

Febbraio | 2012

## Scopi della Pratica Osteopatica in Europa

### Comitato Direttivo per gli Scopi della Pratica Professionale

Federazione Europea degli Osteopati (FEO) [*European Federation of Osteopaths*]

Forum per la Regolamentazione Osteopatica in Europa (FORE) [*Forum for Osteopathic Regulation in Europe*]

## Scopi della Pratica Osteopatica in Europa

European Federation of Osteopaths (EFO) [Federazione Europea degli Osteopati]

Indirizzo: CEPLIS, 70, Coudenberg B-1000 Bruxelles- Belgium

Fax: +302107222370

Sito web: <http://www.efo.eu>

E-mail: [info@efo.eu](mailto:info@efo.eu)

Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE) [Forum per la Regolamentazione Osteopatica in Europa]

Indirizzo: c/o Osteopathy House, 176 Tower Bridge Road, London SE1 3LU, UK

Sito web: <http://www.forewards.eu>

E-mail: [foresecretariat@osteopathy.org.uk](mailto:foresecretariat@osteopathy.org.uk)

Copyright © European Federation of Osteopaths (EFO) & Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE), Bruxelles, Febbraio 2012

Tutti i diritti riservati.

Questo materiale può essere riprodotto *in toto* soltanto per scopi formativi, privati o pubblici non commerciali. Per tutti gli altri usi è richiesta l'autorizzazione scritta di FEO/FORE.

FEO/FORE non garantiscono che le informazioni contenute nel presente documento siano complete e corrette e si manlevano da qualsiasi responsabilità per tutti i danni eventualmente derivanti dal loro uso.

Stampato a

Citazione per gli usi bibliografici:

van Dun P.L.S., Kouwenberg T. (red.), 2012, The Scope of Osteopathic Practice in Europe, Brussels, European Federation of Osteopaths (EFO) & Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE)

Nota: alcune parti del presente documento sono tratte da: *the Belgian Professional Competence Profile for Osteopathy, the Osteopathic Practice Framework* – documento a fini di consultazione del *General Osteopathic Council* e Parametri di riferimento dell'OMS (WHO Benchmarks) per la formazione in osteopatia.

# Indice

<b>Ringraziamenti.....</b>	<b>ii</b>
<b>Premessa .....</b>	<b>iii</b>
<b>1 Introduzione .....</b>	<b>1</b>
1.1 Ragioni per cui è stato redatto questo documento .....	1
1.2 Valore pratico del documento SOPE .....	1
1.3 Collocazione del documento SOPE e obiettivi futuri .....	2
1.4 Contenuto del documento SOPE .....	3
<b>2 Che cos'è l'osteopatia?.....</b>	<b>4</b>
<b>3 Storia dell'osteopatia .....</b>	<b>4</b>
3.1 Storia dell'osteopatia (USA) .....	4
3.2 Storia dell'osteopatia in Europa.....	5
<b>4 Concetti, principi e caratteristiche dell'osteopatia .....</b>	<b>6</b>
4.1 I concetti e i principi dell'osteopatia.....	6
4.2 Le caratteristiche peculiari dell'osteopatia .....	8
<b>5 La collocazione dell'osteopatia all'interno del sistema sanitario .....</b>	<b>10</b>
<b>6 La pratica dell'osteopatia .....</b>	<b>12</b>
6.1 Anamnesi .....	12
6.2 Visita e esame clinico .....	13
6.3 Valutazione, trattamento e gestione .....	13
<b>7 Appropriatezza del trattamento .....</b>	<b>15</b>
<b>8 Controindicazioni .....</b>	<b>15</b>
8.1 Tecniche dirette .....	16
8.2 Tecniche indirette, dei fluidi, di bilanciamento o basate sui riflessi: .....	17
<b>Bibliografia .....</b>	<b>18</b>
<b>Appendice I.....</b>	<b>19</b>
<b>Appendice II.....</b>	<b>20</b>
<b>Appendice III.....</b>	<b>24</b>
<b>Appendice IV .....</b>	<b>30</b>

## Ringraziamenti

Siamo molto grati al Consiglio della FEO che ci ha accordato la sua fiducia, dandoci l'opportunità di contribuire alla realizzazione di un documento così importante.

In particolare desideriamo ringraziare i membri del Comitato Direttivo del SOPE:

Patrick van Dun, DO	Belgio
Aila Kemppinen, DO	Finlandia
Philippe Sterlingot, DO	Francia
Aisling Harmon, DO	Irlanda
Patrick O`Byrne, DO	Irlanda
Marco Giardino, DO	Italia
Ton Kouwenberg, DO	Olanda
José Apetztegia, DO	Spagna
Maria Christina, DO	Spagna
Phil Austin, DO	Svezia
Marcus Dye	Regno Unito
Michael Watson	Regno Unito

Un ringraziamento particolare va alla *British Osteopathic Association* (BOA), per aver raccolto i commenti sulla bozza del documento, inviati attraverso internet da tutti i colleghi europei. La BOA ha ospitato un questionario. Catherine Goodyear ha raccolto i commenti e li ha inviati al Comitato Direttivo. Ringraziamo di cuore Catherine per il suo lavoro.

Infine desideriamo ringraziare tutti i nostri colleghi europei per il tempo che hanno dedicato a leggere e a commentare la bozza di questo documento.

Ton Kouwenberg, DO  
Presidente del Comitato Direttivo SOPE

## Premessa

Lo sviluppo dell'osteopatia in Europa ha raggiunto una fase critica. Soltanto alcuni paesi dell'Unione Europea l'hanno riconosciuta e regolamentata, mentre altri ne hanno limitato l'ambito di applicazione.

Per tali ragioni, i principali organismi che rappresentano l'osteopatia in Europa, la Federazione Europea degli Osteopati (FEO) e il Forum per la Regolamentazione Osteopatica in Europa (FORE) hanno costituito un comitato per redigere un documento contenente gli scopi della pratica osteopatica.

Dopo aver approfonditamente studiato la letteratura osteopatica e aver consultato i membri della FEO e del FORE, tale comitato ha prodotto il documento intitolato Scopi della Pratica Osteopatica in Europa (*Scope of Osteopathic Practice in Europe - SOPE*).

Si auspica che potrà rivelarsi utile come guida e come documento di riferimento per lo sviluppo della professione in Europa. Si auspica che i membri della FEO e del FORE terranno presenti i futuri flussi di lavoro in conseguenza della produzione del presente documento.

Occorre precisare che il presente lavoro è da considerarsi in continuo aggiornamento, pertanto ne usciranno periodiche revisioni negli anni a venire.

Michael Watson  
Direttore generale EFO



## 1 Introduzione

### 1.1 Ragioni per cui è stato redatto questo documento

L'osteopatia è una professione sanitaria primaria e autonoma, praticata con diverse modalità in tutto il mondo. A livello mondiale, vi sono più di 100.000 osteopati.

Il livello qualitativo della terapia osteopatica è di estrema importanza sia per gli osteopati che per i pazienti. In Europa la FEO e il FORE sono organizzazioni ombrello, convinte dell'importanza fondamentale della qualità. Entrambe queste organizzazioni svolgono un ruolo di coordinamento, ciascuna nell'ambito che le compete all'interno della professione. Esse si fanno promotrici presso i vari enti europei affinché vengano adottate norme per la disciplina della pratica osteopatica in quanto professione riconosciuta, con un alto grado di responsabilità e competenze specifiche. L'obiettivo finale del presente documento è quello di definire chiaramente l'osteopatia e collocarla all'interno del panorama medico. Le organizzazioni sopra citate garantiscono l'unità professionale difendendo gli interessi professionali comuni degli osteopati.

La redazione di questi Scopi della Pratica Osteopatica in Europa va interpretata alla luce di tale preoccupazione per la qualità della terapia osteopatica e dei continui sforzi verso la professionalizzazione dell'osteopatia.

### 1.2 Valore pratico del documento SOPE

Il documento SOPE contribuisce ad accrescere la professionalità della disciplina osteopatica. Il suo scopo principale è l'armonizzazione internazionale della pratica professionale dell'osteopatia. Esso serve inoltre ad aumentare la riconoscibilità e la comprensione dell'osteopatia, a garantire e controllare gli aspetti qualitativi dell'osteopatia e a rafforzare l'identità dell'osteopatia.

Più specificamente, il documento SOPE può essere utilizzato come segue:

In diversi paesi europei, la professione dell'osteopata non è ancora regolamentata (si veda la tabella riassuntiva riportata in Appendice I). Ciò significa che in molti paesi europei la professione dell'osteopatia e i singoli osteopati professionali non godono ancora né di tutela legale né di riconoscimento. La mancanza di tale riconoscimento non ha impedito alle varie organizzazioni professionali osteopatiche attive in tali paesi, e membri della FEO e/o del FORE, di impegnarsi costantemente, attraverso l'autoregolamentazione, per soddisfare tutti i requisiti di una professione medica. Sia FORE che FEO hanno prodotto vari Ordinamenti<sup>1</sup> e Codici<sup>2</sup>. Anche il SOPE svolgerà un ruolo importante in questo processo.

---

<sup>1</sup> European Framework for Codes of Osteopathic Practice, European Framework for Standards of Osteopathic Practice, European Framework for Standards of Osteopathic Education and Training  
[http://www.forewards.eu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=16&Itemid=88888905](http://www.forewards.eu/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=88888905)

<sup>2</sup> The Deontological Code of European Osteopaths and The European Charter of Osteopathic Ethics



In Europa sono presenti numerosi gruppi professionali che per comodità sono stati classificati sotto la comune denominazione di medicine/terapie manuali. Oltre all'osteopatia, essi includono varie discipline manuali, tra le quali ad esempio la medicina manuale in senso stretto, la terapia manuale, la chiropratica e la fisioterapia.

A volte, l'osteopatia viene confusa con una di queste altre forme di trattamento manuale. Ovviamente è necessaria una precisa differenziazione tra l'osteopatia e gli altri gruppi professionali. Il SOPE può contribuire allo sviluppo dei criteri di differenziazione.

Il SOPE può anche svolgere una funzione informativa per l'elaborazione di ulteriori documenti, linee guida e protocolli concernenti la pratica professionale degli osteopati e, in particolare, per lo sviluppo di uno standard europeo per i servizi sanitari erogati dagli osteopati (Progetto CEN<sup>3</sup>).

Infine, il SOPE può servire a diffondere informazioni relative alla professione osteopatica. Esso ha valore informativo per coloro che praticheranno la professione in futuro, per gli operatori che interagiranno con loro e per i pazienti.

### 1.3 Collocazione del documento SOPE e obiettivi futuri

Il presente documento descrive la pratica professionale di un osteopata nell'anno 2012.

Il SOPE è stato formulato e approfonditamente discusso dal gruppo professionale, sotto gli auspici della FEO e del FORE, e alla sua redazione finale hanno contribuito tutte le organizzazioni che ne fanno parte.

In considerazione della rapida crescita della nostra società e della velocità con cui possono avvenire cambiamenti sia all'interno di un gruppo professionale che nell'ambito delle sue pratiche, questo SOPE deve essere considerato una fotografia dello stato attuale. Pertanto la sua validità e il suo valore pratico dovranno essere continuamente verificati in base ai nuovi aggiornamenti e ai cambiamenti nei criteri che definiscono la pratica professionale. EFO/FORE sentono di potersi assumere questa responsabilità in quanto rappresentanti delle associazioni professionali, dei registri e delle autorità competenti per l'osteopatia in Europa.

Questo SOPE ha un valore puramente orientativo. Il documento è nato grazie a una ricerca di unanimità di consenso e deve essere considerato una linea guida concernente gli scopi della pratica professionale dell'osteopatia. L'adeguamento ad esso è quindi volontario.

Il SOPE deve altresì essere considerato una parte importante di un più vasto insieme di iniziative, che si pongono i seguenti obiettivi per il futuro:

- Lo sviluppo di uno standard europeo per i servizi sanitari erogati dagli osteopati (Progetto CEN);

---

<sup>3</sup> CEN: Comitato Europeo per la Standardizzazione - European Committee for Standardization (<http://www.cen.eu/cen/pages/default.aspx>)



- L'aggiornamento e l'unificazione degli ordinamenti e dei codici FEO/FORE già esistenti;
- Lo sviluppo di un profilo formativo per l'osteopatia;
- Lo sviluppo di un indice delle competenze.

#### **1.4 Contenuto del documento SOPE**

Il documento SOPE si articola come segue. Dopo alcune considerazioni introduttive sulle modalità e motivazioni per cui è stato elaborato il SOPE, a partire dal Capitolo 2 vengono descritte le caratteristiche essenziali della professione. Nel capitolo 2 viene data una breve definizione dell'osteopatia. Al contesto storico (Capitolo 3) fanno seguito i concetti, i principi e le caratteristiche della professione (Capitolo 4). Nel Capitolo 5, l'osteopatia viene collocata nel contesto globale dei servizi sanitari. Nel Capitolo 6 viene descritta brevemente una seduta di osteopatia, nel Capitolo 7 sono trattate le indicazioni mentre nel Capitolo 8 sono evidenziate le controindicazioni alla pratica osteopatica. Il SOPE termina con un elenco delle opere consultate, alle quali si fatto riferimento per la redazione del documento, e con alcune appendici contenenti ulteriori informazioni e chiarimenti.





## 2 Che cos'è l'osteopatia?

*“L'osteopatia è un sistema di medicina che sottolinea la teoria per cui il corpo è in grado di fabbricare da solo i propri rimedi, purché i rapporti strutturali, le condizioni ambientali e l'alimentazione rientrino nella normalità. Essa differisce dall'allopattia principalmente per la maggiore attenzione dedicata alla meccanica corporea e per i metodi manipolativi impiegati nella diagnosi e nella terapia.”<sup>4</sup>*

*Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)*

## 3 Storia dell'osteopatia

### 3.1 Storia dell'osteopatia (USA)

L'osteopatia venne fondata nel 1874 da Andrew Taylor Still (°1828 Virginia, †1917 Kirksville) ed è venuta a radicarsi come una forma riconosciuta di medicina nell'ambito del servizio sanitario nazionale statunitense, dove risulta tuttora una delle professioni in maggiore espansione.

A.T. Still divenne medico, seguendo le orme del padre, ed esercitò la medicina per vent'anni. Partecipò alla guerra civile americana (1861-1864) dalla parte dell'Unione, come medico da campo. La perdita di alcuni figli durante un'epidemia di meningite spinale convinse Still che era necessario avviare una riforma della medicina. Seguendo le regole del suo maestro ideale, John Wesley, osservò la natura, dissezionò i cadaveri degli indiani Shawnee e gli animali che cacciava. Inoltre, studiò la tradizione medica degli Shawnee, i quali praticavano anche la manipolazione delle ossa. Nella sua dottrina integrò da un lato speculazioni metafisiche e dall'altro riflessioni meccaniche basate sulle sue osservazioni. Riteneva che tutte le malattie derivassero da impedimenti nella corretta circolazione del sangue. Le contrazioni muscolari e le dislocazioni delle ossa erano responsabili della cattiva circolazione dei fluidi vitali. Still appartiene a una lunga tradizione di pensatori “ippocratici.”

Still fondò la prima scuola di osteopatia a Kirksville nel 1892 (*“American School of Osteopathy”*). Benché lo stato del Kansas l'avesse autorizzato a rilasciare il diploma di laurea in medicina (MD), egli insistette per offrire il diploma in osteopatia (DO). In seguito, questo titolo sarebbe stato sostituito con quello di Dottore in Medicina Osteopatica (DO).

I progressi della scienza medica ben presto causarono alcuni attriti all'interno del corpo insegnante. Un numero crescente di docenti insisteva affinché nel piano di studi venissero inserite materie come la chimica, la fisiologia e la farmacologia.

Allo stato attuale, 23 COM (*College of Osteopathic Medicine* [College di Medicina Osteopatica]) hanno formato complessivamente circa 60.000 osteopati, pienamente

<sup>4</sup> Definizione di osteopatia dell'OMS ([http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf))



integrati nell'assistenza sanitaria di base, liberi di specializzarsi in tutte le diverse branche della medicina.

### 3.2 Storia dell'osteopatia in Europa

In Europa e nel resto del mondo, l'osteopatia ha seguito un percorso completamente diverso. Il merito di aver portato l'osteopatia in Europa va attribuito a John Martin Littlejohn (1865-1947). Inizialmente aveva intrapreso lo studio del diritto, della filologia orientale, della teologia, ma anche dell'anatomia e della fisiologia all'Università di Glasgow. Per problemi di salute, nel 1892 emigrò negli USA per farsi trattare da A.T. Still. Si riprese molto velocemente e rimase profondamente impressionato. Still gli offrì la docenza di medicina generale, mentre contemporaneamente seguiva i corsi di formazione in osteopatia. Littlejohn si iscrisse alla scuola di Kirksville e presto ne divenne rettore. Non tardarono gli scontri con Still riguardo alle materie di insegnamento.

In 1900, Littlejohn fondò il *College for Osteopathy* a Chicago, tornò in Inghilterra nel 1913, e vi fondò nel 1917 la prima scuola osteopatica britannica, la *British School for Osteopathy*.

Nel 1935 Littlejohn fece un'interpellanza al Parlamento affinché riconoscesse la professione dell'osteopatia. Tuttavia nel Regno Unito l'osteopatia venne regolamentata come una professione ufficialmente separata solo nel 1993, con la firma della legge sull'osteopatia ("*Osteopaths Act*"). Il *General Osteopathic Council* (GOsC) è stato nominato organo ufficiale per la regolamentazione dell'osteopatia nel Regno Unito, la registrazione di tutti gli osteopati e l'ulteriore diffusione dell'osteopatia nella popolazione.

Attualmente, i college osteopatici inglesi operano in collegamento e con la convalida delle strutture formali di istruzione superiore (università).

Benché il punto di vista di Littlejohn fosse per certi aspetti diverso da quello di Still, nel Regno Unito l'osteopatia si sviluppò in modo molto più conforme ai principi di Still di quanto avvenne negli USA, dove l'assimilazione all'allopattia la portò ad allontanarsi da Still.

La differenza tra l'osteopatia americana e quella europea può essere storicamente spiegata soprattutto in base ai due seguenti fatti:

- Alla fine del XVIII secolo il "mercato sanitario" statunitense non era ancora controllato dalla medicina allopatrica, viceversa nel Regno Unito all'epoca dell'introduzione dell'osteopatia era già vigente una regolamentazione precisa della medicina;
- in netto contrasto con l'integrazione della medicina allopatrica nell'osteopatia statunitense<sup>5</sup>, nel Regno Unito l'osteopatia si è sviluppata soprattutto al di fuori dei confini della medicina ortodossa.

Dal Regno Unito, dalla Francia e poi dal Belgio l'osteopatia si diffuse in diversi paesi europei.

---

<sup>5</sup> Still e alcuni dei suoi primi discepoli erano uomini di medicina, e il corpo docente nei primi anni dell'ASO comprendeva numerosi professori laureati in medicina.



## 4 Concetti, principi e caratteristiche dell'osteopatia

### 4.1 I concetti e i principi dell'osteopatia

La pratica osteopatica si avvale delle attuali conoscenze mediche e scientifiche per applicare i principi dell'osteopatia alla cura del paziente. Nel trattamento del paziente e nella gestione del caso viene data alta priorità alla plausibilità scientifica e ai risultati della ricerca sperimentale.

L'osteopatia fornisce un'ampia gamma di approcci utili per il mantenimento della salute e per la gestione delle patologie. Essa abbraccia il concetto di unità tra la struttura (anatomia) e la funzione (fisiologia) in ogni individuo; per questo motivo, l'osteopatia è un sistema di assistenza sanitaria centrato sul paziente piuttosto che sulla malattia.

Una componente essenziale dell'osteopatia è la grande attenzione che essa rivolge alla meccanica corporea e ai metodi manuali utilizzati a fini diagnostici e terapeutici. L'osteopatia è stata sviluppata come mezzo per facilitare i normali meccanismi corporei di autoregolazione/autoguarigione, evocati intervenendo su regioni affette da tensioni, stress o disfunzioni che possono ostacolare i normali meccanismi neurali, vascolari e biochimici.

L'applicazione pratica dei concetti e dei principi viene descritta ricorrendo a diversi modelli di rapporti struttura-funzione, utilizzati dai terapeuti osteopati per raccogliere le informazioni diagnostiche e per interpretare il significato dei reperti neuro-muscoloscheletrici nel quadro clinico generale del paziente.

L'osteopatia pertanto non è circoscritta alla diagnosi e al trattamento dei problemi muscoloscheletrici, né raccomanda l'allineamento delle articolazioni o l'esame radiografico dei rapporti strutturali. Piuttosto, l'osteopatia rivolge maggiore interesse alle modalità secondo le quali la biomeccanica del sistema muscoloscheletrico si integra con la fisiologia corporea globale e la sostiene. L'osteopatia riconosce che ciascun corpo umano è costituito dalle medesime componenti e dalle corrispondenti funzioni, tuttavia è anche consapevole del fatto che ciascun individuo sviluppa peculiari aggiustamenti biomeccanici in risposta agli eventi fisici, chimici, emotivi, e psicologici che lo interessano.

Tipicamente per ogni singolo paziente è opportuno applicare una combinazione di modelli. Tale combinazione viene selezionata in base alla diagnosi differenziale, alle comorbidità e agli altri regimi terapeutici eventualmente in atto.

L'osteopata clinico elabora la diagnosi e il trattamento del paziente in base a cinque modelli di struttura-funzione. Tali modelli descrivono gli effetti dei fattori posturali e biomeccanici sulla capacità del paziente di compensare l'azione degli stressori o delle patologie; l'influsso del sistema nervoso sulla salute fisica, cognitiva ed emotiva; l'importanza del sistema respiratorio-circolatorio nel mantenimento della corretta funzione cellulare e tissutale; il ruolo dei fattori psicosociali nella prevenzione e nel trattamento delle malattie; e i fattori che influiscono sul fabbisogno bioenergetico, tra i quali l'ossigeno e il consumo dei nutrienti.



Questi modelli<sup>6</sup> sono i seguenti:

- *Modello biomeccanico*: questo modello considera il corpo come un'integrazione di componenti somatiche in un meccanismo che regola la postura e l'equilibrio. Gli stress o gli squilibri all'interno di tale meccanismo influiscono sulla sua funzione dinamica e determinano un aumento del dispendio energetico, un'alterazione della propriocezione<sup>7</sup>, variazioni nella struttura delle articolazioni, impedimenti nella funzione neurovascolare e alterazioni del metabolismo. Il trattamento osteopatico nell'ambito di questo modello permette il ripristino della postura e dell'equilibrio oltre a un uso efficiente delle componenti muscoloscheletriche.
- *Modello neurologico*: il modello neurologico considera gli effetti sulla funzione della rete neuro-endocrina immunitaria causati dalla facilitazione spinale, dalla funzione propriocettiva, dall'equilibrio tra le componenti del sistema nervoso vegetativo e dall'attività dei nocicettori (fibre del dolore). Di particolare importanza è l'interrelazione del sistema muscolo scheletrico e di quello viscerale, attraverso il sistema nervoso vegetativo. Il trattamento osteopatico nell'ambito di questo modello si concentra sulla riduzione degli stress meccanici, sul bilanciamento delle afferenze neurali e sulla riduzione o eliminazione degli impulsi nocicettivi.
- *Modello respiratorio/circolatorio*: questo modello si occupa del mantenimento dell'ambiente extracellulare e intracellulare, attraverso il libero apporto di ossigeno e nutrienti, e l'eliminazione delle scorie cellulari. La salute dei tessuti può essere compromessa da qualsiasi stress tissutale che interferisca con il flusso o la circolazione di qualsiasi fluido corporeo. Il trattamento osteopatico nell'ambito di questo modello si concentra sulla disfunzione nella meccanica respiratoria, nella circolazione e nel flusso dei liquidi corporei.
- *Modello bio-psicosociale*: questo modello esamina le varie reazioni e gli stress psicologici ai quali deve far fronte il paziente. Sulla salute possono influire fattori ambientali, socio-economici, culturali, fisiologici e psicologici. La disfunzione somatica<sup>8</sup> nel sistema muscoloscheletrico può essere una reazione a condizioni ambientali, socioeconomiche, culturali o psicologiche, e può a sua volta rinforzare lo stress fisiologico.
- *Modello bio-energetico*: il corpo cerca di mantenere un equilibrio tra la produzione, la distribuzione e il dispendio di energia. Il mantenimento di tale equilibrio contribuisce alla capacità del corpo di adattarsi ai vari stressori: immunologici, nutrizionali, psicologici, ecc. Il trattamento osteopatico nell'ambito di questo modello si rivolge alla disfunzione somatica, potenzialmente in grado di

---

<sup>6</sup> I riferimenti bibliografici a sostegno di questi modelli sono elencati nell'appendice II

<sup>7</sup> La propriocezione è il senso della posizione relativa di parti del corpo contigue.

<sup>8</sup> Disfunzione somatica: funzione disturbata o alterata delle componenti del sistema somatico (struttura corporea); delle strutture scheletriche, artrodiali e miofasciali e dei relativi elementi vascolari, linfatici e neurali. La disfunzione somatica si può trattare con il trattamento manipolativo osteopatico.



deregolamentare la distribuzione, la distribuzione o il dispendio di energia.

Ovviamente, allo scopo di garantire una approfondita conoscenza dei meccanismi fisiologici di questi modelli, è d'obbligo che il piano di studi osteopatico ne preveda l'apprendimento dettagliato.

#### 4.2 Le caratteristiche peculiari dell'osteopatia

Benché i principi sopra elencati non possano più essere considerati esclusivi dell'osteopatia, essi costituiscono ancora una parte della sua struttura teorica, e conservano la loro peculiarità grazie all'interconnessione e alla profondità con cui vengono applicati nella pratica quotidiana.

Le tecniche manuali vengono infatti utilizzate da molti tipi di terapeuti clinici, tra i quali i chiropratici, i fisioterapisti, ecc., tuttavia la caratteristica metodologia di integrazione delle tecniche manipolative nella gestione del paziente, nonché la durata, la frequenza e la scelta della tecnica rimangono aspetti distintivi dell'osteopatia. L'osteopatia non è circoscritta alle tecniche vertebrali con *thrust* spesso associate alla medicina manuale. Gli osteopati insegnano e utilizzano molte forme di tecniche osteopatiche manuali. Tra queste vi sono le tecniche con *thrust* o impulso ma anche tecniche estremamente delicate (vedi capitolo 6).

Benché ciascuna delle varie forme di medicina manuale possieda un suo peculiare arsenale di tecniche e di metodiche applicative, il continuo sviluppo di scambi interprofessionali ha naturalmente portato, nella ricerca di un efficace approccio diagnostico e terapeutico in medicina manuale, alla selezione di alcune tecniche ritenute maggiormente appropriate. Nel tempo, questo darwinismo tecnico ha determinato una notevole migrazione di tecniche da una professione all'altra. In questo scenario di diffusione delle tecniche, è di importanza cruciale sottolineare che l'osteopatia in quanto tale non può essere definita in base all'arsenale delle tecniche osteopatiche da essa applicate. Tali tecniche costituiscono infatti soltanto una parte della pratica osteopatica. L'osteopatia si distingue dalle altre forme di medicina manuale per la struttura concettuale e per il processo di pensiero osteopatico ad essa sottesi più che le tecniche e le modalità di applicazione delle stesse.

Pur se, come abbiamo visto sopra, la gamma di tecniche non è uno dei tratti distintivi dell'osteopatia rispetto agli arsenali delle altre forme di medicina manuale, all'interno della nostra professione si parla di "tocco osteopatico"<sup>9</sup>. Si tratta di un concetto del tutto separato dalle tecniche manuali pratiche, che viene ritenuto specifico del nostro gruppo occupazionale.

Altre caratteristiche, tra le quali la natura olistica<sup>10</sup> dell'osteopatia e l'aderenza al modello

---

<sup>9</sup> Il 'tocco osteopatico' così spesso citato nella letteratura osteopatica potrebbe essere definito come una competenza aptica altamente sviluppata integrata con esperta abilità tecnica.

<sup>10</sup> Il termine "olistico," proposto per la prima volta all'inizio del secolo scorso nel campo della biologia, viene usato nel presente contesto per trasmettere un concetto che superi il dilemma per cui la vita viene spiegata da una parte in base a principi puramente meccanici e dall'altra parte in base alla necessità di ipotizzare una forza vitale. La prospettiva olistica interpreta tutte le cose nei termini di un'unitarietà organica e non nei termini di elementi fisici e chimici separati come imposto dal pensiero meccanicista. In tal modo viene resa superflua anche



salutogenico<sup>11</sup> e/e igiogenico<sup>12</sup>, non appartengono esclusivamente all'osteopatia e possono essere anche ricondotti rispettivamente al principio dell'unitarietà e al potenziale per l'autoregolazione.

Un altro importante concetto in ambito osteopatico è quello di "funzione"<sup>13</sup>. A tutti i livelli, le funzioni sono contestuali e relazionali, sia che si tratti della funzione localizzata in una specifica parte corporea oppure della funzione ricoperta da un individuo nel suo ambiente fisico e sociale. Le decisioni cliniche dipendono dal modo in cui questo contesto emerge e viene compreso.

L'osteopatia adotta un approccio molto specifico riguardo alle caratteristiche contestuali e relazionali della funzione. Da un lato, la valutazione e la diagnosi osteopatica sottolineano l'importanza della globalità per una migliore comprensione delle parti. Dall'altro lato, vengono usati metodi molto specifici per individuare sistemi locali in disfunzione.

Un esame degli studi scientifici<sup>14</sup> dimostra che le peculiarità sopra citate non sono più appannaggio esclusivo dell'osteopatia, ma che la loro combinazione e in particolare la loro applicazione pratica potrebbero certamente definirne l'identità.

Riassumendo: attualmente, la pratica della disciplina osteopatica si è evoluta e sviluppata muovendo dalla sua dottrina fondamentale originale. Ne è risultata una pratica clinica specifica, essenzialmente circoscritta all'utilizzo di tecniche manuali finalizzate a raggiungere obiettivi diagnostici e/o terapeutici. La maggior parte dei consulti osteopatici avviene nella

---

la teoria di una forza vitale caratteristica del vitalismo, che deve essere considerato non scientifico. Sostanzialmente, l'olismo considera l'organismo come qualcosa di più di un aggregato meccanico: piuttosto lo ritiene un **intero** realmente unificato, organizzato gerarchicamente secondo vari livelli di complessità. A ogni livello, l'intero è qualcosa di più della mera somma delle sue parti. Il comportamento di ciascun livello è determinato da principi che non possono essere semplicemente ridotti alle leggi che governano le sue componenti. Lo studio dei livelli inferiori è necessario ma non è sufficiente per comprendere i livelli superiori. A ciascun nuovo livello di complessità si trovano, o piuttosto "si rivelano," caratteristiche "nuove," "**emergenti**." Gli organismi viventi aspirano alla realizzazione e al mantenimento della normalità di questa interezza. Ogniquale volta è possibile, le anomalie vengono controbilanciate, come appare evidente durante l'embriogenesi e l'omeostasi fisiologica (Willemsen H. (ed.), *Dictionary of Philosophy, entry on The Vitalism vs Mechanism Debate*, Assen, Van Gorcum, 1992, p. 457-461)

<sup>11</sup> La 'salutogenesi', come definita dal sociologo israeliano Aaron Antonovsky, può essere considerata la controparte della 'patogenesi'. Il termine indica un approccio centrato sui fattori che sostengono la salute e il benessere umano piuttosto che sui fattori che causano la malattia. Più specificamente, il "modello salutogenico" si interessa del rapporto tra la salute, lo stress e il superamento delle difficoltà.

<sup>12</sup> Hartmut Heine propose di usare il termine di 'igiogenesi' come controparte di patogenesi, definendolo come l'attivazione delle forze di autoguarigione (Heine H., *Lehrbuch der biologische Medizin*, 1997, p.3, Hippokrates Verlag, Stuttgart).

<sup>13</sup> Tyreman S.J., *The Concept of Function in Osteopathy and Conventional Medicine: A Comparative Study*, 2001, PhD Project, BSO, London

<sup>14</sup> Wagner C., *Exploring a European osteopathic identity: analysis of professional profiles of European osteopathic organizations*, 2009, WSO-DUK, tesi di dottorato, Vienna.



sfera del dolore funzionale che interessa l'apparato locomotore<sup>15</sup>. L'obiettivo del trattamento osteopatico consiste nel ricondurre l'organismo al suo funzionamento normale, limitando perciò la necessità di assumere farmaci, di sottoporsi a interventi chirurgici o altro. Può darsi che in futuro, grazie a ulteriori ricerche cliniche e di base, verrà raccolto lo stesso tipo di prove scientifiche anche per i consulti richiesti agli osteopati per ragioni diverse, legate ad esempio al sistema digestivo o circolatorio, cosicché il trattamento osteopatico diverrà indicato e pienamente riconosciuto anche per tali condizioni<sup>16</sup>. Tali ricerche dovranno essere condotte in ambiente universitario, sicché la cooperazione con altre specializzazioni mediche sarà di importanza vitale.

## 5 La collocazione dell'osteopatia all'interno del sistema sanitario

Attualmente, l'ambito di competenza professionale dell'osteopata si colloca nell'assistenza medica in prima linea e nell'assistenza sanitaria di base.

Un paziente può fissare un appuntamento con un osteopata senza bisogno di esservi indirizzato da un medico generico o da uno specialista. Ogniqualvolta ciò sia possibile, gli osteopati dovranno lavorare fianco a fianco con medici generici, specialisti e/o altri operatori sanitari, inviando il paziente a consulto presso di loro (purché il paziente esprima il suo consenso).

La professione osteopatica rimane autonoma per quanto riguarda la sua attività (competenza tecnica, diagnostica, sicurezza, terapia), l'atteggiamento (rispetto, gestione delle informazioni, rapporto di fiducia e consapevolezza della responsabilità) e l'organizzazione del lavoro (efficienza, tutela, diritto di contestazione) dell'osteopata.

*A quale dei settori operativi appartiene l'osteopatia nell'ambito dell'assistenza medica di base?*

L'osteopatia può essere sia complementare che alternativa ai trattamenti medici più tradizionali. Oltre ad avere una funzione terapeutica, l'osteopatia occupa un posto di rilievo nella medicina preventiva grazie ai concetti teorici ad essa sottesi.

La medicina osteopatica si concentra su ciò che compromette la salute piuttosto che sulle singole condizioni e affezioni, pertanto non è molto proficuo fare un elenco di condizioni nelle quali potrebbe essere utile applicare l'osteopatia. Quella che segue è dunque da ritenersi solo una guida generica alla vasta gamma di disturbi che i pazienti possono presentare al loro osteopata. Essa non è esaustiva:

---

<sup>15</sup> Secondo i dati raccolti dal SDC-Project nel Regno Unito, circa il 65% dei disturbi lamentati riguardavano la colonna vertebrale ([http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised\\_data\\_collection\\_finalreport\\_24062010.pdf](http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf)) e una percentuale analoga è risultata dal KCE-Report in Belgio (<http://kce.fgov.be/publication/report/osteopathy-and-chiropractic-state-of-affairs-in-belgium>).

<sup>16</sup> Per ulteriori informazioni, si rimanda il lettore alle Linee Guida pubblicate dal NICE [*NICE Guidelines*] (National Institute for Health and Clinical Excellence): Early management of persistent non-specific low back pain, 2009; <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44334/44334.pdf>



- Problemi relativi al sistema meccanico e a quello nervoso, come dolore, disagio e cattivo funzionamento dei muscoli, delle articolazioni e delle strutture ad essi associate.
- Cadute, lesioni e distorsioni, effetti di una cattiva postura, tensione, stress emotivo e cefalea.
- Disturbi della funzione dei sistemi corporei, sotto forma di problemi digestivi, disturbi circolatori, affezioni respiratorie, affezioni otorinolaringoiatriche specialmente in età pediatrica, condizioni di stress e malattie infettive. È stato inoltre dimostrato che la terapia osteopatica risulta un efficace adiuvante nella cura del paziente ospedalizzato e nella convalescenza postoperatoria.
- Problemi connessi con lo sport a tutti i livelli, compreso quello degli atleti d'élite.
- Problemi connessi con la gravidanza, con le madri in attesa, con i neonati e i bambini.
- A volte i pazienti non sanno cosa c'è che non va, sanno solo che non si sentono bene. Magari non si sentono del tutto se stessi o non sono completamente a loro agio.

Recenti studi hanno dimostrato che l'osteopatia può essere efficace in una serie di condizioni e patologie. Alcuni studi indicano che la terapia osteopatica è efficiente in termini di costi, può ridurre il ricorso al trattamento farmacologico, può esporre il paziente a un numero minore di esami diagnostici, e nella maggior parte dei casi presenta un minor rischio di complicanze<sup>17</sup>.

Oltre al suo ruolo terapeutico, l'osteopatia afferma di svolgere una funzione preventiva nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Gli obiettivi della medicina preventiva sono di promuovere e mantenere la buona salute, di prevenire le malattie, di contrastare l'avanzamento delle patologie e di prevenire le malattie croniche.

La funzione preventiva dell'osteopatia deriva direttamente dalla visione osteopatica, nella quale si ritiene che la malattia e la salute siano fenomeni gradualmente, e che la disfunzione del paziente sia un prodromo<sup>18</sup> della patologia. Il punto di vista osteopatico riguardo alla malattia e alla salute afferma sostanzialmente che l'organismo porta in sé il potenziale per la salute. Questa teoria conduce a sviluppare un tipo di prevenzione che risulta diverso dalla prevenzione per come essa viene intesa attualmente nella nostra società.

In generale, gli osteopati sono lavoratori autonomi e hanno uno studio privato, a volte condiviso con altri colleghi. Gli osteopati possono anche essere assunti da enti ospedalieri o da altre strutture di assistenza sanitaria.

Gli osteopati non richiedono il pieno riconoscimento in tutti i settori sanitari e patologici, anche se è vero che lavorano su tutto lo spettro della salute e della malattia, in

---

<sup>17</sup> Un elenco non esaustivo di studi è riportato in appendice III

<sup>18</sup> Il prodromo è un sintomo (o un insieme di sintomi) che può precedere l'insorgenza di una manifestazione morbosa prima della comparsa della sua sintomatologia caratteristica.





collaborazione con altri operatori sanitari; in altri termini, l'attività degli osteopati non è circoscritta a un determinato settore dell'assistenza sanitaria.

Gli osteopati esercitano la professione in completa indipendenza. Essi lavorano sia a livello diagnostico che terapeutico. Sono operatori di base con un elevato grado di responsabilità: la loro formazione specialistica in neurologia e patologia della locomozione, oltre che in semeiologia generale, permette loro di individuare le patologie che (non) possono essere trattate direttamente applicando le loro competenze. Essi sono consapevoli delle possibilità ma anche dei limiti della loro professione e agiscono di conseguenza.

Riassumendo: l'osteopatia ritiene di potersi annoverare tra le prassi di assistenza sanitaria prettamente generaliste. Gli osteopati lavorano nell'assistenza sanitaria di base, sia a livello diagnostico che terapeutico; essi agiscono come mediatori per il mantenimento e/o il ripristino della salute, in stretto contatto con il paziente, soprattutto attraverso la palpazione; oltre a ciò impiegano una tecnica manuale avente lo scopo di ripristinare la funzione compromessa in qualsiasi livello del corpo.

## 6 La pratica dell'osteopatia

In un consulto osteopatico, l'osteopata raccoglie l'anamnesi presente e storica, e conduce gli esami osteopatici e clinici più idonei per la valutazione del paziente.

L'osteopata formula una diagnosi di lavoro e una prognosi, le comunica al paziente in modo che questi le possa comprendere appieno, elabora un trattamento osteopatico tenendo conto dei reperti clinici, effettua il trattamento ed esegue una nuova valutazione per constatare i risultati.

### 6.1 Anamnesi

L'osteopata redige un'anamnesi approfondita, che comprende gli aspetti attuali e storici, la storia familiare e i dettagli sul disturbo presentato. Ciò permette al paziente di esprimere la sua versione degli eventi e i suoi pensieri, se necessario sollecitato in tal senso mediante domande più specifiche finalizzate ad approfondire e ottenere ulteriori dettagli riguardo agli ambiti più importanti. L'osteopata pone una serie di domande circostanziate, analizza gli esami e i referti presentati dal paziente, utili per formulare una diagnosi per esclusione, una diagnosi differenziata e una diagnosi di lavoro. Grande attenzione viene dedicata ai fattori di predisposizione e mantenimento che potrebbero aver condotto allo sviluppo del disturbo, tra i quali quelli occupazionali, ricreativi o stressanti.

L'osteopata dovrà compilare una cartella scritta contenente dati dettagliati sul consulto e sui successivi appuntamenti con il paziente. Queste informazioni dovranno essere trattate come strettamente confidenziali.

In questa fase, l'osteopata sarà in possesso di tutti gli elementi necessari per stabilire se può procedere con la visita e l'esame clinico in tutta sicurezza.



## 6.2 Visita e esame clinico <sup>19</sup>

Sulla base dell'anamnesi, viene elaborata una serie di ipotesi diagnostiche. Per restringere il campo viene effettuato un esame clinico osteopatico dettagliato, personalizzato per ciascun paziente in base alle esigenze e ai problemi presentati.

Se necessario, l'osteopata procede a un esame di tutti i sistemi corporei utilizzando le procedure cliniche famigliari alla maggior parte delle persone e utilizzate dagli operatori sanitari. Oltre a questo, tuttavia, l'osteopata applica tecniche e test osteopatici specifici, quali l'osservazione e la palpazione<sup>20</sup>, allo scopo di valutare le caratteristiche qualitative, la condizione, la mobilità e la salute dei meccanismi articolari, muscolari e degli altri tessuti corporei. Ciò conduce a una diagnosi di lavoro iniziale, redatta in base alle deduzioni dell'osteopata rispetto alla probabile causa del disturbo del paziente. L'osteopata determina le opzioni che ritiene più adatte ad affrontare il problema e le comunica al paziente.

La diagnosi può essere definita come una raccolta di un insieme di reperti, dedotti dall'anamnesi e dalla visita, da utilizzarsi per dare un nome a una patologia, a una condizione o a una sindrome. Tale processo è utile per evidenziare una patologia, con segni e sintomi predeterminati. L'osteopata, tuttavia, cerca di addivenire a una comprensione e a una spiegazione globale dei vari fattori in gioco, evitando di apporre etichette semplicistiche. Inoltre, l'interpretazione osteopatica del problema presentato dal paziente può evolversi con il procedere del trattamento, man mano che emerge una maggiore comprensione della condizione.

In questa fase, l'osteopata possiede informazioni sufficienti decidere se procedere con il trattamento.

## 6.3 Valutazione, trattamento e gestione

L'osteopata effettua una sintesi dei reperti desunti dall'osservazione e dalla visita clinica, confermando o eventualmente modificando la diagnosi di lavoro. Indi, l'osteopata mette in correlazione e ordina secondo priorità le disfunzioni somatiche rinvenute nei sistemi corporei del paziente, e su queste basi mette a punto il piano del trattamento.

In questa fase, l'osteopata discute approfonditamente insieme al paziente la diagnosi e il piano del trattamento. Infine, formula la prognosi.

---

<sup>19</sup> Gli strumenti diagnostici più comunemente utilizzati dagli osteopati, oltre alla valutazione della disfunzione somatica, sono riportati in appendice IV.

<sup>20</sup> Il termine palpazione si riferisce a una sensibilità tattile estremamente competente ed esperta, uno dei tratti distintivi dell'osteopata. È ben noto che otteniamo le informazioni riguardo al mondo esterno attraverso i nostri cinque sensi: vista, udito, tatto, gusto e olfatto. Sappiamo anche che è possibile affinare questi sensi, per esempio quello della vista imparando a leggere; sappiamo che un sommelier o un assaggiatore di the hanno sviluppato il senso del gusto, un creatore di profumi quello dell'olfatto e un musicista quello dell'udito. Nello stesso modo, fin dall'inizio del percorso formativo, gli osteopati sviluppano la sensibilità tattile, in modo da riuscire a captare informazioni che non sono facilmente percepibili da mani non addestrate. Tutti i sensi citati sono di tipo primario, ovvero non possono essere descritti ma soltanto confrontati con se stessi o con un altro senso.



### 6.3.1 Trattamento

Il trattamento osteopatico interviene sulla mobilità dei tessuti corporei del paziente, influenzando sullo stato di salute generale. L'osteopatia offre una gamma di tecniche manuali che possono essere classificate come dirette, indirette, combinate, basate sui fluidi e sui riflessi.<sup>21</sup>

- Le tecniche dirette possono essere applicate specificamente su un'articolazione, oppure in modo aspecifico su un dato sito corporeo. Le tecniche dirette ingaggiano la barriera restrittiva e ricorrono a una forza di attivazione per correggere la disfunzione somatica. Per evocare la risposta del tessuto, le tecniche dirette possono avvalersi di *thrust*, impulso, contrazione muscolare, carico fasciale o escursione passiva del movimento.
- Le tecniche indirette, dei fluidi, di bilanciamento o basate sui riflessi possono essere applicate specificamente su un'articolazione, oppure in modo aspecifico su un dato sito corporeo. Queste tecniche non ingaggiano la barriera restrittiva. Per l'applicazione di tali tecniche si può ricorrere al massaggio fasciale, al carico e allo scarico dei tessuti molli e fasciali, alle pressioni idrauliche, alle fasi della respirazione, agli aggiustamenti craniali o posturali.

Le tecniche manipolative vengono utilizzate per influire sulla salute del paziente in conformità con i modelli sopra descritti (paragrafo 3.1).

Queste tecniche possono essere applicate a diversi livelli corporei, ad esempio alcune specifiche tecniche dei tessuti molli sono adatte ai muscoli e ai legamenti; la mobilizzazione o il posizionamento di specifiche articolazioni servono a migliorare l'ampiezza e la qualità del loro movimento; i *thrust* rapidi e controllati si applicano sulle articolazioni; le tecniche manuali sono utili per ripristinare la funzionalità delle strutture viscerali, ecc.

La scelta delle tecniche o delle modalità di trattamento viene effettuata in base a numerosi fattori, per esempio:

- Disturbo presentato dal paziente
- La malattia
- Età
- Benessere generale
- Salute generale
- Anamnesi storica
- Reperti della visita osteopatica
- Trattamento farmacologico in atto
- ...

In questa fase, il piano del trattamento e la successiva scelta delle tecniche vengono personalizzate in base alle specifiche esigenze del paziente.

Tra gli scopi del trattamento è inclusa anche la responsabilizzazione del paziente affinché mantenga la salute, fornendogli informazioni e consigli generici sullo stile di vita.

---

<sup>21</sup> Ulteriori dettagli sulle azioni del trattamento manuale sono elencati nell'appendice IV



È importante mantenere il paziente costantemente aggiornato e chiaramente informato sul protocollo diagnostico e terapeutico, sulle strategie del trattamento o su eventuali modalità di trattamento alternative che si ritengono raccomandabili. Il paziente deve essere informato dei potenziali rischi, degli effetti collaterali e della presunta durata del trattamento. Il paziente deve dare il suo consenso prima dell'inizio di qualsiasi trattamento.

### 6.3.2 Gestione del caso in itinere

All'inizio di ciascuna seduta si chiede al paziente se ha notato qualche miglioramento o cambiamento nel disturbo lamentato. In base alle informazioni ottenute, l'osteopata esegue nuovamente la valutazione e prosegue il trattamento. La diagnosi iniziale viene verificata al termine di ciascun trattamento. La durata e la frequenza del piano del trattamento dipendono dai progressi del paziente. Quest'ultimo viene tenuto costantemente informato e se necessario indirizzato verso altri operatori.

## 7 Appropriatelyzza del trattamento

Il trattamento osteopatico è indicato quando è presente una disfunzione somatica clinicamente significativa. La rilevanza clinica viene determinata sulla base dei modelli della pratica osteopatica descritti al paragrafo 4.1.

Se applicati da personale competente e esperto, i principi dell'osteopatia e il modello di assistenza sanitaria osteopatica possono essere utili in molte condizioni cliniche.

Nel loro ruolo di operatori sanitari di base, gli osteopati sono responsabili della diagnosi e dell'indirizzamento corretto dei pazienti verso altre figure se la loro condizione richiede un intervento medico, chirurgico o terapeutico al di fuori della sfera di competenza dell'osteopata.

Gli osteopati devono saper riconoscere le particolari condizioni in cui specifici approcci e tecniche osteopatiche possono essere controindicate.

## 8 Controindicazioni

È importante sottolineare che una controindicazione al trattamento osteopatico in una regione corporea può non precludere la sua applicazione in una regione diversa.

Analogamente, la controindicazione di una tecnica specifica non impedisce che sullo stesso paziente possa essere applicata con profitto una tecnica diversa. All'osteopata spetta la responsabilità di distinguere quali tipi di tecniche sono sicure e appropriate in ciascuna situazione clinica.

Le tecniche dirette, come quelle a energia muscolare, le manovre articolatorie e con *thrust*, implicano rischi diversi dalle tecniche indirette basate sui fluidi e sui riflessi. Sono disponibili pochi studi dettagliati su quali specifiche tecniche occorre evitare in particolari condizioni. Per stabilire la plausibilità biologica a sostegno delle sotto elencate controindicazioni assolute e relative si è fatto riferimento alle conoscenze patofisiologiche riguardo al paziente e al meccanismo d'azione della tecnica.



Il rifiuto del paziente o l'assenza del consenso informato (verbale e/o scritto) costituisce una controindicazione assoluta all'applicazione di qualsiasi tecnica o trattamento.

## **8.1 Tecniche dirette**

### **8.1.1 Condizioni sistemiche che costituiscono controindicazioni assolute per l'applicazione delle tecniche dirette**

- disturbi emorragici sospetti o non controllati
- tempi di sanguinamento prolungati
- trattamento farmacologico con anticoagulanti in assenza di recente valutazione del livello terapeutico
- anomalie della coagulazione
- patologie del tessuto connettivo, congenite o acquisite, che compromettono l'integrità del tessuto
- problemi di stabilità delle ossa, dei tendini, dei legamenti o delle articolazioni come quelle che possono verificarsi nei disturbi metabolici, nelle malattie metastatiche e/o nelle patologie reumatoidi

### **8.1.2 Condizioni sistemiche che costituiscono controindicazioni relative per l'applicazione delle tecniche dirette**

- osteoporosi
- osteopenia

### **8.1.3 Controindicazioni assolute per l'applicazione delle tecniche dirette sul sito specifico**

- aneurisma aortico
- ferite aperte, lesioni cutanee, recente intervento chirurgico
- idrocefalo acuto
- idrocefalo se non sono disponibili esami diagnostici
- emorragia intracerebrale acuta
- ischemia cerebrale acuta, anche se transitoria
- sospetta malformazione del sistema arterioso-venoso cerebrale
- aneurisma cerebrale
- dolore addominale
- colecistite acuta con sospetta infiltrazione o rottura
- appendicite acuta con sospetta infiltrazione o rottura
- trauma cranico chiuso acuto o subacuto
- ernia acuta del disco con deficit neurologici progressivi
- compromissione vascolare sospetta o conclamata
- sospetta compromissione dell'arteria vertebrale
- malformazione congenita conclamata
- sindrome della cauda equina in fase acuta
- impianto del cristallino (prima fase postoperatoria)



- glaucoma non controllato
- neoplasia
- sospetto o rischio di compromissione ossea, come per esempio osteomielite, tubercolosi ossea, ecc., o rischio della stessa

#### **8.1.4 Controindicazioni assolute per l'applicazione sul sito specifico di tecniche dirette che utilizzano *thrust* o impulso**

- tecniche specifiche sul sito di fissaggio chirurgico interno dell'articolazione
- compromissione ossea o della stabilità articolare, come per esempio avviene localmente nelle neoplasie, nelle malattie metastatiche, nell'artrite suppurante, nell'artrite settica, nelle patologie reumatoidi, nell'osteomielite, nella tubercolosi ossea, ecc.
- frattura acuta, pseudoartrosi
- ematoma o ascesso osseo o intramuscolare

#### **8.1.5 Controindicazioni relative per l'applicazione sul sito specifico di tecniche dirette che utilizzano *thrust* o impulso**

- ernia di un disco vertebrale
- stiramento dei legamenti nel sito interessato
- lesione cervicale acuta in accelerazione-decelerazione

### **8.2 Tecniche indirette, dei fluidi, di bilanciamento o basate sui riflessi:**

Le controindicazioni relative all'applicazione delle tecniche indirette solitamente riguardano il profilo clinico-cronologico del problema.

#### **8.2.1 Controindicazioni assolute all'applicazione sul sito specifico di qualsiasi tecnica indiretta, dei fluidi, di bilanciamento o basata sui riflessi**

- idrocefalo se non sono disponibili esami diagnostici
- emorragia cerebrale acuta
- episodio vascolare intracerebrale acuto
- sospetta malformazione del sistema arterioso-venoso cerebrale
- aneurisma cerebrale
- sospetta peritonite acuta
- appendicite acuta o altra patologia viscerale con sospetta infiltrazione o rottura
- trauma cranico chiuso recente

#### **8.2.2 Controindicazioni relative all'applicazione sul sito specifico di qualsiasi tecnica indiretta, dei fluidi, di bilanciamento o basata sui riflessi**

- malattia metastatica
- neoplasia
- trauma cranico chiuso



## Bibliografia

### **General Osteopathic Council**

*Osteopathic Practice Framework – consultation document, 2009*

**Jansen T.; van Wolde H.**, (ed.) 2009, Bereoepscompetentieprofiel Osteopathie Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO) en Nederlandse Register voor Osteopathie (NRO)

**van Dun P.L.S.**, (red.) 2009, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw. (GNRPO) [*Professional Competence Profile for Osteopathy, Brussels: National and Representative Group of Professional Osteopaths, non-profit group*]

**WHO:** Benchmarks for Training in Osteopathy, 2010,  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599665\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599665_eng.pdf)



## Appendice I

EFO/FORE Stato membro	L'osteopatia è tutelata per legge? Si tratta di una normativa legale per la regolamentazione del settore medico o paramedico? Nel caso non esista ancora una legge, esiste qualche forma di riconoscimento ufficiale dell'osteopatia (p.es. tutela del titolo di osteopata, o possibilità di registrarsi come osteopata in un registro creato dai professionisti nell'ambito del diritto privato?)
Austria	No
Belgio	29-04-1999: Legge Colla sulle medicine non convenzionali in Belgio. Manca ancora l'attuazione. Legge per la regolamentazione della medicina. Rimborso dalla cassa di previdenza sanitaria: 10 Euro (max. 50 annui) su base privata. Il marchio registrato DO® è garanzia di qualità per gli osteopati che soddisfano i requisiti imposti dal GNRPO.
Finlandia	Professionisti ufficiali nel servizio sanitario. Legge per la regolamentazione della medicina. Il titolo di "osteopata" è tutelato. L'ente governativo VALVIRA tiene il registro di tutti gli operatori del servizio sanitario.
Francia	Riconosciuto. Né medico né paramedico, l'osteopatia in Francia è una professione di base.
Germania	Nessun riconoscimento. Tutela del titolo nello stato dell'Assia. Marchio registrato DO® come garanzia di qualità degli osteopati formati conformemente ai requisiti stabiliti da VOD/EFO.
Grecia	Nessun riconoscimento. GOA è un'associazione che funge anche da registro.
Irlanda	Nessun riconoscimento.
Italia	Nessun riconoscimento.
Lussemburgo	Nessun riconoscimento. L'associazione professionale ALDO registra gli osteopati con il marchio DO.
Norvegia	Nessun riconoscimento. NOF è un'associazione che funge anche da registro.
Olanda	Nessun riconoscimento. No recognition. Associazione NVO e registro NRO. Entrambi controllati da una struttura superiore CvO. NRO tiene un registro e controlla il marchio DO MRO® come titolo riservato agli osteopati.
Polonia	Nessun riconoscimento. TOP è un'associazione che funge anche da registro.
Portogallo	Nessun riconoscimento. L'associazione AROP tiene un registro.
Regno Unito	Riconosciuto. Il titolo di "Osteopata" è protetto. Esclusivamente membri registrati al GOSC. Legge per la regolamentazione del settore paramedico.





Spagna	Nessun riconoscimento. Registro ROE e associazione APREO. Insieme hanno istituito un Consiglio Generale (CGOE). Esistono altre organizzazioni, ma non soddisfano i requisiti formativi minimi stabiliti dalla FEO o dal FORE.
Svezia	Nessun riconoscimento. Esiste una associazione: SOF. SOF funge anche da registro. Organizzata nell'ambito del diritto privato.
Svizzera	Riconosciuto. Legge per la regolamentazione della medicina.

Tabella 1: Questionario somministrato da EFO/FORE nel settembre 2011

## Appendice II

**Modello biomeccanico:**

Hruby R.J.,  
Pathophysiologic models: aids to the selection of manipulative techniques, *The AAO Journal*, 1991; 1 (3): 8-10

Rimmer KP, Ford GT, Whitelaw WA. Interaction between postural and respiratory control of human intercostal muscles, *Journal of Applied Physiology*, 1995; 79(5): 1556-1561

Norré ME. Head extension effect in static posturography, *Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 1995; 104(7): 570-573

**Modello neurologico:**

Celander E., Koenig A.J., Celander D.R.,  
Effect of osteopathic manipulative therapy on autonomic tone as evidenced by blood pressure changes and activity of the fibrolytic system, *JAOA*, 1968; 67: 1037-8

Degenhardt B.F., Darmani N.A., Johnson J.C., Tows L.C., Rhodes D.C., Trinh C., McClanahan B., DiMarzo V.,  
Role of osteopathic manipulative treatment in altering pain biomarkers: a pilot study, *JAOA*, 2007; 107 (9): 387-400

Donnerer J.  
Nociception and the neuroendocrine-immune system. In: Willard F.H., Patterson M., editors. *Nociception and the Neuroendocrine-Immune Connection*. Indianapolis: American Academy of Osteopathy, 1992; p. 260-73

Emrich H.M., Millan M.J.,  
Stress reactions and endorphinergic systems., *J Psychosom Res*, 1982; 26: 101-4

Ganong W.,  
The stress response - a dynamic overview, *Hosp Prac*, 1988; 23 (6): 155-71

Kiecolt-Glaser J.K, Glaser R.,  
Stress and immune function in humans. In: Ader R., Felton D.L., Cohen N., editors. *Psychoneuroimmunology*. 2nd ed. San Deigo, CA: Academic Press; 1991; p. 849-95

McEwan B.,  
Glucocorticoid-biogenic amine interactions in relation to mood and behavior, *Biochem Pharm*, 1987; 36: 1755-63

Van Buskirk R.L.,  
Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction: a model, *J Am Osteopath Assoc*, 1990; September 90 (9): 792-809  
Willard F.H., Mokler D.J., Morgane P.J.,



Neuroendocrine-Immune System and Homeostasis. In: Ward RC, editor. *Foundations for Osteopathic Medicine*. 1st ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997; p. 107-35

### **Modello respiratorio/circolatorio:**

Degenhardt B.F., Kuchera M.L.,

Update on osteopathic medical concepts and the lymphatic system, *J Am Osteopath Assoc*, 1996; 96: 97-100

Downey H.F., Durgam P., Williams A.G. Jr, Rajmane A., King H.H., Stoll S.T.,

Lymph flow in the thoracic duct of conscious dogs during lymphatic pump treatment, exercise, and expansion of extracellular fluid volume, *Lymphat Res Biol.*, 2008; 6 (1): 3-13

Hodge L.M., King H.H., Williams A.G., Reder S.J., Belavadi T., Simecka J.W., Stoll S.T., Downey H.F., Abdominal Lymphatic Pump Treatment Increases Leukocyte Count and Flux in Thoracic Duct Lymph, *Lymphatic Research and Biology*, June 2007, Vol. 5, No. 2: 127-134

Schander A., Bearden M., Huff J., Williams Jr. A., Stoll S., Simecka J., King H., Downey H., Hodge L.,

Lymphatic pump treatment mobilizes leukocytes from the gut associated lymphoid tissue into thoracic duct lymph, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2008; 11(4): 149-149

van Dun P.L.S., Dillies P., Dobbelaere E., Inghelbrecht F., Van Eeghem P., Steyaert L., Danse L., Rosseel Y.,

Influence of a mobilization of the mesentery upon the capacity of the portal vein, reported by echo-Doppler, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2008; 11(4): 160-161

### **Modello bio-psicosociale:**

Asmundson G.J.G., Wright K.D.,

Biopsychosocial Approaches to Pain; In: Hadjistavropoulos T., Craig K.D., editors, *Pain: Psychological Perspectives*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2004

Drossman D.A.,

Biopsychosocial Issues in Gastroenterology. [Book chapter]. In press 2010

Engel G.L.,

The clinical application of the biopsychosocial model, *Am. J. Psychiatry*, 1980, 137: 535-44

Flor H., Hermann C.,

Biopsychosocial Models of Pain In: Dworkin R.H., Breitbart W.S., editors, *Psychosocial Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers*, Progress in Pain Research and Management. Seattle: IASP Press, 2004; p. 47-76

Gatchel R.J.,



Co morbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective, *Am. Psychol.*, 2004; 59(8): 795-805

Melzack R.,  
Pain and the neuromatrix in the brain, *J Dent Educ*, 2001; 65(12): 1378-82

Penney J.N.,  
The biopsychosocial model of pain and contemporary osteopathic practice, *Int. Journal of Osteop. Med.*, 2010, 13: 42-47

Quintner J.L., Cohen M.L., Buchanan D., Katz J.D., Williamson O.D.,  
Pain medicine and its models: Helping or hindering? *Pain Medicine*, 2008; 9(7): 824-34

### **Modello bio-energetico:**

Norré M.E.,  
Head extension effect in static posturography, *Ann Otol Rhino Laryngol*, 1995; 104: 570-3

Rimmer K.P., Ford G.T., Whitelaw W.A.,  
Interaction between postural and respiratory control of human intercostal muscles, *J Appl Physiol*, 1995; 79 (5): 1556-61

Winter D.A., Patia A.E., Frank J.S., Wait S.E.,  
Biomechanical walking pattern changes in the fit and healthy elderly, *Phys Ther*, 1990; 70 (6): 340-7



## Appendice III

Allen T.W., D'Alonzo G.E.,  
Investigating the role of osteopathic manipulation in the treatment of asthma. *J Am Osteopath Assoc* 1993 June; 93(6): 654-6, 659

Andrews E.C.,  
The application of osteopathic principles in the management of arthritis, *JAOA* 1956; 55(6): 355-7

Anderson R.E., Seniscal C.,  
A comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches, *Headache*, 2006 September; 46(8): 1273-80

Andersson G.B.J., Lucente T., Davis A.M., Kappler R.E., Lipton J.A., Leurgans S.,  
A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain, *N Engl J Med*, 1999, 341: 1426-1431

Arbuckle B.,  
The CP Patient: I. Rehabilitation through occupational and manipulative therapy, *Journal of Osteopathy* 1962; 69(11): 24-39

Baird R.E., Cullom S., Deedman R., Feeney J., Kellogg J., Simning P.,  
Osteopathic manipulation and tension-type headaches, *Am Fam Physician*, 1993, November 1; 48(6): 1023-4

Biondi D.M.,  
Physical treatments for headache: a structured review, *Headache*, 2005, June; 45(6): 738-46

Biondi D.M.,  
Cervicogenic headache: a review of diagnostic and treatment strategies, *J Am Osteopath Assoc*, 2005 April; 105(4 Suppl 2): 16S-22S

Bischoff A., Nürnberger A., Voight P., Schwerla F.,  
Osteopathy alleviates pain in chronic non-specific neck pain: A randomized controlled trial, Abstracts ICAOR , *IJOM*, 2006, 9: 27-46.

Blood S.D., Hurwitz B.A.,  
Brain wave pattern changes in children with ADD/ADHD following osteopathic manipulation: A pilot study, *American Academy of Osteopathy Journal*, 2000; 10(1): 19-20

Boesler D., Warner M., Alpers A., Finnerty E.P., Kilmore M.A.,  
Efficacy of high-velocity low-amplitude manipulative technique in subjects with low-back pain during menstrual cramping [see comments], *J Am Osteopath Assoc*, 1993, February; 93(2): 203-4



Bonfort G., Assendelft W., Evans R., Haas M., Bouter L.,  
Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review, *Journal of Osteopathic Medicine (Australia)* 2001; 4(2): 66

Cameron M.,  
A financial analysis of osteopathic manual therapy as adjunct to typical medical care in an Indonesian hospital, *Majalah Kerdokteran Indonesia* 2000; 50(12): 549-54.

Carey T.S., Motyka T.M., Garrett J.M., Keller R.B.,  
Do osteopathic physicians differ in patient interaction from allopathic physicians? An empirically derived approach, *J Am Osteopath Assoc*, 2003, July; 103(7): 313-8

Carreiro J.E.,  
Osteopathic evaluation of 1600 neonates. 1993, Unpublished Work

Cipolla V.T., Dubrow C.M., Schuller E.A.,  
Preliminary study: An evaluation of the effects of osteopathic manipulative therapy on intraocular pressure, *JAOA*, 1975; 74: 433-7.

Clymer D.H., Levin F.L., Sculthorpe R.H.,  
Effects of osteopathic manipulation on several different physiologic functions: Part III. Measurement of changes in several different physiological parameters as a result of osteopathic manipulation, *JAOA*, 1972; 72: 204-7

Crow W.T., Willis D.R.,  
Estimating cost of care for patients with acute low back pain: a retrospective review of patient records, *Am. Osteopath. Assoc.*, 2009; 109 (4): 229-33

Degenhardt BF, Kudo S., Efficacy of osteopathic evaluation and manipulative treatment in reducing the morbidity of otitis media in children, *JAOA*, 1994; August: 673.

Fitzgerald M., Stiles E.,  
Osteopathic hospital's solution to DRG's may be OMT, *DO*, 1984; 97-101

Gamber R.G., Shores J.H., Russo D.P., Jimenez C., Rubin B.R.,  
Osteopathic manipulative treatment in conjunction with medication relieves pain associated with fibromyalgia syndrome: results of a randomized clinical pilot project, *JAOA*, 2002; 102(6): 321-5.

Gerhardt K., Montag G., Ruetz M., Schwerla F.,  
Osteopathic treatment of women suffering from urinary incontinence following an injury to the perineum during delivery: A randomized controlled trial, *Abstracts ICAOR, IJOM*, 2008, 11: 158

Grimshaw D.N.,  
Cervicogenic headache: manual and manipulative therapies, *Curr Pain Headache Rep*, 2001, August; 5(4): 369-75.



Greenman P.E., McPartland J.M.,  
Cranial findings and iatrogenesis from cranosacral manipulation in patients with traumatic brain syndrome, *J Am Osteopathic Assoc*, 1995; 95: 182-91

Gurry B., Hopkins M., Peers C., Anderson S., Watts M.A.,  
Musculoskeletal Medicine in Practice 5 Years of the Acute Low Back Pain Service for Plymouth: Results of a Survey, *J. Orthop. Med.*, 2004; 26 (1): 3-8

Hart L.G., Deyo R.A., Cherkin D.C.,  
Physician office visits for low back pain: frequency clinical evaluation and treatment patterns, *Spine*, 1995; 20(1): 11-9

Hayden C., Mullinger B.,  
Reprint of: a preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic, *Complement. Ther. Clin. Pract.*, 2009; 15 (4): 198-203

Hoving J.L., de Vet H.C., Koes B.W., Mameren H., Deville W.L., van der Windt D.A., et al.  
Manual therapy, physical therapy, or continued care by the general practitioner for patients with neck pain: long-term results from a pragmatic randomized clinical trial, *Clin J Pain*, 2006; 22: 370-377

Howell R.K., Allen T.W.,  
The influence of osteopathic manipulative therapy in the management of patients with chronic lung disease, *JAOA*, 1974; 75: 757-60

Huff J., Schander A., Stoll S., Simecka J., Downey H., King H., Hodge L.,  
Lymphatic pump treatment enhances immunity and reduces pulmonary disease during experimental pneumonia infection, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2008; 11(4): 150-150

Hundscheid H.W.C., Pepels M.J.A.E., Engels L.G.J.B., Loffeld R.J.L.F.,  
Treatment of irritable bowel syndrome with osteopathy: Results of a randomized controlled pilot study, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2007; 22 (9): 1394-8

Jarski R.W., Loniewski E.G., Williams J., Bahu A., Shafinia S., Gibbs K., Muller M.,  
The effectiveness of osteopathic manipulative treatment as complementary therapy following surgery: a prospective, match-controlled outcome study, *Altern. Ther. Health Med.*, 2000; 6 (5): 77-81

Kaschowitz G., Besse J.P., Schweing G.,  
Osteopathic treatment for uterine leiomyomas: a randomized controlled clinical trial, Dissertation, 2005

Korthals-de Bos IBC, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten van Mólken MPMH, Adèr H, de Vet HCW, Koes BW, Vondeling H et Bouter LM,  
Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy and general practitioner care for neck pain: an economic evaluation alongside a randomised controlled trial, *BMJ*, 2003; 326: 911-6



- Lewis M.A.,  
Colorado Workers compensation Annual report presented to the Colorado General Assembly. workers Compensation. Colorado: State forms-Central Stores, 1993, Report No.: 395-10-09-0440
- Licciardone J.C., Herron K.M.,  
Characteristics, satisfaction, and perceptions of patients receiving ambulatory healthcare from osteopathic physicians: a comparative national survey, *JAOA*, 2001; 101 (7): 374-85
- Licciardone J.C., Brimhall A.K., King L.N.,  
Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2005, 6:43
- Licciardone J.C., Buchanan S., Hensel K.L., King H.H., Fulda K.G., Stoll S.T.,  
Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2010; 202 (1): 43e.1-8
- Lombardini R., Marchesi S., Collebrusco L., Vaudo G., Pasqualini L., Ciuffetti G., Brozzetti M., Lupattelli G., Mannarino E.,  
The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in patients with peripheral arterial disease, *Manual Therapy*, 2009; 14 (4): 439-443
- Malone D.G., Baldwin N.G., Tomecek F.J., et al.,  
Complications of cervical spine manipulation therapy: 5-year retrospective study in a single-group practice, *Neurosurg Focus*, 2002, December 15; 13(6): ecp1.
- Marx S.,  
Does osteopathic treatment have an influence on the symptoms of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CPPS)? A randomized controlled trial, Abstracts ICAOR , *IJOM*, 2006, 9: 27-46
- Mills M.V., Henley C.E., Barnes L.L.B., Carreiro J.E., Degenhardt B.F.,  
The use of Osteopathic Manipulative Treatment as Adjuvant Therapy in Children With Recurrent Acute Otitis Media, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2003, 157: 861-866
- Misko I.S.,  
The evaluation of intraocular tension following osteopathic manipulation, *JAOA*, 1981; 80: 750
- Monaco A., Cozzolino V, Cattaneo R, Cutilli T, Spadaro A.,  
Osteopathic manipulative treatment (OMT) effects on mandibular kinetics: kinesiographic study, *Eur. J. Paediatr. Dent.*, 2008; 9(1):37-42
- Noll D.R., Shores J., Bryman P.N., Masterson E.V.,  
Adjunctive osteopathic manipulative treatment in the elderly hospitalized with pneumonia: A pilot study, *JAOA*, 1999; 99(3): 143-52





Noll D.R., Johnson J.C., Baer R.W., Snider E.J.,  
The immediate effect of individual manipulation techniques on pulmonary function measures in persons with chronic obstructive pulmonary disease, *Osteopath. Med. Prim. Care*, 2009; 8(3): 9

O'Neal M.L.,  
The pediatric spine: anatomical and dynamic considerations preceding manipulation, *Compr Ther*, 2003; 29(2-3): 124-9  
Pasquarello G., Johnson K.,  
Cervical Spine Manipulation, *American Osteopathic Association*, 2004

Philippi H., Faldum A., Schleupen A., Pabst B., Jung T., Bieber I., Kaemmerer C., Dijs P., Reitter B.,  
Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2006, 48: 5-9

Richardson B.S., Way B.V., Speece A.J.,  
Osteopathic manipulative treatment in the management of notalgia parasthetica, *JAOA*, 2009; 109 (11): 605-608

Shekelle P.G., Coulter I.,  
Cervical spine manipulation: summary report of a systematic review of the literature and a multidisciplinary expert panel, *J Spinal Disord*, 1997, June; 10(3): 223-8

Stoll S.T., Mitra M.,  
Post-traumatic headache of cervical origin, *The AAO Journal*, 2002; 12(3): 38-41

Sucher B.M.,  
Palpatory diagnosis and manipulative management of carpal tunnel syndrome [see comments], *J Am Osteopath Assoc*, 1994 August; 94(8): 647-63.

Sucher B.M.,  
Palpatory diagnosis and manipulative management of carpal tunnel syndrome: Part 2. 'Double crush' and thoracic outlet syndrome, *J Am Osteopath Assoc*, 1995 August; 95(8): 471-9

Sucher B.M., Hinrichs R.N.,  
Manipulative treatment of carpal tunnel syndrome: biomechanical and osteopathic intervention to increase the length of the transverse carpal ligament [see comments]. *J Am Osteopath Assoc*, 1998, December; 98(12): 679-86

Stevinson C., Honan W., Cooke B., Ernst E.,  
Neurological complications of cervical spine manipulation, *J R Soc Med*, 2001, March; 94(3): 107-10

Tarsuslu T., Bol H., Simsek I.E., Toylan I.E., Cam S.,  
The effects of osteopathic treatment on constipation in children with cerebral palsy: a pilot study, *J. Manip. Physiol. Ther.*, 2009; 32 (8): 648-653



UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ*. 2004, 329: 1381

Wells M.R., Giantinoto S., D'Agate D. et al.,  
Standard osteopathic manipulative treatment acutely improves gait performance in patient's with parkinson's disease, *JAOA*, 1999; 99(2): 92-8

Williams N.H., Wilkinson C., Russell I., Edwards R.T., Hibbs R., Linck P., Muntz R.,  
Randomized osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care, *Family Practice*, 2003; 20(6): 662-9

Williams N.H., Edwards R.T., Linck P. et al.,  
Cost-utility analysis of osteopathy in primary care: results from a pragmatic randomized controlled trial, *Family Practice*, 2004, December; 21(6): 643-50



## Appendice IV

Strumenti diagnostici più comunemente usati dagli osteopati:

- Ispezione.
- Ampiezza del movimento (*Range of Movement -ROM*).
- Test ortopedici classici.
- Test neurologici classici.
- Percussione e auscultazione.
- Palpazione (della posizione e del movimento/statica e dinamica).
- Punti sensibili (tecniche di Jones) e punti trigger.
- Test della funzione muscolare.
- Test fasciali.
- Esame della mobilità e motilità viscerale.
- Esame del cranio (neuro- e viscerocranio).
- Esame dei riflessi neurolinfatici (riflessi di Chapman).

Valutazione di una disfunzione somatica:

- Ispezione morfologica statica e dinamica (con valutazione delle caratteristiche qualitative e quantitative del movimento).
- Valutazione della funzione.
- Valutazione del dolore.
- Valutazione della simmetria.
- Valutazione della trama tissutale.

Il trattamento consiste principalmente di azioni manuali, come ad esempio:

- Strutturale “ad alta velocità e bassa ampiezza” (tecniche HVLA, mobilizzazione con impulso).
- Tecniche a leva corta (*toggle*).
- Tecnica vibratoria a percussione.
- “Tecniche a Energia Muscolare” (MET) (tecniche che si avvalgono dei riflessi neuromuscolari).
- Mobilizzazione osteopatica generale (Trattamento osteopatico generale (*General Osteopathic Treatment - GOT*), Aggiustamento totale del corpo (*Total Body Adjustment - TBA*))
- Tecniche funzionali (tecniche di Sutherland, di Hoover, di Jones o di *counterstrain*, bilanciamento delle tensioni legamentose (BLT), ...)
- Inibizione progressiva delle strutture neuromuscolari (PINS).
- Tecniche fasciali (rilasciamento miofasciale, tecniche di Chila, tecniche di srotolamento [*unwinding*], ...).
- Tecniche dei tessuti molli.
- Tecniche dei riflessi neuroviscerali e neurolinfatici.
- Tecniche dei fluidi (tecniche di pompaggio linfatico, ...).
- Manipolazione viscerale.
- Tecniche neurocraniali e viscerocraniali.