

Prof. GIOACCHINO BRECCIA

IL LAVORO DEI TUBERCOLOTICI

ESTRAITTO DA «LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI»
ANNO XI - NUMERO 8 - AGOSTO 1940-XVIII

Mise B.
6 P.
53



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

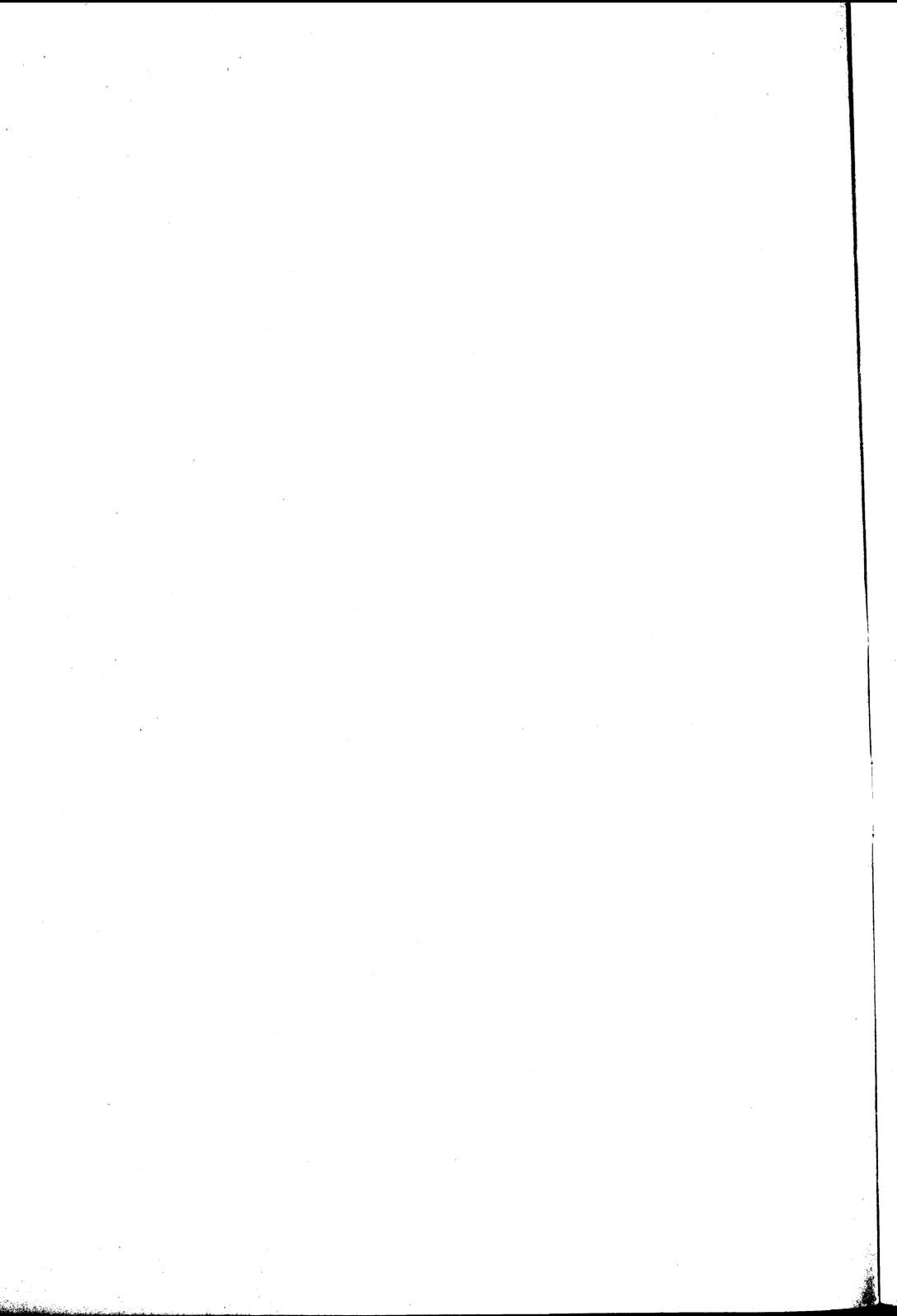
Prof. GIOACCHINO BRECCIA

IL LAVORO DEI TUBERCOLOTICI

ESTRATTO DA «LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI»
ANNO XI - NUMERO 8 - AGOSTO 1940 - XVIII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Il problema pratico della tubercolosi, e di tutte le malattie croniche, che permettono al soggetto una certa utilizzabilità economica per contribuire almeno in parte al proprio sostentamento, è un problema di « congruo lavoro vigilato ».

Problema clinico prima che economico e sociale, perchè è un problema clinico trovare al malato un genere di vita, che egli possa vivere col minimo pericolo possibile.

Nelle malattie croniche, che danno quindi un certo grado di invalidità-malattia, il fatto fondamentale e continuo è il collocamento del malato in lavoro ben tollerato, il fatto episodico e transitorio è la cura tutte le volte che la malattia presenti episodi di ripresa e dia scompenso funzionale, che porti la capacità lavorativa a zero.

Bisogna compensare funzionalmente le malattie croniche, ma questo compenso durerebbe pochi giorni, se il paziente non facesse vita adatta, cioè non fosse collocato in congruo lavoro. Questo collocamento in congruo lavoro è la cosiddetta cura igienica o meglio cura di conservazione.

Le malattie, che si trovano più che altre in queste condizioni, oltre la tubercolosi, sono le cardiopatie, le nefropatie, le gastro-entero-epatopatie, le malattie reumatiche e del ricambio, alcune malattie del sistema nervoso centrale.

Di queste il problema della spedalizzazione è correlativo a quello del collocamento in adatto genere di vita e di lavoro, che è poi, come detto, la cura di conservazione, la profilassi delle riprese.

Per questa ragione la recente messa a punto del BOCCHETTI (*Un problema urgente: il lavoro nei sanatori*, in « Lotta contro la tubercolosi », n. 7, luglio 1940-XVIII) ha un'importanza fondamentale.

E' necessario, egli dimostra, di seguire il suo esempio e del PARODI, e introdurre il lavoro nei sanatori, come un'altra organica possibilità di trattamento e di cura.

Caratteristiche fondamentali del lavoro curativo nei tubercolotici.

Le caratteristiche fondamentali del lavoro sanitario in generale e del lavoro per tubercolotici in particolare, sono:

Adeguatezza: Lavoro adattato alle condizioni dei pazienti e alle loro possibilità o tolleranze.

Regolazione: Lavoro regolato, ossia dosato nella quantità e durata con criterio e sorveglianza strettamente clinica.

Potenziamento curativo: Lavoro collaborato con le cure del caso, che si rendono necessarie nel comportamento clinico del soggetto in lavoro.

Nulla di preordinato serve a francarci dagli insuccessi o dagli imprevisti.

Nulla più tipicamente del lavoro sanitario nei malati specie tubercolari merita il nome di sperimento terapeutico.

E' noto che nel campo clinico l'effetto della cura ed in generale del trattamento (alimentazione e regolazione di vita) è un coefficiente di giudizio della diagnosi clinica.

E' il concetto *a laedentibus et jivantibus* degli antichi? Forse, ma non identicamente.

Lavoro adattato, regolato, potenziato curativamente secondo le condizioni e la tolleranza dei soggetti. Questo è il lavoro dei malati specie tubercolari. Lavoro d'indicazione clinica.

Condizioni analitiche dell'indicazione clinica dell'ergoterapia.

Le condizioni analitiche della indicazione clinica dell'ergoterapia in generale e nei tubercolotici in particolare si riassumono in questo concetto:

Tutti i malati non deflagranti sono indicati per l'ergoterapia, che sia correttamente scelta e dosata, stabilita cioè bene per qualità e quantità.

L'indicazione di *malati deflagranti* è un neologismo certo non lodevole, ma sul momento non mi soccorre alcun'altra indicazione per significare il malato, in cui un trattamento o una condizione qualsiasi di vita scatena una serie di conseguenze progressivamente sempre più dannose e sfavorevoli dell'evoluzione.

L'indicazione di iperreattivo, iperergico o simili non è adeguata, perchè non mette in evidenza che la reazione, che deriva, è sempre almeno primitivamente dannosa, se non sopraggiungano fatti di riparazione o difesa sufficienti in secondo tempo.

Nei soggetti deflagranti, soggetti incendiabili e facilmente tendenti a rapidamente distruggersi, nessuna terapia di reazione può essere impiegata senza paura.

Per questi una cura di lavoro è spesso praticamente inesperimentabile, perchè nè adeguabile, nè regolabile, nè potenziabile per le cure in modo favorevole o almeno efficace.

Quali sono i malati « deflagranti ».

I malati deflagranti, che cioè facilmente si accendono e non si spengono più, si manifestano come soggetti labili vegetativi, cioè individui, in cui l'equilibrio vegetativo non è stabile e resistente, ma facilmente si turba in modo dannoso.

Questa labilità è più facilmente avvertibile nella cenestesi, nella funzione vasomotoria, trofica, metabolica, termica.

Si tratta di soggetti, che facilmente si sentono male, vanno soggetti a stasi o congestioni, perdono di peso, alterano la nutrizione intima dei tessuti, e sono febricitanti.

Queste manifestazioni palesi dipendono dai fattori dell'equilibrio vegetativo, cioè dal fattore chimico, nervoso e ormonico.

L'*equilibrio chimico dei deflagranti* è turbato per anormale proporzione dei protidi fondamentali del siero, come indicano le innumerevoli reazioni flocculanti, la velocità di precipitazione delle emazie e la dosatura diretta dei protidi stessi.

Ma è probabile che anche gli equilibri proteico-metallici o colloidocristalloidi siano notevolmente turbati, come alcune ricerche ci permettono di ritenere.

L'equilibrio chimico è alterato, perchè anche i rapporti fra i vari elettroliti, specialmente il potassio e il calcio, possono essere modificati ed in generale il rapporto acido-base e la riserva alcalina, come manifestamente può dimostrarsi con apposite ricerche, o perchè l'anomalia può colpire i lipidi, specie il tenore della colesterina rilevabile con l'indagine della colesterinemia o il tenore in fosfatidi del sangue.

L'*equilibrio nervoso nei deflagranti* accusa spesso un'alterazione in senso sfavorevole delle correlazioni simpatico-parasimpatiche od anche un *disquilibrio endocrino* che si ripercuote sull'orientamento metabolico nel senso anabolico o catabolico, iper- o ipoangiotensivo, ritensivo o dispersivo (fissatore od eliminatore) dei metaboliti fondamentali, specialmente perchè più facilmente constatabili, dei glucidi, mediante lo studio della curva glicemica da carico, essendo pure, del resto, consultabile allo scopo il ricambio basale e la curva amminoacidemica.

L'*azione endocrina* regola il metabolismo dei protidi, lipidi e glucidi spesso in collaborazione o mediante la funzione epatica ordinaria.

I malati deflagranti, che sono poi i soggetti anche in salute facili a deflagrare, sono soggetti ad equilibrio instabile come bilancie mal regolate, i cui spostamenti non tendono mai di per sè a ritornare al punto medio o giusto.

Non si potranno nella pratica comune privata od ospedaliera sottoporre alle ricerche d'esplorazione vegetativa più corrente (prove di flocculazione, precipitazione delle emazie, rapporto potassio-calcico, equilibrio acido-base e riserva alcalina, colesterinemia-fosfatidemia, prove di potenziale vagosimpatico, e semplici ricerche endocrino-semeiologiche, curve glicemiche e amminoacidemiche, ricambio basale), ma possono essere segnalati e riconosciuti per le apparenze esterne più ovvie come soggetti discenestesci, vasodistonici in iper- o in ipoemia, distrofizzabili, facilmente « intossicabili », cioè mal tolleranti i cambiamenti del loro cibo, del loro lavoro, delle loro abitudini di vita,

facilmente febricitanti, per cause inadeguate, o per modeste vicende meteoriche o di affaticamento.

Questo basta per scoprire i deflagranti e difenderli dai rischi.

I mezzi di valutazione per l'indicazione dell'ergoterapia nei malati di petto.

Vari mezzi di ricerca sono stati proposti per conoscere, quando si può sottoporre il malato di petto al regime di lavoro senza paura di danno, ed è da attenderci che altri se ne propongano.

Tutti i mezzi di ricerca destinati a scegliere il soggetto adatto al lavoro fra i malati di petto, sono buoni per dare una persuasione a chi li adopera con fiducia da molto tempo, ma nella realtà sono tutti inattendibili, cioè non hanno ragioni provate in pratica per dare il successo.

D'altra parte la persuasione anche nelle scienze è questione di fiducia, prodotto meramente subiettivo ed abitudinale.

L'unico mezzo per stabilire se un ammalato, silenziato o non silenziato, apiretico o non apiretico, sopporterà il lavoro consiste nel provare con lavori di laboriosità ed affaticabilità crescente e di durata crescente e vederne gli effetti sulla cenestesi (benessere, cefalea, appetito, sonno), sulla temperatura del momento, sulle sensazioni riferibili alla circolazione (senso di vampa, di ghiaccio, di palpitazione, ev. tachicardia, rossore, pallore eccessivo, dispnea da movimento, ecc.), alla digestione (senso d'ostacolo epigastrico, nausea, vomito, dolori nei vari tratti digerenti, diarrea, ecc.), alla respirazione (comparsa o aumento della tosse, dell'espettorato, della tinta emorragica di esso, difficoltà di respiro, ecc.), sullo stato obbiettivo plessico acustico e radiologico focale.

Ciò del resto è quello che ogni buon pratico di cose sanatoriali fa da tempo indeterminato e con ottimi risultati.

Si può sbagliare in un modo o nell'altro, ma con la sorveglianza clinica totale e focale non si sbaglia mai molto, perchè si fa sempre a tempo per fare macchina indietro.

Biologia clinica del lavoro dei malati.

In fatto di lavoro per malati il concetto biologico coincide col concetto clinico, vale a dire quello che la biologia stabilisce con l'esperimento fisiologico viene osservato egualmente con l'osservazione delle variazioni cliniche.

Ciò vale massimamente per i malati di petto.

Il lavoro serve per:

1) facilitare l'ossigenazione del sangue e perciò le ossidazioni organiche portando più a fondo il metabolismo complessivo, ma soprattutto dei protidi, che spesso è incompleto, dei malati di petto.

L'ipercrossigenazione del sangue si deve all'aumento del lavoro mecca-

nico respiratorio, perchè la respirazione si fa più frequente, ed è più l'O₂, che entra che il CO₂, che viene trattenuto nel sangue.

L'*iperossigenazione* di per sè non garantisce: se il risultato per l'organismo sarà anabolico o catabolico, questo dipende dalla reazione individuale dei vari tipi costituzionali nei diversi soggetti;

2) *limitare la stasi polmonare*, che produce o facilita processi regressivi (degenerativi) spesso di dubbia sclerosabilità;

3) *aumentare la carica dell'adrenalina circolante* (simpatico-eccitatrice) influendo in secondo tempo l'equilibrio ormonico, molti tubercolotici specie polmonari essendo degli iposurrenali (astenici, ipotesi);

4) *determinare un'autoinoculazione specifica*, dovuta ad aumento dell'assorbimento focale polmonare per l'aumentata aspirazione respiratoria linfatica, interstiziale (*autotubercolinoterapia* con i suoi vantaggi e svantaggi);

5) *aumentare le forze circolatorie* centrali e periferiche come l'esercizio dosato fa in tutti i casi anche nei cardiopazienti;

6) *sviluppare la nutrizione e la forza dei muscoli*, per il movimento;

7) *migliorare la circolazione del fegato e diminuire la pletora addominale*, pure per il movimento;

8) *migliorare la funzione digerente* (cinesi e secrezione), per la stessa ragione;

9) *migliorare le condizioni del sistema nervoso vegetativo e di relazione*, per fattori intuitivi fisici e psichici;

10) *persuadere l'infermo che l'inerzia non è utile, che non deve essere l'eterno parassita pubblico e privato* e si può riadattare a un genere adatto di vita.

Questi ovvii rilievi riguardano tutti i soggetti e non i soli tubercolotici, eccetto quanto è scritto ai numeri 2 e 4.

Ometto una quantità di riflessi economico-sociali, che vanno per le bocche di tutti.

La clinica moderna, che fascisticamente ha riaffermato di essere la scienza non soltanto del conoscere, ma anche del curare le malattie, non si ferma più alla porta della infermeria e la chiude dietro di sè, quando il malato è stato dimesso, ma lo segue e fa di tutto per impedire che ricada, torni a fare tappezzeria nelle sale di cura: la sala di cura anche per la clinica didattica più trascendentale essendo, come fu detto, un episodio sempre breve del trattamento (dietetico, di regolazione di vita e cura) dell'uomo ammalato.

Vari gradi di lavoro sanitario per ammalati tubercolari di petto.

Parecchi anni fa me ne sono occupato.

Possiamo distinguere il lavoro dei tubercolotici in due tipi: lavoro degenziale o durante il ricovero in cura, e lavoro post-degenziale o del ritorno alla vita comune.

Lavoro degenziale, lavoro che può essere fatto nei luoghi di cura, sanatori, ospedali, asili di ricovero (tubercolosari) per malati meno ricuperabili e meno dimissibili. Come il BOCCHETTI ha dimostrato, questo provvedimento è della massima urgenza e necessità.

Eccetto condizioni molto favorevoli, come quelle realizzate dal BOCCHETTI, il lavoro degenziale sarà bene che si compia col minimo possibile di impianti costosi, a meno che ciò non torni a vantaggio economico dei gruppi amministrativi di soccorso sanitario, da cui il luogo di degenza dipende.

Il lavoro dei tubercolotici sarebbe desiderabile producesse cose, o prestazioni, che non escano dai luoghi di cura e se del caso gli oggetti prodotti siano resi innocui.

Come scrivevo in un mio articolo di dieci anni fa (*I tubercolotici a pubblico carico*, in « Rivista italiana della tubercolosi e della difesa sociale », n. 3, marzo 1930, Udine), esiste un grosso gruppo di malati, i quali sono necessariamente a pubblico carico o per miseria (non si sa che farne), o contagiosità inevitabile (devono in famiglia convivere con figli piccoli), per facile riattivabilità nella vita comune, e questi occorre mettere in condizione di vivere altrove che in degenza, subito che possano lasciarla.

I tipi di lavoro, che io consigliavo in quello scritto per luoghi di cura meno attrezzati sono:

- 1) *maglieria, confezioni, pizzi e ricami*, smaltibili la biancheria e le confezioni in parte nell'istituto stesso o in istituti collegati;
- 2) *lavori in legno* o di piccola falegnameria, smaltibili come sopra;
- 3) *lavori in pelle* (borse, cartelle, cuoi ornamentali, calzature, valigeria, eventualmente selleria o affini);
- 4) *lavori in stuoie, vimini e rafia* e simili come *fibre vegetali*, fabbricazione di scope e strumenti simili di pulizia dei locali;
- 5) *lavori in metallo* del tipo artigiano e di poca fatica (lavori da ottiere, elettricista, meccanico, ecc.);
- 6) *piccoli lavori agricoli e di allevamento di animali*.

Negli ospedali di Genova oltre i lavori della prima categoria, specie di maglieria affidati alle donne, per cura del presidente sen. Mosso è stato istituito un reparto di legatoria disimpegnato dai malati di petto.

In molti istituti anche esteri, i lavori in cartone, grafici ed artistici, il lavoro di orologiaio e simili sono stati proficuamente usati con mezzo di ergoterapia, bella e dilettevole. E i lavori di maioliche artistiche, che il BOCCHETTI istituì per i suoi ammalati di petto, sono del tipo delle fabbricazioni artistiche più indovinate fra quelli che richiedono speciale impianto.

Ad ogni modo lo spirito inventivo dei dirigenti i luoghi di cura potrà trovare tipi di lavoro vari senza ricorrere ad impianti del genere industriale, che si richiedono nel concetto di VARRIER-JONES realizzato a Papworth, la cui gestione è gravosa e non generalizzabile quanto esigerebbe il bisogno.

Lavoro post-degenziale o della vita comune. Questo è il punto principale. Diversi anni fa, quando facevo parte della redazione scientifica del periodico, così opportunamente fondato e diretto dal compianto sen. UMBERTO GABBI e disgraziatamente finito con lui, « Archivi Fascisti di Medicina Politica », studiai il problema del collocamento del tubercolotico (non più oltre emendabile per cure di degenza) in lavoro agricolo o artigiano in *villaggi climatici montani*, ove egli e la sua famiglia, ruralizzandosi e situandosi definitivamente in adatto clima in abitati preesistenti o di nuovo formati, esercitando mestieri campestri o artigiani rurali assistiti e sovvenzionati, si sarebbero bonificati sempre più: il malato per silenziarsi, la seconda generazione sana per irrobustirsi e terminare le dinastie dei minus-efficienti e dei minorati.

Io proponevo allora, per aumentare le possibilità di vita del piccolo centro abitato, o neoformato o neoampliato, di concentrare in codesti luoghi di soccorso, in collocamenti analoghi ma distinti, tutti coloro, che, avendo bisogno del pubblico aiuto, converrebbe meglio di provvedere di lavoro e di aiuti atti a riprendersi per la vita che vivono a carico delle opere di assistenza o di beneficenza.

Il principio sembra a me comune per tutti.

La società umana può aiutare a risarsi alla terra non soltanto i validi in cerca di lavoro, ma anche coloro che, bisognosi di lavoro ma incapaci di trovarne per qualità e quantità conveniente nella vita comune, minorati per malattia o per condizioni personali sfavorevoli (età, prestanza fisica, isolamento economico, famigliare, ecc.), finiscono per vivere malamente di inadatta e intermittente elemosina, mentre potrebbero rifarsi una vita più o meno capace di bastare anche parzialmente agli individuali bisogni.

Forniamo a questi tubercolotici e a questi semi-invalidi di altra specie almeno le stesse previdenze, con le quali r'attacciamo alla terra le famiglie una volta destinate a dissolversi nella emigrazione imprevedente e di fortuna.

Io dicevo allora e dico adesso che un tubercolotico, che viene fissato ad un pezzo di terra facilmente coltivabile e valorizzabile per l'allevamento di qualche animale, sia pure con l'aiuto del lavoro della sua famiglia e con facilitazioni del caso, o messo a fare un mestiere artigiano in campagna, in soccorso ed aiuto della comunità, se non è silenziato, non è più contagioso, purchè la casa sia adatta ed isolata alla campagna, e se c'è un modo, perchè egli si silenzi, questo è il migliore, mentre la sua famiglia diventa una famiglia rurale come un'altra non una famiglia del ceto bisognoso e morbile dei quartieri meno salubri della città.

Tale è il concetto dei villaggi climatici montani o submontani, che si differenzia dal concetto del *village-settlement* di britannica praticità, perchè si fonda sopra un minimo climatico curativo, perchè non è una colonia di cura ma un collocamento famigliare, perchè non è nulla di industriale o di commerciale, per cui il malato attivo o silenziato non lavora ad una produzione, che fa capo a una gestione od a una impresa, ma coltiva il suo campo o fa il

suo mestiere nella sua bottega per sè e la famiglia come tanti rurali sani, dai quali si distingue solo perchè, non essendo lavorativo al cento per cento, potrà essere aiutato ad andare avanti o a farsi collaborare nel suo lavoro, e perchè dovrà essere sanitarmente assistito, acciocchè non si rimetta a letto, ma alla maniera con cui un rurale qualunque avente cura di sè si proteggerebbe e si farebbe vigilare dal dispensario o al modo del dispensario, quando temesse di divenire un malato.

Certo il concetto sostenuto dal PARODI e già in misura più o meno modesta praticato in America, di fare riassorbire in mansioni adatte dalle industrie cittadine di provenienza l'operaio reduce dalla cura degenziale, è ottimo e va sempre più esteso.

Il collocamento in villaggi climatici servirebbe per quelli che non possono essere assorbiti.

I particolari di questo *collocamento lavorativo familiare in villaggi climatici rurali* certo potrà essere studiato al di là di quanto ho detto in quella nota da tanto tempo. Il problema della ruralizzazione dei lavoratori allora non era al punto concettuale e tecnico, a cui è giunto adesso, e per questo al richiamo del lavoro dei tubercolotici fatto dal BOCCHETTI e alla constatazione da lui messa in luce che l'attività in casi adatti agisce meglio del riposo assoluto, penso che il problema sia da porre come allora nella speranza di avere una soluzione adeguata alle condizioni attuali.

Che la cura di riposo per certi soggetti non andasse bene nemmeno nel senso semeiotico funzionale gli antichi clinici tubercolari si erano già accorti notando che, quando la temperatura non cede con il riposo assoluto, si poteva delle volte fare scomparire con un modico movimento. Il lavoro è modico movimento nell'ergoterapia antitubercolare.

Il concetto di una soluzione definitiva del problema del tubercolotico nella sua lunga evoluzione domiciliare e degenziale anche in base a questa vecchia, ma non decaduta osservazione clinica, si impone.

La popolazione degli ospedali delle grandi città.

La popolazione degli ospedali delle grandi città considerata anche su pochi dati solamente e cioè su la durata della degenza, sui caratteri di acuzie e su la frequenza delle recidive di degenza o anche semplicemente sui due primi, porta la luce sul problema. Partecipando nel 1930 a una revisione delle degenze del grande ospedale di San Martino di Genova, mi risultarono presenti 193 ammalati tubercolotici del polmone, 87 uomini e 106 donne.

Di questi, 75 avevano caratteri di attuale evoluzione, 118 di stazionarietà o di spiccata cronicità e più precisamente 31 uomini e 44 donne fra gli acuti, 56 uomini e 62 donne fra i cronici.

Fra i cronici maschi 42 erano entrati nell'anno 1929, 2 nel 1928, 1 nel 1927, 1 nel 1926, 1 nel 1915, 1 nel 1913, otto erano entrati nello stesso anno 1930.

Fra le croniche (femmine) erano entrate 42 nel 1929, 10 nel 1928, 2 nel 1926, 1 nel 1924, 1 nel 1923, 1 nel 1914 e 5, di cui 4 erano entrate nel 1929 e 1 nel 1928, non presentavano più fatti rilevabili acusticamente (silenziate).

Da ciò si deduce che in un paese, dove è intenso il lavoro, si poteva avere fino a poco fa l'1,78 % di ammalati che stanno tre anni all'ospedale, l'1,78 % che ve ne sta 4 e il 3,56 % circa che vi sta dai 15 ai 17 anni. Totale di degenze annose 7,12 % circa nei maschi.

E per le femmine si possono avere le seguenti cifre: 3,22 % che rimangono in ospedale per 4 anni, 1,61 % che vi rimangono 6 anni, 1,61 % per 7 e ancora 1,61 % per 16 anni, in totale 8,05 % di degenze annose.

Inoltre 5 casi per 62 malate non presentavano più segni di attività tubercolari, ma dovevano rimanere in degenza per ragioni sociali, dunque ancora l'8,05 % di degenze evitabili, nelle donne.

Su tutti i 118 ammalati fra maschi e femmine le degenze annose raggiungono complessivamente il 7,62 % circa e computando i cinque casi di soggetti (donne) senza segni focali non dimissibili per ragioni sociali, la cifra delle degenze non ammissibili in luoghi comuni di cura arriverebbero a 14 sul totale dei 118, dunque oltre l'11 %.

Cifra come si vede molto considerevole, quando si pensa che ciò avviene o meglio avveniva 10 anni fa in un paese come Genova, ove le opere di soccorso sono fra le più abbondanti ed efficienti d'Italia.

Occorre notare che la revisione delle degenze del massimo ospedale genovese avvenne, quando già chi doveva era passato sotto le cure della assicurazione obbligatoria operaia contro la tubercolosi.

E' immaginabile, come questo problema delle degenze evitabili diventi importante in altri paesi meno favoriti.

Evito intenzionalmente di accennare al problema delle degenze evitabili nei sanatori per malati tubercolari, perchè se ne è scritto fin troppo, ancorchè se ne sia concluso tuttavia troppo poco.

Si può dire sinteticamente che ammalati, che potrebbero stare altrove e fare qualche cosa di utile, pure attendendo alla propria cura di conservazione e di bonifica, ci furono fin poco fa, ci sono e forse ci saranno chi sa per quanto, nei comuni ospedali diagnostici e curativi per malati acuti ed emendabili in breve tempo per le malattie non tubercolari ed attrezzati a fornire una assistenza d'ogni specie e perciò appartenenti al rango di istituti curativi costosi per gestione, difficili per andamento, in ogni modo più costosi e difficili di quanto richieda l'assistenza e cura di ammalati non più intensamente evolutivi e in gran parte lavorativamente riutilizzabili, anche agevolando con ciò la guarigione.

Questo è il problema urgente denunciato dal BOCCHETTI, a cui mi associo.

Ma il problema dell'attività e del lavoro dei tubercolotici specialmente polmonari è legato al problema della sorveglianza clinica della focoattività.

Problema della sorveglianza clinica della focolattività.

L'attività focale e la sua riaccensione od aumento può essere variamente manifesta nel soggetto.

Io raccolgo in alcune sindromi indicative questi segni di attività:

1) *Sindrome distrofica*: Il soggetto senza fatti nuovi focali dimagra, poco o molto, ma con una certa progressione.

2) *Sindrome distonica*: Dimagrando o non dimagrando il soggetto ha sofferenze generali o sistematiche delle funzioni principali della vita vegetativa (distonie vegetative tossiche o sintomatiche) e così presenta: astenia generale, dispepsie (spastiche o atoniche) gastriche o gastro-intestinali, crisi di disfunzione epatica, disturbi funzionali (neurosi) del cuore o dei vasi con varie manifestazioni cardioangioasteniche, disturbi funzionali del sistema nervoso di relazione o vegetativo (manifestazioni neuro- e psicoasteniche) non altrimenti motivati.

3) *Sindrome distermica: febbricolare o subfebbricolare* (non attribuibile a infezioni da *bacterium coli* o ad altra causa).

4) *Sindromi disemiche od emopatiche varie* del gruppo una volta indicato come forme di anemia sintomatica. Molto sarebbe da dire su la nosografia e la patogenesi di questi gruppi morbosi, che non sono nè tutti chiari nè pacifici. Non può essere fatto qui.

5) *Sindrome di sensibilizzazione focale ricorrente*: temperatura, tosse, catarro, rantoli fissi per sede ma di breve durata, emottisi od espettorato ematico, eliminazione transitoria di bacilli tubercolari già scomparsi.

Quando queste sindromi divengono durature, la ripresa di attività palese è un fatto compiuto. Le quattro sindromi precedenti, senza modificazioni focali apprezzabili nè clinicamente nè radiologicamente (alle volte si apprezzano prima con un mezzo, alle volte con l'altro, perciò bisogna sperirli sempre simultaneamente, come pure sarà da unire sempre l'indagine microscopica dell'espettorato, che può essere da sola positiva), sono segni di attività focale occulta.

Con la sorveglianza della focolattività si evita ogni rischio nel lavoro curativo.

RIASSUNTO

Si ricapitola in brevi tratti quanto concerne: a) le caratteristiche del lavoro curativo nei tubercolotici; b) i pericoli dell'indicazione nei soggetti facilmente « deflagranti », cioè instabili nei fattori vegetativi; c) le ragioni biologiche dell'utilità (azione) del lavoro curativo nei malati specie tubercolari del polmone; d) i vari gradi di lavoro sanatoriale; e) il lavoro extra-degenziale nei « villaggi climatici rurali » del tubercolotico e della sua famiglia; f) le possibilità di esistenza dei tubercolotici negli ospedali comuni; infine g) i segni di riprese attive, che eventualmente insorgessero durante il lavoro.

335173



65529

