



Dofino

ISTITUTO PROVINCIALE DI PROTEZIONE E ASSISTENZA ALL'INFANZIA
DI MILANO

PROF. PIERO BRUSA
Direttore Generale

La profilassi post-natale nella lotta contro la tubercolosi

Estratto dalla Rivista «Lotta contro la tubercolosi» - Anno IX, n. 6 - giugno 1938-XVI

*54
62*



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

ISTITUTO PROVINCIALE DI PROTEZIONE E ASSISTENZA ALL'INFANZIA
DI MILANO

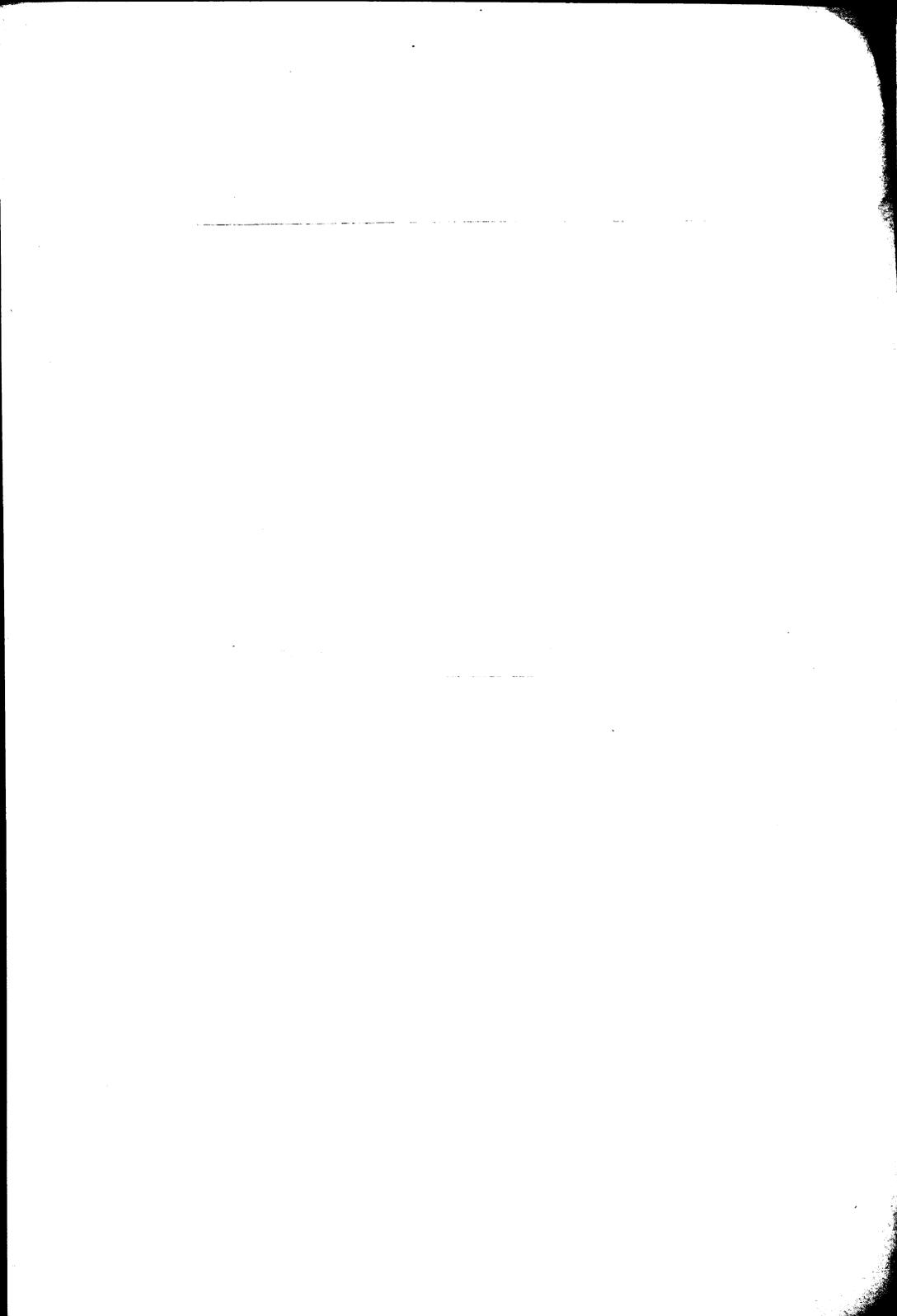
PROF. PIERO BRUSA
Direttore Generale

La profilassi post-natale nella lotta contro la tubercolosi

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno IX, n. 6 - giugno 1938-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO « EUROPA » - ROMA



NECESSITÀ DI RICOVERO D'URGENZA, IMMEDIATAMENTE DOPO LA NASCITA, DEL
NEONATO FIGLIO DI MADRE TUBERCOLOSA IN ADATTO ISTITUTO PEDIATRICO.

Non è più discutibile la nozione che la profilassi antitubercolare deve prendere soprattutto in considerazione la protezione della prima infanzia: essa è dogma. La constatazione dei danni che vengono al neonato e al piccolo bambino dall'infezione tubercolare assunta per contagio nei primissimi giorni di vita a mezzo della coabitazione con ammalati di tubercolosi fa pure parte delle osservazioni più sicure, ed è verità ammessa da tutti i medici: siano essi fisiologi, pediatri, igienisti, medici pratici.

E' pure di dominio comune che il contagio tubercolare del bambino, anche lattante, date le norme igieniche che regolano ormai la sua alimentazione, è di origine prevalentemente, per non dire costantemente, umana. E ancora: è notissimo che il contagio è di gran lunga più frequentemente di origine familiare; più comune se sono i genitori portatori di lesioni bacillari; meno se è il solo padre tubercoloso; più se è sola la madre; di più ancora se entrambi i genitori sono tubercolosi. La tubercolosi del lattante contratta dalla madre è più grave (WOLSTEIN e SPENCER).

Il contagio è tanto più fatale quanto maggiore è il tempo in cui il bambino è stato a contatto col genitore seminatore di bacilli di Koch (COMBE).

Basta infatti un lasso di tempo brevissimo di contatto con la madre o con una persona malata di tbc. per infettare un bambino, come rilevano PEHU e DUFOURT; due giorni, ROGER e GARNIER; un giorno, UNVERRICHT; qualche ora, FINKELSTEIN e come abbiamo osservato noi stessi; qualche minuto, PEYRER, DIETH.

(1) Relazione svolta al Convegno regionale della Sezione lombarda della F. I. N. F. per la lotta contro la tubercolosi, Brescia, 12 giugno 1938-XVI.

Premesse queste considerazioni, che appaiono incontroverse e che risultano da un numero di osservatori che qui non è possibile citare, si deve concludere che la profilassi post-natale della tubercolosi deve avere per obiettivi: l'allontanamento precocissimo del bambino dalla madre, dai parenti infetti o comunque dai malati di tbc.

Scopo di questa breve relazione è appunto quello di precisare le modalità e le direttive che debbono essere tenute presenti nel nostro Paese, ma specialmente nella regione lombarda, per ottenere una migliore assistenza in tema di profilassi post-natale. La discussione varrà meglio a mettere a punto le varie quistioni, e saremo grati ai consoci delle critiche e dei consigli.

Come meglio non si potrebbe desiderare, per la lucidità delle direttive e per la chiarezza delle norme, è stato riferito dall'illustre prof. ALFIERI (altamente benemerito per aver voluto ed organizzato coi colleghi professori CASTELLI e BELLÌ l'assistenza ai neonati di donne tubercolose in Milano), sulla necessità dell'accertamento diagnostico nei riflessi dell'infezione tubercolare della donna gravida e della sua esatta assistenza medico-sociale. Allo scopo di non rendere vani questi sforzi è indispensabile però che il neonato sia subito allontanato dalla fonte di contagio ed immediatamente ricoverato in adatto luogo di assistenza.

Non vi ha dubbio che gli istituti che più si prestano per un servizio di questa importanza e delicatezza sono i brefotrofici. L'organizzazione moderna di questi istituti dovrebbe fornire modo non solo di un pronto allattamento al seno del neonato, ma anche di una esatta assistenza per tutte le anomalie e le malattie del neonato e del lattante, che possono esistere nei figli di donne tubercolose. Si è detto che il ricovero immediato del neonato s'impone, non solo per la profilassi dell'infezione tubercolare, ma anche perchè l'osservazione ha dimostrato che praticamente i risultati sono tanto migliori quanto prima il bambino è ricoverato. Infatti la conoscenza dei danni provocati dall'allattamento artificiale nei primissimi giorni di vita è di comune dominio, ed esso è responsabile assai frequentemente di dispepsia e di disturbi intestinali del neonato; disturbi che, se prontamente curati con un regolare allattamento al seno, guariscono, ma che, se trascurati, molto spesso compromettono invece il buon accrescimento del neonato, specie se esso sia congenitamente debole o tarato. Infatti su 886 neonati figli di donne tubercolose accolti nell'Istituto provinciale per l'infanzia di Milano dal 1930 ad oggi dalle più varie fonti, ben 327 bambini (36,9 %) presentarono nel primo mese di vita disturbi a carico dell'apparato gastro-enterico.

Non solo per ragioni di tecnica alimentare, ma anche per ragioni di assistenza generica, è indispensabile il ricovero immediato del neonato figlio di donna tbc. in brefotrofio. Molto spesso invero questi bambini sono congenitamente debili e bisognosi di terapia particolare, quale più facilmente possono trovare in adatto istituto. Su 886 neonati figli di donne tubercolose 152 (17,1 %) erano sottopeso e debili congenitamente.

Alcuni potrebbero prospettare l'opportunità di collocare presso nutrice mercenaria immediatamente dopo la nascita il neonato figlio di donna tubercolosa, soprattutto allo scopo di diminuire le spese, ma questa modalità di assistenza non può, per le ragioni esposte, trovare approvazione senza molte riserve.

Premesse dunque queste considerazioni e specialmente in vista della rapidità del contagio e dei bisogni assistenziali immediati dei neonati figli di donna tbc. è da ribadire il concetto dell'assoluta necessità che essi possano trovare ricovero d'urgenza, senza indugi amministrativi, presso gli istituti designati. Il che avviene attualmente, per accordi con la Clinica ostetrica e con il Consorzio antitubercolare, a Milano.

NECESSITÀ DI UN CONGRUO PERIODO DI OSSERVAZIONI IN ISTITUTO E DI UN ESATTO CONTROLLO DIAGNOSTICO. DANNI DEL COLLOCAMENTO PRECOCE PRESSO NUTRICI MERCENARIE.

Le ragioni assistenziali che impongono il ricovero per un certo periodo di tempo in brefotrofo del neonato figlio di donna tubercolosa sono molteplici.

In primo luogo, a parte l'eccezionale evenienza che egli abbia contratto congenitamente l'infezione tubercolare dalla madre, e per cui il neonato in genere non è vitale, è raramente possibile che egli si sia contagiato precocissimamente dopo il parto ed appare allora indispensabile sorvegliarlo nelle prime settimane, che sono da fissarsi in numero di almeno otto.

Ma non solo nei riflessi della tubercolosi ma anche nei riguardi di altre infezioni, tra cui in prima linea la sifilide, è ovviamente indispensabile un periodo di controllo. E' notorio che, anche se la reazione di Wassermann è risultata negativa nel siero di sangue della madre e del padre, è possibile non solo che il bambino presenti manifestazioni luetiche all'atto di nascita o poco dopo, ma non è infrequente eventualità che l'infezione sifilitica si manifesti tardivamente, per cui appare necessario sorvegliarlo giornalmente e praticar sempre nel secondo mese di vita la reazione di Wassermann sul suo siero di sangue prima di collocarlo presso una nutrice mercenaria.

Si è accennato poi come tra i figli di donne tubercolose siano in percentuale discreta i neonati prematuri, congenitamente debili o comunque presentanti anomalie dell'accrescimento, incompatibili con un allattamento mercenario a distanza nei primi mesi di vita.

Ma non sono soltanto la possibilità di una infezione tubercolare precoce, la sifilide congenita, la debilità congenita, le ragioni che consigliano un primo periodo di allattamento al seno e di ricovero sorvegliato in Istituto dei figli di donne tubercolose, ma anche la particolare generica morbilità del bambino specialmente nel primo mese di vita, morbilità certamente più accentuata per questa categoria di neonati e di lattanti.

Alcune cifre statistiche varranno meglio ad illustrare questa asserzione.

In 886 neonati legittimi e illegittimi figli di madre tubercolosa assistiti dall'I.P.P.A.I. di Milano dal 1930 a tutto il 1937, nel primo mese di vita si notarono le seguenti affezioni morbose:

Disturbi dell'apparato gastro-enterico	n. 36,9	%
Malattie acute e subacute dell'apparato respiratorio	» 15,2	%
Malattie del sistema nervoso	» 2	%
Malattie costituzionali di natura diatesica	» 3,15	%
Malattie infettive	» 2,25	%
Sifilide congenita	» 1,01	%
Malformazioni congenite	» 0,33	%
Tubercolosi	» 0,11	%

Su 100 morti figli di madre tbc. nel primo anno vita, ben 37,7 morirono nel primo trimestre.

Malattie dunque ed anomalie che controindicano una immediata consegna per l'allattamento e l'allevamento a nutrici mercenarie.

E' pertanto da ritenersi che il neonato figlio di madre tubercolosa dovrebbe trovare sorvegliato ricovero ed allattamento al seno in Istituti per almeno un bimestre.

COLLOCAMENTO PRESSO NUTRICI. **SORVEGLIANZA A MEZZO: DEI MEDICI COMUNALI, DI PEDIATRI ISPETTORI, DEI CONSULTORI PEDIATRICI DELL'O.N.M.I., DEI DISPENSARI ANTITUBERCOLARI. EVENTUALE ISTITUZIONE DI PARTICOLARI (CENTRI DI ALLEVAMENTO)». CONTROLLO DELLA IMMUNITÀ DELL'AMBIENTE FAMILIARE E CONDIZIONI PER LA RIAMMISSIONE IN FAMIGLIA DEL BAMBINO.**

Grave responsabilità è l'allevamento del bambino, e specialmente del neonato e del lattante, lontano dalla madre e senza il concorso della sua assistenza molto spesso insostituibile. La mortalità dei bambini nel primo anno di vita presso le madri sussidiate dall'I.P.P.A.I. di Milano fu, ad esempio, nel 1936 del 5,5 %, mentre fu del 15 % fra i bambini della stessa età collocati presso nutrici mercenarie od allevatori.

Gli inconvenienti di un collocamento in campagna dei lattanti, anche nei Paesi dove la loro sorveglianza è meglio organizzata, furono messi in rilievo fra l'altro da relazioni di eminenti pediatri alla XI Sezione dell'Associazione internazionale per la protezione dell'infanzia (Bruxelles, 18-21 luglio 1935), i quali conclusero che la morbilità e la mortalità del bambino in campagna è in quasi tutti i Paesi, salvo alcune eccezioni, più elevata che nei centri urbani, per ragioni bene individuate.

Ogni modo di allevamento del bambino separato dalla madre sofferente è un metodo alla meno peggio e i danni provocati dall'allattamento mercenario a distanza sono tutt'altro che trascurabili ed anzi importanti.

In assenza di cifre che riguardano il nostro Paese possiamo citare quelle del Ministero d'igiene in Francia, in cui ancora alcuni anni fa, il metodo di allevamento presso nutrice mercenaria in campagna era diffuso, e che riguardano la mortalità nel primo anno di vita dei bambini presso i parenti confrontata con quella dei bambini allevati a distanza presso nutrici mercenarie. Tale mortalità fu, ad esempio, per il 1921 dell'11 % nella prima categoria e del 20,3 % nella seconda. Ma queste cifre sono molto al di sotto della realtà; infatti APERT fa notare come esse non comprendano i bambini che le nutrici restituiscono ai loro parenti dopo averli male allevati e che vengono a morire negli ospedali cittadini. WALLICH considera, che su 8300 bambini collocati presso nutrici, la mortalità sia stata del 30 % circa.

Tuttavia questo metodo di allevamento, sconosciuto in alcuni Paesi, è in Italia invece ancora diffuso per ora, ed è attualmente da preferirsi all'applicazione di un allattamento innaturale presso famiglie delle zone foresi. Infatti gli errori commessi da una nutrice mercenaria, specie quando sia sorvegliata, sono più facilmente riparabili nei riguardi delle malattie gastro-intestinali, se il bambino era almeno parzialmente ad allattamento al seno.

Di capitale importanza è dunque la sorveglianza dei bambini collocati presso nutrici; tutela questa che purtroppo non è ancora organizzata presso molti brefotrofi d'Italia e che appare indispensabile per la lotta contro la mortalità, non solo degli illegittimi, ma anche della categoria di bambini figli di donne tbc. di cui ci stiamo occupando.

Infatti da che nel dipartimento della Senna fu organizzata questa sorveglianza medica dopo il 1920 la mortalità dei bambini collocati presso nutrice isolata è assai prontamente e di molto diminuita, tanto da essere nel primo biennio di vita nel 1927 del 2,65%. Essi sono però sorvegliati da ben 18 medici ispettori ben retribuiti, che hanno l'obbligo di visitare i lattanti almeno una volta al mese e sono coadiuvati da 18 dame visitatrici.

Vantaggi notevoli si sono poi ottenuti col sistema delle « pouponnières » in cui vige il principio di allevare in piccoli istituti, igienicamente attrezzati, un numero ristretto di lattanti. Le « pouponnières » sono state superate nei loro risultati e nella loro organizzazione tecnica dai « centri di collocamento familiare sorvegliati » i quali non sono che una modalità ed un perfezionamento dell'allattamento al seno mercenario presso nutrici a domicilio. Un medico pediatra ha l'ufficio di controllare sia in consultorio, sia a domicilio, i bambini collocati presso nutrici nel raggio di sua azione. Infermiere visitatrici coadiuvano il pediatra nel suo compito delicato.

Vi sono centri specializzati che accolgono ed assistono particolari categorie di bambini e fra questi proprio i figli di donne tubercolose che ci interessano (centri dell'Oeuvre Grancher e dell'Oeuvre de Placement Familial des tous-petits), per sifilitici congeniti (centro di Massy-Palaiseau), per debili congeniti e convalescenti (centri di Maudres, di Gaillon, ecc.).

In Italia questi centri sono abbozzati in pratica con gli asili dell'O.N.M.I.

che funzionano come consultori e con ricovero diurno di bambini figli di madri lavoratrici, ma essi interessano solo parzialmente l'assistenza che noi ci proponiamo di fare ai figli di donne tubercolose sempre privati forzosamente della madre e spessissimo dei parenti.

In vista di una riduzione, che si farà sempre maggiore, del reclutamento di nutrici mercenarie è auspicabile che anche da noi il sistema dei centri di allevamento, in cui più facile è la tecnica dell'allattamento misto ed artificiale, venga adottato ed anzi perfezionato.

Attualmente a Milano i figli di donne tubercolose seguono i metodi di assistenza dei bambini illegittimi, invero assai migliorati in questi ultimi tempi.

Il figlio di donna tubercolosa dovrebbe, dopo l'immediato ricovero nell'istituto brefotroficale e la sua permanenza per circa due mesi allo scopo di esaurire gli opportuni accertamenti diagnostici, venire collocato presso nutrice mercenaria ed affidato alla tutela dei medici comunali, senza la collaborazione dei quali attualmente ogni assistenza al bambino non sarebbe efficace. Egli deve venire periodicamente visitato da speciali medici ispettori, o nei consultori dispensariali dell'O.N.M.I. se vicino, e in caso di malattia, che deve essere immediatamente segnalata alla Direzione dell'Istituto che lo tutela, affidato alle cure del medico comunale o ritirato nella sede dell'Istituto stesso. Si deve insistere perchè venga istituito in modo generale e diffuso il servizio delle assistenti sanitarie.

Appare indispensabile attualmente migliorare l'assistenza ai bambini collocati presso nutrici. Gli inconvenienti che sono da prospettarsi riguardano in primo luogo l'abitazione delle nutrici, assai spesso igienicamente deplorabile; problema questo che investe quello generale della casa rurale e per cui il Regime ha già impostata una lotta che si prevede efficace. In secondo luogo influisce sul cattivo allevamento del lattante l'ignoranza dei più elementari metodi di allevamento del bambino, il che si potrà combattere solo con una esatta propaganda e con una diffusione maggiore delle nozioni indispensabili di puericoltura; il che sarebbe assai più efficace se si potesse usufruire di assistenti sanitarie ben preparate e con spirito di sacrificio. Occorre poi riorganizzare nelle zone rurali la rete assistenziale dell'O.N.M.I., il che procede faticosamente ma saldamente. Soprattutto poi deve essere stabilito il servizio dispensariale infantile in stretta collaborazione con gli organi periferici assistenziali dell'O.N.M.I.

L'indispensabile collaborazione del medico comunale riguarda anche la scelta della nutrice e dell'allevatore del figlio di donna tubercolosa. E' pacifico che la nutrice deve essere in possesso di regolare certificato di balatico che ne attesti la capacità all'allattamento e la sua immunità da malattie trasmissibili; ma deve essere anche garantito che l'ambiente che accoglie il lattante sia indenne da tubercolosi, per il che è indispensabile anche in questo campo il concorso del dispensario antitubercolare, in modo che vengano segnalati i casi di tubercolosi eventualmente comparsi nella famiglia dell'alle-

vatrice anche dopo l'epoca del collocamento iniziale del bambino. Opera di collaborazione, questa, che si sta già organizzando.

Inoltre appare ancora indispensabile che l'opera di persuasione verso la madre tubercolosa per l'allontanamento del neonato all'atto di nascita, sia continuata anche nei riflessi della prudenza che essa deve usare nelle visite presso il figlio collocato presso nutrici o presso allevatori. Non è infrequentissima infatti l'evenienza che il bambino venga infettato di poi dalla madre che lo visita periodicamente prima della sua guarigione.

Il Consorzio provinciale ed i suoi organi periferici debbono vigilare perchè alle madri sia concesso il permesso di visitare il figlio solo quando la forma di tbc. da cui è affetta sia sicuramente non più contagiate.

Un punto importante che deve essere preso nella massima considerazione, è quello che riguarda la fine dell'assistenza da concedersi al figlio di donna tubercolosa da parte degli Enti che ne sono preposti e l'epoca in cui esso possa ritornare in famiglia.

E' ovvio che, per una esatta profilassi antitubercolare, il bambino potrà rientrare in famiglia solo quando la persona infettante, e in questo caso più frequentemente la madre, sia guarita, o scomparsa dall'ambiente. A questo scopo il Consorzio, come fa a Milano, deve richiedere all'Istituto assistenziale se il bambino può essere, agli effetti del suo allattamento ed allevamento, riaffidato ai parenti, e nel contempo deve dare assicurazione della bonifica dell'ambiente familiare nei riflessi dell'infezione tubercolare. Solo con una esatta collaborazione fra i vari Enti si otterrà lo scopo desiderato di difendere efficacemente il bambino.

NECESSITÀ DI PREDISPORRE PARTICOLARI PROVVIDENZE ASSISTENZIALI PER I BAMBINI DELLA PRIMA INFANZIA E DELL'ETÀ PRE-SCOLARE. ORGANIZZAZIONE DEI PREVENTORI INFANTILI.

L'assistenza al neonato e al lattante figlio di madre tubercolosa presuppone una delicata organizzazione sanitaria sociale e il concorso di un istituto che sorvegli e tuteli i periodi della maggior mortalità e morbilità della vita umana e che procuri al lattante più che possibile l'allattamento al seno. Tuttavia non può esaurirsi a questa età la tutela sanitaria del bambino nei confronti della lotta profilattica antitubercolare.

Se appare relativamente più facile l'organizzazione assistenziale di preventori per bambini dell'età superiore ai 6 anni, più difficile e particolarmente delicata è quella invece di preventori per bambini dall'età del divezzamento fino a quella della scuola, e specialmente dei bambini nel primo triennio di vita. Le difficoltà tecniche di questa organizzazione sono a conoscenza di tutti, come è pure noto che Istituti preventoriali di questo genere difettano da noi.

E' fuori dubbio che un bambino sano anche in tenera età, e specialmente

anzi se in tenera età, trova migliore assistenza e minori pericoli se allevato isolatamente in famiglia. Nel caso quindi del bambino assistito fin dalla nascita presso nutrici foresi, se esso sia ben collocato, quando trovi nella nuova famiglia tutto ciò che è richiesto dalle regole del buon allevamento e non possa per ragioni profilattiche rientrare nella propria, è da prospettare la convenienza materiale, sociale e sanitaria che venga continuata questa buona assistenza mediante sussidio alla famiglia allevatrice. Il che avviene ottimamente in tutti i Paesi per i bambini illegittimi.

Ma è evenienza assai più frequente quella di dover assistere un bambino divezzo figlio di donna tubercolosa o in pericolo di contagio familiare anziché un neonato; ad esso, fino ad una certa età, come si è detto, trova maggiori difficoltà di ricovero che i bambini dell'età scolare.

Tuttavia anche questa assistenza è già avviata per merito dell'impulso che il Regime ha dato alla lotta antitubercolare ed è certo che non correrà tempo per risolvere in modo totalitario il problema.

Alcune osservazioni di pratica importanza occorre però rilevare anche in questo importantissimo tema.

In primo luogo è noto a tutti come l'infezione tbc. del bambino sia in funzione della diffusione e della gravità della tbc. dell'adulto. Avviene in pratica che quando gli Enti, che sono per lo più il Consorzio antitubercolare, l'O.N.M.I. o l'I.N.F.P.S., segnalano ed ordinano a scopo profilattico, il ricovero di un bambino in un Preventorio o in una Colonia permanente per allontanarlo da entrambi i genitori o da uno di essi ammalati di tubercolosi, il figlio è già infetto. Ad esempio, la percentuale dei bambini dall'età dei 6 mesi ai 9 anni ricoverati al Preventorio «Umberto di Savoia» in Canobbio, gestito dalla provincia di Milano, inviati dai vari Consorzi antitubercolari e che presentano tubercolosi latente pure senza manifestazioni attive, può considerarsi del 65% circa sui ricoverati. In questi solo nel 0,32% l'infezione non risale ai genitori. Si ricordi che la percentuale dei bambini infetti è tanto maggiore quanto minore è l'età (nel primo anno 80%, dal terzo al quarto anno 50%, dal quinto al sesto anno 5%, secondo POLLAK).

Si deve dunque concludere che quando viene da un Ente profilattico segnalato come ammalato di tbc. un adulto, in quasi due terzi dei casi il figlio convivente è già infetto in modo più o meno grave. E la percentuale sale certamente qualora vengano presi in considerazione anche i bambini che sono inviati direttamente agli ospedali e ai sanatori, perchè ammalati di forme tubercolari attive.

Non è questa dolorosa evenienza sempre imputabile a tardività di diagnosi e degli opportuni provvedimenti verso gli adulti. Gli è che molto spesso questi, specie se operai, si lasciano vincere dal male solo quando l'infezione tbc., per lo più del polmone, si è fatta ulcerativa ed aperta, e solo allora richiedono l'intervento del dispensario, mentre hanno già infettato inconsciamente la prole.

Pertanto quando noi discutiamo di profilassi antitubercolare infantile e di preventori per la prima infanzia, dobbiamo subito distinguere almeno due gruppi di bambini: quelli cioè portatori di lesioni latenti ed allergici e quelli invece immuni dall'infezione tubercolare.

Questa distinzione dal lato assistenziale non è ovviamente oziosa e senza pratica importanza. È evidente che, mentre la categoria dei bambini che fortunatamente sono sfuggiti all'infezione famigliare, ha bisogno solo di cure climatiche, dietetiche ed igieniche, la seconda categoria degli infetti avrà bisogno di una speciale tutela sanitaria e quindi di indagini e di esami radiologici ripetuti, di esatti rilievi termometrici e di cure sanatoriali.

Occorre dunque predisporre speciali preventori, o particolari sezioni nei preventori comuni, per i bambini specialmente del primo triennio di vita, portatori di lesioni tubercolari latenti, che non trovano adatto asilo nei comuni ospedali infantili, e che debbono prontamente essere allontanati dall'ambiente familiare contagiante.

I bambini che sono sfuggiti all'infezione tubercolare trovano sempre in Preventorio le cure adatte e, se non sono portatori di malattie costituzionali, ristabiliscono, più o meno presto, il loro equilibrio organico. Allo scopo di raggiungere il fine col minor dispendio di mezzi, è indispensabile che questi bambini ritornino nel loro ambiente solo quando questo sia sicuramente immune dall'infezione tubercolare. Il che può solo avvenire o per ricovero o per guarigione del malato adulto infettante, o in qualche caso, per la sua morte. Sull'importanza di quest'opera post-preventoriale ha richiamato già l'attenzione autorevolmente ILVENTO.

Per questi bambini infatti sarebbe assai utile un collocamento famigliare, come avviene per i bambini illegittimi, allo scopo di ricostruire loro una famiglia e di non prolungare eccessivamente il ricovero in Preventorio.

Una questione da porsi per l'esatta organizzazione sanitaria dei Preventori infantili è quella che riguarda la contagiosità del bambino portatore di lesioni tubercolari iniziali e apparentemente latenti. L'argomento già ampiamente trattato da OPITZ, POULSEN, LEVIN, LANGER, ARTUSI, ARMAND, DELILLE e moltissimi altri è stato oggetto di relazione, come è noto, all'ultimo Congresso pediatrico internazionale tenutosi a Roma nel settembre 1937-XVI e ne riferì il prof. A. WALLGREN di Gothemburg. Questo autore, pur confermando che è possibile, con pazienti ricerche, ritrovare il bacillo di Koch nel succo gastrico di bambini portatori di lesioni iniziali latenti di tubercolosi dell'apparato respiratorio e che quindi sono presupposte le condizioni teoriche per una trasmissione del contagio, tuttavia conclude che il periodo è trascurabile, quando si tratti di bambini che non hanno tosse. Quanto a quelli che tossiscono essi non creano forse un pericolo che in occasioni del tutto eccezionali. Con ARTUSI possiamo anche noi affermare che, messi in opera tutti gli accorgimenti diagnostici, la trasmissione del contagio tubercolare, in un Preventorio igienicamente attrezzato e controllato, fra i bambini ricoverati

è tanto eccezionale che non è mai avvenuto, ad esempio, a Cannobio che un bambino tubercolino-negativo, dopo la voluta serie di prove tubercoliniche, sia poi divenuto tubercolino-positivo durante il soggiorno in Preventorio.

Tuttavia è indispensabile che, durante il prescritto periodo contumaciale in Preventorio, il bambino sia esattamente studiato con tutti i mezzi diagnostici perchè non risulti affetto da lesioni ulcerative, che sia seguito clinicamente con esami radiologici, e che i bambini tubercolino-positivi siano ricoverati in Preventori speciali o almeno in reparti distinti.

ASSISTENZA MORALE E SOCIALE AI FIGLI DI GENITORI TUBERCOLI. COMPETENZA PASSIVA DELLA PROFILASSI ANTITUBERCOLARE POST-NATALE.

L'assistenza medico-profilattica dei figli di genitori tubercolosi dovrebbe essere completata da altre previdenze di ordine sociale, e col ricovero profilattico non deve esaurirsi il compito degli organi a questo scopo predisposti.

Avviene qualche volta che il bambino, il quale è stato regolarmente allevato, e che non trova più ragione di assistenza profilattica, deve rientrare nella sua famiglia praticamente disfatta o per la morte di uno dei genitori, o per loro ricovero prolungato, o per menomate condizioni fisiche che non permettono loro di assolvere i compiti educativi e di buon allevamento.

Il bambino, sperduto nelle precoci amarezze della vita, è bisogno di una adeguata assistenza morale e materiale e viene talvolta a trovarsi nelle condizioni dei bambini illegittimi. A questo scopo una stretta collaborazione dovrebbe attuarsi fra gli organi del Consorzio antitubercolare che ha assistito il bambino e che, pur avendo esaurita la sua funzione, dovrebbe segnalare la speciale sua posizione, e gli organi dell'O.N.M.I. in modo da prendere in particolare assistenza questa categoria di bambini.

Allo scopo di evitare le dannose conseguenze che su tali soggetti può avere una mancata e deficiente assistenza familiare, i Comitati di patronato dell'O.N.M.I. dovrebbero assiduamente esercitare un'amorosa, umana sorveglianza, a mezzo del servizio ispettivo delle proprie assistenti sanitarie e delle dame visitatrici, tanto preziose nei nostri istituti, sulle condizioni di allevamento di questa particolare categoria di assistiti in modo da rendersi promotori tempestivamente dei provvedimenti che si ritenessero opportuni sia per motivi sanitari che sociali.

Problema di grande importanza pratica è poi quello della competenza passiva e del carico finanziario per la profilassi antitubercolare post-natale.

La legge che ha stabilito l'assicurazione obbligatoria dei lavoratori contro la tubercolosi ha posto a carico dell'Istituto assicuratore la cura della malattia.

Stabilire dei limiti tassativi tra le manifestazioni più lievi che entrano nel campo curativo e quelle che rientrano ancora nella prevenzione è cosa ardua ed attualmente difficile, specie per quanto riguarda il bambino. Infatti il valore dell'infezione, che non è ancora riconosciuta malattia agli effetti

dell'assicurazione obbligatoria, varia notevolmente, come è noto, a seconda dell'età dell'infettato e delle sue condizioni generali.

A scopo più che altro indicativo possiamo dire che nell'infanzia le forme più lievi che cadono sotto la competenza obbligatoria dell'I.N.F.P.S. sono le adenopatie tracheo-bronchiali, e la tubercolosi chiamata latente.

Come competenza soggettiva con l'assicurazione obbligatoria restano assicurati anche i figli legittimi, adottivi, naturali sino a 15 anni, i fratelli e le sorelle conviventi ed a carico sino alla stessa età, gli esposti regolarmente affidati.

Nel campo della prevenzione nessun obbligo è sino ad oggi posto a carico dell'I.N.F.P.S. e l'Istituto vi provvede in via del tutto facoltativa con criteri più o meno vasti, sempre però animati da quello spirito illuminato di cui sono largamente provvisti i dirigenti di questo Istituto.

Nè allo stato attuale della legislazione è possibile ottenere di più.

La profilassi antitubercolare infantile è obbligatoria solo per i Consorzi provinciali antitubercolari i quali dovrebbero devolgerci, per disposizione ministeriale, il 25% dei fondi disponibili. Qui non vi sono limiti d'età o limitazioni cliniche trattandosi di assistenza obbligatoria, ma vi sono quelli più restrittivi dei mezzi. Inoltre non è ancora definitivamente risolta in modo tassativa la questione del domicilio di soccorso e se cioè il Consorzio debba provvedere per coloro che risiedono nella propria circoscrizione territoriale indipendentemente dal domicilio caritativo, oppure se debba provvedere, salvo rimborso, oppure se debba limitarsi a segnalare il caso al Consorzio competente per territorio lasciando a questi il compito di provvedere.

In mancanza di precise disposizioni sembra che non vi sia uniformità di indirizzo tra i vari Consorzi d'Italia con la conseguenza di ritardare il ricovero dei bambini che risiedono in provincia diversa da quella ove sono domiciliati agli effetti caritativi.

Dal lato della competenza amministrativa una riorganizzazione con estensione della profilassi antitubercolare post-natale dovrebbe prevedere la competenza obbligatoria dell'I.N.F.P.S. non solo per la cura ma anche per la prevenzione contro la tubercolosi, compresa l'età del neonato e del lattante, il che faciliterebbe anche l'attrezzatura degli istituti necessari.

Una sistemazione della competenza passiva potrebbe essere così concepita: il ricovero del neonato e del lattante legittimo figlio di donna tbc., trattandosi di provvedimento d'urgenza, sia disposto dal Consorzio provinciale antitubercolare in cui risiede il bambino. Qualora egli abbia il domicilio di soccorso fuori della provincia di residenza del Consorzio che ha ordinato il ricovero, questo dovrebbe far riconoscere l'onere dal Consorzio competente per domicilio di soccorso. Qualora invece si tratti di figlio legittimo di assicurato I.N.F.P.S. dovrebbe ratificare il ricovero ordinato dal Consorzio assumendone l'onere. Come per l'assistenza agli illegittimi la pratica di rimborso non dovrebbe per nulla influire sulla possibilità e prontezza del ricovero.



* * *

Dalla succinta relazione, che la presidenza della Sezione Regionale Lombarda della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, ha avuto la benevolenza di affidarmi, possono trarsi le seguenti *proposizioni conclusive*, che hanno carattere provvisorio e certamente discutibili, ma che vengono dalla pratica vissuta in ambiente assistenziale.

Di proposito non è stata esposta la rassegna del molto che è stato fatto nel campo della lotta antitubercolare post-natale dai vari Enti in Italia e dai grandi pionieri e benefattori di cui è ricco il nostro Paese. Questo sarebbe stato anche utile ai fini dell'esposizione e dell'ammaestramento per lo scopo prefisso, ma ci avrebbe portato troppo lontano dalle direttive schematiche e pratiche che ci siamo imposti nel riferire. Non se ne dolga alcuno. Dovrebbero valere come traccia di discussione e di critica serena, secondo noi, le seguenti conclusioni:

1) Appare necessario che, per una esatta assistenza, il neonato figlio di donna tubercolosa, consentendolo i parenti, venga immediatamente, e con provvedimento di urgenza, subito dopo la nascita accolto in adatto Istituto pediatrico che ne garantisca l'allattamento al seno e il regolare allevamento.

2) Si ritiene che il collocamento presso nutrice mercenaria, rappresenta il provvedimento meno dannoso di assistenza al lattante separato dalla madre. Tuttavia questo dovrebbe avvenire dopo un congruo periodo di ricovero in Istituto allo scopo di controllarne l'accrescimento, l'immunità, specie da malattie infettive e trasmissibili, e le sue buone condizioni generali.

3) Si fa presente la necessità che il lattante venga sorvegliato presso le nutrici mercenarie e gli allevatori dai medici comunali, ai quali dovrebbe esserne imposto l'obbligo, da speciali medici ispettori, da numerose assistenti sanitarie visitatrici. Si insiste sulla necessità di organizzare un'assistenza adatta per i figli di tbc. a mezzo di «centri di collocamento familiare» nelle zone rurali connessi con i dispensari antitubercolari provinciali e con i centri dell'O.N.M.I.

Si rileva ancora la necessità di sorvegliare l'ambiente familiare della nutrice e degli allevatori nei confronti specialmente dell'infezione tubercolare e di regolare e controllare le visite al figlio da parte della madre o dei parenti ammalati di tbc.

E' indispensabile poi che vengano, in comune accordo fra i vari Enti che si occupano del figlio di donna tbc., fissate le condizioni assistenziali per cui il bambino possa rientrare in famiglia, e questo sia nei riguardi del suo allevamento da una parte, sia nei riguardi della cessazione delle ragioni di contagio familiare dall'altra.

4) Si fa presente la necessità di predisporre più ampie ed efficaci prevenienze preventoriali per i bambini della prima e seconda infanzia e dell'età

pre-scolare. Allo scopo si ritiene indispensabile una esatta organizzazione tecnico-sanitaria dei preventori che ricoverano bambini al di sotto di tre anni d'età e si auspica un congruo aumento di questi Istituti. I bambini portatori di lesioni tubercolari latenti, che sono in preponderanza fra gli inviati dagli Enti profilattici antitubercolari, debbono trovare diversa e più oculata assistenza nei Preventori infantili, debbono essere tenuti distinti dai bambini tubercolino-negativi, non tanto per ragioni profilattiche verso gli altri ricoverati, quanto per criteri assistenziali e curativi.

5) Appare utile accanto all'assistenza medico-sociale, segnalare l'opportunità che siano tenute presenti le particolari condizioni dei figli di genitori tubercolosi che debbono rientrare in famiglia sia pure bonificata dal contagio, ma spesso menomata nella sua efficienza materiale ed educativa.

6) Devonsi discutere infine i compiti dei vari Enti per la competenza passiva e per il carico amministrativo allo scopo dell'assistenza profilattica post-natale antitubercolare, in modo da renderla sicura, spedita ed efficace.

Il ricovero e l'assistenza del neonato e del lattante legittimo figlio di donna tubercolosa, trattandosi di provvedimento d'urgenza, siano disposti dal Consorzio provinciale antitubercolare della provincia in cui risiede il bambino.

Qualora egli abbia il domicilio di soccorso fuori dalla provincia di residenza del Consorzio che ha ordinato il ricovero, questo dovrebbe far riconoscere l'onere dal Consorzio competente per domicilio di soccorso. Qualora invece si tratti di figlio legittimo di assicurato I.N.F.P.S. dovrebbe ratificare il ricovero ordinato dal Consorzio stesso assumendone l'onere.

55552



