

Medicina Fisica e Riabilitativa: nuovi aspetti di una disciplina di interesse per la Medicina Generale

Giuseppe Cannata, Elena Saccoliti, Concetta Ljoka, Calogero Foti

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Cattedra e Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa, Dipartimento di Scienze Cliniche e Medicina Traslationale

La Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR) è una disciplina medico-specialistica con compiti assistenziali, didattici e di ricerca per la prevenzione, la valutazione e il trattamento delle disabilità conseguenti a malattie di origine congenita o acquisita. La caratteristica della MFR non è quella di guarire *la malattia*, compito delle tradizionali discipline d'organo, bensì quello di curare *il malato*, nella sua unicità e specificità. La MFR viene spesso definita la "professione della qualità di vita", che mira a migliorare in tutti i suoi aspetti: medico, sociale, emozionale, lavorativo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la MFR come "l'uso di tutti i mezzi in grado di ridurre l'impatto della disabilità e delle condizioni svantaggiose e di permettere all'individuo con disabilità di raggiungere un'integrazione sociale ottimale".

Secondo l'*Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS), "la MFR è una specialità medica indipendente che promuove la funzione cognitiva e fisica, dell'attività, della partecipazione e della modifica dei fattori personali e ambientali".

Vi è traccia dei primi Congressi sulla materia dagli inizi del secolo scorso (Congressi

di Fisioterapia ad Amsterdam nel 1906 e a Roma nel 1907), che seguivano l'istituzione dei primi centri come l'Istituto Fisioterapico con Sala di Ginnastica Medica (Torino, 1898)^{1,2}. Ma solo attorno agli anni '30, per le conseguenze della Prima Guerra Mondiale e della prima industrializzazione, si comincia a prendere atto dei problemi derivanti dalla disabilità.

Il campo della MFR subisce un ulteriore impulso dopo la Seconda Guerra Mondiale, col rientro di un gran numero di reduci con disabilità da traumi bellici. Nel 1947, l'*American Board of Medical Specialties* concede alla MFR il titolo di specialità indipendente, definita anche Fisioterapia.

Nello stesso periodo emergono in Europa alcune realtà assistenziali di riabilitazione. In Italia nasce l'Istituto di Terapia Fisica dell'Ospedale Maggiore di Milano, dove il personale medico proviene dalla Medicina Interna, ma questa è una rarità perché le poche offerte di Fisioterapia di allora nascono nella Radiologia Medica.

Nel 1958, il 6 dicembre, viene fondata a Torino la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER).

Nel 1956 nasce a Bologna la prima Scuola di Specializzazione in *Fisiochinesiterapia Ortopedica*. Seguono poi altre scuole: Roma nel 1957, Milano nel 1961, Firenze nel 1972. Allora era una specializzazione sussidiaria. Si configurerà come disciplina autonoma per iniziativa del prof. Carlo Marino-Zuco, direttore della Clinica Ortopedica dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Narra il prof. Luigi Romanini: "Ed è in questi anni che l'attività di Marino-Zuco si esplica anche aprendo grandi prospettive alla nuovissima scienza della terapia fisica e della riabilitazione motoria in ortopedia. Per sua volontà verrà istituito l'insegnamento di *Terapia Fisica e Riabilitazione Motoria* che nel 1980 diverrà di ruolo con la prima cattedra in Italia di tale specialità la cui direzione andrà per concorso a *Marcello Pizzetti*; per sua iniziativa, infine, nascono iniziative rivolte al recupero sociale e fisico dei motules"³.

La Scuola di MFR dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" viene fondata nel 1990, grazie al pressante impegno e alla chiara determinazione del prof. Ignazio Caruso, in un momento storico nel quale le scuole di specializzazione del setto-

Conflitto di interessi

Giuseppe Cannata, Elena Saccoliti, Concetta Ljoka e Calogero Foti dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Cannata G, Saccoliti E, Ljoka C, et al. Medicina Fisica e Riabilitativa: nuovi aspetti di una disciplina di interesse per la Medicina Generale. Rivista SIMG 2020;27(4):23-30.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

re sul territorio italiano sono poche e non ben distribuite tra Nord e Centro-Sud. Da subito il prof. Caruso dà un'impostazione formativa rivolta a tutti i campi della disabilità, quindi non solo ortopedica, area di sua provenienza. È sostenitore degli scambi culturali tra regioni d'Italia, nazioni e continenti, favorendo tra l'altro la frequenza in altri istituti italiani e all'estero dei propri specializzandi. La Scuola viene certificata quale centro formativo in Medicina Fisica e Riabilitativa dall' *European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* dal 2002 al 2007 e dal 2010 al 2015. Dal 1990 a oggi la Scuola ha formato circa 170 fisiatristi, che sono andati a ricoprire ruoli assistenziali in tutte le regioni d'Italia, nei vari indirizzi di cura e nei vari setting assistenziali, sia pubblici sia privati. Alcuni di loro hanno intrapreso la carriera accademica e di ricerca.

Una disciplina "a tutto campo"

L'impulso alla MFR come disciplina autonoma avvenuto nel contesto dell'Ortopedia tende tuttora a far ritenere che la MFR sia una sorta di sotto-specialità non chirurgica di questa, e con questa sovente in concorrenza. A perpetuare tale equivoco contribuisce il fatto che nell'immaginario collettivo la disabilità del paziente, di qualsiasi origine sia, si esplica nell'ambiente mediante l'apparato locomotore. Effettivamente la mimica facciale, la gestualità e la deambulazione sono i primi momenti di contatto con un individuo, dai quali si palesa la disabilità. Ma in realtà anche il resto (parola, comprensione, psiche) comprende fattori importanti.

Alcuni tra i più noti fisiatristi internazionali sostengono che la MFR sia principalmente la branca che studia i disordini del movimento (l'analisi del movimento e l'elettromiografia fanno parte della valutazione fisiologica di questi disordini), il che non vuol dire solo artrosi o protesi di anca, ma anche ictus cerebrale o sclerosi laterale amiotrofica. La MFR si occupa dell'apparato locomotore come interfaccia tra il disabile e l'ambiente, non come sede di patologie d'organo, e l'origine della disabilità da qualsiasi patologia di interesse medico e chirurgico la rende una specialità "a tutto campo", di cui la riabilitazione da patologie ortopedico-traumatologi-

che costituisce solo una parte. Anche una menomazione cognitiva o comportamentale (si pensi a un traumatizzato cranico senza danni all'apparato locomotore) determina disabilità che si esplica nell'ambiente. Anche la nota positività all'HIV determina inevitabilmente disabilità ed esclusione pur senza menomazioni di alcun tipo.

Infatti, oltre alle disabilità da patologie strettamente ortopedico-traumatologiche, i trattati moderni di MFR includono, nella parte speciale suddivisa per organi e apparati, le disabilità da:

- patologie neurologiche e neurochirurgiche;
- patologie cardiologiche e cardiocirurgiche;
- patologie vascolari;
- patologie respiratorie;
- patologie mediche e chirurgiche dell'apparato digerente e genito-urinario;
- patologie ostetrico-ginecologiche e del pavimento pelvico;
- patologie pediatriche;
- malattie infettive e HIV;
- malattie metaboliche;
- ustioni;
- oncologia, esiti di mastectomia;
- medicina dello sport;
- medicina industriale;
- patologie oculistiche;
- disordini cognitivi, del linguaggio e della deglutizione;
- patologie psichiatriche...

... e l'elenco potrebbe continuare.

Per non parlare poi della parte clinica, metodologica, terapeutica e gestionale, tutt'altra cosa rispetto all'Ortopedia e alla Traumatologia. Tutt'altro approccio al paziente, che per la sua natura globale viene definito con i termini "olistico" e "bio-psico-sociale".

L'unico punto di contatto rimane l'apparato muscolo-scheletrico ma, ribadiamo, inteso dalla MFR solo come uno dei mezzi con cui il paziente interagisce con l'ambiente e uno dei "target" della disabilità derivante da qualsiasi patologia medica o chirurgica, non esclusivamente come sede primaria di patologie d'organo ortopedico-traumatologiche. L'attuale piano di studi del corso di specializzazione rispecchia questa impostazione.

La MFR è il frutto maturo del confluire dell'antica terapia fisica, che è applicazio-

ne delle energie esterne (termica, elettrica, elettromagnetica, meccanica), con la ginnastica medica, che sfrutta il movimento al fine terapeutico: miscela ideale per trovare impiego nel recupero di alterazioni funzionali di varia origine.

Dall'evento morboso nasce il danno (alterazione del "corpo"), che a sua volta genera "disabilità": l'incapacità della "persona" di svolgere attività che aveva acquisito (o che sarebbe stata in grado di acquisire).

L'impatto tra la disabilità e gli ostacoli posti dall'ambiente architettonico, psicologico ed economico genera lo svantaggio sociale, che è la socializzazione della disabilità. Diritto della persona, a fronte di qualunque menomazione e/o disabilità che alteri anche transitoriamente la sua autonomia e autosufficienza, è poter ricevere una valutazione diagnostica, una prognosi e un trattamento adeguati al problema. Dovere della società è garantire a tutte le persone ogni strumento idoneo al mantenimento, il più a lungo possibile, della propria autonomia per la partecipazione ai compiti sociali.

L'obiettivo principale della MFR è migliorare la qualità di vita della persona. Ciò implica rendere l'individuo in grado di raggiungere i livelli e modelli di autonomia che desidera avere, compresi partecipazione sociale e attività ricreative, trattando la patologia sottostante, riducendo il danno e/o la disabilità, prevenendo e trattando le complicanze, migliorando la funzione e il livello di attività, rendendo possibile la partecipazione.

Non solo ICD: ICF, la classificazione internazionale della persona disabile

È noto come tutte le malattie esistenti sono state classificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella *International Classification of Disease* (ICD), che contiene informazioni sull'eziologia delle malattie, sulla diagnosi e sulle condizioni di salute, ma non sullo stato funzionale.

Non è altrettanto nota l'esistenza di un altro importante sistema globale di classificazione incentrato sulle componenti della funzione e della disabilità, di competenza più spiccatamente fisiologica: l'*International*

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), che affianca e integra l'ICD costituendo il nucleo della famiglia delle classificazioni internazionali dell'OMS.

L'ICF è strutturata attorno alle seguenti componenti:

- funzioni e struttura del corpo;
- attività (relative a compiti e azioni di un individuo) e partecipazione (coinvolgimento in una situazione di vita);
- informazioni aggiuntive su gravità e fattori ambientali.

Il funzionamento e la disabilità sono visti come una complessa interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e i fattori contestuali ambientali e personali. L'immagine prodotta da questa combinazione di fattori e dimensioni è "la persona nel suo mondo": la classificazione considera queste dimensioni come interattive e dinamiche piuttosto che come lineari o statiche, permette una valutazione del grado di disabilità, sebbene non sia uno strumento di misurazione, ed è applicabile a tutte le persone, qualunque sia la loro condizione di salute. Un suo adattamento all'età pediatrica, l'ICF-CY, ha la capacità di classificare le caratteristiche funzionali di un bambino in via di sviluppo.

Il linguaggio dell'ICF è neutrale in termini di eziologia, ponendo l'accento sulla funzione piuttosto che sulla condizione o sulla malattia. Un grande vantaggio per il paziente è l'integrazione degli aspetti fisici, mentali e sociali delle sue condizioni di salute: nell'ICF si incorporano tutti gli aspetti della vita di una persona (sviluppo, partecipazione e ambiente), invece di concentrarsi esclusivamente sulla diagnosi. Del resto una diagnosi rivela poco delle capacità funzionali: è importante per definire l'eziopatogenesi e la prognosi, ma identificare i limiti della funzione è spesso l'informazione effettivamente utilizzata per pianificare e attuare gli interventi.

L'ICF e l'ICF-CY sono un'ulteriore conferma dell'azione a tutto campo della MFR e del suo approccio olistico o bio-psico-sociale al paziente di qualsiasi età affetto da una disabilità di qualsiasi natura e origine.

La "Terza Clinica"

La MFR o Fisiatria è una specialità medica indipendente che lavora nella prevenzione,

terapia e riabilitazione. Volendo esprimere l'obiettivo principale della branca medico-specialistica in poche parole, potremmo dire che è quello di perseguire il miglioramento della funzione. La MFR è una disciplina in crescita. Varie tendenze sociali e mediche, tra cui l'invecchiamento della popolazione, il numero crescente di persone con limitazioni funzionali dovute al miglioramento dei tassi di sopravvivenza in diverse entità patologiche (ad esempio ictus cerebrali, lesioni del midollo spinale, politraumatologia) e la necessità che i lavoratori rimangano attivi nonostante la presenza di malattie croniche determina una crescente importanza della riabilitazione nel futuro delle società più evolute.

Al fine di meglio chiarire lo scenario che vede coinvolti i fisiatristi nella presa in carico delle persone disabili, è necessario fare una breve descrizione dell'evoluzione del sistema sanitario contemporaneo.

Il sistema sanitario, dal vecchio impero egiziano fino al XVIII secolo, era costituito da due sistemi di cura, oggi meglio definibili come Cliniche: Clinica Medica e Clinica Chirurgica. Sempre sulla stessa linea, durante il XIII secolo in Sicilia si distingueva tra "Medico di Piaga" (medico per le lesioni cutanee di varia origine, suscettibili di cure definibili in senso lato come chirurgiche) e "Medico di Urina" (medico che si preoccupava di curare tramite la determinazione della malattia e le modificazioni nelle abitudini di vita e nei farmaci, equiparabile al Medico Internista di oggi).

Nel corso del XX secolo, la società ha compreso che il Medico Chirurgo e il Clinico Medico non erano più sufficienti a curare il paziente e in special modo a migliorare la sua qualità di vita. La necessità di uno sviluppo scientifico della Riabilitazione, tramite quello di un medico specialista che vi si dedicasse precipuamente, è apparsa evidente con le disabilità nei soldati e veterani determinatesi durante la Prima Guerra Mondiale.

Così la Clinica Riabilitativa è diventata la terza parte del Sistema Sanitario Occidentale, come complemento alla Clinica Chirurgica e alla Clinica Medica.

In sostanza distinguiamo tre Cliniche:

- la Clinica Medica, branca della Medicina che cura la malattia con farmaci e regole di igiene, non necessitante di enucleazione del "male" tramite incisione della cute;

- la Clinica Chirurgica, branca della Medicina che cura la malattia con l'enucleazione del "male" tramite incisione della cute;
- la Clinica Riabilitativa, branca della Medicina che cura il malato affetto da disabilità causata da patologie sia mediche sia chirurgiche di varia natura e vario grado.

In sintesi, la Clinica Medica previene e cura la patologia mediante trattamenti igienici e farmacologici. All'interno di quest'area ci sono molte specialità come la Medicina Interna, la Gastroenterologia, la Nefrologia, la Cardiologia, la Neurologia.

La Clinica Chirurgica cura la patologia mediante l'enucleazione del "male" attraverso l'incisione cutanea. All'interno di quest'area ci sono diverse specialità come la Chirurgia Ortopedica, la Chirurgia Addominale, la Chirurgia Pediatrica.

La Clinica Riabilitativa si concentra sul funzionamento e sulla sua disfunzione e va inquadrata in un corpo scientifico unico. All'interno di quest'area clinica esiste attualmente solo una specialità: la MFR. Non si esclude che nell'ambito delle attuali sotto-specializzazioni esistenti (ad esempio il fisiatra che prende in carico il paziente con mielolesione o quello che si occupa di disabilità pelvi-perineali) si potranno in futuro determinare vere e proprie specializzazioni riabilitative, come accaduto nella Clinica Medica e nella Clinica Chirurgica.

Le cure mediche e chirurgiche rappresentano quelle in cui il paziente viene trattato per la sua patologia e nelle quali e grazie alle quali viene sviluppata una strategia terapeutica (medica o chirurgica) per la condizione morbosa. Basti pensare che alla fine del XIX secolo le complesse fratture ossee venivano ancora trattate chirurgicamente dal Chirurgo Generale; solo tra la Prima e la Seconda Guerra Mondiale la figura dello specialista in Chirurgia Ortopedica ottenne una conferma professionale indiscussa. Allo stesso modo, i primi specialisti fisiatristi sono cresciuti all'interno della specialità basata sul danno d'organo. Ai giorni nostri la MFR è una singola specialità trasversale a tutte le cosiddette specialità "basate sulla cura dell'organo leso o malattia"; le scuole di specializzazione in MFR sono presenti in

tutto il mondo. Con la crescente importanza della MFR a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della disabilità, in futuro l'attività pratica potrebbe portare a diversi programmi di insegnamento a carattere riabilitativo. Quanto già scritto a proposito della Clinica Chirurgica potrà accadere in futuro anche nell'ambito della Clinica Riabilitativa, ad esempio, Riabilitazione Ortopedica e Reumatologica, Riabilitazione Neurologica, Riabilitazione Cardio-Respiratoria, Riabilitazione Perineale e Riabilitazione Pediatrica potrebbero diventare specializzazioni diverse, con un obiettivo in comune: il miglioramento della funzione.

L'approccio del fisiatra al paziente rimane predominante su quello della cura della malattia: la cura del paziente sarà a carattere olistico e correlata al recupero funzionale piuttosto che alla patologia stessa. È necessaria una stretta collaborazione tra il fisiatra e le altre specialità mediche e chirurgiche, per trattare le varie menomazioni e le conseguenti perdite funzionali. Gli specialisti devono concordare una strategia comune, che incorpori tutti i loro interventi al momento giusto anziché affrontare trattamenti isolati, ognuno nella propria area di competenza. Sono necessari regolari contatti faccia a faccia tra gli specialisti medici di varia branca per raggiungere un approccio comune alla strategia globale di trattamento della disabilità della persona.

Gli specialisti in MFR dovrebbero essere coinvolti già fin dalla fase acuta della malattia, anche partecipando alle decisioni in Terapia Intensiva. Allo stesso modo, è richiesto un contributo continuo degli altri specialisti nei reparti di Riabilitazione post-acuta, cosicché essi partecipino al processo recuperativo con i loro interventi specialistici (ad esempio la chiusura chirurgica della tracheotomia in pazienti che si stanno riprendendo da assistenza ventilatoria, la cura chirurgica delle ulcere da compressione nei pazienti con *traumatic brain injury*). Nella riabilitazione delle persone con disabilità ormai in fase di mantenimento è necessaria la cooperazione tra medico di medicina generale (MMG) e fisiatra.

È necessario decidere chi conduce il processo di cura nelle varie fasi cliniche. Il responsabile cambierà man mano che

il paziente passa da una fase all'altra; il fisiatra dovrebbe guidare il processo decisionale laddove l'interesse precipuo è posto sulla riabilitazione piuttosto che sulla rianimazione o sul trattamento medico/chirurgico acuto.

È quindi importante che i fisiatristi costruiscano una rete di collaborazione interdisciplinare con le altre specialità mediche e con gli operatori di area sanitaria, ad esempio fisioterapisti e infermieri professionali. Ciò permetterebbe di erogare una qualità di cura superiore durante il percorso riabilitativo: lo sviluppo di collaborazioni con i MMG e con i terapisti e gli infermieri di comunità garantirebbe la continuità dei trattamenti dopo le dimissioni dal reparto di Riabilitazione e ai pazienti e alle famiglie di mantenere la migliore qualità di vita possibile.

Ridefinendo il rapporto professionale tra specialità mediche, esistono una consulenza di prima istanza e una consulenza di seconda istanza: la consulenza di prima istanza è il dialogo professionale tra il fisiatra e lo specialista sulla patologia per la quale il paziente è ricoverato in un reparto di Riabilitazione. La consulenza di seconda istanza è il dialogo professionale tra fisiatra e medici specialisti per quanto riguarda le malattie secondarie (le comorbilità, pazienti con complessità). Durante la gestione dei pazienti (ricoverati o ambulatoriali), il fisiatra dovrà interpellare i "medici d'organo" in base alle modificazioni cliniche della malattia intervenute durante il processo riabilitativo e che potrebbero richiedere interventi terapeutici a carattere specialistico nella branca che interessano.

I fisiatristi lavorano anche nella riabilitazione di comunità, cioè al di fuori degli ambienti strettamente sanitari: in questo caso spetta al fisiatra (se necessario) inviare la persona curata dai MMG, sottoponendo loro la domanda diagnostica che riguarda la morbidità o le comorbilità.

Nell'attuale programma del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, i classici insegnamenti di Clinica Medica e di Clinica Chirurgica che coronavano il percorso di studi sono stati smembrati in Corsi Integrati denominati rispettivamente "Medicina Interna" e "Chirurgia Generale"; le "Cliniche", termine nel quale si identifi-

cava l'espressione massima dell'inquadramento globale del malato, sono state relegate al ricordo dei Corsi di Laurea di tempi ormai passati.

Tocca quindi proprio alla MFR ristabilire la visione clinico-funzionale e olistica del malato, che rischia di essere persa con l'imperversante e parcellizzante tecnicismo in una Scienza che non potrà mai prescindere dai suoi aspetti umanistici.

Un approccio di squadra

Un altro errore piuttosto comune è quello di confondere il fisiatra o il medico chirurgo col fisioterapista, figure ben distinte che peraltro lavorano in stretta collaborazione tra loro.

Al fisiatra, non al fisioterapista o a qualunque altra figura professionale che non sia un Medico, compete l'*atto medico*, che comprende tutte le attività professionali di carattere clinico, scientifico, formativo, tecnologico e organizzativo svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico deve sempre essere eseguito da un medico chirurgo abilitato alla professione o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione.

D'altro canto, da solo il fisiatra non potrebbe realizzare il Progetto Riabilitativo Individuale, che richiede la sua stretta collaborazione col fisioterapista, ma anche con una serie di altre figure professionali con Laurea Sanitaria.

Un gruppo di lavoro riabilitativo include, ad esempio:

- fisiatra;
- fisioterapista;
- terapeuta occupazionale;
- tecnico ortopedico;
- logopedista;
- dietista;
- disfagista;
- terapeuta educazionale;
- psicologo;
- altre figure professionali (in musicoterapia, danza-terapia, terapia specializzata con l'ausilio di animali).

Quindi al fisiatra sono richieste non solo competenze tecniche nell'approccio al paziente disabile ma anche competenze gestionali e relazionali nell'ambito del team e del processo riabilitativo.

Tra le competenze tecniche si ricordano:

- conoscenza delle tecniche di misurazione e valutazione standardizzata e delle misure di esito per le patologie disabilitanti;
- capacità di diagnosticare e gestire le conseguenze disabilitanti della malattia;
- capacità di valutare la potenzialità riabilitativa della persona disabile, tenendo conto degli elementi clinici, personali e ambientali;
- conoscenza e competenza nell'ambito degli ausili tecnologici;
- responsabilità diretta del programma di stabilizzazione internistica;
- conoscenza delle interazioni tra farmaci e riabilitazione;
- conoscenza delle ricadute clinico-funzionali delle comorbidità interagenti.

Tra le competenze gestionali:

- capacità di definire e concordare un progetto riabilitativo con la persona disabile, i suoi *caregiver*, gli altri professionisti del team;
- capacità di coordinare e gestire le risorse utili a realizzare il progetto riabilitativo;
- conoscenza delle tipologie e delle modalità di accesso a servizi scolastici, lavorativi, sociali e informativi;
- conoscenza dettagliata delle patologie disabilitanti (eziologia, trattamento e prognosi).

Tra le competenze relazionali:

- capacità di definire e illustrare diagnosi e prognosi alla persona disabile e ai suoi familiari/*caregiver*;
- capacità di instaurare una valida relazione di aiuto con la persona e i suoi familiari/*caregiver*;
- comprensione delle necessità e dei desideri espressi dalla persona disabile e dai suoi familiari/*caregiver*;
- abilità di leadership e comunicazione necessarie per lavorare in un team multidisciplinare;
- capacità di stabilire una buona relazione di lavoro con gli altri operatori sanitari e sociali.

Il Progetto Riabilitativo Individuale e i Programmi Rieducativi

Il *Progetto Riabilitativo Individuale* rappresenta il percorso possibile per raggiungere un ottimale stato di benessere, di partecipazione e di salute. Esso coniuga le competenze e i compiti dei diversi operatori del team riabilitativo e dei diversi ambienti di trattamento:

- definisce, riassume e verifica tutti i contenuti di questo cammino concreto verso il recupero dell'autonomia possibile;
- indica il medico specialista responsabile del Progetto;
- tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità e delle abilità residue o recuperabili, oltre che di fattori ambientali, contestuali e personali;
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari e dell'*équipe* curante;
- deve dimostrare consapevolezza e comprensione dell'insieme delle problematiche del paziente;
- definisce il ruolo dell'*équipe* riabilitativa;
- definisce le linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dal team riabilitativo.

All'interno del Progetto Riabilitativo Individuale, gli interventi del team riabilitativo si articolano nei vari *Programmi Rieducativi*:

- motorio;
- fisioterapico strumentale;
- logopedico;
- farmacologico;
- ortesico/protesico
- occupazionale.

Ciascun Programma Rieducativo:

- definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi;
- definisce la modalità della presa in carico da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa;

- definisce interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- definisce modalità e tempi di erogazione di ogni singola prestazione;
- individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne traccia il relativo impegno;
- viene puntualmente verificato e aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

Va dunque precisato che il termine "riabilitazione" si riferisce alla complessità di cura dell'individuo, mentre il termine "rieducazione" (che non vuol dire altro che educare di nuovo all'uso di una funzione) si riferisce all'area di intervento specifica.

In questo periodo di COVID-19 capita spesso di imbattersi nel termine "riabilitazione respiratoria" nella letteratura sia italiana che internazionale. Il progetto riabilitativo per un malato COVID-19 si compone non solo dei trattamenti respiratori ma anche, ad esempio, di quelli di igiene posturale, di sostegno psicologico, di gestione di varie complicanze (uro-ginecologiche, intestinali) e così via. Quindi si penserà ai vari programmi di rieducazione: rieducazione respiratoria per la funzione respiratoria, rieducazione motoria per la funzione contrattile muscolare, rieducazione psicologica per la funzione di riconoscimento del sé e di ciò che sta attorno al sé... Parlare di "riabilitazione respiratoria" quindi è fuorviante, perché così si fa riferimento non all'intera dell'individuo ma solo una sua parte o funzione: meglio parlare di "rieducazione respiratoria" come parte del progetto riabilitativo.

Le fasi dell'intervento riabilitativo sono essenzialmente quattro:

1. *fase della prevenzione del danno secondario* e delle conseguenti menomazioni, inserita già nella fase acuta all'interno del protocollo terapeutico;
2. *fase della riabilitazione intensiva*, collocata nell'immediata post-acuzie della malattia o nelle riacutizzazioni e recidive e caratterizzata da interventi intensivi che possono influenzare positivamente i processi biologici alla base del recupero, quando la disabilità è maggiormente modificabile;

3. *fase della riabilitazione estensiva o intermedia*, completamento del processo di recupero e del progetto riabilitativo con modalità diverse in rapporto a natura e tipologia della disabilità;
4. *fase di mantenimento*, per prevenire la progressione della disabilità, che comprende interventi riabilitativi sanitari abitualmente integrati con attività di riabilitazione sociale.

È evidente come in questo percorso sia fondamentale che il fisiatra condivida la presa in carico globale del paziente con il MMG, che può essere considerato a pieno diritto un componente del team riabilitativo.

La Medicina Fisica e Riabilitativa diviene valevole anche per il punteggio delle graduatorie di Medicina Generale

Gli strascichi della consolidazione della MFR in un contesto ortopedico erano ben evidenti negli anni '90-'00, epoca in cui i tre autori senior (G.C., C.L. e C.F.) conseguivano la specializzazione in MFR, in quanto essa non veniva considerata tra i titoli accademici e di studio valevoli per il punteggio per la formazione delle graduatorie di Medicina Generale.

Tradizionalmente le specializzazioni valevoli per detto punteggio erano distinte in equipollenti e affini alla Medicina Generale.

Fino al 2018, negli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i MMG, i titoli valutabili per la formazione delle graduatorie ancora distinguevano, tra i titoli accademici e di studio, la specializzazione o libera docenza in Medicina Generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni (per ciascuna specializzazione o libera docenza p. 2,00) e la specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di Medicina Generale ai sensi delle vigenti disposizioni (per ciascuna specializzazione o libera docenza p. 0,50).

Nel più recente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG del 2018, l'elenco dei titoli è stato riformulato e non distingue più tra discipline equipollenti e affini, ma prevede indi-

stintamente un unico punteggio per una "specializzazione in discipline equipollenti e affini a quella di Medicina Generale ai sensi della normativa vigente" (per ciascuna specializzazione p. 0,50).

Il Manuale d'uso Ver. 1.0.0 della gestione graduatorie per MMG della Regione Lazio riprende fedelmente questa impostazione al titolo C4 *Specializzazione in discipline equipollenti e affini a quella di Medicina Generale ai sensi della normativa vigente* e allega un elenco di queste specializzazioni, tra cui c'è la MFR.

Come è arrivata la Regione Lazio a includere espressamente la MFR tra le specializzazioni equipollenti e affini a quella di Medicina Generale? E a prescindere dagli elenchi delle specializzazioni equipollenti e affini deliberati dalle singole regioni e dall'ininfluenza di questa distinzione ai fini del punteggio nella graduatoria di Medicina Generale, secondo la normativa nazionale la specializzazione in MFR è considerata equipollente o affine alla specializzazione in Medicina Generale?

In realtà, nei decreti ministeriali che si sono susseguiti individuando le discipline equipollenti e affini "ai sensi delle vigenti disposizioni" non viene mai menzionata espressamente l'equipollenza o l'affinità tra la Medicina Generale e la MFR: però, in linea teorica, essendo MFR affine a Geriatria e a Reumatologia, essendo Geriatria e Reumatologia equipollenti a Medicina Interna, ed essendo anche Medicina Generale equipollente a Medicina Interna, ne consegue che MFR potrebbe essere considerata affine a Medicina Generale già a partire dai D.M. 30-31 dicembre 1998. Alla stessa conclusione si perviene considerando che MFR è considerata equipollente a Medicina dello Sport e che quest'ultima è affine a Medicina Interna.

Questo ragionamento "transitivo", per quanto privo di valore giuridico ai sensi di ciò che è riportato nelle tabelle ministeriali, potrebbe essere stato il presupposto per l'inclusione della MFR nell'elenco delle specializzazioni equipollenti e affini che costituiscono titoli accademici e di studio valevoli per il punteggio della graduatoria di Medicina Generale nel Manuale della Regione Lazio.

A prescindere dal fatto che la distinzione tra equipollenza e affinità risulta ormai ininfluente ai fini del punteggio nella graduatoria di Medicina Generale, riteniamo giustificato sostenere che la prossima modifica alle tabelle ministeriali delle equipollenze e affinità debba prevedere l'inserimento della MFR tra le discipline equipollenti o quanto meno affini alla Medicina Interna.

Medicina Riabilitativa e Medicina Interna: quale preferire in affiancamento in un reparto di Chirurgia?

La Medicina Interna e la MFR hanno punti di contatto e punti di divergenza.

La Medicina Interna si dedica alla cura di malattie che riguardano gli organi interni. La MFR si dedica alla presa in carico delle persone con disabilità di varia origine. Nel primo caso l'interesse del clinico si concentra sulla cura delle malattie che colpiscono i vari organi e apparati contenuti nella gabbia toracica e nell'addome, spesso interagendo nella cura con altre figure specialistiche definite "d'organo", valutando così le interazioni tra i vari apparati. La MFR cura i disturbi della funzione o, per meglio dire, delle varie aree funzionali (ad esempio cognitiva, comportamentale, locomotoria) e la loro interazione sulla persona con disabilità. Quindi entrambe queste figure specialistiche necessitano di valutazioni multidimensionali, l'una sui vari organi interni, l'altra sulle varie disfunzioni.

Lo specialista in Chirurgia passa molta parte del suo tempo a studiare tecniche operatorie sempre più evolute e a metterle in atto in sala operatoria. Poco tempo gli rimane per dedicarsi alla gestione del paziente in corsia, che molto spesso viene seguito prevalentemente su base infermieristica. Alcuni tra i più noti chirurghi del recente passato inserivano in *équipe* un medico internista, per la gestione delle varie comorbilità del paziente operato. A nostro avviso, rimanendo convinti della lungimiranza di costoro nel farsi affiancare da un collega per la gestione delle comorbilità, riteniamo che il miglior specialista in grado di supportare il chirurgo nel suo reparto di degenza sia il fisiatra, più che il medico internista. Il fisiatra, durante i

quattro anni di specializzazione, acquisisce conoscenze di tipo internistico presso gli ospedali di riabilitazione dove si forma, nelle varie disabilità, anche tramite il prezioso coinvolgimento nelle attività di consulenza fisiatrica in tutte le varie unità di ricovero. Inoltre può indirizzare da subito e con competenza specifica l'eventuale susseguente fase riabilitativa post-acuzie e territoriale, e la dimissione. A favore di ciò egli ha familiarità con il MMG con il quale condivide la presa in carico globale delle necessità della persona. È sottinteso che se la gestione del paziente lo dovesse richiedere, i colleghi specialisti degli organi coinvolti nella comorbilità scompensata verrebbero chiamati in consulenza.

Questo regime di presa in carico all'interno di un reparto di Chirurgia potrebbe determinare un positivo accorciamento dei tempi di degenza e una migliore qualità di presa in carico per il paziente ricoverato durante il tempo di degenza, con un più appropriato ritorno alla vita di tutti i giorni del paziente.

La Fisiatria Interventistica: al confine tra Riabilitazione e Chirurgia

La Fisiatria Interventistica è una branca relativamente nuova della MFR che da alcuni anni in Italia sta ottenendo crescente diffusione. Rappresenta una disciplina di confine tra la Riabilitazione e la Chirurgia, che si occupa del trattamento delle varie sindromi dolorose e funzionali, in particolare a carico della colonna vertebrale, utilizzando procedure mini-invasive quali blocchi nervosi, infiltrazioni intrarticolari, infiltrazioni epidurali, anuloplastica elettrotermica intradiscale, infiltrazioni dell'articolazione sacro-iliaca, ablazione nervosa, discografia lombare e blocchi simpatici⁴, cui si associano altre procedure percutanee come l'ossigeno-ozonoterapia, l'agopuntura, la mesoterapia e la proloterapia.

La Fisiatria Interventistica però non si riduce a un semplice elenco di tecniche terapeutiche. La Riabilitazione è una vasta disciplina che prevede un approccio articolato ed accomuna diverse figure professionali che collaborano in team al fine di ottenere il recupero funzionale della persona. Pertanto

la Fisiatria Interventistica contribuisce ad ampliare il campo d'azione e le risorse del Progetto Riabilitativo Individuale.

Il medico di medicina generale, il fisiatra, la persona da riabilitare sul territorio: la "triplice alleanza terapeutica"

Sulla base di quanto detto finora si evince come la centralità della persona e la visione olistica della stessa siano alla base dell'approccio globale in Riabilitazione. Il medesimo approccio multidimensionale è proprio della Medicina Generale: il MMG si trova quotidianamente a fronteggiare non solo la moltitudine e la complessità delle patologie, ma anche le disabilità che esse determinano. La centralità della persona è dunque il perno intorno al quale si svolge l'attività del MMG, il quale, a differenza dei medici ospedalieri che entrano in contatto con il paziente nel momento dell'acuzie, conosce la storia clinica del paziente nella sua interezza, non unicamente confinata all'evento precipitante.

Inoltre estremamente utili risultano essere per il MMG una maggiore conoscenza e un consapevole accesso alle risorse della MFR, in particolare quelle non farmacologiche, per una migliore e globale gestione delle relative disabilità.

Nella gestione del percorso riabilitativo della persona con disabilità sul territorio, è sempre indispensabile la stretta cooperazione tra MMG e fisiatra. Quando l'interesse terapeutico è incentrato sulla riabilitazione, il fisiatra dovrebbe guidare il relativo percorso, interfacciandosi col MMG in ogni sua fase (Fig. 1)⁵.

Fin dalla fase acuta e post-acuta ospedaliera, i compiti del fisiatra includono la predisposizione di percorsi adeguati alle diverse tipologie di setting (continuità assistenziale e sicurezza), la prosecuzione delle cure in un'area a prevalente attività riabilitativa e la produzione di un adeguato piano di dimissione che preveda le attività di completamento del recupero e di mantenimento.

Alla dimissione dall'ospedale il paziente entra nella dimensione riabilitativa territoriale, nell'ambito della quale bisogna garantire la continuità delle cure, soprattutto nel

delicato passaggio dall'ospedale al territorio e dalle strutture territoriali al domicilio, il coordinamento delle strutture e dei servizi sanitari che entrano a far parte della rete di riabilitazione, la presa in carico globale del paziente, l'unitarietà degli interventi e l'accesso ai diversi setting assistenziali. Il coinvolgimento del MMG, unitamente a quello dei caregiver e dei servizi sociali, assume un ruolo cruciale. Si tiene conto delle risorse disponibili nel domicilio del paziente o, in caso di ricovero ulteriore, nella struttura residenziale protetta e si programma una continuazione dei trattamenti riabilitativi e dei *follow-up*.

Al di fuori dell'ospedale per acuti, le strutture eroganti interventi di riabilitazione sul territorio includono:

- strutture ospedaliere di lungodegenza;
- presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri;
- presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo;
- centri ambulatoriali di riabilitazione;
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA);
- strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale e centri socio-riabilitativi, ex art. 8 della legge 104 del 5 febbraio 1992;
- domicilio del paziente.

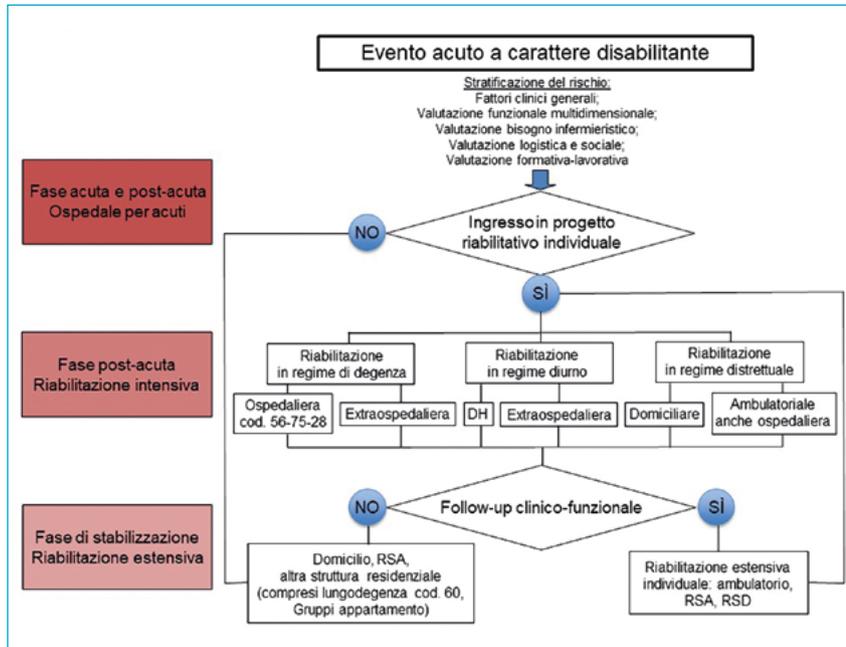
L'ambulatorio della riabilitazione svolge attività di recupero e rieducazione funzionale sul territorio con un trattamento globale della condizione di disabilità che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico. È la sede del monitoraggio continuo della disabilità che, attraverso la programmazione delle visite fisiatriche, consente di sostenere il peso di una presa in carico continuativa, crea un canale di affidamento fiduciario e di rassicurazione mediante una presenza istituzionale tutelare, riducendo il sentimento dell'abbandono e dell'esclusione.

La riabilitazione domiciliare ha come obiettivi principali:

- evitare il ricorso a ricoveri inappropriati in ospedale o altra struttura residenziale;
- continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- supporto alla famiglia;

FIGURA 1.

Diagramma di flusso dei percorsi assistenziali e operativi in Riabilitazione.



- recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Le tipologie di disabilità coinvolte sono rappresentate da pazienti non autosufficienti, soggetti con impossibilità di accesso alle strutture sanitarie di riabilitazione per motivi clinico-funzionali, soggetti dimessi dall'ospedale per acuti o centri di riabilitazione, soggetti non ospedalizzati: in questi casi è proprio il MMG che, in collaborazione col fisiatra, richiede il servizio per insorgenza di patologie o condizioni che creano disabilità o peggiorano una disabilità preesistente.

Quindi viene effettuata una presa in carico multidisciplinare da parte dell'*équipe* riabilitativa territoriale, la quale definisce il progetto riabilitativo domiciliare, che include:

- indicazioni sulle modalità di assistenza e accompagnamento del paziente;
- addestramento dell'interessato e/o delle persone di assistenza con indicazioni ergoterapiche (facilitazione delle attività della vita quotidiana);

- valutazione, prescrizione e addestramento all'utilizzo di ortesi e ausili;
- valutazione ambientale per il superamento delle barriere architettoniche;
- fisioterapia: se la disabilità è riducibile nell'ambito di un limitato numero di sedute fisioterapiche domiciliari (per esempio sindrome da immobilizzazione) associando programmi di addestramento specifico del personale di assistenza per mobilitazione e posizionamento.

Nel caso in cui non sia possibile mantenere il malato cronico non autosufficiente presso il proprio domicilio, anche a causa di una mancata rete socio-familiare, è necessario garantire comunque l'assistenza presso strutture residenziali o in regime di ricovero eroganti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di intensità assistenziale diversificata, volte al recupero e/o mantenimento delle condizioni cliniche del paziente e che in generale si distinguono in:

- strutture di lungodegenza;
- RSA.

La recente e non ancora conclusa pandemia di COVID-19 ha messo in risalto quanto fondamentale sia nella gestione della Salute Pubblica una valida, efficiente, resiliente Medicina Generale, agente sul territorio sia come primo sistema di intervento sia come successivo sistema di integrazione sociale e sanitaria dopo un ricovero ospedaliero. Quindi se è vero che il MMG è stato giustamente definito l'Eroe del Territorio, colui che ha dato anche la vita per la cura dei cittadini, è altresì vero che una specializzazione quale la MFR o Fisiatria rimane branca medico-specialistica che fa da collante tra ospedale e territorio, nell'ambito della persona con disabilità. La MFR ha osservato una significativa crescita culturale, organizzativa, clinica e tecnologica negli ultimi due decenni. Abbiamo ritenuto quindi imperativo portare all'attenzione degli stimati colleghi MMG, compagni di tante "battaglie territoriali" in nome del cittadino e della disabilità, le più recenti acquisizioni sulla MFR, tramite un articolo che sia di facile e proficua lettura e che stimoli lo sviluppo degli irrinunciabili rapporti di collaborazione tra le nostre figure professionali.

Bibliografia

- 1 Bertolini C. La storia della Medicina Fisica e Riabilitazione in Italia. Corso di aggiornamento professionale "Presente e futuro della Medicina Riabilitativa". Benevento 19-21 settembre 2013.
- 2 Bertolini C. Appunti per una storia della SIMFER. *Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa* 2009;23(3-4). www.simmfir.it/index.php?dir=news&page=pagina&mn=2 (consultato il 06/05/2020).
- 3 Romanini L. Storia dell'insegnamento ortopedico a Roma. *Medicina nei Secoli Arte e Scienza* 2005;17:41-64.
- 4 Falco FJE, Narrow CM, Carbon JR, et al. Fisiatria Invasiva. In: O'Young BJ, Young MA, Stiens SA, eds. *Secrets in Medicina Fisica e Riabilitazione*. Napoli: Cuzzolin 2005, pp. 595-615.
- 5 Zambuto A. La riabilitazione estensiva. *Quaderni Pace per la Riabilitazione* 2010;1:24-35.