

# FISIATRI: È TEMPO DI DIRE CHI NON SIAMO

Luigi TESIO

Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia;  
Dipartimento di Scienze Neuro-Riabilitative, Istituto Auxologico Italiano, Milano, Italia

Il sito web della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) fin dalla sua pagina di apertura cerca di chiarire al visitatore “chi è il Fisiatra” (Figura 1). Adotterò anche io il termine “Fisiatria” per definire la Specializzazione che dà il nome alla Società Scientifica.

Il delizioso filmato cui si accede con un semplice click sulla corrispondente icona esordisce con la stessa domanda: “Chi è il medico fisiatra?” e dà una telegrafica sequenza di risposte: “Un medico che opera nell’area della relazione, della clinica e della gestione”. La suadente voce fuori campo accompagna un’animazione grafica molto professionale e accattivante e prosegue spiegando che il fisiatra “guarda alla persona, e non alla malattia, guarda all’ambiente e non solo alla persona, ascolta, consiglia, accompagna nel percorso riabilitativo” e via di questo passo.

A un certo punto la voce narrante dichiara “non basta essere buoni per essere bravi” (ringrazio per la citazione) ma di questo sacrosanto concetto, una boccata di ossigeno per il visitatore che finora ha visto e sentito soltanto quanto è buono il fisiatra, non segue alcuna declinazione operativa. Lo stesso click apre anche una finestra di testo che spiega:

“*Il Fisiatra è il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa con particolare esperienza nel trattamento di disabilità causata dalle diverse affezioni patologiche e/o dal dolore e con competenze specifiche in ambito neuromuscolare, osteoarticolare, cognitivo-relazionale, biomeccanico-ergonomico e psicologico. Possiede peculiari conoscenze sulle problematiche funzionali cardiovascolari, respiratorie, uroginecologiche, metaboliche*

*e nutrizionali. Ha competenze per valutare ed affrontare le problematiche relative alla limitazione dell’autonomia e partecipazione della Persona in relazione al proprio ambiente fisico, familiare, lavorativo e sociale. Mira, pertanto, al massimo recupero delle funzioni ed abilità con un approccio olistico alla persona. Lavora in team interprofessionale e interdisciplinare e lo coordina nella realizzazione del progetto riabilitativo avendo come obiettivo l’outcome attraverso il massimo recupero delle funzioni e abilità della Persona*”.

Sono un medico specialista in fisiatria dal 1980 e socio della SIMFER da decenni. Cumpio quest’anno 40 anni di laurea. Credo che mi sia consentito di dire che non ne posso più. Di che cosa? Qualche riga ancora e tutto sarà chiarito.

Il fatto stesso che la domanda sulla propria identità campeggi in pagina di apertura è significativo: non ho trovato nulla di simile nei siti di altre Società (Neurologia, Cardiologia, Psichiatria... ma forse qualcuna mi è sfuggita). Al contrario lo sforzo di affermare un’identità per la Fisiatria traspare dai siti web di diverse Società scientifiche internazionali e da sforzi collaborativi che hanno prodotto un “White book” europeo e stanno per produrre uno “Scope book” mondiale.

L’impresa non è semplice se soltanto si guarda alla magra definizione offerta da un prestigioso dizionario, secondo il quale la Medicina Fisica e Riabilitativa è:

“...a medical specialty concerned with preventing, diagnosing, and treating disabling diseases, disorders, and injuries by physical means (as by the use of electrotherapy, therapeutic exercise, or pharmaceutical pain control) —called also physiatry, physical medicine...” (https://www.merriam-webster.com/dictionary/physical%20medicine%20and%20rehabilitation - accesso il 4 agosto 2017)

Per inciso, non mi pare il caso, nel 2017, di tradurre in Italiano un “globish” che ormai dovrebbe essere alla portata di qualsiasi medico. Il dizionario è davvero poco illuminante: la Fisiatria tratterebbe qualsiasi condizione disabilitante, purché si utilizzino soltanto mezzi fisici (fra i quali rientra, non si sa perché, il solo farmaco antidolorifico). I mezzi sono più nitidi degli scopi.

Per la National Library of Medicine degli Stati Uniti d’America:

“Physical medicine and rehabilitation, also referred to as physiatry or rehabilitation medicine, is a branch of medicine concer-

ned with evaluation and treatment of, and coordination of care for, persons with musculoskeletal injuries, pain syndromes, and/or other physical or cognitive impairments or disabilities. The primary focus is on maximal restoration of physical and psychological function, and on alleviation of pain” (adapted from definitions by the American Board of Medical Specialties and the American Board of Physical Medicine & Rehabilitation) (https://www.nlm.nih.gov/tsd/acquisitions/cdm/subjects81.html - accesso il 4 agosto 2017).

Non andiamo molto meglio: anche se questa volta gli scopi sono più nitidi dei mezzi (anzi, i mezzi proprio non sono citati). Arriviamo alla International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM):

“The mission of the International Society for Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) is to optimize functioning and health-related quality of life and minimize disability in persons with disabilities and medical problems throughout the world” (http://www.isprm.org/discover/mission-goals/ - accesso il 4 agosto 2017).

Anche qui si trovano grandi scopi ma non si scorge nessuna definizione di mezzi.

Veniamo ora al “White book on physical and rehabilitation medicine in Europe” di cui è prossima la terza edizione e che rappresenta lo sforzo congiunto di:

- Section of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS);
- European Board of Physical and Rehabilitation Medicine;
- Académie Européenne de Médecine de Réadaptation;
- European Society for Physical and Rehabilitation Medicine.

Il testo recupera anche la definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e cita (Capitolo 2 della Seconda Edizione): “The World Health Organisation’s (WHO) definition of rehabilitation is: ‘The use of all means aimed at reducing the impact of disabling and handicapping conditions and at enabling people with disabilities to achieve optimal social integration’. The definition of PRM by the Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) Section of PRM is “an independent medical specialty concerned with the promotion of physical and cognitive functioning, activities (including behaviour), participation (including quality of life) and modifying personal and environmental factors. It is thus responsible for the prevention, diagnosis, treatments and rehabilitation ma-



Figura 1. — Pagina di apertura del sito web della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER).

*agement of people with disabling medical conditions and co-morbidity across all ages*" (<http://www.whitebookprm.eu/> - accesso il 5 agosto 2017).

Potremmo proseguire a lungo, ma difficilmente troveremo una definizione che chiarisca non soltanto al lettore profano, ma allo stesso Fisiatra, che cosa rappresenti esattamente questa disciplina così intrisa di buone intenzioni.

La colpa non è (soltanto) dei Fisiatri. Altrove ho argomentato,<sup>1</sup> riassumendo anche molti miei articoli sia scientifici sia divulgativi, come-quando-perché il modello medico dominante sia divenuto "bio"medico. La Medicina è vista sempre più come biologia applicata all'Uomo. La biologia trae la sua legittimazione scientifica dalla contiguità con le "vere" scienze o "scienze dure", ovvero la fisica e la chimica. Anzi proprio la nuova fisica inaugurata da Galilei e Newton nel XVII secolo, precorrendo di un secolo e mezzo la nascita della nuova chimica, rappresenta ormai la cifra della scienza contemporanea. Il modello scientifico attuale è, in termini filosofici, riduzionista-determinista: il fenomeno come tale (il paziente che presenti sintomi o disabilità?) può essere compreso soltanto se lo si riduce alle sue componenti e se si scoprono le leggi (deterministiche, sennò che leggi sono?) che ne regolano le interazioni. Sul fatto che teoricamente tutto sarebbe prevedibile se si disponesse di sufficienti informazioni la fisica sub-atmica ha avanzato seri dubbi, ma restiamo molto lontani dalle dimensioni dal mondo biomedico. Sia ben chiaro che il modello è irrinunciabile: basta scorrere la lista dei premi Nobel per "la fisiologia o la medicina" dal 1901 a oggi. Chi scrive, così come probabilmente molti dei lettori, sono vivi grazie alle ricadute di questo modello. Tuttavia ci sono problemi generati o comunque non risolti da una sua visione, per così dire, estremista. Il fenomeno (cioè che appare, secondo la nota etimologia greca) non è visto più come un livello di osservazione della realtà, meritevole come tale di approccio scientifico con strumenti specifici, bensì come finzione che occulta la verità che sta dietro o al di sotto. Per andare sul pratico: il paziente emiplegico che cammina in modo strano è apparenza superficiale; la sua risonanza magnetica funzionale cerebrale o il suo mappaggio corticale con stimolazione magnetica corticale sono realtà (o almeno, "più" realtà e quindi un oggetto più adeguato a una indagine propriamente scientifica). Studiare il cervello implica "più scienza" che studiare la locomozione, e via di questo passo. Sempre nel libro già citato ho cercato di argomentare come questo atteggiamento sia peggiore di un crimine perché è proprio un errore (l'aforisma è storico e inflazionato, quindi non lo attribuisco). Inutile dire che non c'è limite a "quanto dietro" o "quanto sotto" si debba cercare la realtà (molecole? atomi? bosoni e gravitoni?): fin dal XVII

secolo Francesco Bacone, precursore della logica sperimentale contemporanea, metteva in guardia dalla follia costituita dallo sguinzagliare il riduzionismo alla ricerca della magica "causa ultima".<sup>i</sup> Perfino lo stesso Galileo riteneva sterile l'esercizio di "tentar l'essenza".<sup>ii</sup> Il concetto venne ribadito due secoli dopo anche da Claude Bernard, il fondatore della moderna "medicina sperimentale".<sup>iii</sup> Anzi, per alcuni filosofi della scienza contemporanei proprio la rinuncia esplicita al "tentar l'essenza", lo slancio allo sperimentare il "come e perché" senza il vincolo speculativo della definizione della "essenza" delle cose, marca nel XVII secolo il definitivo distacco della scienza dalla filosofia:<sup>2</sup> eppure sembra che il levriero della biomedicina resti piuttosto sordo ai richiami dei Padri Fondatori, remoti o recenti che siano. Se la discesa nel pozzo senza fondo del riduzionismo viene accettato come il modello vincente ecco che le specializzazioni che si focalizzano su "parti" appariranno più scientifiche di quelle che si occupano di persone intere. In questo modello gli elementi che costituiscono una stessa tipologia di parti (tessuti, cellule, molecole: poco importa) sono tutti equivalenti fra loro a meno di variabilità casuale: la bio-statistica, nata nel XIX secolo ma ormai molto matura, riuscirà così a scorgere nell'individuo "medio" quelle Leggi che la variabilità individuale annebbia. Per inciso anche le persone possono essere viste come "parti" equivalenti secondo la prospettiva della Sanità. Questa non va confusa con la Medicina. Nella Sanità (per definizione "pubblica") si inquadrano specializzazioni che si occupano di popolazioni e non di individui (per esempio l'Igiene generale e applicata). Come si è sopra accennato il comportamento delle parti — o meglio, della media delle parti — si

<sup>i</sup> [È pernicioso il fatto che] "...vengono osservati e cercati i principi immobili, quelli da cui derivano le cose, non i principi motori, quelli per cui si producono le cose". [È grave il fatto che] "...le energie dell'intelletto si consumino nell'indagare e trattare i principi delle cose e le cause ultime della natura mentre ogni utilità e facoltà di operare risulta invece fondata su principi intermedi. In: Bacone, Nuovo Organo, Bompiani 2002. Originale: Francis Bacon (Novum Organum Scientiarum, 1620, I.LXVI).

<sup>ii</sup> "Il tentar l'essenza, l'ho per impresa non meno impossibile e per fatica non men vana nelle prossime sostanze elementari che nelle remotissime e celesti: e a me pare essere egualmente ignaro della sostanza della Terra che della Luna, delle nubi elementari che delle macchie del Sole; né veggio che nell'intender queste sostanze vicine aviamo altro vantaggio che la copia de' particolari, ma tutti egualmente ignoti, per i quali andiamo vagando, trapassando con pochissimo o nullo acquisto dall'uno all'altro". Galileo Galilei, nella terza lettera "A Marco Velseri circa le macchie solari nella quale anco si tratta di Venere, della Luna e Pianeti Medicei, e si scoprono nuove apparenze di Saturno. 1 dicembre 1612" [<http://www.astrofilirentini.it/mat/testi/galileo/08c.html> - accesso 5 agosto 2017].

<sup>iii</sup> "La ricerca delle cause prime non spetta alla scienza... Perciò, non potendo arrivare all'essenza delle cose, noi dobbiamo contentarci di conoscere i rapporti fra quelle cose e i fenomeni che sono il risultato di tali rapporti. Bernard C. Introduzione allo studio della Medicina Sperimentale. Feltrinelli Editore, 1973 (originale in Francese del 1859).

avvicina all'ideale deterministico (purché si scoprano le Leggi sottostanti); le persone invece sono non soltanto indivisibili ma anche uniche perché hanno iniziativa, valori e comportamenti molto meno prevedibili. Da qui nasce il "declino della clinica", ovvero della medicina che si occupa di singole persone (come ormai tutti sanno, clinica deriva dal greco *klinein*= giacere o chinarsi, in ogni caso sul letto di malattia). Da qui nasce il trionfo scientifico e la identità forte delle specializzazioni biomediche e delle loro prime cugine, le specializzazioni di area sanitaria.

L'etimologia a volte custodisce pervicacemente un significato che l'usura del tempo tende a nascondere anche quando esso resta vitale. Altrove ho argomentato<sup>3</sup> che le discipline con identità forti sono quelle che riportano nel loro nome i suffissi "-logia" e "-urgia" (e quelle che, pur con nomi diversi, sono a queste facilmente riconducibili). In Greco *Logos* significa parola, ragione, intelletto, comprensione. *Ergon* è fare e riparare (*chèir*, con le mani, ovviamente, nel caso dei chirurghi). Nefrologi e chirurghi (non importa di quale apparato) si occupano comunque di "parti" e quindi condividono il salotto buono della bio-scienza. Il plurisecolare snobismo intellettuale dei -logi verso gli -urghi è percepito soltanto all'interno della classe medica, non certo dai laici per i quali chirurgo resta più che medico). Ovviamente quanto meno si è clinici tanto migliori sono i posti riservati in questo salotto: basta scorrere le classifiche degli *impact factor* editoriali. A ben vedere anche le -logie si stanno frantumando (la cardiologia interventistica vascolare per quanto tempo ancora sarà confusa con la elettrofisiologia/aritmologia?). Inoltre intere specializzazioni ancora più "molecolari" le stanno marginalizzando (per esempio l'Immunologia e la Genetica medica stanno ormai abbandonando le varie discipline-madri). Per ora, tuttavia, il salotto buono accoglie tutte le specializzazioni bio-sanitarie. Restano davvero escluse le discipline che non hanno come bersaglio un individuo medio (o meglio: una media di individui, molecole o cittadini poco importa). È facile riconoscerle: i loro nomi finiscono in "-iatria": Fisiatria, Psichiatria. Geriatria, Pediatria, Foniatria. *Iatròs* è colui che cura: punto e basta. Vi sono differenze di grado nella apparente "genericità" di queste diverse Specializzazioni ma il lettore curioso dovrà procurarsi l'articolo citato per avere dettagli. Qui affermiamo che le iatrie, e la Fisiatria più di ogni altra, sono dunque un ossimoro (dal greco *oxys-mòron*=acuto-otuso): per definizione specializzazioni poco (o nulla) specialistiche. A meno che il loro oggetto di studio e di cura non sia la persona, unica e imprevedibile. A compenso e sublimazione di questo declino, la Medicina clinica (Fisiatria in testa) viene spesso proposta come "più che scienza" per il suo particolare afflato umanitario e per il suo

contenuto di arte e ingegno. A chi coltiva questa illusione ricordo che comunque la Medicina ne esce come una missione da buoni, non certo da bravi.<sup>1</sup> Parimenti ricordo che “più che scienza” va letto “non scienza”: il solito collaudatissimo (e per una volta latino) *promoveatur ut amoveatur*.

È facile dunque che lo specialista Fisiatra, formato da un Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di tipo bio-medico ove gli è stato chiarito che il neurologo studia e cura i nervi e che il cardiologo studia e cura il cuore (e che i chirurghi studiano come aggiustare i più vari pezzi corporei) cominci molto presto, di regola fin dai primi anni della Scuola di Specializzazione, a chiedersi: io chi sono? Corollario: che cosa devo studiare? In quali settori devo aggiornarmi, ecc. ecc.

Sempre altrove,<sup>1</sup> ma sono lieto di poterlo richiamare in questa sede Societaria, ho cercato di proporre una *pars construens* che indichi come uscire da questo stallo: ovvero con quali metodi scientifici e anche con quale nuovo orientamento del Corso di Specializzazione. Non pretendo certo che questi spunti trovino facile ascolto nei prossimi anni (né forse lo troveranno mai). Quello che non riesco più a sopportare è che il declino della Fisiatria sia paradossalmente accelerato dal vano tentativo da parte degli stessi Fisiatri di riaffermarne identità e autorevolezza insistendo su una generica totipotenza e sull'immanicabile olismo, sul politically correct del “guardare all'ambiente”, “accompagnare la persona”, “enabling people with disabilities to achieve optimal social integration” e via così, buonisticamente.

La specificità è la chiave per l'identità, non l'adesione a obiettivi così generici che chiunque vi può aderire (salvo poi scatenare l'eterno lamento fisiatrico che “tutti vogliono invaderci”). Lamento vano: chi negherebbe –cardiologo o fisioterapista che sia– di apprezzare e perseguire i nobili obiettivi proclamati dalla Fisiatria? Specificità vuol dire affermare che cosa non siamo, creando una intersezione ridotta ma nitida fra mezzi “fisici” (nel senso ampio, di relazione persona-ambiente di cui ho scritto altrove)<sup>4</sup> e scopi riabilitativi. Proclamare chi siamo senza proclamare chi non siamo è come rivendicare diritti senza proporre doveri: una strada che non porta molto lontano. Ho affidato a un articolo semi-serio (più serio che semi-) una scala di misura di quanto ciascuno di noi si senta “specifico” riflettendo su quali mezzi utilizza verso quali scopi.<sup>5</sup> Ogni volta che siamo attratti da una nuova tecnologia e ogni volta che ci dedichiamo ad un progetto di ricerca dovremmo porci più o meno la stessa domanda: è una cosa specifica per la mia Disciplina? Che cosa siamo, dunque, oltre che dei buonissimi medici che ascoltano e accompagnano ovunque chiunque ne abbia bisogno?

– Siamo dei medici formati alla com-

preensione delle funzioni motorie, nelle quali sono determinanti, prevalenti e inscindibili i contributi degli apparati di relazione, ovvero quello nervoso e quello osteo-artro muscolare. Termini come “neuro-motorio” o “neuro-riabilitazione” sono accettabili ma dobbiamo sapere che sono ridondanti: poiché la Medicina Fisica e Riabilitativa attiene il comportamento umano e di conseguenza “è sempre neurologica, ma non è mai neurologia”;<sup>6</sup>

- siamo dei medici formati alla cura delle alterazioni motorie, mirando sia al recupero intrinseco delle menomazioni coinvolte, sia al recupero adattativo nel senso più lato del termine;
- siamo dei medici formati all'utilizzo di metodi relazionali (non di tutti i metodi relazionali) per la cura delle alterazioni motorie: esercizio terapeutico motorio, cognitivo, sfinterico, mezzi esterni di trasferimento energetico termico, elettro-magnetico, meccanico.

Che cosa non siamo?

- Non siamo medici “internisti” con contorno di competenze motorie. La medicina “fisica” è medicina “esterna”, esercitata da fuori sulla persona nel suo complesso. La medicina “interna” (non importa se si parla di cuore, polmoni, sangue o altro) non caratterizza la nostra Specializzazione;
- non siamo “medici del dolore” anche se giustamente consideriamo il dolore affine ad una disabilità, in quanto proprietà della persona nel suo complesso, e causa di profonde alterazioni psicologiche e comportamentali; ed anche se molte delle nostre procedure terapeutiche “fisiche” sono efficaci su molte forme di dolore;
- non siamo sotto- (o super-) specialisti di altre discipline cliniche: Neurologi che non diagnosticano, Ortopedici che non operano. Piuttosto con queste ed altre Discipline condividiamo una comune ascendenza nella Fisiologia (in particolare quella motoria). La Fisiologia è essenzialmente metodo, è un “come” molto più che un “che cosa”. Non stupisce che essa possa contribuire in parallelo, con maggiore o minore rilevanza, alla nascita e alla crescita delle più varie applicazioni Specialistiche. La Fisiatria condivide della Fisiologia il come, mentre ha definito nell'approccio “fisico-esterno” alle menomazioni e alle disabilità comportamentali i suoi “che cosa”, i propri campi di applicazione;
- non siamo medici “alternativi” né “complementari” che dir si voglia. Condividiamo con molte medicine “alternative” la riluttanza a dividere aspetti psicologici, nervosi, meccanici e metabolici del comportamento umano, ma non condividiamo come le “altre” medicine il sostanziale rifiuto del metodo sperimentale: che è e resta uno solo,

anche se di più ardua applicazione nelle discipline relazionali che in quelle biologiche.<sup>7,8</sup>

Lascerei ai lettori prolungare la sequenza dei “non siamo”, a mio avviso molto più importante di quella, per me già fin troppo estesa e gratificante, dei “siamo”.

“Non siamo” significa “non sappiamo fare”? Significa “non facciamo”? Assolutamente no, anzi Non dimentichiamoci di quel “medico” che precede “fisiatra”. Il fisiatra, soprattutto in contesti ospedalieri, è chiamato sempre più spesso a gestire pazienti con comorbidità (che anni fa distinsi in puramente concomitanti o interagenti con la disabilità)<sup>9</sup> e con condizioni cliniche nelle quali malattia e disabilità interagiscono acutamente (si pensi ai postumi di un politrauma in un paziente con malattia di Parkinson o con demenza) o cronicamente (si pensi a sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, artrite reumatoide).<sup>10</sup> Tutto questo arricchisce il prestigio della Fisiatria se e soltanto se diventa complemento, non sostituto, della sua identità motoria. In molti casi un cardiologo, un neurologo, un ortopedico e un rianimatore resteranno preferibili come case manager a un fisiatra, a meno che il bisogno dominante del paziente non sia il recupero da una menomazione o disabilità di origine neuromotoria. In questo caso la carta vincente sarà la capacità del fisiatra di gestire unitariamente un percorso che integri medicina “fisica” e “interna” e che sia diretto alla riabilitazione.

Qualcuno sostiene che difendere la generica “totipotenza olistica” del Fisiatra può servire, almeno a difendere posizioni ospedaliere o ambulatoriali: può darsi. Tuttavia io non credo che rivendicando genericità si potrà difendere a lungo una esclusività. Il coltellino svizzero è un ottimo ripiego per il campeggio: ma in officina e in ospedale è sempre meglio avere attrezzi dedicati.

Infine qualcuno dirà che la mia visione è tecnocratica e mette in ombra l'aspetto umano e umanistico della fisiatria. Per quanto mi riguarda la scelta “da buono”, questa sì radicale, è già stata fatta scegliendo una disciplina relazionale e non biologica, con i contorni ancora sfumati, e tenuta ai margini (nei miei anni giovanili ancor più che oggi) dal mondo medico e mediatico. Credo che questo valga anche per molti dei miei giovani studenti. A valle di questa scelta, però, si può continuare a essere buoni soltanto diventando tecnicamente e scientificamente bravi, ovvero offrendo il meglio della propria vita professionale, non una generica empatia comunque dovuta fra esseri umani.

La mia proposta di identità, riassunta nella bibliografia qui riportata, è in larga misura una meta-proposta relativa soprattutto a metodi scientifici, clinici ed educativi, che — a seconda delle richieste — dovrebbe essere declinata in singoli contenuti (quelli per lo studente di medicina, per i medici



specializzandi di diverse discipline, per i fisioterapisti ecc.). Già, i metodi. In greco *metà odòs* significa per mezzo della strada ovvero esattamente percorso: il contenuto formativo originario necessario per raggiungere qualsiasi altro contenuto applicativo: migliore il percorso, più elevato il contenuto attingibile. Il giovane è affamato di contenuti applicativi, vuole “mettere le mani sul malato” il prima possibile e mal si adatta a un percorso metodologico (appunto) che si prolunghi oltre il corso di laurea o addirittura oltre a quello di specializzazione (ma la formazione non dovrebbe continua? Perché soltanto su contenuti applicativi e non metodologici?. Tuttavia la crescita metodologica resta la strada maestra per una disciplina come la Fisiatria che è potenzialmente applicabile alle più varie condizioni cliniche. Bisogna ricordare che questo è possibile non perché la Fisiatria si possa spalmarne genericamente e dispersivamente ovunque, bensì perché il suo parti-

colare metodo, centrato sulla fisiopatologia del comportamento umano, è sufficientemente profondo da ramificarsi ampiamente, quando emerge, fino a raggiungere e sostenere i più vari contenuti applicativi. Per ora, tuttavia, i giovani fisiatri dovranno continuare a soffrire per questa identità confusa. Con il senno di (un lunghissimo) poi penso che a breve scriverò per loro quali siano le tipiche nevrosi ansioso-depressive da identità debole. Queste si riassumono in poche categorie e, come si suole dire, se le conosci le eviti. Soprattutto, eviti di abbandonare la disciplina per lidi più tranquilli, con identità magari meno autorevoli ma sicuramente più riconoscibili. Al prossimo articolo, dunque.

### Bibliografia

1. Tesio L. I buoni e i bravi. Perché la medicina clinica può essere una scienza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2105.
2. Agazzi E. Scientific objectivity and its contexts. Berlino: Springer; 2014.
3. Tesio L. Logi, urgi e iatri: quale medico specialista per quale sanità? L'Arco di Giano 2016;89:81-90.
4. Tesio L, Franchignoni F. Don't touch the physical in "Physical and Rehabilitation Medicine". J Rehabil Med 2007;39:662-3.
5. Tesio L. How specific is a medical specialty? A semiserious game to test your understanding of physical and rehabilitation medicine. Int J Rehabil Res 2012;35:378-81.
6. Tesio L, Gamba C, Capelli A, Franchignoni FP. Rehabilitation: always neurological, never Neurology. In reply to Mari F, Provinciali L. Ital J Neurol Sci 1966;17:255-6.
7. Tesio L. Alternative Medicine: Yes. Alternatives to Medicine: No. Am J Phys Med Rehabil 2013;92,6: 542-5.
8. Levin JS, Glass TA, Kushi LH, Schuck GR, Steele L, Jonas WB. Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine. A methodological manifesto. NIH Office of Alternative Medicine. Med Care 1997;35:1079-94
9. Tesio L. Obesità e invecchiamento: la riabilitazione. In: Istituto Auxologico Italiano. 5° rapporto sull'obesità in Italia. Milano: Franco Angeli Editore; 2004. p.295-304.
10. Tesio L. Riabilitazione nell'ospedale: scienza o assistenza? L'Arco di Giano 2007;52:79-92.

This document is protected by international copyright laws. No additional reproduction is authorized. It is permitted for personal use to download and save only one file and print only one copy of this Article. It is not permitted to make additional copies (either sporadically or systematically, either printed or electronic) of the Article for any purpose. It is not permitted to distribute the electronic copy of the article through online internet and/or intranet file sharing systems, electronic mailing or any other means which may allow access to the Article. The use of all or any part of the Article for any Commercial Use is not permitted. The creation of derivative works from the Article is not permitted. The production of reprints for personal or commercial use is not permitted. It is not permitted to remove, cover, overlay, obscure, block, or change any copyright notices or terms of use which the Publisher may post on the Article. It is not permitted to frame or use framing techniques to enclose any trademark, logo, or other proprietary information of the Publisher.