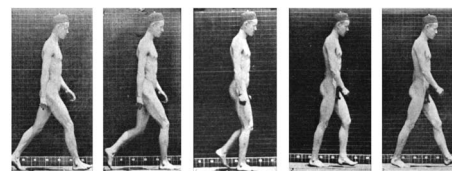




Ricerca in Riabilitazione



Periodico di aggiornamento scientifico
Anno 13° - N° 1 - Luglio 2004
ISSN 1592-6222 - on line/web version ISSN 1724-0808

EDITORIALE

Medicina riabilitativa: specificità, radici, contesto

di Luigi Tesio

l.tesio@auxologico.it

Questo numero di Ricerca in Riabilitazione propone un articolo di anatomia funzionale (la vascolarizzazione del midollo spinale); due articoli di fisiologia (il controllo dei movimenti associati mano-piede e della deglutizione), e un articolo di terapia farmacologica (farmaci antidepressivi e ictus cerebrale). Tutto fuorché Riabilitazione?

La Medicina Fisica e Riabilitativa non è riducibile al solo esercizio terapeutico motorio (spesso impropriamente definito fisioterapia) ma nemmeno la si può considerare un'appendice generica di qualsiasi altra branca specialistica, laddove si renda utile una componente di esercizio (cognitivo, motorio, respiratorio e via esercitando).

Altrove¹⁻² ho suggerito che la sua specificità stia nella simultaneità di scopo riabilitativo e di mezzo fisico. Per "fisico", secondo l'etimologia greca *fisis*, "la natura", qui si intende quel che ci proviene a scopo terapeutico dall'ambiente esterno: in particolare energia e informazione. Lo scopo è comportamentale: ottenere un miglioramento della interazione fra persona intera e *fisis*-mondo esterno (migliore mobilità, migliore comunicazione, migliore capacità lavorativa ecc.). Il mezzo è lo scambio di energia o di informazione "da fuori" e sulla persona *in toto*. In questo senso né un intervento chirurgico né un farmaco sono terapia *fisica*, poiché agiscono su parti della persona "da dentro". Viceversa è certamente fisica l'applicazione esterna di energia meccanica (mobilizzazione articolare?), elettrica (TENS?) o termica (un impacco freddo su un ginocchio appena operato?). Ma soprattutto va considerato *fisico* a tutti gli effetti anche l'insegnamento terapeutico (di funzioni motorie o cognitive, sempre che

Segue a pag. 2

si voglia davvero separare).

La specificità giustifica l'esistenza di una Disciplina ma non è sufficiente per riempirla di contenuti soddisfacenti. Una Disciplina medica deve attingere i suoi principi metodologici, che sono la premessa per la ricerca scientifica, da radici che affondano nelle scienze di base³ e che non necessariamente sono sue specifiche. Ma essa deve anche sapersi integrare con le altre Discipline (mediche e non) sia attraverso collaborazioni, sia attraverso la capacità di praticarle in proprio quanto basta, laddove interagiscano fortemente con suoi processi specifici.

Fra le radici più profonde di ogni specialità medica vi sono l'anatomia e la fisiologia, soprattutto grazie alla loro storica aderenza al metodo sperimentale e alla loro tendenza genetica a rifiutare

barriere artificiali che possano limitare la comprensione di un *fenomeno*: per esempio, le barriere fra biologia animale ed umana, fra mente e corpo, fra sistemi nervoso, osteoarticolare, vascolare e muscolare. Le classificazioni-barriere (nosologiche, clinico-specialistiche ecc.) devono servire a comprendere, non a frammentare – snaturandoli – i fenomeni. Tipicamente il movimento è un fenomeno che ogni barriera nosologica o clinico-specialistica può rendere più nebuloso: si pensi alle barriere (pur giustificate in altri contesti) fra Neurofisiologia a Biomeccanica, fra Neurologia e Ortopedia, fra fisiologia nervosa, muscolare e ossea.

Tre degli articoli qui riportati dimostrano come anatomia e fisiologia non solo forniscano radici metodologiche (anche) alla Medicina Riabilitativa, ma suggeriscano pure idee utili a sperimentazioni terapeutiche. L'articolo di argomento farmacologico ricorda invece che le conoscenze di *contesto* fanno parte di una Disciplina non meno che le sue radici. Neurologia e Farmacologia non sono Medicina Riabilitativa.

Tuttavia una quota di conoscenze neurologiche e farmacologiche crea il contesto favorevole allo sviluppo di interazioni specifiche per la Medicina Riabilitativa. Qui l'esempio riguarda l'interazione fra farmaci, depressione e recupero motorio post-ictale. Il farmaco, come si è visto, non è mezzo fisico ma il medico *fisico e riabilitativo* può essere il tecnico più indicato a farlo interagire favorevolmente con il proprio strumento terapeutico principale e cioè l'insegnamento motorio o cognitivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) TESIO L. *La bio-medicina fra scienza e assistenza. Medicina riabilitativa: scienza dell'assistenza. Il nuovo Areopago* 1995; 2:80-105.
- 2) TESIO L. *Misure funzionali in Medicina Riabilitativa: principi e metodi. Giorn Ital Med Riabil* 2003; 17: 25-31
- 3) TESIO L (Ed.). *C'era una volta... annotazioni sulle radici scientifiche della medicina fisica e riabilitativa. Ric Riabil* 1996; 3:pp.1-44. On-line all'indirizzo http://www.sogecom.it/documenti_corsi/1996_12_ceraunavolta.pdf