



Sir PENDRILL VARRIER JONES

LA RIABILITAZIONE DEL TUBERCOLOTICO

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XI - NUMERO 5 - MAGGIO 1940-XVIII







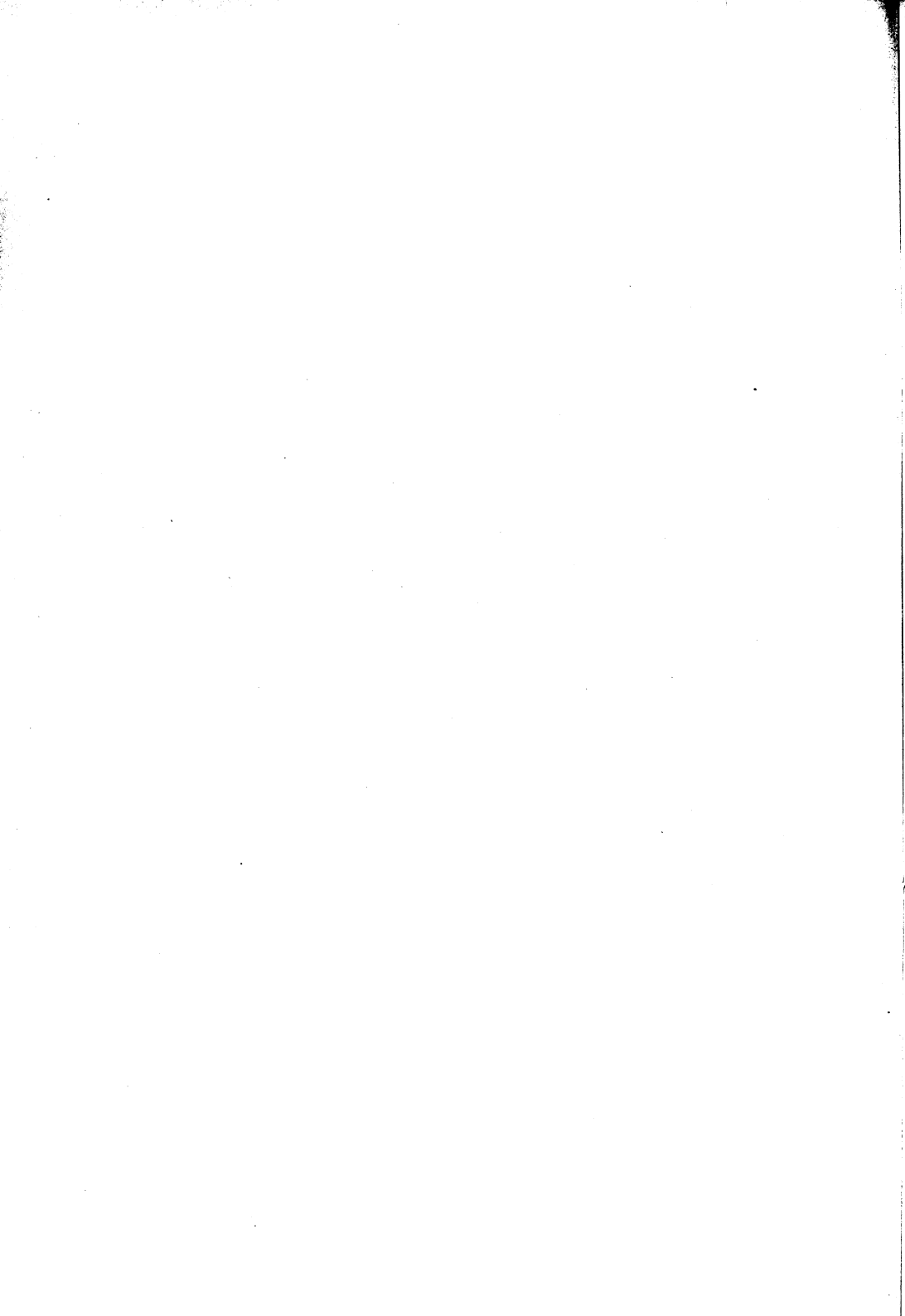
Sir PENDRILL VARRIER JONES

LA RIABILITAZIONE DEL TUBERCOLOTICO

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »

ANNO XI - NUMERO 5 - MAGGIO 1940 - XVIII





Sento che il mio primo compito deve essere quello di definire il titolo della mia relazione.

Riabilitazione è una parola impropria, eppure necessaria ed inevitabile. Secondo il Dizionario di Oxford indica «l'azione di reintegrare nello stato precedente con rispetto al rango o al potere legale» e questa definizione serve perfettamente. La questione dinanzi alla quale ci troviamo è quindi la seguente: le nostre misure antitubercolari conseguono il risultato di reintegrare i nostri pazienti nel loro stato precedente? Se la risposta è affermativa possiamo dire di aver vinto la tubercolosi; se è negativa, tale affermazione non è più possibile.

Sarebbe per me cagione di viva sorpresa se uno dei presenti o uno di coloro che oggi lavorano nel campo della tubercolosi potesse dare in tutta coscienza una risposta affermativa. In linea generale, noi non reintegriamo i nostri pazienti nel loro stato precedente. Noi prolunghiamo la loro vita, ma lo facciamo in modo tale da distruggerne il valore, sia per loro stessi che per lo Stato. Nelle attuali condizioni il paziente tubercolotico ha misere prospettive. Noi lo incoraggiamo ad accettare il trattamento sanatoriale; lo dimettiamo dai nostri istituti o gli permettiamo di dimettersi quando lo desidera. Egli ritorna nella propria casa. Noi gli diciamo, se siamo poco avveduti, che egli è «guarito» e gli propiniamo consigli che, se praticabili, renderebbero detta «guarigione» permanente. Ma come medici noi non abbiamo più alcun controllo sul paziente «guarito». Non ci sentia-

mo responsabili per quanto riguarda il suo ambiente, il suo lavoro, la sua casa e particolarmente per le condizioni domestiche che si ripercuotono con tanta forza su di lui. Non trattandosi di questioni mediche, le ignoriamo per riaprire i nostri occhi solo quando il paziente riappare dinanzi a noi, terribilmente peggiorato, terribilmente scoraggiato e conservando solo un vago ricordo della sua cosiddetta «guarigione». Così egli ritorna ai nostri istituti; ed altre cure mediche e chirurgiche vengono sperimentate su di lui, ed il triste processo si ripete una volta ancora. Non vi è un solo momento in cui egli sia riabilitato, nè ai suoi propri occhi nè a quelli del mondo. Ciò nonostante noi continuiamo in questo nostro compito triste e senza alcun profitto, e ci trinceriamo dietro una massa crescente di procedimenti clinici inutili, spiegando la nostra incompetenza con frasi di tale magnificenza che ogni critica si smussa di fronte al loro splendore ed alla loro erudizione.

In un suo articolo di fondo del principio dell'anno, il *Lancet* confermava tutti questi punti. «Il tubercolotico in genere — esso diceva — lascia il sanatorio in condizioni poco migliori di quelle che possono esser date da un equilibrio fra attacco e difesa. Il paziente che mantiene appena appena la propria posizione senza ricorrere alle proprie risorse, ricade non appena è costretto ad attingervi. Nella contabilità del tubercolotico, il credito è sempre rappresentato da una entità minima». Più innanzi l'A. afferma: «E' facile coprir di ridicolo un sistema che, come fa rilevare il dott. K. N. IRVINE, ha costituito un aiuto medico più completo ed effettivo per la diagnosi ed il trattamento di questa malattia di qualsiasi altro dato per ogni altro flagello so-

Questa relazione sul tema sociale segnato all'ordine di lavori della XI Conferenza contro la tubercolosi, che doveva adunarsi a Berlino nel settembre scorso, è stata pubblicata (come le relazioni sugli altri temi) nel «Bulletin» dell'Unione internazionale contro la tubercolosi.

ziale e che pure apparentemente concorre così poco ad assicurare la stabilità dei suoi risultati. Non è facile trovare dei mezzi per assicurare l'avvenire di tutti coloro che sono passati attraverso la fase sanatoriale e che possono mantenersi in un equilibrio precario fra salute e malattia, alla sola condizione di vivere una vita così perfettamente protetta, da escludere da essa ogni violenza sociale, mentale e fisica ».

Esiste forse una ammissione più autorevole dell'insuccesso quasi universale nella riabilitazione del tubercolotico? Nonostante la nostra conoscenza enciclopedica della malattia, nonostante gli ammirevoli aiuti di cui disponiamo per il trattamento di essa, nonostante il declino nella mortalità e nella morbidità, dovuto a cause che spiegherò tra breve, noi non riusciamo a riabilitare i nostri pazienti. Noi li classifichiamo, li curiamo, li dimettiamo. Fisicamente essi si avvantaggiano spesso temporaneamente. Finanziariamente essi subiscono la rovina, spesso permanente.

Questa, dobbiamo ammetterlo, non è una situazione soddisfacente. Non vi è davvero motivo di compiacersi: eppure in troppi resoconti d'igiene sociale si nota la tendenza alla compiacenza.

Il fatto è che il miglioramento generale ottenuto nelle condizioni di vita e di lavoro ha avuto due effetti. Ha aumentato la resistenza della popolazione ed ha reso possibile una tolleranza più lunga dei « casi iniziali » per la tossiemia tubercolare. Il primo effetto è senza dubbio benefico. Il secondo è proprio l'opposto, poichè porta alla diagnosi tardiva ed all'insuccesso. I tubercolotici sono numerosi quanto rima; soltanto vivono più a lungo. Ma sono forse soddisfatti, sono felici, hanno un qualsiasi valore per loro stessi o per lo Stato? In mancanza di una raggiunta riabilitazione la risposta sarà sempre: no, no, no.

Io ho affermato che il lavoro manuale di un paziente o la sua abilità negli affari costituisce il suo capitale ed anche il dott. Vos ha detto che se la capacità lavorativa dei nostri pazienti viene a cessare, « essi si trovano completamente destituiti ». In un considerevole numero di casi la capacità lavorativa scompare per un certo tem-

po: ed anche quando riappare, *manca la possibilità del guadagno*. Vorrei porre bene in evidenza questo punto: che anche il ristabilimento della capacità lavorativa è inutile se manca l'opportunità di applicarla. Se potessimo assicurare i datori di lavoro che i pazienti dimessi dai sanatori sono realmente atti al lavoro e non rappresentano un pericolo per i loro compagni, potremmo creare per alcuni una rinnovata opportunità di guadagno. Ma non possiamo far questo; e qualsiasi medico che volesse dare questa assicurazione troverebbe molta difficoltà a conciliarla col fatto che, nel 1937, dei 140.000 dimessi annualmente dai 100.000 letti dei sanatori degli Stati Uniti, non meno di 57.000 avevano sputo positivo all'atto della dimissione. Le cifre inglesi sono, in proporzione, anche peggiori. Noi abbiamo meno di 30.000 letti sanatoriali: e nei registri dei dispensari figuravano al 31 dicembre 1937 più di 70.000 casi positivi. Data la situazione, come possiamo pretendere, con tutta sincerità, che l'industria riassorba i nostri pazienti? E per citare nuovamente il *Lancet*: « Il datore di lavoro che lotta per sviluppare la sua azienda contro la più ardua concorrenza, non può permettersi di assumere dei minorati e per riguardo ai suoi dipendenti non dovrebbe permettere che il rischio dell'infezione si introduca nella sua azienda. I lavoratori tubercolotici hanno spesso protestato contro la ingiustizia di essere considerati come lebbrosi. Eppure la tubercolosi è forse più contagiosa della lebbra, con la quale ha qualche affinità. Nessuno penserebbe a condannare un datore di lavoro che rifiutasse di dar lavoro ad un lebbroso. Eppure il pericolo che un commesso o un dattilografo possa contrarre la tubercolosi dall'intimo contatto con un impiegato tubercolotico non è trascurabile. Il desiderio di aiutare la vittima sfortunata di un flagello sociale non dovrebbe renderci ciechi sui rischi in cui altri possono incorrere, mediante il contatto con un paziente, innocuo forse nell'epoca in cui ottenne il certificato di abilitazione al lavoro, ma in seguito ad un attacco di influenza può diffondere nell'atmosfera di una stanza sovraffollata e mal ventilata i bacilli della tubercolosi ».

Se l'industria non può riassorbire i nostri pa-

zienti, a che serve la capacità lavorativa? Il ristabilimento della capacità lavorativa è importante, ma non basta da solo a riabilitare il paziente. La possibilità del guadagno è essenziale, e finché a tale possibilità non si è provveduto, non vi può essere riabilitazione.

Ci fermiamo mai a considerare l'effetto delle nostre misure terapeutiche sui nostri pazienti? Ci rendiamo conto che l'insuccesso persistente dei nostri tentativi di riabilitazione si ripercuote sulla ricerca dei casi precoci? Ci è mai passato per la mente che il fatto stesso per cui noi permettiamo alla tubercolosi di rovinare la vita di A., tratterrà il suo amico B. dal ricorrere al medico quando i sintomi iniziali gli daranno il sospetto che egli pure ne sia una vittima? Più di una volta ho fatto osservare che in quasi tutti i nostri piani per combattere la tubercolosi, noi ignoriamo la psicologia del paziente, quella della famiglia del paziente e degli amici suoi. La conseguenza è che la pubblica opinione invece di assisterci nella scoperta dei casi «iniziali» si comporta in modo del tutto opposto: poichè nessuno si presta a indurre un individuo malato a condannare se stesso ad un disastro economico e molta gente aiuterà consapevolmente o inconsapevolmente un caso «iniziale» ad evitare di essere scoperto finchè qualche sintomo imponente, come emottisi, non si manifesti. Ed allora il caso non sarà più «iniziale».

Finchè prevale questa situazione ovvia ed inevitabile non vi è da sorprendersi se i nostri sanatori sono in così notevole proporzione occupati da casi riammessi; pazienti che, in stadio moderatamente avanzato la prima volta che furono ammessi alla cura, si dimettono migliorati in salute, ma, mancando la riabilitazione, ritornano in un secondo tempo in peggiori condizioni di prima.

Consideriamo per un momento il paziente. Che cosa vuole? Quale è il suo scopo nell'accettare il trattamento? Il suo obiettivo principale consiste nel migliorare quanto è necessario per essere in grado di guadagnarsi nuovamente la vita. E' inutile migliorare la sua salute e impedirgli di lavorare. E' quasi peggio dirgli che egli può lavorare e non dargli del lavoro. Le mezze misure sono, effettivamente, peggio che inutili;

e se le previdenze tubercolari non riescono a mettere il paziente in grado, dopo la cura, di guadagnarsi nuovamente la vita, esse sono di ben scarsa utilità per lui.

E se sono di scarsa utilità per lui, a chi sono utili? Non sono utili per lo Stato: anzi è proprio l'opposto, poichè procurano allo Stato spese senza profitto alcuno. In quale misura siano senza profitto e quanto siano considerevoli si potrà vedere subito e facilmente. Un'autorità americana in materia ha calcolato che durante i primi cinque anni dalla dimissione dal sanatorio per il paziente affetto da una tubercolosi minima il rischio di morte è circa 4 volte superiore di quello di una persona normale della stessa età e del medesimo sesso. Il rischio nel caso di un individuo in stadio moderatamente avanzato è 16 volte maggiore ed in stadio molto avanzato 40 volte maggiore.

Ora, secondo le cifre fornite dal resoconto degli ospedali e dei sanatori per la tubercolosi negli Stati Uniti, il costo medio della cura di un tubercolotico è di dollari 4000. Gli Stati Uniti vengono quindi a spendere 4000 dollari per un singolo caso che ha, nella migliore delle ipotesi, un quarto e, nella peggiore, un quarantesimo delle possibilità normali di sopravvivenza. Venendo a mancare la riabilitazione, anche coloro che sopravvivono costituiranno un passivo anzichè un attivo; di guisa che, a prescindere dall'aspetto umanitario della questione, la giustificazione finanziaria della spesa è ben scarsa. Il capitale investito negli Ospedali americani per la tubercolosi si avvicina ai 329 milioni di dollari e se si tiene conto di un presunto deprezzamento del 10 % e si aggiungono le spese annue di mantenimento ammontanti a 76 milioni, si vedrà che il costo annuo per il trattamento eccede i 100 milioni, vale a dire circa un dollaro a testa per tutta la popolazione degli Stati Uniti.

Alla Camera dei Comuni inglese venne dichiarato nel 1926 che le cifre del 1923-24 indicavano una spesa annua di Lst. 2.600.000 (circa 1/4 d. a testa per tutta la popolazione). La cifra corrispondente per il 1935-36 data nell'Annuario dell'Associazione nazionale per la prevenzione della tubercolosi nel 1939, ammonta a 3.896.417, vale a dire 1/11 d. a testa per tutta la

popolazione, oppure 120.— per ogni morte per tubercolosi in tutto il paese. Quasi 3 scellini all'anno per ciascun individuo, donna, uomo e bambino e con quale risultato? Migliaia di casi di tubercolosi aperta diffusi in tutto il paese; e « una riserva di infezione in costante aumento » per riferire le parole di una relazione dell'Ufficio sanitario di una delle più vaste contee della Gran Bretagna.

Ne consegue logicamente che la mancanza di una riabilitazione adeguata paralizza tutto lo sforzo antitubercolare del mondo e che i principali beneficiari dell'attuale sistema non sono nè i pazienti nè lo Stato.

Questa è una conclusione ben grave, ma io penso che si possa evitarla finchè l'attuale sistema, che incomincia dal dispensario e procede attraverso l'ospedale e il sanatorio per ritornare nuovamente al dispensario rimane inalterato.

Consideriamo ora la questione della riabilitazione senza di cui ogni altra misura antitubercolare è, secondo me, destinata a fallire. E' possibile riabilitare il tubercolotico e se così è chi ne ritrarrà il beneficio?

Si tratta di una questione ben ampia e molto di ciò che io sto per dire si può applicare anche a coloro che sono resi inabili da altre malattie oltre alla tubercolosi. Persiste purtroppo in tutto il mondo l'incapacità di realizzare l'immensa importanza della questione, sia da parte dei singoli Stati sia da parte delle popolazioni. Ma gli statistici e coloro che studiano il corso degli eventi non possono non rendersi conto che il progresso dell'industria e il ritmo e la tensione della vita moderna hanno due effetti. Essi determinano un maggior numero di accidenti nella popolazione lavoratrice e rendono sempre più difficile il riassorbimento di questi invalidi. Soltanto coloro che sono in piena efficienza resistono alla tensione. Gli altri, che costituiscono una maggioranza sempre crescente, soccombono. Essi diventano un passivo, anzichè un attivo per lo Stato.

Attualmente non si risente ancora in pieno l'effetto di questo processo perchè il costante miglioramento della produzione meccanica compensa la perdita del potere lavorativo e inoltre, accelerando la produzione, provvede al profitto

dal quale si detrairà quanto è necessario per mantenere miseramente gli inabili. Ma prima o dopo l'assurdo processo mediante il quale noi sprechiamo tutte le capacità produttive dei parzialmente inabili e simultaneamente tassiamo gli abili affinché li mantengano, avrà le sue conseguenze, ed il mio obiettivo, in questa relazione, è di suggerire i mezzi per evitare la confusione e il danno che ne deriverebbero. Sentiamo già delle voci di protesta sul costo dei servizi sociali. Questo è il primo segno. Tali proteste si faranno sempre più alte col progredire del tempo; ed a meno che i Governi non siano tentati ad appagare gli abili a tutto danno degli inabili, io spero che voi vorrete sostenermi nella mia affermazione, che la soluzione sta nella riabilitazione, la massima riabilitazione degli inabili.

Gli individui tubercolosi che hanno definitivamente superato lo stadio « iniziale » sono, dal punto di vista industriale, inabili. Il loro stato di salute incerto. Alcuni giorni si sentono bene, altri no. Non possono sostenere lo sforzo di una giornata piena di lavoro, ammesso che sia loro concesso farlo. Ma in ambiente favorevole essi possono compiere una certa quantità di lavoro sufficiente, in molti casi, a mantenere loro stessi e le loro famiglie. Con l'aiuto delle macchine essi possono guadagnare molto di più di quanto possano ricevere dalla pubblica assistenza. Prendendo ad esempio l'esperienza di Papworth, noi calcoliamo che se i nostri ricoverati che lavorano e le loro famiglie fossero mantenuti dalla pubblica assistenza, riceverebbero in tutto circa Lst. 17.500 all'anno. E' indubbio che su questa somma potrebbero vivere, sebbene in circostanze misere e deprimenti. Ma a Papworth essi guadagnano circa Lst. 40.000 all'anno, riuscendo pertanto a vivere, grazie alla loro applicazione, due volte meglio che se fossero disoccupati. Il beneficio che ne ritraggono è straordinario. Il lavoro stesso agisce da tonico e finchè è sapientemente dosato, aiuta a promuovere la resistenza alla malattia. E il guadagno è sufficiente all'acquisto di alimenti adeguati, che pongono fuori causa la possibilità di una ricaduta in seguito ad una ipoalimentazione, ed aiuta a proteggere la famiglia dalla malattia.

Un altro risultato che si ottiene a Papworth

è il seguente: che i lavoratori e l'istituto, quale datore di lavoro, contribuiscono con più di Lst. 2000 all'anno all'assicurazione sulla malattia e la disoccupazione. Lo Stato viene così a risparmiare non soltanto Lst. 17.500 — cifra necessaria a mantenere tutta questa gente nell'ozio — ma viene per di più a ricevere da essi Lst. 2000 all'anno. Così il beneficio totale realizzato dallo Stato è di Lst. 19.500 all'anno, mentre l'economia nazionale in genere realizza il beneficio di un potere di acquisto di Lst. 40.000 all'anno invece di sole Lst. 17.000.

Papworth è la dimostrazione della riabilitazione. Posta a raffronto con tutta la vastità del problema è, beninteso, di modestissime proporzioni. Ma se in piccola scala può dare questi risultati, non è forse evidente che la riabilitazione è possibile ed anzi direi essenziale? Vedremo come la riabilitazione sia di beneficio tanto ai pazienti quanto allo Stato, i due elementi nel problema tubercolare che ottengono scarso o nessun beneficio da un servizio tubercolare che non mira alla riabilitazione. Perché dunque, vien fatto di domandare, si aspetta ancora a sviluppare la riabilitazione dei tubercolotici?

Vi sono molte ragioni. Una di queste, ho motivo di ritenere, è dovuta all'apatia: apatia da parte del pubblico in genere, apatia da parte del servizio tubercolare stesso. Già nel 1926 il nostro Primo Ministro attuale, Mr. NEVILLE CHAMBERLAIN, che era allora Ministro dell'Igiene, dichiarò alla Camera dei Comuni che secondo lui Papworth segnava la via alla « attenuazione o alla soluzione di un problema molto grave » e sollecitava le autorità locali a « ripetere l'esperimento »; ma nei paesi democratici le riforme sono, di regola, il risultato di agitazioni popolari e persino una popolazione di 300 mila tubercolotici in Inghilterra non basta, come numero ed influenza, ad attirare su di sé l'attenzione del potere legislativo. Nei paesi a regime non democratico, le riforme necessarie vengono effettuate non appena il potere esecutivo si rende conto della loro necessità; ed io ho avuto il privilegio di ricevere a Papworth il prof. MORELLI, il cui vasto programma antitubercolare in Italia ha suscitato tanto interesse e tanta ammirazione. Considerato quindi che lo sviluppo del

concetto della riabilitazione richiede un certo slancio politico, è evidente che gli Stati democratici si trovano in condizione di svantaggio e può darsi che gli Stati non democratici siano in grado di procedere più rapidamente in questo campo, allorché e se decideranno di passare all'azione. Comunque sia, la riabilitazione degli inabili deve prima o poi essere intrapresa in tutti i paesi e ciascuno di essi affronterà il problema nel modo più conforme al genio nazionale ed alla forma di governo. Ma prima dobbiamo liberarci dalla nostra apatia; dalla tendenza ad accettare le cose come sono, a considerare i problemi umani attraverso lenti patologiche, ad accontentarci di definizioni, a cercar rifugio in palliativi. Ho notato un progresso negli ultimi 20 anni. Ho visto attribuire alla questione della « capacità lavorativa » una importanza clinica. Ora dobbiamo però avanzare di un passo e renderci conto, come ho già detto, che la capacità lavorativa per se stessa non ha valore se non è associata con la possibilità di guadagno. Sappiamo tutti benissimo ciò che il trattamento clinico può ottenere; sappiamo tutti benissimo che suo obiettivo dovrebbe consistere nel restaurare la capacità lavorativa. Dobbiamo però riconoscere che vi è ancora una frase da aggiungere per rendere completo il cruciverba, e cioè provvedere alla possibilità di guadagno. Solo a noi è dato di foggiare la pubblica opinione, che sola può influire affinché tale opportunità sia concessa; e solo allora potremo incominciare a realizzare in pieno il beneficio di quei processi medici e chirurgici i cui effetti ora sono largamente perduti. Noi non possiamo permetterci, sia come medici che come cittadini, di rimanere più a lungo apatici, ed io invoco la azione.

Un altro motivo per cui lo sviluppo della riabilitazione è ritardato è, secondo me, il timore. Gli abili temono la concorrenza degli inabili. La questione è che la riammissione al lavoro di tre individui inabili significa la perdita del posto per uno e anche due abili. Ora fino a poco tempo fa questa contesa poteva avere fondamento. L'entità del commercio era limitata da un sistema monetario rigido, vincolato all'oro, che non teneva conto dell'aumentata capacità prodotti-

va mondiale. Con questo sistema ogni aumento di produzione significava una caduta dei prezzi, poichè non vi era un meccanismo che assicurasse un adeguato aumento del consumo man mano che veniva ad accrescersi la produzione. Questa caduta dei prezzi era invariabilmente attribuita a sovrapproduzione, mentre ora si va man mano realizzando che il male effettivo non sta nella sovrapproduzione, bensì nello scarso consumo. Dopo tutto sono solo i multimilionari che hanno avuto abbastanza di tutto. Il restante della popolazione non ha mai avuto abbastanza di qualcosa, di guisa che di fatto non si è mai avuto una sovrapproduzione. Poichè nessuno, salvo un avaro, è disposto a consumare di meno (under-consume) è evidente che il minor consumo è una condizione involontaria dovuta ad una inadeguata disponibilità di denaro. Ora il denaro è semplicemente una licenza di consumo. I prezzi rimarrebbero stabili e tutto ciò che si produce troverebbe una vendita facile. Era invece consuetudine lasciar la produzione senza controllo e controllare la licenza di consumare secondo la riserva aurea della banca centrale di ciascuna nazione. Occasionalmente il rapporto fra oro e merci si reggeva bene e tutto procedeva per il meglio. Ma il più delle volte non era così. Con *poco oro* i prezzi cadevano, i produttori chiudevano le fabbriche ed i lavoratori perdevano il posto. Questo processo così mal combinato e così penoso aveva l'effetto di limitare la produzione, così che con l'andar del tempo vi era *troppo oro*. Il processo veniva allora rovesciato, i prezzi aumentavano, i produttori riaprivano le fabbriche ed i lavoratori ritrovavano il posto. Questa continua alternativa di alti e bassi era considerata fino a poco tempo fa la caratteristica essenziale di una finanza sana: e finchè durava questo stato di cose si comprende facilmente come la riabilitazione non potesse venire incoraggiata. Nei tempi di crisi ogni persona inabile impiegata poteva dire di sottrarre il posto ad una abile e nei tempi floridi gli inabili non erano in grado di sostenere l'intensa pressione alla quale il mercato in via di ripresa — e col pericolo di ricadere da un momento all'altro — sottoponeva i capi dell'industria.

Ora, invece, le cose sono mutate. In molti paesi il vincolo con l'oro è stato spezzato e la

valuta è accuratamente sorvegliata in modo che la licenza di consumo sia in costante rapporto con la disponibilità di merci prodotte. Alti e bassi non sono più necessari ed anzi improbabili, come è stato dimostrato dal caso della Gran Bretagna nel 1938. Secondo le regole del vecchio sistema, ci sarebbe dovuta essere una grave crisi finanziaria. Invece non ce n'è stata alcuna. Questo è un indice che il nuovo sistema ha successo e come corollario al suo successo, esso prepara la strada alla riabilitazione degli inabili. Che esso abbia questo effetto nell'economia germanica è ampiamente confermato da una circolare pubblicata non molto tempo fa dal Consiglio direttivo dell'Ente nazionale germanico di assicurazione. Questa circolare dice che in vista del piano quadriennale, la nazione non può rinunciare a nessun membro della comunità che possa essere un lavoratore potenziale. Perciò ad ogni individuo tubercolotico dovrebbe essere affidato un lavoro adatto al suo stato e tale da assicurargli un introito sufficiente. L'obiettivo principale consiste nel reintegrarlo nel suo lavoro precedente. E' stato elaborato un questionario ed è stato disposto che un agente di collocamento visiti regolarmente i sanatori dove ogni singolo caso dovrebbe essere preso in considerazione mediante un consulto fra il medico, l'agente di collocamento ed il paziente. Restano escluse le occupazioni dannose al pubblico.

Il timore della perdita del posto per gli abili non dovrebbe quindi più costituire un ostacolo per la riabilitazione degli inabili. Resta invece l'apatia di cui ho già fatto cenno. Sta a noi a distruggerla, noi che ci consideriamo interessati al problema della tubercolosi dobbiamo gridare dai tetti alcuni fatti sulla tubercolosi. Mi sono già riferito al fatto che vi sono 57.000 casi di tubercolosi aperta negli Stati Uniti. Sarebbe mai possibile che quel grande paese così giustamente rinomato per le sue organizzazioni sanitarie, tolleri la presenza nella comunità di 57 mila lebbrosi o vaiolosi? Eppure si tollerano 57.000 tubercolotici, ognuno dei quali è molto più pericoloso. In Germania il Consiglio direttivo dell'Ente nazionale per l'assicurazione ha emesso una decisione per la quale è considerato illegale l'assunzione in servizio di un caso positivo di tubercolosi. Questo è un passo sulla via

della prevenzione: ma secondo me è un passo che, per un senso di giustizia per il tubercolotico, dovrebbe essere accompagnato dall'offerta di un lavoro di pari grado ed in ambiente controllato, in altre parole, riabilitazione.

Vi sono altri fatti ancora: Il fatto che la diminuzione della quota di mortalità e di morbidità trae in inganno il pubblico facendogli credere che la tubercolosi è vinta, mentre in realtà « la riserva dell'infezione è in costante aumento ». Il fatto che il costo della tubercolosi è pure in aumento in conseguenza del prolungamento della cura. Il fatto che il tubercolotico vive più a lungo, e la maggior parte del tempo in ozio e infelicità, a spese dello Stato. Il fatto che diverse attitudini possedute da questi disgraziati sono completamente sprecate. Il fatto che tutto il sistema antitubercolare è destinato a fallire se non provvede ad assicurare la riabilitazione del paziente.

E' certo che con questi fatti a nostra disposizione noi possiamo indurre all'azione quegli enti, sia che si tratti di Parlamento od altro, la cui cooperazione è essenziale. Ed è certo che se noi stessi ci interesseremo quanto occorre, l'azione non tarderà a seguire. La via una volta segnata, è chiara. Non vi sono scuse per gli indugi. Noi dobbiamo reclamare un'azione rapida e decisiva oppure venir meno alla fiducia che i nostri pazienti hanno riposto in noi.

Vorrei riferirmi ancora una volta al medesimo articolo del *Lancet* il quale dice: « Se si vuole un'assistenza post-sanatoriale efficace dobbiamo progettare su molto più vasta scala di quanto fatto finora prendendo in considerazione tanto il bene della comunità quanto quello del paziente. Comunque, entrambi gli obiettivi possono essere raggiunti concedendo un'adeguata attenzione a quest'ultimo ». Questo è giustissimo ed io vorrei concludere suggerendo di che natura debba essere l'azione necessaria. Basta una frase per comprendere le nostre richieste. Tutto ciò che ci occorre è che ciascun Governo nomini un Comitato nazionale di riabilitazione; garantisca il capitale e gli interessi sul capitale

richiesti; consideri detto Comitato come l'Apaltatore generale per tutte le forniture statali e municipali; e come direttiva generale dia la preferenza al concetto della riabilitazione rispetto a quello del risarcimento in contanti.

L'aiuto finanziario dello Stato dovrebbe limitarsi alla semplice garanzia, e, a giudicare dai risultati ottenuti a Papworth, bisogna riconoscere che l'economia realizzata in altre direzioni copre e supera di molto ogni eventuale uscita sotto questa voce. I Comitati non potrebbero assumere di punto in bianco l'esecuzione di tutti gli ordinamenti governativi; ma se in linea di principio il Governo volesse dare la preferenza alle proposte del Comitato, non passerebbe molto tempo che un numero enorme di inabili sarebbe abilitato e convertito da passivo in attivo. Se Papworth riesce a trasformare una uscita del Governo di Lst. 17.500 in un'entrata del Governo di Lst. 2000; se riesce ad elevare il potere di acquisto della sua popolazione da Lst. 17.500 a Lst. 40.000, può esservi qualcuno che consideri con sfiducia la mia affermazione che questi risultati potrebbero essere moltiplicati per cento?

Finanziariamente non può esservi opposizione e dal punto di vista umanitario meno ancora. Posso quindi concludere citando le parole di uno dei nostri maggiori pro-consoli, il generale Sir REGINALD WINGATE, che dopo il suo ritiro dall'Egitto e dal Sudan ha appoggiato spesso lo sviluppo nazionale della riabilitazione? Le sue parole riassumono i vantaggi dal punto di vista dell'individuo inabile e dovrebbero destare un eco nei nostri cuori e nelle nostre menti:

« Sostituire una riabilitazione reale, effettiva, al magro conforto di un risarcimento in contanti; convertire un individuo inabile, ridotto alla miseria senza sua colpa, in un lavoratore che percepisce un salario; ridargli l'indipendenza sottrattagli dalla fatalità; permettergli di allevare i suoi figli in condizioni favorevoli; salvarlo dalla amarezza che è inseparabile da un ozio prolungato e mal remunerato: ecco un compito che merita tutti i nostri sforzi ed uno dei più grandi servigi che possiamo rendere alla Nazione ».



58945

330851

