

Contro il pensiero debole della Fisiatria: percorrere molte strade senza perdersi per strada

Luigi TESIO

Professore ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano
Direttore, Dipartimento di scienze neuroriabilitative, Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Milano
luigi.tesio@unimi.it

Questo articolo rappresenta il seguito di un mio precedente articolo dal titolo: “Fisiatri: è tempo di dire chi non siamo”¹. In quell’articolo stigmatizzavo, analizzandone i presupposti storico-filosofici, la deriva buonista-generica presa in tutto il mondo dalle Società scientifiche del settore (SIMFER, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa inclusa) e anche dalla politica sanitaria e accademica. Rispetto alle definizioni della Disciplina richiamate nel mio precedente articolo un passo avanti è stato fatto nell’ultima versione del “Libro bianco sulla medicina fisica e riabilitativa in Europa”², ad alcuni capitoli del quale ho contribuito. Tuttavia il passo, che immagino faticosissimo visto che bisognava mettere d’accordo nazioni e culture diverse, è stato davvero piccolo. La definizione della disciplina in sé^a resta ancora vaga, mentre appare più nitido il profilo professionale del fisiatra: il che non accentua ancora a sufficienza quale sia la sua specificità rispetto ad altri professionisti che pure intervengono sulla disabilità.

In sostanza “voler bene al disabile” e l’aver un approccio “olistico” vengo-

no proposti come elementi molto caratterizzanti una specializzazione medica laddove evidentemente gettano sulla stessa un’immagine di indeterminatezza e genericità. Alla fine dello stesso articolo promettevo una proposta di classificazione delle vie di fuga che attraggono i giovani fisiatri delusi, più o meno consapevolmente, dallo status apparentemente poco scientifico della loro disciplina. Inutile dire che la semplicissima (forse semplicistica) analisi che proporrò riflette non una mia specifica competenza psicologica né tantomeno psicoanalitica bensì, in buona parte, la mia esperienza personale. Si contano ormai quaranta anni dal mio ingresso nella Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa della Università di Milano, nella quale ormai insegno da quindici anni.

Motivazioni, delusioni, fughe

In ciascuno di noi motivazioni diverse e mutevoli hanno contribuito alla scelta per la professione medica e, successivamente, per la specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa (o Fisiatria, per brevità). Escludiamo per semplicità motivazioni opportunistiche economiche (ancora giustificate?) o psicologiche (l’illusione rassicurante di rendersi esenti dalle malattie che si combattono nel prossimo). Si possono ora riconoscere tre motivazioni principali, non incompatibili fra loro: altruismo, realizzazione nel costruire/aggiustare, curiosità scientifica da “solutore di rompicapi”³. Molti dei miei studenti ma anche molti giovani fisiatri mi hanno riferito di avere percepito una o più di

queste motivazioni come frustrate anche quando riportino una generale soddisfazione per il Corso universitario di Specializzazione svolto nelle più varie sedi. Per mia esperienza nei praticanti una disciplina relazionale e “di aiuto” come la Fisiatria (e in generale in tutte le *-iatrie* prive di organo-bersaglio)⁴ la motivazione strettamente scientifica è spesso la più debole così che raramente il fisiatra o lo specializzando si sentono delusi su questo terreno. Di regola essi non riescono a capire in che cosa potranno mai eccellere in quanto specialisti. Alcuni, molto raramente, sceglieranno di acquisire una specializzazione, o comunque di esercitare una professione, del tutto diverse: caso chiuso. Interessano qui gli altri, quelli che vogliono restare fisiatri. Prima o poi essi prenderanno in seria considerazione l’ipotesi di rimodulare il proprio *mix* motivazionale e di reinterpretare coerentemente il proprio ruolo professionale. Si noti che il problema affligge anche coloro (non rarissimi) che sono fuggiti da discipline fortemente biomediche (per esempio anestesologia o infettivologia) verso la Fisiatria attratti dalla componente clinico-relazionale della nuova disciplina. Il problema non tocca, invece, coloro che sono diventati *anche* fisiatri in tempi nei quali le normative erano molto più favorevoli. Questi medici possedevano già una o più altre specializzazioni (dalla Ortopedia alla Neurologia alla Cardiologia) che continuano a determinare, almeno soggettivamente, la loro identità professionale prevalente. Pensando ai delusi e ai dubbiosi cercherò qui di descrivere sei fra le molte soluzioni che, una o anche tutte, vengono da

¹Riporto la definizione nell’originale Inglese: *PRM is the primary medical specialty responsible for education and training [of] patients and health care providers, health promotion, prevention, medical diagnosis, functional assessment, treatment and rehabilitation management of persons of all ages experiencing disabling health conditions and their co-morbidities*. La definizione della Disciplina mantiene una toipotenza (dalla prevenzione alle co-morbidità) che lascia dubbi su quanto *primary* essa sia ma soprattutto essa ricorre a una fraseologia circolare (*Physical and rehabilitation medicine ... [responsible for] ... rehabilitation management*).², p.129

loro accarezzate perché sembrano offrire dignitose vie di fuga dalla "identità debole". Ovviamente anche io nei miei primi anni post-laurea fisiatrici ne ho considerate alcune e quindi mi porrò più nei panni dello scrittore autobiografico che in quelli dell'osservatore neutrale e distaccato.

Fuga no.1: l'afflato umanitario

Il giovane fisiatra raggiunge ben presto la consapevolezza di non poter guarire nessuno dei suoi pazienti. Non gli è ancora chiaro che in senso stretto nessuno guarisce mai veramente nella profondità biologica: ma questa è un'altra storia. Nel corso del progressivo divorzio fra scienza e assistenza che caratterizza la nostra epoca⁵ lo *status* scientifico della disciplina appare inferiore a quello delle discipline più strettamente bio-mediche o epidemiologico-sanitarie.⁶ Non lo consola molto il fatto di poter curare, sia pure parzialmente, quasi tutti i suoi pazienti. Il sentirsi un medico "sintomatico" ferisce il suo orgoglio, nella duplice variante di *libido sanandi* e di *libido sciendi*. La fuga consiste nel cambiare gioco, nel dedicarsi alla cura di pazienti senza alcun margine di recuperabilità. Il tipo di paziente prediletto potrebbe divenire quello in stato vegetativo persistente oppure anche il paziente con gravissimo *polihandicap* di origine genetica o perinatale. La sostanziale irrecuperabilità potrebbe anche dipendere dal contesto sociale e non soltanto dalle condizioni cliniche. Questa situazione si riscontra spesso in Paesi cosiddetti in via di sviluppo ove la riabilitazione "povera" (la *community rehabilitation*, nel lessico *politically correct* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) sostenuta da volontariato è gran parte di quanto si può fare e per di più, visto che spesso scarseggiano cibo, acqua potabile e antibiotici, nemmeno è considerata una priorità.^b In sostanza è meglio rinunciare

^b Talvolta l'afflato umanitario (che esso poggi su una base religiosa o etico-politica qui non ha rilievo)⁴ già prevale fra le motivazioni che spingono il futuro fisiatra a fare il medico. Situazione rara, per la verità: questo tipo di aspirante medico-missionario di regola dopo la Laurea non si indirizza verso la Fisioterapia ma verso specializzazioni che promettono una capacità curativa più incisiva anche in contesti difficili: specializzazioni in malattie infettive e tropicali, pediatria, chirurgia generale.

direttamente a un gioco le cui regole ti mortificano; meglio essere il primo fra gli ultimi che l'ultimo fra i primi; meglio essere un missionario indispensabile che un tecnico di seconda fila.

Fuga no.2: il ruolo direttivo-organizzativo

Se tutto è riabilitazione, niente è riabilitazione. Altri specialisti medici (neurologi, geriatri, reumatologi, cardiologi, pneumologi ecc.) rivendicano competenze sovrapponibili a quelle fisiatrici. I più vari laureati non medici, un tempo definiti impropriamente "para"-medici, sono sempre più spesso provvisti di laurea magistrale (quinquennale) e *master* (di primo o secondo livello). Mi riferisco in special modo agli Infermieri e a nove altre categorie di professionisti di area riabilitativa^c. La Neuropsicologia è diventata una specializzazione quinquennale riservata agli psicologi. Tutti questi professionisti possono ormai accedere al Dottorato di ricerca e al ruolo di professore universitario. L'assedio al ruolo del fisiatra è sempre più stringente e sembra rendere questa figura poco specialistica, facilmente vicariabile e in fondo ridondante. Il fisiatra intravede una soluzione nel rivendicare il ruolo di direttore d'orchestra (in Sanità si direbbe "di dipartimento"), di gestore del "percorso", di regista che guida il paziente e fa da tramite rispetto alle autorità di finanziamento e controllo attraverso il ginepraio di competenze che si propongono tutte come riabilitative. Questo fisiatra che dirige tutti ma non cura nessuno ama applicare (e ancor più produrre) linee guida e sistemi classificativi del *case-mix*, apprezza i *master* in *business administration*, coltiva i ruoli in Società scientifiche, Commissioni regionali, ministeriali e internazionali.

^c Educatori professionali, Fisioterapisti, Logopedisti, Ortottisti, Podologi, Terapisti occupazionali, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva possono accedere dopo le diverse lauree triennale ad un'unica laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie. Aggiungo io alla lista i Tecnici Ortopedici, anche se formalmente inseriti in altra Classe di laurea magistrale.

Fuga no.3: il reflusso verso prestazioni "d'organo"

Il fisiatra che si senta inutile, sottovalutato e assediato può preferire il parziale reflusso verso discipline "d'organo" provviste di un'identità più forte. Questo fisiatra coltiva –seppure limitatamente alla casistica neuromotoria- "super-specializzazioni" (o forse nicchie prestazionali) come la medicina manuale, la cura dell'osteoporosi, la medicina sportiva, le più varie forme di terapia del dolore (agopuntura e altre tecniche di origine orientale), la neuropsicologia. Di questa tendenza è espressione il recente sviluppo di proposte formative di "fisioterapia interventistica". In sostanza la cura "d'organo" si spinge anche a procedure semi-invasive: dalle classiche infiltrazioni articolari o dall'applicazione di onde d'urto si arriva fino all'impianto di pompe infusionali e di elettro-cateteri epidurali spinali a scopo antispastico o analgesico. Sul versante diagnostico prende quota l'utilizzo di ecografia muscolo-tendinea ma resta al palo lo sviluppo di competenze urodinamiche ed elettromiografiche (forse perché le prime appaiono troppo, le seconde troppo poco parcelari). In generale si affermano proposte formative su argomenti molto ristretti, tipicamente applicativi e non metodologici, purché siano applicabili soltanto *manu medica*. Questa barriera giuridica non arresta l'attacco (culturale ma soprattutto economico) delle altre Specializzazioni mediche; pur tuttavia può essere sufficiente, per ora, a contenere la concorrenza delle figure riabilitative non mediche.

Fuga no.4: le medicine alternative (o complementari che dir si voglia)

La Fisioterapia viene già ritenuta alquanto "alternativa" dalle sorellastre nobili della bio-medicina. La fisioterapia non ha un preciso organo-bersaglio, si occupa principalmente della relazione fra persona nel suo complesso e ambiente (autosufficienza, mobilità, capacità comunicativa, ecc.). Essa spazia con coerenza dubbia (dicono i detrattori) fra mente e cervello, fra cervello e ossa, fra paziente, *caregiver*, ambiente scolastico e lavorativo, e via saltabecando qua e là. Insomma, questo aspetto "olistico" (termine quanto mai ambiguo) e

“bio-psico-sociale”⁷ la rende apparentemente affine a molte medicine “alternative” (dalla omeopatia alla medicina tradizionale cinese). Altrove ho argomentato come l’affinità sia soltanto apparente: la Fisiatria è separata dalle “altre” medicine dal muro che speriamo resti invalicabile costituito dall’adesione al moderno metodo sperimentale⁸. Tuttavia senza la lente di una formazione metodologica robusta la differenza può apparire sfumata così che le “altre” Medicine appaiono molto invitanti a chi si sente la Cenerentola della medicina scientifica: finalmente le regole di un nuovo gioco non ti fanno più sentire come il predestinato alle posizioni di fondo classifica.

Fuga no.5: tecnologia, purchessia

Una quota di Fisiatri si è sentita attratta prevalentemente da aspetti scientifici e tecnologici di questa disciplina. Fino a meno di 20 anni fa la meccanica e la neurofisiologia del movimento esercitavano una forte attrattiva: erano e sono tuttora molti i temi di ricerca fisiologica attinenti il controllo motorio. Il quadro è evoluto con il progresso di tecnologie elettronico-informatiche che hanno consentito studi prima impensabili sul “funzionamento” del sistema nervoso centrale nell’Uomo. Citiamo qui le tecniche di *imaging* cerebrale (in particolare la RNM funzionale) e di studio neurofisiologico: in particolare le diverse varianti di stimolazione magnetica corticale per mappatura e studio di connettività intra- e inter-emisferica. Sul versante terapeutico sono divenuti accessibili nuovi strumenti di cui cito le principali categorie:

- sistemi “robotici” (termine generico che si applica a tutori o protesi così come a servomeccanismi che facilitano o controllano locomozioni e movimenti segmentari)⁹
- sistemi di “realtà virtuale” che creano ambienti artificiali “immersivi”, ovvero ambienti sensoriali (visuo-acustici e propriocettivi) realistici e interattivi con i movimenti del paziente¹⁰
- i più vari sistemi di “tele” riabilitazione: sostanzialmente sistemi di guida via *internet* di programmi di esercizio terapeutico: una variante “motoria” delle varie forme di tele-medicina oggi in crescita¹¹

d) i sistemi di stimolazione cerebrale non invasiva (“NIBS”) magnetica o elettrica¹².

Coltivare a ancor più collezionare tecnologie appare come una forma di nobilitazione per una disciplina che rischia di sembrare troppo relazionale, troppo *educational* e troppo poco biomedica. La prudenza suggerisce che non tutte le novità siano un progresso. Tuttavia tecnologie costose sembrano comunque avvicinare la Fisiatria alle sorellastre più titolate, anche se non le garantiscono un posto in prima fila. Non si dimentichi che un intero laboratorio di analisi del cammino può costare meno di un ecografo con alte prestazioni (per non parlare di TAC o RMN). Pur tuttavia per un fisiatra disporre di queste tecnologie è pur sempre meglio che poter esibire soltanto lettini, nastri elastici, terapie fisiche strumentali da poche migliaia di euro, *tapis roulants* e tanti collaboratori modestamente umani. Soltanto alcuni macro-dispositivi, rari ma molto visibili, si avvicinano ai costi delle tecnologie di laboratorio, chirurgiche o radiologiche. I costi della Fisiatria restano tuttora determinati soprattutto dal costo del personale, almeno fino a quando –profetizzano alcuni¹³ ma non altri¹⁴– questi non saranno sostituibili da “robot”, meglio se antropomorfi, capaci di svolgere almeno alcune attività di assistenza alla persona. Questo del personale di cura, molto numeroso, è un punto dolente. Gestire terapisti-insegnanti (non a caso si parla di ri-educatore motoria) appare roba da direttori scolastici; gestire tecnologie sì che è roba da scienziati. Ecco dunque che governare un parco tecnologico vario e costoso appare quasi una specializzazione *sui generis*, da proporre con orgoglio all’Amministrazione, ai colleghi e soprattutto al pubblico dei potenziali pazienti. Ormai è esperienza comune, per i fisiatri, quella di un paziente che chiede telefonicamente non tanto se sia possibile una visita medica che conduca a un programma riabilitativo quanto piuttosto se sia disponibile il tale o il tal altro tecno-strumento “visto su internet”.

Fuga no.6: gravità internistica; di più è meglio

La rivoluzione del pagamento dei ricoveri ospedalieri è partita in Italia nel 1995. La codifica diagnostica del pa-

ziente alla dimissione secondo il nomenclatore DRG (circa 500 codici mutualmente esclusivi) determina con pochi aggiustamenti un pagamento forfettario *standard* definito elegantemente “rimborso a prestazione”: laddove per prestazione si intende l’episodio di ricovero nel suo complesso, non importa di quale durata nel singolo caso. Questo metodo ha portato a una riduzione drastica e salutare dei tempi di ricovero e quindi del numero di posti-letto in tutti i reparti ospedalieri “per acuti”. La riabilitazione, invece, ha mantenuto il pagamento “a giornata” (sia pure con varie modulazioni ispirate ai codici DRG). Inutile dire che sono aumentati a dismisura i posti-letto riabilitativi e i posti di lavoro per fisiatri e che, come prevedibile sulla base dell’esperienza statunitense iniziata almeno 10 anni prima rispetto all’Italia, è aumentata drasticamente la gravità internistica dei pazienti trasferiti dai reparti “per acuti”: i quali, per far quadrare i conti, tendono a dimmetterli “prima e più malati” (*quicker and sicker*). Le distorsioni indotte da questo sistema sull’appropriatezza e sulle modalità del ricovero riabilitativo sono ben note e non mancano riflessioni sul tema della compatibilità stessa dell’ospedale-officina contemporaneo con la riabilitazione.¹⁵ In particolare le Unità di riabilitazione si trovano a dovere accogliere pazienti con grave instabilità clinica e per i quali la sopravvivenza è prioritaria non meno che la riabilitazione vera e propria: due obiettivi che impongono programmi di cura non sempre compatibili. Alla fine degli anni ‘90 si diceva che i pazienti riabilitativi, a seguito dell’applicazione del pagamento “a prestazione”, erano passati rapidamente “dalla tuta al pigiama”. Oggi si può dire che sono passati dal pigiama alla quasi-rianimazione: situazione dalla quale le Unità di riabilitazione faticano a difendersi. Questo ha indotto nei fisiatri ospedalieri una mutazione genetica (vista la rapidità, sarebbe meglio dire epigenetica). Per sopravvivere la nuova Specie ha sviluppato notevoli competenze di medicina interna e di neurologia. Tuttavia potere passare dall’area di degenza alla palestra, assistere a un test neuropsicologico, eseguire test strumentali su prestazioni motorie, partecipare a riunioni di *équipe* multi-

professionale, tutto questo è diventato un lusso. La competenza originariamente neuromotoria si è diluita in una competenza molto elevata e funzionale all'attuale organizzazione sanitaria ma che sta marginalizzando il "genoma" specificamente fisiatrico. In molte Unità operative i fisiatra-mutanti stanno diventando comunque una minoranza soverchiata da internisti, geriatri, neurologi, anestesisti-rianimatori, cardiologi, pneumologi. Le procedure "riabilitative" in senso stretto, incluse diagnosi funzionali e prescrizioni di esercizi terapeutici motori e cognitivi, sono sempre più delegate nella sostanza se non sempre nella forma alle figure riabilitative non mediche. L'atteggiamento di molti fisiatra verso questo destino è variabile: ad un estremo, alcuni rifuggono dalle responsabilità e dai rischi (ma anche dalla minore specificità neuromotoria) connessi al lavoro su degenze di questo tipo; all'altro estremo, altri ne sono molto attratti. Sentirsi un "vero dottore" rappresenta per questi ultimi una eccellente via di fuga dalla solita identità debole. Passare "da occhi-orecchi-mani al monitor", produrre diagnosi internistiche, intervenire su parametri vitali e prescrivere e aprire le più varie vie di accesso: tutto appare più gratificante che studiare una protesi per amputazione o definire un programma di esercizio; anche se, come tutti i decatleti rispetto ai primatisti delle singole discipline, i fisiatra resteranno sempre "meno campioni" dei diversi specialisti che si trovano a imitare o a vicariare. Pur tuttavia in questo caso sembra che sia preferibile sentirsi gli ultimi fra i primi piuttosto che i primi fra gli ultimi.

Scenari

Le sei vie di fuga sopra esemplificate hanno tutte in comune il fatto che sono false. Sono vie a fondo cieco: non portano a luoghi ove il fisiatra possa essere protagonista (il che non esclude che si rivelino luoghi accoglienti per i singoli fuggitivi). Tutte portano ad una festa alla quale il Fisiatra non è invitato ma al massimo tollerato. È facile identificare i titolari delle varie feste: per esempio palliativisti e anestesisti-terapisti del dolore, geriatri, bioingegneri, ortopedici, reumatologi, neurologi,

neuropsicologi, laureati magistrali riabilitativi e infermieristici, omeopati, cultori di medicine orientali e fra poco, con laurea pienamente ufficiale, osteopati e chiropratici.

Le fughe da questa specializzazione ne determineranno presto l'estinzione? Non sarebbe una novità: in fondo i fisiologi sono diventati pneumologi o infettivologi, i venereologi sono diventati dermatologi, infettivologi o immunologi. Tuttavia mentre bacilli di Koch e Treponemi per ora da noi sembrano in calo i disabili invece aumentano. La sopravvivenza del fisiatra come figura specialistica autonoma dipenderà dunque dalla politica universitaria e da quella sanitaria. Vi sono modelli scientifici e organizzativi che prevedono riabilitazione senza fisiatra: il che è tanto meno censurabile quanto più nebulosa appare la figura fisiatrica. Proviamo dunque a fare un poco di luce.

Apprendere e praticare tecniche utili alla professione fisiatrica (dalle infiltrazioni all'agopuntura, dall'ecografia muscolare all'uso di stimolazione cerebrale non invasiva, alle tecniche analgesiche semi-invasive) ovunque queste si collochino nello zoo delle prestazioni mediche è una cosa del tutto positiva e raccomandabile. Tutte le sei soluzioni sopra definite come vie di fuga possono benissimo essere viste come utili percorsi formativi. Tuttavia perché si possa ancora parlare di Fisiatra questi percorsi devono mirare ad un arricchimento culturale in un contesto unitario e non devono rappresentare "specializzazioni" alternative né una raccolta di francobolli (che, a differenza delle tessere di un *puzzle*, non creano alcuna immagine unitaria). Il contesto unitario della Fisiatra, il quadro di insieme che può anche emergere da un mosaico purché ben strutturato, è una nitida intersezione: quella fra mezzi fisici¹⁶ (in senso lato: scambio di energia o informazione fra persona e ambiente inclusivo di altre persone) e lo scopo di migliorare l'interazione persona-ambiente.¹⁷ Rispetto alla capacità concreta di eseguire prestazioni è dominante la capacità di fare diagnosi funzionale (*perché* il paziente cammina male, non quale patologia abbia)¹⁸, di definire obiettivi complessi della persona *in toto*, dalla locomozione alla comunicazione all'autonomia al domicilio e di selezio-

nare le procedure migliori per raggiungerli (*che cosa: il progetto; come: il programma*, secondo il lessico fisiatrico). Serve un fisiatra che sappia misurare variabili comportamentali e che, laddove richiesto dal suo ruolo, sappia fare ricerca specificamente riabilitativa¹⁹. Serve una persona capace di un'attenta regia che sappia integrare prestazioni e competenze professionali diverse: incluse quelle cliniche e sperimentali importate grazie alle incursioni nei campi dei vicini. Se il fisiatra ha acquisito anche un'altra specializzazione (conosco fisiatra-ortopedici, neurologi, reumatologi, geriatri, medici del lavoro, anestesisti e persino infettivologi), tanto meglio. Se oltre che una laurea in Medicina il fisiatra ha conseguito altre lauree (per esempio in Scienze motorie o in Terapia occupazionale), tanto meglio. Se il fisiatra sa eseguire in proprio un'infiltrazione articolare con steroidi o un'infiltrazione muscolare con tossina botulinica, sa praticare medicina manuale o agopuntura, sa programmare in proprio una infusione intratecale o il movimento di un esoscheletro robotico o sa gestire un programma motorio domiciliare in tele-riabilitazione, tanto meglio. Se il fisiatra ospedaliero riesce ad essere "internistico" quanto basta per gestire in proprio e al meglio casi post-acute o instabili, tanto meglio. Se il fisiatra ha conseguito un Dottorato di ricerca, tanto meglio. Infine, tanto meglio se il fisiatra sa gestire bene anche economicamente una équipe numerosa e articolata. Tanto meglio, sì, ma non è questo il punto. È molto più importante che egli sia formato a saper definire obiettivi riabilitativi realistici sulla persona, gestire la relazione e decidere se e quali prestazioni "fisiche" (diagnostiche, terapeutiche, sperimentali) servano nei singoli casi.

Pars construens

Ripetiamolo: la gestione relazionale e l'assemblaggio di progetto e programma riabilitativi richiedono grande cultura e competenze di metodo clinico e scientifico molto più che capacità pratico-manuali. La specialità del fisiatra è saper decidere, sulla sua vasta area di casistica, "che cosa, come, quando, perché"; invece il "saper fare" in questa o quella delle infinite presta-

zioni prescrivibili è un complemento (utilissimo, spesso remunerativo, ma pur sempre un complemento).

Questo non significa avallare l'immagine del metodologo universale senza competenze applicative, come quella estremizzata nella via di fuga numero 2 (quella "direttivo-organizzativa").

Il fisiatra ha nelle funzioni neuromotorie e cognitive le sue *core competences*, concettualmente egli è figlio della Fisiologia e non della Neurologia né della Ortopedia. I sistemi nervoso e osteo-artro-muscolare, e ovviamente gli organi di senso, sono il substrato fisico della vita di relazione. Le conoscenze sulle loro anatomia, fisiologia e patologia sono il substrato culturale specifico del fisiatra che studia e prova a curare le funzioni di relazione (potenzialmente tutte quelle in cui la capacità motoria è alterata)^d. La Fisiatria è come una pianta che ha le sue radici nella biologia e i suoi frutti nel comportamento: è soltanto per questo che essa sa e deve dialogare con biologia, neurologia, ortopedia e psichiatria (non soltanto, ovviamente) senza per questo divenire generico-olistica.

Questa visione è sostanzialmente aristocratica, nel senso intellettuale e non elitario del termine. Il fisiatra dovrebbe apparire come una figura non generica ma colta e per questo eclettica: non perché fa collezione di corsi di aggiornamento ma perché la sua formazione metodologica gli consente di comprendere e prescrivere al momento giusto, anche se non necessariamente di praticare in prima persona, le più varie tecniche diagnostiche e terapeutiche. Questo fisiatra è una figura non vicariabile, importante e che emerge da una maturazione lunga e costosa.

<> I disturbi relazionali nella psicopatologia non sono, ovviamente, di competenza specificamente fisiatrica bensì psichiatrica e psicoterapica. Anche qui, tuttavia, esistono almeno due importanti aree di intersezione: quelle della patologia motoria che insorge in pazienti psico-patologici – e conseguenti specifiche difficoltà nei programmi riabilitativi – e quella dei disturbi motori – talora gravissimi – "psicogeni" (i vari "disturbi": da sintomi somatici, "di conversione", "somatoformi" ecc. – a seconda del sistema classificativo adottato). La diagnosi e il trattamento di questi ultimi disturbi sono tuttora una sfida aperta, non solo assistenziale ma anche e soprattutto epistemologica, per la Medicina nel suo complesso.

Specializzarsi nella Specializzazione

Anche dopo la Specializzazione la crescita professionale del Fisiatra passa per la esplorazione curiosa di molte strade e di strumenti e metodi dominanti in altre discipline: dalla biologia alla ingegneria alle più varie cliniche "d'organo" alla metodologia sperimentale. Tuttavia c'è una bella differenza fra esplorazione ed emigrazione. Nella esplorazione si può scoprire più facilmente quello che già si cercava e quindi lo si porta a casa, lo si rielabora per propri fini specifici conoscitivi, diagnostici, terapeutici. Sicuramente nel corso degli anni matureranno esperienze elevate su certi temi più che su altri, in risposta a opportunità e motivazioni: tuttavia la fisionomia fisiatrica dovrebbe restare prevalente e sempre riconoscibile. La vera crescita professionale dovrebbe mantenere la rotta della fisiopatologia delle funzioni neuromotorie (termine in cui rientrano anche funzioni viscerali e cognitive) e delle tecniche di trattamento "fisico" in senso lato. In Fisiatria anche la ricerca, la quale come sempre è alla base delle nuove conoscenze scientifiche, dovrebbe seguire strade rigorose ma specifiche, non imposte da altre discipline e per questo penalizzanti.^{6,19,20} Ce n'è abbastanza, io credo, per riempire una intera vita professionale e per convincere giovani brillanti a scegliere la Fisiatria, prima, e mantenere la rotta, poi, senza perdersi delusi per molte luccicanti false vie.

POST SCRIPTUM: per non nascondere la mano dopo avere tirato il sasso

Sono consapevole che i contenuti di questo articolo e del *companion paper* che lo ha preceduto, unitamente al mio libro più volte citato, rappresentano nell'insieme una sorta di manifesto nel quale la *pars destruens* prevale sulla *pars construens* oppure, secondo una metafora più pertinente, la diagnosi prevale sulla proposta terapeutica. Non per questo vorrei stimolare pessimismo e rassegnazione: le partite difficili possono essere quelle più gratificanti e anche più divertenti. Io credo che questa partita sia ancora aperta. Personalmente in tutte le sedi di lavo-

ro sanitario, accademico e Societario, e in quelle di comunicazione scientifica e divulgativa, ho sostenuto (inizialmente senza consapevolezza) questo modo di concepire la disciplina. Dunque ho potuto proporre questa visione e le proposte conseguenti, anche se in modo parziale e discontinuo, a moltissimi studenti e colleghi delle più varie discipline, a singole figure amministrative e politiche, ed alle più varie Istituzioni. Credo che qualche cosa sia rimasto ma forse non basta. Visti i tempi umani di maturazione del pensiero (o almeno, del *mio* pensiero), la sua sistematizzazione e comprensibilità e la sua visibilità richiedono uno sforzo ulteriore. Offro quindi ai lettori interessati (non necessariamente concordi) un percorso sintetico in quattro punti

- a) il mio libro "I bravi e i buoni-Perché la medicina clinica può essere una scienza"⁶ riassume la riflessione storico-filosofica che, con il senno di poi, mi sembra abbia caratterizzato il mio percorso clinico-scientifico. In particolare, nel corso degli anni la riflessione si è allargata dalla Medicina Fisica e Riabilitativa alla Medicina&Chirurgia in generale. Gli ultimi capitoli (inseriti nella sezione definita esplicitamente *pars construens*) contengono proposte molto concrete di riforma della politica della ricerca, della formazione universitaria e della organizzazione sanitaria, riforma di cui la Fisiatria (come tutte le discipline relazionali-cliniche in realtà) si avvantaggerebbe non poco. Sono proposte forse utopiche (anche se a costo zero) ma comunque coerenti con la visione della Fisiatria (e indirettamente della Medicina tutta) della quale sono sostenitore.
- b) pressoché tutte le mie pubblicazioni di un certo rilievo sono consultabili liberamente sul sito www.researchgate.net. È sufficiente inserire *Luigi Tesio* nella barra di ricerca. Altre pubblicazioni (*abstracts* congressuali, libri tradotti ecc.) possono comparire soltanto nelle citazioni. Ovviamente anche queste, come quelle presenti sul sito *web*, possono essere richieste direttamente a me.
- c) Dal 1992 al 2004 ho diretto (e, ahimé, anche scritto in gran parte, con il supporto fondamentale di Roberto Gatti, già coordinatore dei

miei fisioterapisti all'Ospedale San Raffaele di Milano ed ora Professore presso la Humanitas University di Rozzano-Milano) un bollettino scientifico. Il bollettino è ormai estinto ed aveva il titolo significativo (e apparentemente contraddittorio) di "Ricerca in riabilitazione". L'idea di accostare- invece che separare- i "bravi e i buoni", come si può ben vedere, era già presente *in nuce* oltre 25 anni fa. Per i giovani si tratta di archeologia editoriale ma forse alcuni spunti sono ancora attuali. La rivista si può scaricare liberamente dal sito www.scalafim.com (cliccare poi "La rivista" sulla barra in alto).

d) Per il prossimo futuro propongo il più semplice dei *social media*, ovvero una *mailing list* moderata da me. Per iscriversi è sufficiente inviare una e-mail (non occorrono né "oggetto" né testo) aqualefisiatria-subscribe@luigitesio.it.

La lista è rivolta soprattutto a studenti di area riabilitativa e a fisiatristi ma è del tutto aperta. Il suo scopo è partire dal mio libro, da questo articolo e dal suo *companion* che lo ha preceduto e da qui dare spazio a riflessioni e dibattito sui temi che vi sono trattati. Se sono rose fioriranno.

Ringraziamenti

Un ringraziamento va alla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa che, onorandomi, ha fatto dono del mio libro ai neo-specializzandi che ne hanno fatto richiesta. Un rin-

graziamento va anche all'amico Lorenzo Panella, Direttore del Giornale Italiano di Medicina Fisica e Riabilitativa, per avere dato spazio ai miei due articoli molto poco tradizionali e certamente non forieri di facile consenso.

Bibliografia

1. Tesio L. Fisiatri: è tempo di dire chi non siamo. MR Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2017;31(3):153-6
2. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:125-55.
3. Kuhn TS. La struttura delle rivoluzioni scientifiche. Einaudi, Torino 2009 (versione originale americana del 1962)
4. Tesio L. Logi, urgi e iatri: quale medico specialista per quale sanità? L'Arco di Giano 2016; 89: 81-90
5. Tesio L. La bio-medicina fra scienza e assistenza. Medicina riabilitativa: scienza dell'assistenza. Il nuovo Areopago 1995;2:80-105
6. Tesio L. I bravi e i buoni. Perché la medicina clinica può essere una scienza. Il Pensiero scientifico editore Milano 2015
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196,4286:129-136.
8. Tesio L. Alternative medicines: yes; alternatives to medicine: no. Am J Phys Med Rehabil 2013;542-545
9. Bonato P. Curare la persona con una macchina: la riabilitazione robotica. In: Istituto Auxologico Italiano. Quarto rapporto sull'ictus. Dopo l'ictus: integrazione e continuità delle cure. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2014, pp. 107-139
10. Scarpina F, Riva G, Castelnuovo G, Molinari E. Consapevolezza del deficit e realtà virtuale nella riabilitazione post-ictale. In: Istituto Auxologico Italiano. Quarto rapporto sull'ictus. Dopo l'ictus: integrazione e continuità delle cure. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2014, pp. 141-152
11. Piron L, Turolla A, Agostini M, Zucconi C, Cortese F, Zampolini M, Zannini M. Exercises for paretic upper limb after stroke: a combined virtual-reality and telemedicine approach. J Rehabil Med. 2009;41,12:1016-1102.
12. Bolognini N, Tesio L. La stimolazione cerebrale non-invasiva nella riabilitazione motoria del paziente colpito da ictus. In: Stimolare il cervello. Manuale di stimolazione cerebrale non invasiva. Il Mulino, 2015, pp. 99-118
13. Carrozza MC. Noi e i Robot. Il Mulino, 2017
14. Tesio L. Uomo-macchina, macchina-uomo. Il Regno-Attualità 2012;22:769-778
15. Tesio L. Riabilitazione nell'ospedale: scienza o assistenza? L'Arco di Giano 2007;52:79-92
16. Tesio L, Franchignoni F. Don't touch the "physical" in "physical and rehabilitation medicine". J Rehabil Med 2007; 39:662-663
17. Tesio L. How specific is a Medical Specialty? A semi-serious game to test your understanding of Physical and Rehabilitation Medicine. Int J Rehab Res 2012;34(4):378-381
18. Tesio L. Diagnosi clinica del fisiatra. In: Lezioni di medicina riabilitativa. A cura di Ignazio Caruso. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2006, pp.27-35
19. Tesio L. Le tre sfide nella ricerca sull'*outcome* in riabilitazione: costruzione delle variabili, disegno sperimentale e inferenza statistica. Prolusione. Istituto Auxologico Italiano. Attività scientifica 2005
20. Tesio L. The good-hearted and the clever. Clinical medicine at the bottom of the barrel of science. J Med Pers 2010;8:103-111