment on preterms. *PLoS One.* 10(5):e0127370.
153. Trapani G, Di Giampietro T, Zanino L, et al., (2017). Guideline for osteopathic contribution in pediatrics. In: *World Congress Integrative Medicine & Health 2017: part three*. *BMC Complement Altern Med.* 17(Suppl):P27
154. Lanaro D, Ruffini N, Manzotti A, et al., (2017). Osteopathic manipulative treatment showed reduction of length of stay and costs in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 96(12):e6408.
155. Bagagiolo D, Didio A, Sbarbaro M, et al., (2016). Osteopathic Manipulative Treatment in Pediatric and Neonatal Patients and Disorders: Clinical Considerations and Updated Review of the Existing Literature. *Am J Perinatol.* 2016. 33(11):1050-4.
156. Mills, M.V., Henley, C.E., Barnes, L.L.B., et al., (2003). The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 157:861-6. [SEP]
157. Hayden, C., Mullinger, B., (2006). A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantil colic. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 12:83-90.
158. Frymann VM, Carney RE, Springall, P., (1992). Efficacy of osteopathic medical management on neurological development in children. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 92:729-44.

159. Philippi H, Faldum A, Schleupen A, (2006). Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial. *Dev Med Child Neurol.* 48(1):5-9
160. Pizzolorusso G, Turi P, Barlafante G, et al., (2011). Effect of osteopathic manipulative treatment on gastrointestinal function and length of stay of preterm infants: an exploratory study. *Chiropr Man Therap.* 28;19(1):15
162. Lund GC, Edwards G, Medlin B, et al., (2011). Osteopathic manipulative treatment for the treatment of hospitalized premature infants with nipple feeding dysfunction. *J Am Osteopath Assoc.* 111(1):44-8
163. Trivedi P, Sathiyavani D, Nambi G, et al. (2014). Comparison of active release technique and myofascial release technique on pain, grip strength & functional performance in patients with chronic lateral epicondylitis *Int J Physiother Res* 2(3)
164. Knebl, J.A., Shores, J.H., Gamber, R.G., et al., (2002). Improving functional ability in the elderly via the Spencer technique, an osteopathic manipulative treatment: a randomized, controlled trial. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 102(7):387-96.
165. Lopez, D., King, H.H., Knebl, J.A., et al., (2011). Effects of comprehensive osteopathic manipulative treatment on balance in elderly patients: a pilot study. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 111(6):382-8.
166. Mueller, D.M., (2013). The 2012-2013 influenza epidemic and the role of osteopathic manipulative medicine. *J Am Osteopath Assoc.* 113(9):703-7.
167. Hodge, L.M., (2012). Osteopathic lymphatic pump techniques to enhance immunity and treat pneumonia. *Int. J. Osteopath. Med.* 15(1):13-21.
168. Noll, D.R., Degenhardt, B.F., Morley, T.F., et al., (2010). Efficacy of osteopathic manipulation as an adjunctive treatment for hospitalized patients with pneumonia: a randomized controlled trial. *Osteopath. Med. Prim. Care.* 4:2.
169. Goldstein, F.J., Jeck, S., Nicholas, A.S., et al., (2005). Preoperative intravenous morphine sulfate with postoperative osteopathic manipulative treatment reduces patient analgesic use after total abdominal hysterectomy. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 105(6):273-9.
170. Yurvati, A.H., Carnes, M.S., Clearfield, M.B., et al., (2005). Hemodynamic effects of osteopathic manipulative treatment immediately after coronary artery bypass graft surgery. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 105(10):475-81.
171. Crow WT, Gorodinsky L, (2009). Does osteopathic manipulative treatment (OMT) improves outcomes in patients who develop postoperative ileus: A retrospective chart review. *Int. J. Osteopath Med.* 12(1):32-7.

172. Sleszynski SL, Kelso AF, (1993). Comparison of thoracic manipulation with incentive spirometry in preventing postoperative atelectasis. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 93:834.
173. Radjieski JM, Lumley MA, Cantieri, M.S., (1998). Effect of osteopathic manipulative treatment of length of stay for pancreatitis: a randomized pilot study. *J Am Osteopath Assoc* 98(5):264-72.
174. Allen, W.A., (2002). Sports medicine. Ch. 24. In: Ward, R.C. (Ed.). Foundations of osteopathic medicine. 2nd Edn. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia.
175. Larequi, Y., (2010). Physiotherapy and osteopathy: a real holistic supervision of athletes. *Rev. Med. Suisse*. 6(258):1504-7.
176. Brolinson, G.P., McGinley, S.M., Kerger, S., (2008). Osteopathic manipulative and the athlete. *Curr. Sports Med. Rep.* 7(1):49.
177. Fishbein, M., Middlestadt, S.E., Ottati, V., et al., (1998). Medical problems among ICSOM musicians: overview of a national survey. *Med. Probl. Perform. Art.* 3:1.
178. Kennard EJ, Lieberman J, Saaid A, Rolfe KJ (2015). A Preliminary Comparison of Laryngeal Manipulation and Postural Treatment on Voice Quality in a Prospective Randomized Crossover Study. *J Voice*. 29(6):751-4.
179. Marszałek S, Niebudek-Bogusz E, Woźnicka E, et al., (2010). The application of physiotherapeutic and osteopathic diagnostics in occupational voice disorders. *Med Pr.* 61(2):205-11.
180. Marszałek S, Niebudek-Bogusz E, Woźnicka E, et al., (2012). Assessment of the influence of osteopathic myofascial techniques on normalization of the vocal tract functions in patients with occupational dysphonia. *Int J Occup Med Environ Health*. 25(3):225-35.
181. Brodzky M, Zalpour C, (2017). Performing arts medicine: preventing injuries and restoring resiliency in musicians. In: World Congress Integrative Medicine & Health 2017: part three. *BMC Complement Altern Med.* 17(Suppl 1):322
182. Collins CK, Masaracchio M, Cleland JA, (2014). The effectiveness of strain counterstrain in the treatment of patients with chronic ankle instability: A randomized clinical trial. *J Man Manip Ther.* 22(3):119-28
183. Dugaill P, Fassin S, Maroye L, et al., (2014). Effect of a general osteopathic treatment on body satisfaction, global self perception and anxiety: A randomized trial in asymptomatic female students. *Int. J. Osteopath Med.* 17(2):94–101
184. Pepino VC, Ribeiro JD, Ribeiro MA, et al., (2013). Manual therapy for childhood respiratory disease: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 36(1):57-65.

185. Licciardone JC, Aryal S, (2014). Clinical response and relapse in patients with chronic low back pain following osteopathic manual treatment: Results from the OSTEOPATHIC Trial Man Ther. 19 (6):541–48.
186. Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, Arroyo-Morales M, et al., (2011) Effects of myofascial release techniques on pain, physical function, and postural stability in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial Clin Rehabil. 25(9):800-13
187. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, et al., (2012). Manipulative therapies for infantile colic Cochrane Database Syst Rev. 12:CD004796
188. Knygsand-Roenhoej K, Maribo T, (2011). A randomized clinical controlled study comparing the effect of modified manual edema mobilization treatment with traditional edema technique in patients with a fracture of the distal radius. J Hand Ther. 24(3):184-93
189. Niel-Asher S, Hibberd S, Bentley S, Reynolds J, (2014). Adhesive capsulitis: Prospective observational multi-center study on the Niel- Asher technique (NAT) Int J Osteopath Med.17(4):232–42
190. Rütz M, Lynen A , 2017. Osteopathic treatment in addition to medical standard therapy in patients with Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): a randomized controlled trial. In: World Congress Integrative Medicine & Health 2017: part three. BMC Complement Altern Med. 17(Suppl 1):O27
191. Pinto D, Robertson MC, Abbott JH, Hansen P, Campbell AJ; MOA Trial Team, (2013). Manual therapy, exercise therapy, or both, in addition to usual care, for osteoarthritis of the hip or knee. 2: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. Osteoarthritis Cartilage. 21(10):1504-13
192. Müller A, Franke H, Resch KL, Fryer G, (2014). Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review. J Am Osteopath Assoc. 114(6):470-9
193. Cho Y, Do J, Jung S, Kwon O, et al., (2015). Effects of a physical therapy program combined with manual lymphatic drainage on shoulder function, quality of life, lymphedema incidence, and pain in breast cancer patients with axillary web syndrome following axillary dissection. Support Care Cancer. 24(5):2047-2057.
194. Haller H, Lauche R, Cramer H, (2015). Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain: A Randomized Sham-controlled Trial Clin J Pain.32(5):441-9
195. Dwyer L, Parkin-Smith GF, Brantingham JW, et al., (2015). Manual and manipulative therapy in addition to rehabilitation for osteoarthritis of the knee: assessor-blind randomized pilot trial. J Manipulative Physiol Ther. 38(1):1-21

196. Schwerla F, Wirthwein P, Rütz M, et al., (2014). Osteopathic treatment in patients with primary dysmenorrhoea: A randomised controlled trial Int J Osteopath Med. 17 (4):222-31
197. Grzanna N, Stange R, et al., (2017). Relevance and acceptance of naturopathic and complementary medicine in women suffering from endometriosis. In: World Congress Integrative Medicine & Health 2017: part two. BMC Complement Altern Med. 17(Suppl 1):317
198. Wieting JM, Beal C, Roth GL, et al., (2013). The effect of osteopathic manipulative treatment on postoperative medical and functional recovery of coronary artery bypass graft patients. J Am Osteopath Assoc. 113(5):384-93.
199. Moore SD, Laudner KG, McLoda TA, et al., (2011).The immediate effects of muscle energy technique on posterior shoulder tightness: a randomized controlled trial. J Orthop Sports Phys Ther. 41(6):400-7
200. Ammendolia C, Chow N, (2015). Clinical outcomes for neurogenic claudication using a multimodal program for lumbar spinal stenosis: a retrospective study. J Manipulative Physiol Ther. 38(3):188-94
201. Wynne MM, Burns JM, Eland DC, Conatser RR, Howell JN 2006 Effect of counterstrain on stretch reflexes, Hoffmann reflexes, and clinical outcomes in subjects with plantar fasciitis. J Am Osteopath Assoc. 106(9):547-56
202. Ebert JR, Joss B, Jardine B, et al., (2013). Randomized trial investigating the efficacy of manual lymphatic drainage to improve early outcome after total knee arthroplasty. Arch Phys Med Rehabil. 94(11):2103-11.
203. Kalamir A, Bonello R, Graham P, et al., (2012). Intraoral myofascial therapy for chronic myogenous temporomandibular disorder: a randomized controlled trial J Manipulative Physiol Ther. 35(1):26-37
204. Dos Santos Crisóstomo RS, Candeias MS, et al., (2014). Manual lymphatic drainage in chronic venous disease: a duplex ultrasound study. Phlebology. 29(10):667-76
205. Howell JN, Cabell KS, Chila AG, et al., (2006). Stretch reflex and Hoffmann reflex responses to osteopathic manipulative treatment in subjects with Achilles tendinitis. J Am Osteopath Assoc. 106(9):537-45
206. Accorsi A, Lucci C, Di Mattia L, et al., (2014). Effect of osteopathic manipulative therapy in the attentive performance of children with attention- deficit/hyperactivity disorder. J Am Osteopath Assoc. 114(5):374-81
207. Lancaster DG, Crow WT, (2006). Osteopathic manipulative treatment of a 26-year-old woman with Bell's palsy. J Am Osteopath Assoc.106(5):285-9

208. Apoznanski TE, Abu-Sbair R, Terzella MJ, Yao S, (2015). Resolution of dacryostenosis after osteopathic manipulative treatment. *J Am Osteopath Assoc.* 115(2):110-4
209. Burnham T, Higgins DC, Burnham RS, et al., (2015). Effectiveness of osteopathic manipulative treatment for carpal tunnel syndrome: a pilot project. *J Am Osteopath Assoc.* 115(3):138-48
210. Andreoli E, Troiani A, Tucci V, et al., (2014). Osteopathic manipulative treatment of congenital talipes equinovarus: a case report. *J Bodyw Mov Ther.* 18(1):4-10
211. Vieira-Pellenz F, Oliva-Pascual-Vaca A, Rodriguez-Blanco C, et al., (2014). Short-term effect of spinal manipulation on pain perception, spinal mobility, and full height recovery in male subjects with degenerative disk disease: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 95(9):1613-9
212. Gerdner LA, Hart LK, Zimmerman MB, (2008). Craniosacral still point technique: exploring its effects in individuals with dementia. *J Gerontol Nurs.* 34(3):36-45.
213. Andresena T, Bahrb C, Ciranna-Raabb C, (2013). Efficacy of osteopathy and other manual treatment approaches for malocclusion – A systematic review of evidence. *Int. J. Osteopath Med.* 16 (2)99–113
214. Johnson AW, Shubrook JH Jr., (2013) Role of osteopathic structural diagnosis and osteopathic manipulative treatment for diabetes mellitus and its complications. *J Am Osteopath Assoc.* 113(11):829-36
215. Lavelle JM, McKeigue ME, (2009). Musculoskeletal dysfunction and drop foot: diagnosis and management using osteopathic manipulative medicine. *J Am Osteopath Assoc.* 109(12):648-50
216. Sampson S, Meng M, Schulte A, Trainor D, Montenegro R, Aufiero D, (2011). Management of Dupuytren contracture with ultrasound-guided lidocaine injection and needle aponeurotomy coupled with osteopathic manipulative treatment. *J Am Osteopath Assoc.* 111(2):113-6
217. Rocha T, Souza H, Brandão DC, Rattes C, et al.(2015). The Manual Diaphragm Release Technique improves diaphragmatic mobility, inspiratory capacity and exercise capacity in people with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised trial. *J Physiother.* 61(4):182–89
218. Batt J, Neeki MM, (2013). Osteopathic manipulative treatment in tarsal somatic dysfunction: a case study. *J Am Osteopath Assoc.* 113(11):857-61
219. Yucel Y, Gupta N, (2015). Lymphatic drainage from the eye: A new target for therapy. *Prog Brain Res.* 220:185-98
220. Petree K, Bruner J, (2015). Postoperative singultus: an osteopathic approach. *J Am Osteopath Assoc.* 115(3):166-8

221. Pedowitz RN, (2005). Use of osteopathic manipulative treatment for iliotibial band friction syndrome. *J Am Osteopath Assoc.* 105(12):563-7
222. Kramp ME, (2012). Combined manual therapy techniques for the treatment of women with infertility: a case series. *J Am Osteopath Assoc.* 112(10):680-4.
223. Cutler MJ, Holland BS, Stupski BA, et al., (2005). Cranial manipulation can alter sleep latency and sympathetic nerve activity in humans: a pilot study. *J Altern Complement Med.* 11(1):103-8.
224. Cleary C, Fox JP, (1994). Menopausal symptoms: an osteopathic investigation. *Compl Ther Med.* 2(4):181-86
225. Vieira TM, Readi NG, Schwarcke L, et al., (2015). The effect of lymph drainage on the myoelectric manifestation of vastus lateralis fatigue: Preliminary results. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* 2015:6671-4
226. Müller T, Pietsch A, (2013). Comparison of gait training versus cranial osteopathy in patients with Parkinson's disease: a pilot study. *Neuro Rehabilitation* 32(1):135-40
227. Maggiani A, Tremolizzo L, Della Valentina A, et al., ME&SLA Study #. (2016). Osteopathic Manual Treatment for Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Feasibility Pilot Study. *Open Neurol J.* 10:59-66.
228. Lanfranconi F, Ferri A, Corna G, et al., (2017). Inefficient skeletal muscle oxidative function flanks impaired motor neuron recruitment in Amyotrophic Lateral Sclerosis during exercise. *Sci Rep.* 7(1):2951.
229. Vandenplan Y, Nenayer E, Vandenbossche T, et al., (2008). Osteopathy may decrease obstructive apnea in infants: a pilot study. *Osteopath Med Prim Care.* 2:8
230. Lessard S, Gagnon I, Trottier N, (2011). Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants. *Complement Ther Clin Pract.* 17(4):193-8
231. Baltazar GA, Betler MP, Akella K, et al., (2013). Effect of osteopathic manipulative treatment on incidence of postoperative ileus and hospital length of stay in general surgical patients. *J Am Osteopath Assoc.* 113(3):204-9
232. Goodkin MB, Bellew LJ, (2014). Osteopathic manipulative treatment for postural orthostatic tachycardia syndrome. *J Am Osteopath Assoc.* 114(11):874-7
233. Joos E, Bourgeois P, Famaey JP, (1993). Lymphatic disorders in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 22(6):392-8.

234. Brumm LF, Janiski C, Balawender JL, et al., (2013). Preventive osteopathic manipulative treatment and stress fracture incidence among collegiate cross-country athletes. *J Am Osteopath Assoc.* 113(12):882-90
235. Bongi SM, Del Rosso A, Passalacqua M, et al., (2011). Manual lymph drainage improving upper extremity edema and hand function in patients with systemic sclerosis in edematous phase. *Arthritis Care Res.* 63(8):1134-41
236. Arab AM, Nourbakhsh MR, (2014). The effect of cranial osteopathic manual therapy on somatic tinnitus in individuals without otic pathology: Two case reports with one year follow up. *Int J Osteopath Med.* 17 (2):123-28
237. Schwerla F, Kaiser AK, Gietz R, et al., (2013). Osteopathic treatment of patients with long-term sequelae of whiplash injury: effect on neck pain disability and quality of life. *J Altern Complement Med.* 19(6):543-9
238. Guernsey DT 3rd, Leder A, Yao S, (2016). Resolution of Concussion Symptoms After Osteopathic Manipulative Treatment: A Case Report. *J Am Osteopath Assoc.* 116(3):e13-7.

ALLEGATI

ALLEGATO A.

Modelli osteopatici ed impatto sulla capacità di autoregolazione

ALLEGATO B.

Approcci minimalisti. Esempi di tecniche osteopatiche dirette, indirette, combinate

ALLEGATO C.

**Approccio massimalista. Esempi di tecniche osteopatiche sistemiche
omeostatiche/adattogene**

ALLEGATO D.

Ambiti clinici di applicazione dell'osteopatia

ALLEGATO E.

**Condizioni cliniche o specifici disturbi nei quali è stata utilizzata l'osteopatia come
trattamento integrato nella cura**

Allegato A

Modelli osteopatici ed impatto sulla capacità di autoregolazione

Modello Struttura/ Funzione	Descrizione
Modello Biomeccanico	L’impatto del trattamento sulla capacità di autoregolazione biomeccanica, viene ottenuto attraverso una azione sulla mobilità articolare, sull’alterazione della trama tessutale e sul controllo posturale [38, 99-101];
Modello Circolatorio- Respiratorio	L’approccio centrato sulla capacità di autoregolazione Circolatoria-Respiratoria, viene ottenuto attraverso un trattamento ad impatto sui fattori di rischio cardiometabolico quali la stiffness dei vasi, sul flusso di sangue e linfa, oltre che sulla funzionalità polmonare [102, 103];
Modello Metabolico-Energetico	L’approccio osteopatico Modello Metabolico-Energetico permette di ottenere un miglioramento della funzionalità gastrointestinale, della sua capacità di assorbimento e smaltimento, oltre che di migliorare la componente algico disfunzionale associata a disturbi metabolici; tale approccio favorisce una modulazione dei biomarcatori dell’infiammazione e dello stress associati a dolore, ad alterazioni immunologiche e alle difficoltà di riparazione tessutale [104-123];
Modello Neurologico	L’impatto del trattamento sulla capacità di autoregolazione neurale viene ottenuto attraverso approcci di modulazione dell’attività del sistema nervoso autonomo, mediante i quali si ottiene una modifica significativa dei pattern di connettività funzionale che coinvolgono aree corticali di processamento di informazioni interoettive e attente; si ottiene inoltre un miglioramento della capacità di integrazione delle informazioni sullo stato di tensione delle strutture corporee, un bilanciamento delle attività di “fight-or-flight” con quelle di “healing- and-repair”, oltre che attraverso l’abbassamento dei livelli di dolore; è stato inoltre recentemente osservato un aumento duraturo nell'eccitabilità corticale motoria dopo approccio manipolativo osteopatico [27, 74, 116 ,124-129].

Modello Biopsicosociale

L’approccio osteopatico favorisce il miglioramento della consapevolezza corporea e delle manifestazioni emotive associate a dolore da sensibilizzazione centrale; tale approccio può contribuire alla riduzione dei giorni di assenza dal lavoro e dell’assunzione di farmaci, dei livelli di dolore muscoloscheletrico, oltre ad un miglioramento del rendimento lavorativo in comunità di lavoratori sedentari, una diminuzione degli episodi di dolore lombare acuto e cronico di soggetti arruolati nei corpi militari, oltre che a gestire i bisogni di popolazioni disagiate all’interno di missioni umanitarie [74,75,130-134].

Allegato B

Approcci minimalisti
Esempi di tecniche osteopatiche dirette, indirette, combinate

Nome	Definizione
High Velocity Low Amplitude Technique (HVLA) – Thrust [101, 134]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante diretta per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da uno strain articolare
Specific adjustment Technique (SAT) [31]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante diretta (ad esempio attraverso la tecnica di Toggle sacrale) per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da uno strain articolare che presentava un'asimmetria posizionale come parametro peculiare, spesso a seguito di eventi traumatici
Soft Tissue Technique [101, 134]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante diretta per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da uno strain dei tessuti molli
Muscle Energy Technique [101, 134]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante diretta per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da uno strain muscolare
Rapid rhythmic resistive induction techniques [31]	Approccio minimalista diretto applicato attraverso l'esecuzione da parte del paziente di contrazioni isometriche attive e brevi alternate a rilascio muscolare, indirizzate dall'osteopata attraverso leve lunghe verso l'area affetta da disfunzione somatica caratterizzata da congestione fluidica
Articulatory Technique [101, 134]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante diretta per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da uno strain articolare
Osteopathic Functional Technique [31, 101, 134]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante indiretta per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da uno strain capsulo-legamentoso
Strain/conterstrain o counterstrain® [134-136]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante indiretta

	per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da un riflesso sul tessuto molle correlato all'articolazione disfunzionale
Positional Release [31, 134]	Approccio minimalista che, attraverso la sua variante indiretta di posizionamento con leve lunghe, può essere applicato per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da una torsione dello spazio anatomico fasciale limitrofo all'articolazione o al viscere
Myofascial Release [31,134,136]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante diretta, indiretta o combinata per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da una distorsione dello spazio anatomico fasciale limitrofo all'articolazione o al viscere
Still Techniques [31,101,134-136]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso la sua variante combinata per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche caratterizzate da una torsione dello spazio anatomico fasciale limitrofo all'articolazione o al viscere
Balanced ligamentous tension technique (BLT), Balanced membranous technique (BLT) (BMT), Ligamentous articular strain(LAS) [31,101,134-136]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso le sue varianti diretta, indiretta e combinata per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche capsulo-legamentose-membranose di tutte le aree corporee
Visceral techniques [101,134]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso le sue varianti diretta, indiretta e combinata per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche nell' area viscerale del collo, toracica, addominale, pelvica
Lymphatic techniques [31,65,134,135]	Approccio minimalista che può essere applicato, attraverso le sue varianti diretta, indiretta e combinata, per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche dei siti linfatici terminali, che limitano il flusso linfatico; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio massimalista
Fascial unwinding [135,136]	Approccio minimalista che può essere applicato per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche attraverso le sue varianti

	diretta, indiretta e combinata; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio massimalista
Osteopathy in cranial field [101, 135]	Approccio minimalista di normalizzazione delle disfunzioni somatiche dell'area cranica con variante diretta e indiretta; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio massimalista
Facilitated oscillatory release [31,101, 134]	Approccio minimalista indiretto che può essere applicato, attraverso una forza di attivazione oscillatoria locale, per la normalizzazione della funzione neuromuscolare associata alle disfunzioni somatiche
Progressive inhibition of neuromuscular structures technique (PINS) [31]	Approccio minimalista che può essere applicato per la normalizzazione delle disfunzioni somatiche attraverso la sua variante indiretta e combinata applicata al segmento fasciale, vascolare, periostale, neurale, ecc. che comprende l'area disfunzionale

Allegato C

Approccio massimalista
Esempi di tecniche osteopatiche sistemiche omeostatiche/adattogene

Nome	Descrizione
Fascial unwinding (total body variant) [135, 136]	Approccio massimalista di stimolo del rimaneggiamento tessutale fasciale con variante diretta, indiretta e combinata; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio minimalista
Torque unwinding [65]	Approccio massimalista di normalizzazione dello schema di compenso fasciale con variante vibratoria diretta; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio minimalista
General osteopathic treatment and Total body adjustment [7, 31,65,135]	Approccio massimalista di integrazione tra ectoscheletro ed esoscheletro eseguito con modalità articolatoria diretta a leva lunga
Neidner technique [31]	Approccio massimalista focalizzato sulla componente di torsione fasciale della fascia appendicolare, dell'ectoscheletro o dinamento per garantire un grado ottimale di stiffness tessutale correlato al controllo posturale
Osteopathy in cranial field [135,101]	Approccio massimalista di drenaggio venoso e glinfatico, di ossigenazione del parenchima cerebrale con impatto sul sistema nervoso autonomo; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio minimalista
Harmonic techniques [136]	Approccio massimalista di stimolo del rimaneggiamento tessutale fasciale con variante diretta, indiretta e combinata; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio minimalista
Vascular function techniques [135,65, 137, 138]	Approccio massimalista di stimolo della funzionalità vascolare con variante diretta, indiretta e combinata; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio minimalista
Respiratory function techniques [7, 65,139]	Approccio massimalista di stimolo della funzionalità respiratoria con variante diretta, indiretta e combinata; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio minimalista
Lymphatic techniques [31,65, 134,135]	Approccio massimalista di stimolo della funzionalità linfatica con variante diretta, indiretta e combinata; La letteratura osteopatica descrive anche l'approccio minimalista

Allegato D

Ambiti clinici di applicazione dell'osteopatia

Ambito	Riferimenti
Osteopatia in ambito ginecologico e ostetrico	[140-151]
Osteopatia in ambito pediatrico e prospettive in ambito neonatologico	[152-162]
Osteopatia in ambito geriatrico	[26, 100, 163-168]
Osteopatia in ambito nosocomiale, ospedaliero e post-chirurgico	[169-173]
Osteopatia in ambito sportivo	[174-176]
Osteopatia in ambito artistico performativo	[177-181]

Allegato E

Condizioni cliniche o disturbi specifici nei quali è stata osservata l'applicazione dell'osteopatia come trattamento d'elezione, integrato o complementare

Disturbo	Riferimenti
Distorsione ed instabilità di caviglia	[182]
Ansia e depressione	[183]
Asma	[184]
Dolore lombare	[185]
Dolore cronico e fibromialgia	[186]
Colica infantile	[187]
Otite media	[156]
Edema gonfiore e sequelle di fratture	[188]
Spalla congelata e capsulite adesiva	[189]
Reflusso gastro-esofageo	[116,117,190]
Cefalea ed emicrania	[126, 128]
Qualità della vita	[25]
Dolore all'anca	[191]
Ospedalizzazione (riduzione della durata di degenza)	[152]
Sindrome del colon irritabile	[192]
Allattamento	[162]
Epicondilite	[163]
Linfedema	[193]
Dolore cervicale	[194]
Osteoartrite	[195]
Dolori mestruali associati a dismenorrea ed endometriosi	[196, 197]
Recupero post chirurgico	[198]
Spalla dolorosa	[199]
Dolore neuropatico	[200]
Fascite plantare	[201]
Polmonite	[168]
Recupero da infortuni sportivi	[202]
Disturbi temporo-mandibolari	[203]
Insufficienza venosa	[204]
Cicatrizzazione e guarigione da ferite	[123]
Infiammazione al Tendine Achille	[205]
Trattamento complementare nelle condizioni di atelectasia	[172]
Disturbi dell'attenzione	[206]
Paralisi di Bell	[207]
Dacriostenosi	[208]
Sindrome del tunnel carpale	[209]
Piede torto congenito	[210]

Discopatie degenerative	[211]
Demenza	[212]
Malocclusione dentale	[213]
Complicazioni associate a diabete mellito	[214]
Vertigini posizionali benigne	[165]
Drop foot	[215]
Dupuytren	[216]
Broncopneumopatia cronica ostruttiva ed enfisema	[217]
Piede doloroso	[218]
Discinesia biliare	[107]
Miglioramento del drenaggio linfatico nelle condizioni di glaucoma	[219]
Singhiozzo	[220]
Ipertensione	[137]
Sindrome da frizione della bendelletta ileotibiale	[221]
Defezioni immunologiche	[122]
Asimmetria posturale infantile	[159]
Infezioni	[166]
Infertilità	[222]
Insomnia	[223]
Sintomi associati alla menopausa	[224]
Affaticamento muscolare	[225]
Disturbi associati a degenerazione neurale (Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica, ecc.)	[226-228]
Apnea notturna	[229]
Pancreatite	[173]
Plagiocefalia	[230]
Funzionalità intestinale correlata ad ileo post chirurgico	[231]
Sindrome da tachicardia posturale ortostatica	[232]
Edema associato ad artrite reumatoide	[233]
Prevenzione delle fratture da stress	[234]
Edema associato a sclerosi sistemica /sclerodermia	[235]
Tinnito	[236]
Sintomi genito urinari	[145]
Colpo di frusta	[237]
Esiti di traumi (es. trauma cranico)	[238]