



264  
70-0

Prof. ORESTE BELLUCCI

# Giornata medico-legale dell'invalidità

---

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 16, del 31 agosto 1939-XVII

---





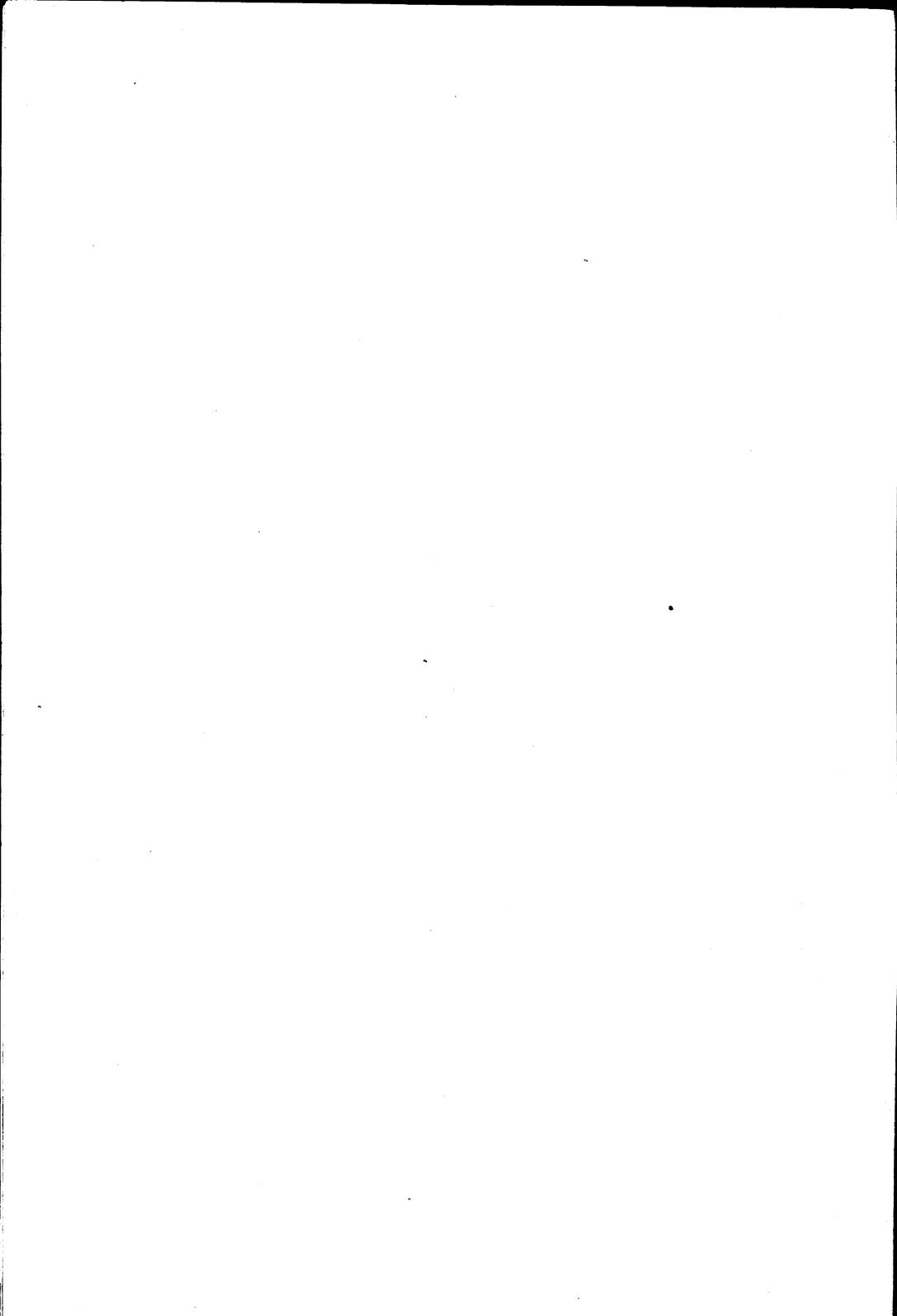
Prof. ORESTE BELLUCCI

# Giornata medico-legale dell'invalidità

---

*Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 16, del 31 agosto 1939-XVII*

---



---

Promossa dall'Associazione Italiana di Medicina legale, ed egregiamente organizzata dal prof. MACAGGI, si è tenuta a Genova la giornata medico-legale della invalidità, durante la quale si sono svolte numerose comunicazioni. Relazioni e comunicazioni sono state forse troppo numerose, data l'importanza degli argomenti trattati, le loro oscurità, e le difficoltà di una efficace impostazione *teorica* dei singoli problemi che, viceversa, potrebbero prendere specialissimo risalto se sorretti ed avvivati da una appropriata casistica clinica e medico-legale, e da una non affrettata discussione in contraddittorio.

Non pertanto, pregevolissimi sono riusciti i differenti contributi, tra i quali ricordo, senza che mi sia possibile riassumerli, quello del MENESINI, sulla valutazione della invalidità preconstituita; quello del LORO sulle prestazioni medico-chirurgiche; e quelli del CATTEBENI, del COLOMBO, del MARCUCCI, dello SCARPA, del CREMA, del TARITANI, del CENSI e di altri valorosi studiosi, che avrei voluto qui analizzare se lo spazio concessomi non me lo avesse vietato.

*Il tema fondamentale* però, quello sul quale convergeva l'attenzione di tutti gli studiosi, era il primo; sia per la sua portata generale, sia perchè relatore ne era il prof. GIUSEPPE FRANCONI, capo dei Servizi medici della Previdenza sociale: il tema cioè della *Tubercolosi ed invalidità*.

Di questo argomento la grande esperienza clinica e medico-legale del relatore ha condotto a chiarire limpidamente molti e molti punti controversi, ed a diradare in gran parte certe oscurità che erano e sono forse ancora all'orizzonte.

Contrariamente a quanto sembrano opinare molti medici delle nostre Casse malattia (più abbacinati dal luore di certe parole, che dalla realtà dei fatti), il FRANCONI ha detto chiaro e forte che i tubercolotici in genere, conservano a lungo ed in misura elevata, la loro capacità di lavoro, e questa affermazione avvalorata dalla testimonianza del DUMAREST, del BIONDI, del CAMPANI, dell'HIRSCH e di molti altri, dovrebbe essere seriamente ponderata da coloro che amano le frasi fatte, e che — per pigrizia mentale — accettano ed applicano meccanicamente l'equazione tubercolosi-incapacità di guadagno.

Il problema della capacità lavorativa è sempre duplice: clinico e medico-legale; ed è sulla base del reperto clinico che deve essere sempre fondato il giudizio medico-legale.

E' indubitato che in tema di tubercolosi non è facile, però, sceverare caso da caso.

La tubercolosi polmonare è infatti forma morbosa polimorfa. Il suo decorso è variabilissimo; non soggetto a nessuna regola fissa, in quanto le realizzazioni della difesa organica assumono aspetti molto differenti tra loro.

Malgrado ciò, ai fini di un sano e corretto giudizio medico-legale, è sempre possibile inscrivere le differenti specie cliniche in questa o quella casella preconstituita, istituendo così figure generiche, che facilitano il compito pratico del medico legale. Il FRANCONI auspica che tali figure siano sempre più informate alla «modalità dell'andamento clinico»; il che, in linguaggio clinico, significa che è indispensabile stabilire, caso per caso, se la malattia si trovi

nella sua fase evolutiva, od abbia raggiunto uno stato di inattività, o se non si sia infine stabilizzata in una forma decisamente cronica. Nel caso poi di forma inattiva, occorre perseguire l'indagine ulteriormente, per accertare se si sia o meno verificata la così detta guarigione clinica (con o senza postumi).

Il FRANCIONI asserisce subito che nelle « forme evolutive » si realizza la figura della incapacità lavorativa; e su questo punto non può esistere dubbio.

Ma può in siffatte evenienze parlarsi, *sic et simpliciter*, di incapacità *permanente*? Questi problemi sono spesso di difficile trattazione; nè può sempre darsi ad essi una soluzione sicura; men che meno, una soluzione standardizzata.

Ecco perchè nella prassi assicurativa, si tende a girare gli scogli, assegnando ai postulanti le prestazioni curative — più costose ma socialmente più utili — ed applicando la norma, che nel corso delle prestazioni tubercolari, non può farsi luogo alla assegnazione di una pensione.

L'espedito è utile; è anche raccomandabile, ma non rappresenta, a nostro avviso, la soluzione di un problema che, talvolta, a dir vero, non può essere risolto.

Ma *quid iuris*, in quelle evenienze (che non sono poi tanto rare) nelle quali l'ammalato rifiuta le prestazioni curative dell'assicurazione contro la tubercolosi, e reclama l'assegnamento di una pensione di invalidità?

Per questi soggetti in fase evolutiva, la grave riduzione della capacità di guadagno, la necessità del riposo, onde evitare possibili aggravamenti, la diffidenza dei datori di lavoro di assumerli in servizio se siano tossicolosi od appaiano scaduti nella loro nutrizione, rendono giustificata la concessione di una pensione di invalidità; per quanto la nostra coscienza di medici sia turbata dalla previsione del danno individuale e sociale che da questo orientamento può derivare.

Ma a che valgono queste nostre riserve, sino a che il ricovero obbligatorio non sia stato sancito per legge?

Uno degli espedienti più comuni che suole essere applicato in quei casi in cui l'offerta di prestazioni curative non fu accolta (e cioè mal-

grado esistano fondate speranze di ricupero) è quello previsto dall'art. 82 della legge, che comina la sospensione della liquidazione della pensione all'assicurato che, senza giustificati motivi, si rifiuti di sottostare alle cure prescrittegli per prevenire o per rimuovere la invalidità; ma è ovvio che si tratta di un atteggiamento di pensiero medico-amministrativo a fine sociale, che non modifica il principio medicolegale, ormai pacifico, che le forme di tubercolosi polmonare a tipo evolutivo, realizzano, salvo casi speciali, il presupposto della pensionabilità.

Quanto alle così dette forme di tubercolosi cronica e dei così detti « migliorati stabiliti », il FRANCIONI ci ha fatto sapere (ed era logico attenderselo) che esse non sono poche e che è da temere aumenteranno sempre più, sino a che non sarà realizzato il grande postulato della diagnosi precoce.

Osservazione incidentale questa, ma che per essere frutto di una vasta e ponderata osservazione, merita di essere — per i suoi innumerevoli riflessi — attentamente considerata!

Nè contro di essa vale l'asserzione, tra empirica e facilona, che in fondo questo gruppo di ammalati non sembra essere, per ora, numerosissimo. A parte, infatti, la considerazione che molti di questi ammalati fanno quanto sta in loro per nascondere il loro stato, non si possono dimenticare i risultati del BRACHMANN che, in Germania, li fa ascendere alla cifra di 60-80.000 circa!

Per questi soggetti, che assai sovente conservano la possibilità — intesa in senso lato — di attendere alle loro occupazioni, e non di rado anche il desiderio di lavorare, una recente sentenza del R.V.A. Germanico ha sancito il diritto alla pensione; e ciò sopra tutto per ragione di profilassi.

Questo indirizzo è però stato qua e là vigorosamente oppugnato; specie in Germania; ed in proposito il FRANCIONI riferisce le idee del GABE (lasciandogliene però la responsabilità): che cioè questi ammalati non presenterebbero serio pericolo di contagio se non nei casi estremi di

gravità (difficilissimi invero ad essere discriminati) ed in particolari condizioni di lavoro (sopra tutto lavoro in ambienti polverosi); onde la generalizzazione del principio della loro pensionabilità, sembra apparire provvedimento economicamente molto gravoso; ma sopra tutto, sproporzionato ai vantaggi che se ne potrebbero trarre.

Che cosa avviene in Italia nei confronti di questi ammalati ad andamento cronico o cronicissimo, ad esecrato positivo?

Qui, in mancanza di statistiche, ci soccorre l'esperienza personale del FRANCIONI; ricca, serena, illuminata.

Lo stato di fatto è questo:

Moltissimi di questi ammalati (continuamente e saltuariamente positivi) pel fatto che conservano un discreto grado di capacità di lavoro, non richiedono nè le prestazioni curative della assicurazione contro la tubercolosi, nè quelle economiche previste dalla assicurazione contro la invalidità.

Invece sussisterebbe per essi, almeno in Italia, la possibilità di domandare sia l'una che l'altra prestazione assicurativa. Per quanto riguarda il diritto alla pensione, da noi, contrariamente a quanto accadeva prima in Germania, la questione della non pensionabilità dei tubercolotici cronici positivi, non è mai stata sul tappeto, perchè si tiene, in generale, gran conto, sia delle probabili interruzioni di lavoro (riacutizzazioni) che delle difficoltà di collocamento.

E' noto infatti che per certe occupazioni, è indispensabile (per disposizioni concrete del Regolamento generale di igiene del lavoro) la visita medica preventiva, ai cui rigori non si può pensare che ammalati, pur desiderosi di lavorare, possano sfuggire; onde sotto questo punto di vista alla eventuale domanda di pensione, suole accordarsi la massima considerazione.

D'altra parte — malgrado le idee ottimistiche del GABE — non si può in alcun modo pensare che a soggetti bacilliferi (saltuari o continuativi) possa consigliarsi un lavoro che li ponga a contatto, ad esempio, di elementi giovani, o comunque un lavoro in comunità. Del resto, questi soggetti, o perchè tossiscono spesso, o perchè appaiono scaduti nella nutrizione generale, si trovano in condizioni molto difficili, anche quan-

do si siano occupati, pel fatto che riescono subito sgraditi ai loro compagni di lavoro.

Se a questa considerazione si aggiunge che i datori di lavoro evitano di assumere in servizio soggetti che non siano, anche in apparenza, robusti e capaci di alto rendimento, appare logico, umano, e socialmente utile, l'indirizzo che il relatore dà alle sue determinazioni; che cioè, pure ammettendo che in molti casi gli ammalati cronici e cronicissimi conservano una discreta capacità di lavoro, si deve tener molto conto delle difficoltà del loro collocamento sul mercato del lavoro, e presumere la possibilità di guadagno, solo quando esistono condizioni particolarmente favorevoli (mestieri adatti, impieghi fissi, ecc.).

Il problema degli ammalati di tubercolosi, *convalescenti o guariti* e della loro posizione davanti alla legge sulla invalidità, è anche esso straordinariamente complesso.

Malgrado ciò, il FRANCIONI, colla sua abituale lucidità di pensiero e di espressione, è riuscito a districarlo nei suoi elementi fondamentali in modo che non possiamo non ritenere soddisfacente.

Che cosa dobbiamo intendere, innanzi tutto per tubercolosi guarita?

Le forme tubercolari, evidentemente, non possono considerarsi guarite se non in quanto siano divenute almeno inattive.

Ed inattive debbono ritenersi (secondo quanto ebbero a riferire il LAURET e CAUSSIMON al Congresso francese della tubercolosi del 1931) quelle specie nelle quali « *i focolai di malattia non contengono più bacilli vivi e virulenti, o li mantengono così bene incapsulati e separati dall'ambiente esterno e dai tessuti contigui, dal sangue e dalla linfa, da non dare segni fisici e reazioni umorali (reazioni da malattia, s'intende, e non da infezione) abbastanza netti da essere rilevati* ».

Quali sono però i segni fisici e le reazioni umorali, a cui la previdenza può annettere importanza decisiva per giudicare della non avvenuta guarigione?

Il FRANCIONI li ha elencati e rapidamente illustrati:

- 1) la febbre, e soprattutto la instabilità termica;
- 2) la presenza di certi segni fisici polmo-

nari, studiati con cura grande e con acuto discernimento clinico;

3) la presenza di tosse, di escreato, di dispnea, ecc.; ricordando, però, che questi sintomi possono essere anche l'esponente di processi di riparazione (sclerosi, atelettasie, aderenze pleuriche) o di fatti concomitanti (bronchiti, broncoectasie, ecc.);

4) la presenza di certi segni circolatori (tachicardia, instabilità del polso, ipotensione, ecc.);

5) la presenza di bacilli; presenza di fibre elastiche nell'espettorato; risultati dedotti dalla velocità di sedimentazione, ecc.;

6) la reazione di flocculazione, reazione di coagulazione, deviazione del complemento, ecc., in quanto sono indici di modificazioni sensibili nel periodo di regressione e di stabilizzazione delle malattie;

7) gli esami radiologici, saggiamente interpretati.

Ma accanto a queste ed altre prove numerose, che dovrebbero condurre a un giudizio di inattività della forma morbosa, stanno alcune prove pratiche di più facile esecuzione e che possono costituire ottimi mezzi di rilevazione (quando però siano compiute con metodo e con continuità di criteri). Questi mezzi che, a dir vero, costituiscono, più che altro, un controllo del raggiungimento o meno di una mèta (guarigione clinica stabile), si concretano nella ricerca — durante l'attività lavorativa — dei comuni indici termici, ponderali e circolatori.

E' ovvio infatti che modificazioni della termogenesi debbono farci pensare ad intolleranza del lavoro, specie se si accompagnano a frequenza del polso, ad alterazioni del ritmo respiratorio, a senso di affaticamento e di stanchezza, a disturbi del sonno e ad un aumento della velocità di sedimentazione delle emazie.

Queste prove (che costituiscono la base della classificazione ben nota del BOCCHETTI, atta ad incasellare le varie forme e fasi della tubercolosi nei loro rapporti colla capacità lavorativa) debbono avere un alto valore nel giudizio di invalidità dei soggetti tubercolosi.

Da queste premesse deriva però logicamente un postulato: che cioè allorquando uno stato di guarigione fu accertato con tutti i mezzi che la scienza e l'esperienza pone a nostra disposizione,

ed allorquando esso fu collaudato da prove negative durante e nel corso del lavoro, la capacità lavorativa generica deve essere presunta; seppure non debba decisamente ritenersi con sicurezza non compromessa.

\* \* \*

Giunto a questo punto, il relatore ha voluto entrare più minutamente nel meccanismo della guarigione delle varie forme tubercolari, distinguendo le forme essudative da quelle produttive, ecc.: ma per questa parte della relazione rimandiamo il lettore che abbia interesse di conoscerne i particolari, al testo originale.

L'esposizione di queste nozioni, di natura dottrinale, è stata del resto efficacemente completata, dal riesame dei mezzi clinici più in uso per lo studio della funzione respiratoria (ventilazione, ricerche di fisiopatologia polmonare, ecc.); e soltanto dopo questa rivista il FRANCONI ha formulato con molta chiarezza conclusioni, che meritano di essere riferite.

1. - Tutto induce ad ammettere che la capacità lavorativa generica del tubercolotico guarito s'ia di solito conservata in alta misura.

2. - La inferiorità di questi soggetti, di fronte ai sani, dipende sostanzialmente da due condizioni: a) dalla limitazione nella scelta delle occupazioni, imposta loro dalla qualità di tubercolosi guariti; b) dalla qualità ed entità dei potumi anatomico-funzionali.

Ciò premesso, si pone subito un altro problema scabroso:

E' la limitazione nella scelta delle occupazioni, elemento da farsi valere per la tesi di incapacità lavorativa?

Se la capacità od incapacità al lavoro fosse giudizio di natura esclusivamente medica, questi ammalati non potrebbero, in senso biologico, essere ritenuti incapaci, pel solo fatto che stentano a collocare la loro attività lavorativa sul mercato del lavoro.

Ma questa considerazione ha invece tutto il suo significato, se si tratta di stabilire la capacità o l'incapacità al *guadagno*; elemento questo che è per molti medici da considerarsi come al di fuori della loro competenza, seguendo su questo terreno i dettami della scuola classica, la quale aveva ed ha un sacro orrore persino di

deliberare problemi, che esigono prevalentemente esperienza viva e vissuta, degli ambienti di lavoro, e dell'attività che in essi si svolge.

Ma questo «orrore» non è affatto sentito dalla moderna medicina sociale. Su questo punto, avremmo perciò desiderato che il prof. FRANCONI (di cui apprezziamo il riserbo, dettato gli dalla sua posizione, ma di cui sappiamo anche, che egli non ha mai avuto difficoltà a chiamare pane il pane) ci avesse espresso il suo pensiero: perchè a guardare bene in fondo alla realtà delle cose, il grande problema della pensionabilità di certi soggetti tubercolosi, è tutto nella maggiore o minore valorizzazione dei coefficienti economico-sociali, in confronto a quelli di schietta ragione medica.

D'altra parte questa distinzione tra giudizi medici ed extra-medici, è soltanto formale; in quanto, secondo noi, è proprio il medico che stabilisce le controindicazioni (lavori polverosi, ambienti che contengono vapori irritanti; ambienti surriscaldati; lavori affaticanti, ecc.): è il medico igienista che provvede alla ricognizione di questo genere di lavorazione, ed è il medico del lavoro che ne indaga i più minuti particolari.

Ecco perchè — caso per caso — il medico dovrebbe esprimere il suo convincimento sul genere di lavoro adatto od inibito al lavoratore tubercoloso, con specifico riferimento ai differenti elementi della sua pensionabilità; non potendo accontentarsi di trasmettere agli elementi amministrativi il suo giudizio freddamente biologico, e che altri (sia pure sulla base di una lista dei mestieri consigliabili ai tubercolosi) risolve il problema.

Anche meno commendevoli di questo appaiono i procedimenti basati su criteri minutamente aritmetici e livellatori; criteri che vanno — purtroppo! — in qualche centro prendendo piede nella valutazione di tutti i fenomeni biologici, tanto nel campo della invalidità e della sua pensionabilità, quanto nell'ambito delle malattie.

Se, a questo punto, si volessero raccogliere le vele, per riassumere il pensiero del relatore in merito alla pensionabilità delle forme croniche e cronicissime di tubercolosi, si dovrebbe dire

che egli considera questi ammalati capaci di guadagno, solo in specialissime condizioni di ipoattività da un lato, e di favorevole ambiente di lavoro dall'altro.

Ciò ci induce a riconsiderare, con lui, il polo opposto della quistione; e cioè le forme meno gravi in fase di remissione e di miglioramento nei loro rapporti con la legge sulle pensioni da invalidità.

In questo campo il FRANCONI si è addimosttrato molto circospetto, come era del resto suo dovere; ricordando come il giudizio di invalidità sia giudizio strettamente individuale, nel quale solo i casi estremi autorizzano decisioni univoche.

E' forse questa sua circospezione che ha fatto dire al PELLEGRINI, che la relazione FRANCONI ci ha dato punti eccellenti di partenza, ma che le stazioni di arrivo non sono ancora in vista. Ma di chi la colpa, io mi domando?

Il relatore ha posto lucidamente il problema; ha indicato le difficoltà della strada, le brume che velano l'orizzonte; ma non ha detto — nè poteva dirci — dove troveremo la stazione di arrivo per i nostri bisogni di pratici; stazione che — del resto — continuamente si sposta.

Egli si è trovato e si trova, d'altra parte, nelle condizioni di dover applicare una legge che è sorta sulla base di precisi presupposti e di altrettante precise esigenze attuariali.

Indirizzi, programmi, e peggio ancora, criteri inconsiderati, proclamati da elementi responsabili, potrebbero condurre a gravi delusioni; e comunque incoraggerebbero un gran numero di persone ad una inattività lavorativa, comunemente dannosa; dannosissima se volta artificiosamente e con tenacia a preconstituire i coefficienti necessari ad una pensionabilità.

Le difficoltà grandi che si riconnettono al problema assicurativo tanto dei tubercolosi cronici, quanto dei convalescenti e dei guariti portano il FRANCONI ad affermare — per i malati e per i casi molto lievi — la preminenza dei provvedimenti curativi sui provvedimenti economici (pensione) come discende, se pure indirettamente, dall'art. 72 della legge della Previdenza Sociale; e per i convalescenti e per i cronici adatti rimedi (come colonie di lavoro, villaggi sanatoriali tipo Papworth, allenamento

al lavoro durante la degenza sanatoriale, ecc.).

Tutti questi problemi non hanno però avuto ancora una organica e pratica attuazione in nessun paese del mondo; nemmeno in quelli più ricchi di tradizione antitubercolare.

Pur non di meno, le provvidenze medico-sociali e specialmente l'assistenza post-sanatoriale, impostate come obbligo di legge, in Italia hanno raggiunto uno stadio molto progredito.

Sono queste provvidenze che attenuano le asprezze di certe situazioni che l'Assicurazione non è in grado di risolvere, e che tendono a rarificare sempre più quei casi-limite, che non riuscendo a raggiungere la soglia di una razionale assistenza economica fanno la maggiore

impressione tanto sui medici quanto sui profani.

Della bella, lucidissima relazione del FRANCHIONI, dobbiamo tutti essergli grati.

Tutti, io per primo, abbiamo appreso qualcosa; tutti abbiamo chiarito qualche nostra idea che nuotava nella indeterminatezza; e tutti — specialmente noi cultori della medicina sociale — abbiamo avuto la conferma di certe nostre idee che non sono di oggi soltanto; che cioè nel nostro clima storico sia sempre possibile affiancare al rigido criterio assicurativo, il correttivo che viene dall'esperienza e dal disinteressato desiderio della più illuminata applicazione pratica delle nostre leggi sociali.

59002

532533

