Fisiatria Italiana – Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 6 (gen-mar) – ISSN 2785-745X

Il ruolo trasversale della Medicina Riabilitativa rispetto alle specializzazioni mediche e chirurgiche

The transversal role of Physical and Rehabilitation Medicine compared to medical and surgical specializations

Giulia Vita, Calogero Foti

Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitazione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Riassunto
La Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR) è una specialità medica indipendente che si occupa di prevenzione e cura della disabilità. Il suo obiettivo principale è il miglioramento del funzionamento degli apparati e degli organi del corpo umano. Nel XIII secolo in Sicilia si distinguevano due figure mediche principali: il "Medico di Piaga" (precursore del medico chirurgo) e il "Medico di Urina" (precursore del clinico medico). Ai giorni nostri la Clinica Medica e la Clinica Chirurgica rappresentano i luoghi di cura in cui il paziente viene curato per la sua patologia, e da cui si sviluppa una strategia terapeutica per quella condizione, medica o chirurgica che sia. Nel corso del XX secolo dopo la Prima Guerra Mondiale i soldati e i reduci con disabilità marcarono la necessità sanitaria della Riabilitazione, coordinata da un medico specialista in MFR e condotta in strutture e tecnologie riabilitative ad essa dedicate. Così la Clinica Riabilitativa è assurta a terza parte del Sistema Sanitario Europeo, rispetto alle due branche precedentemente citate, medica e chirurgica. In tal modo la Clinica Riabilitativa è studiata e applicata in un unico nucleo scientifico. All'interno di quest'area esiste una singola specialità, la Medicina Fisica e Riabilitazione, con tutte le sue sotto-specializzazioni di apparato e di funzione.
Parole chiave: medicina fisica e riabilitativa, clinica medica, clinica chirurgica, riabilitazione, clinica riabilitativa.

Abstract
Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) is an independent medical specialty that deals with the prevention and treatment of disability. Its main goal is to improve the functioning of the systems and organs of the human body. In the thirteenth century in Sicily two main medical figures were distinguished: the "Plague Doctor" (precursor of the surgeon) and the "Urine Doctor" (precursor of the medical clinician). Nowadays, the Medical Care and the Surgical Care represent the places of treatment where the patient is treated for his pathology, and from which a therapeutic strategy for that condition, whether medical or surgical, is developed. During the twentieth century after the First World War, soldiers and veterans with disabilities marked the health need for rehabilitation, coordinated by a specialist in PRM and conducted in structures and rehabilitation technologies dedicated to it. Thus, the Rehabilitation Care has risen to the third part of the European Health System, with respect to the two branches previously mentioned, medical and surgical. In this way the Rehabilitation Care is studied and applied in a single scientific nucleus. Within this area there is a single specialty, Physical and Rehabilitation Medicine, with all its sub-specializations of apparatus and function.
Keywords: physical and rehabilitation medicine, medical care, surgical care, rehabilitation, rehabilitation care.

La Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR) è una specialità medica indipendente che si occupa di prevenzione e cura della disabilità. Il suo obiettivo principale è il miglioramento del funzionamento degli apparati e degli organi del corpo umano. La MFR è una disciplina giovane, ma in fase di notevole crescita nella ricerca, nella didattica e nella assistenza. Varie tendenze

sociali e mediche determinano il crescente interesse verso la MFR[1]: l'invecchiamento della popolazione, il numero crescente di persone con limitazioni funzionali dovute al miglioramento dei tassi di sopravvivenza in diverse malattie, un tempo letali (ad esempio l'ictus cerebrale, le lesioni del midollo spinale, i politraumi della strada) e la richiesta da parte dei lavoratori di proseguire le proprie attività lavorative nonostante le malattie croniche dalle quali sono affetti.

Per chiarire meglio lo scenario in cui i Fisiatri, medici specialisti in MFR, agiscono per la cura delle persone disabili, è necessario descrivere il Sistema Sanitario Europeo (SSE).

Dall'Antico Impero Egiziano al XVIII secolo, il SSE era costituito da due Cliniche: la clinica medica (CM) e la clinica chirurgica (CC). Nel XIII secolo in Sicilia si distinguevano due figure mediche principali: il "Medico di Piaga" (precursore del medico chirurgo) e il "Medico di Urina" (precursore del clinico medico)[2].

Nel corso del XX secolo la Società ha compreso che CM e CC non bastavano a soddisfare la presa in carico del paziente e migliorarne la sua qualità di vita. Dopo la Prima Guerra Mondiale i soldati e i reduci di guerra con disabilità marcarono la necessità sanitaria della Riabilitazione, coordinata da un medico specialista in MFR e condotta in strutture e tecnologie riabilitative ad essa dedicate[3]. Così l'Assistenza Riabilitativa è assurta a terza parte del SSE, rispetto alle due branche precedentemente citate, medica e chirurgica.

La CM previene e cura la patologia mediante cure igieniche e farmacologiche. All'interno di quest'area sono presenti molteplici specialità come la Medicina Interna, la Gastroenterologia, la Nefrologia, la Cardiologia, la Neurologia, la Endocrinologia. La CC cura la patologia mediante l'enucleazione del "danno" attraverso incisione cutanea. All'interno di quest'area ci sono specialità chirurgiche quali la Chirurgia Ortopedica, la Chirurgia Addominale, la Chirurgia Pediatrica, la Neurochirurgia, la Chirurgia Toracica.

La Clinica Riabilitativa (CR) è assurta a terza parte del Sistema Sanitario Europeo, rispetto alle due branche precedentemente citate, CM e CC. In tal modo la CR è studiata e applicata in un unico nucleo scientifico. All'interno di quest'area esiste una singola specialità, la MFR, con tutte le sue sotto-specializzazioni di apparato e di funzione.

Ai giorni nostri la Clinica Medica e la Clinica Chirurgica rappresentano i luoghi di cura in cui il paziente viene trattato per la sua patologia, e da cui si sviluppa una strategia terapeutica per quella condizione, medica o chirurgica che sia. Alla fine del XIX secolo, le fratture ossee complesse erano ancora trattate dal Chirurgo Generale; solo tra la I e la II Guerra Mondiale la figura dello specialista in Chirurgia Ortopedica ottenne riconoscimento indipendente[4]. Allo stesso modo, i primi Fisiatri, specialisti in MFR, sono cresciuti all'interno delle specialità *d'organo*, afferenti alla CM e alla CC; oggi la MFR è un'unica specialità trasversale a tutte le cosiddette specializzazioni *d'organo* e le scuole di specializzazione in MFR sono attive in tutto il mondo occidentale e orientale, nei cinque continenti.

L'invecchiamento della popolazione e l'incremento del numero e della complessità dei disabili determinerà un maggior ruolo dei Fisiatri nel SSE; sarà prevedibile in futuro che l'attività assistenziale possa portare a diversi programmi di insegnamento specialistico Fisiatrico. Come nella CC, che si compone di diversi tipi di scuole di specializzazione in Chirurgia (chirurgia Ortopedica, Neurochirurgia, Cardiochirurgia), lo stesso potrebbe avvenire in CR. Per esempio, la Riabilitazione Ortopedica e Reumatologica, la Riabilitazione Neurologica, la Riabilitazione Cardio-Respiratoria, la Riabilitazione Perineale e la Riabilitazione Pediatrica, la Riabilitazione Robotica, la Riabilitazione Strumentale, potrebbero diventare diverse specializzazioni, con un nucleo formativo di appartenenza comune: il miglioramento del funzionamento di organi e apparati.

L'approccio riabilitativo è predominante sulla malattia, e la cura del paziente è olistica e correlata al recupero funzionale piuttosto che alla patologia. Nella riabilitazione specialistica è necessaria una stretta cooperazione tra le specialità mediche, a seconda delle diverse

menomazioni e delle loro conseguenti disfunzioni. Gli specialisti medici devono concordare una strategia comune, che coordini tutti i loro interventi al momento giusto, piuttosto che affrontare trattamenti isolati e slegati tra loro. Sono necessari contatti regolari tra i medici specialisti per raggiungere un approccio comune alla strategia complessiva della presa in carico del paziente, specie se con disabilità complesse.

I Fisiatri dovrebbero essere coinvolti fin dai primi momenti di presa in carico del paziente acuto (riabilitazione acuta), anche partecipando alle scelte terapeutiche in unità di terapia intensiva. Allo stesso modo, è richiesta la continua e tempestiva partecipazione alla cura degli altri medici specialisti nei reparti di riabilitazione, contribuendo al progetto riabilitativo con gli specifici interventi specialistici (ad esempio la chiusura della tracheotomia in pazienti in ventilazione assistita, l'apposizione delle brattee ossee nei pazienti operati di decompressione per trauma cranico).

Anche nella riabilitazione delle persone con disabilità in fase di mantenimento è necessaria la collaborazione del Fisiatra con il medico di base e altri medici specialisti.

Nella fase iniziale della presa in carico il paziente, specie se affetto da patologia complessa multiorgano (per esempio il traumatizzato cranico, o il paziente affetto da accidenti cerebrovascolari) sarà necessario decidere in quale reparto specialistico d'organo ricoverare il paziente stesso. Il reparto potrà cambiare a mano a mano che si modifichino le condizioni cliniche, ma nel caso in cui il trattamento riabilitativo prenda il sopravvento sulle altre varie metodiche di cura, ad esempio rianimazione o trattamento medico/chirurgico acuto, il Fisiatra guiderà il processo decisionale e gestirà il paziente nei reparti di Medicina Riabilitativa all'uopo progettati[5].

È quindi importante che i Fisiatri costruiscano una rete di collaborazione professionale con specialisti di altre discipline mediche, nonché con i professionisti con Laurea sanitaria: tra gli altri fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti e infermieri professionali. Ciò consente di ottenere un risultato terapeutico migliore: lo sviluppo di strette relazioni professionali con le équipe di cure primarie dei medici di base, dei terapisti di comunità e degli infermieri professionali assicura che i trattamenti possano continuare anche dopo la dimissione dal reparto di Medicina Riabilitativa in un progetto di continuità assistenziale, così da mantenere i loro livelli di abilità e attività[6].

Ridefinendo il rapporto professionale tra medici specialisti, esiste una consulenza di primo grado e una consulenza di secondo grado. Quella di primo grado riguarda il dialogo professionale tra Fisiatra e specialista d'organo, dal quale proviene il paziente. La consulenza di secondo grado consiste nel dialogo professionale tra Fisiatra e medico specialista per quanto riguarda le malattie secondarie (comorbilità; pazienti complessi). Durante la presa in carico dei pazienti (sia ricoverati sia ambulatoriali) il Fisiatra dovrebbe richiedere il parere dei medici d'organo a seconda delle perturbazioni cliniche delle malattie primarie e secondarie che richiedano interventi terapeutici al di fuori della normale terapia già impostata.

I Fisiatri hanno ulteriori competenze nella riabilitazione degli ambienti di comunità, che non siano esclusivamente sanitari: in questo caso spetta al Fisiatra (se necessario) inviare la persona assistita al proprio medico di medicina generale per il quesito diagnostico che riguardi la malattia d'organo[7].

Bibliografia

1. Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G: Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med. 2011 Sep;43(9):760-4. doi: 10.2340/16501977-0866
2. Pitrè G: Medici, Chirurghi, Barbieri e Speziali Antichi in Sicilia. Casa Editrice del Libro Italiano, 1910.
3. European Academy of Rehabilitation Medicine, European Federation of Physical and Rehabilitation Medicine, European Union of Medical Specialists (Physical and Rehabilitation Medicine Section): White Book on Physical and Rehabilitation Medicine. Universidad Complutense de Madrid; 1989.

4. Romanini L: Storia dell'insegnamento ortopedico a Roma. Med Secoli. 2005;17(1):41-64.
5. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med. 2007 Jan;(45 Suppl):6-47. doi: 10.2340/16501977-0028
6. Ward A, Gutenbrunner C, Giustini A, Delarque A, Fialka-Moser V, Kiekens C, Berteanu M, Christodoulou N. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). J Rehabil Med. 2012 Apr;44(4):289-98. doi:10.2340/16501977-0960
7. Cannata G, Saccoliti E, Ljoka C, Foti C. La Medicina Fisica e Riabilitativa è divenuta valevole per il punteggio delle graduatorie di Medicina Generale. Fisiatria Italiana [Internet]. 2020 ott-dic;5(1):77-81. Disponibile su: https://www.fisiatriaitaliana.it/la-medicina-fisica-e-riabilitativa-e-divenuta-valevole-per-il-punteggio-delle-graduatorie-di-medicina-generale

Conflitti di interessi
Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

Finanziamenti
Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti.