2800

OSPEDALE SANATORIALE « G. B. GRASSI » - CAMERLATA (COMO)
DIRETTORE: PROF. FELICE PARODI

V. MIADONNA

INFLUENZA DELL'ALLENAMENTO AL LAVORO NEI SANATORI SULLE RECIDIVE DOPO LE DIMISSIONI

(Studio clinico statistico)

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XI - NUMERO 7 - LUGLIO 1940-XVIII

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

Miae B
67
58

STABILIMENTO TIP. « EUROPA » - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45

OSPEDALE SANATORIALE « G. B. GRASSI » - CAMERLATA (COMO)
DIRETTORE: PROF. FELICE PARODI

V. MIADONNA

INFLUENZA DELL'ALLENAMENTO AL LAVORO NEI SANATORI SULLE RECIDIVE DOPO LE DIMISSIONI

(Studio clinico statistico)

ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XI - NUMERO 7 - LUGLIO 1940-XVIII

STABILIMENTO TIP. « EUROPA » - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45

In un articolo comparso su « Difesa Sociale » nel 1937, il prof. PISENTI, prendendo lo spunto dal Congresso di Bologna del 1935, in cui fu trattato il problema del recupero della capacità lavorativa e del ritorno al lavoro dei dimessi dal sanatorio, pone la domanda: Di fronte a decine di migliaia di ricoverati nei nostri sanatori in questi anni di vita dell'assicurazione contro la tubercolosi e dell'azione più vecchia dei consorzi, quanti sono i dimessi per dichiarata guarigione clinica o per conseguente miglioramento che sono ritornati in tutto od in parte al lavoro?

In questo momento in cui si cerca di indirizzare la lotta contro la tubercolosi per altre vie, al fine di stroncare alle origini il male, è tuttavia giusto ed utile chiederci e stabilire quali risultati si sono ottenuti con le provvidenze che sono state già attuate e nello stesso tempo renderci ragione delle cause di insuccesso per provvedere eventualmente ad evitarle.

Come succede allorchè un problema viene osservato solo superficialmente, si è venuto formando un facile pessimismo non solo tra i profani ma anche tra alcuni medici sull'efficacia delle cure sanatoriali e sulla quasi fatalità delle recidive per i soggetti dimessi. Tale pessimismo tuttavia non sembra giusto a coloro che hanno studiato più profondamente il problema, perchè se è vero che esiste una numerosa legione di « recidivanti a ripetizione », pur tuttavia è ancora più numerosa la schiera di coloro che sono ritornati stabilmente alle loro occupazioni e possono svolgere una vita attiva e completa; dallo stesso studio poi si possono ricavare dei dati i quali rappresentano per il medico degli utili criteri su cui uniformare la terapia sanatoriale.

Un fatto ad esempio che è risultato da questo lavoro (e che era stato già osservato dal prof. PARODI) a me sembra che valga la pena sia rilevato perchè viene a confermare delle ipotesi che già si avevano e nello stesso tempo suggerisce qualche idea utile.

« Le recidive si verificano sopratutto nei primi due semestri dalle dimissioni, divengono meno frequenti nel terzo e quarto semestre, fino a ridursi a casi sporadici negli anni successivi ».

Ora se si considera che il dimesso dal sanatorio viene a trovarsi nei primi tempi in ristrettezze economiche e passa bruscamente dagli agi e dalle cure della vita sanatoriale ad una vita di sacrifizi, e dal riposo assoluto (come si fa nella maggior parte dei sanatori) ad un duro lavoro quotidiano, ci si rende facilmente ragione di questo fatto.

Entra così in campo anche un altro problema: il lavoro nei sanatori; l'argomento non è nuovo per la nostra scuola dove il maestro già da lungo tempo e per il primo in Italia ha organizzato una scuola professionale (che proprio in questi giorni è stata resa pareggiata), che assolve al compito di dare ad ogni singolo allievo una cultura tecnica adeguata, teorica e pratica, e serva a collaudare praticamente la consistenza della guarigione del ricoverato, prima di abbandonarlo alla vita sociale. Ed è certo che non si può parlare di recupero della capacità lavorativa senza questo collaudo eseguito sotto sorveglianza medica per un congruo periodo di tempo. Noi vediamo, ad esempio, spesso nel nostro sanatorio, dove gli ammalati sono sistematicamente sottoposti al lavoro al banco prima di essere dimessi, che più di una volta capita di osservare soggetti che al ritorno al lavoro vanno incontro ad una diminuzione di peso e ad una ripresa della attività evolutiva delle lesioni, fatto questo che porta alla sospensione del lavoro stesso ed al

ritorno alla terapia di riposo fin quando non si è ottenuto un ulteriore consolidamento della guarigione. Se questo noi vediamo in sanatorio dove l'ammalato viene seguito con ogni cura e la ripresa del lavoro avviene gradualmente, incominciando da un'ora fino a 5, 6 e più ore al giorno, mentre ha modo ancora di godere di un'alimentazione sostanziosa e di attenersi alla vita sanatoriale, possiamo avere un'idea di quanto più grave debba essere questo stesso fatto nella vita quando il dimesso vi giunge completamente privo di allenamento e viene di colpo sottoposto alle otto ore giornaliere di lavoro intenso ed in più non può certamente, almeno nella maggior parte dei casi, procurarsi un'alimentazione abbondante tipo sanatoriale mentre spesso conduce anche una vita disordinata.

Ma la scuola ha per di più una finalità altamente etica: l'ammalato che entra in sanatorio, operaio od impiegato, non cessa di essere un elemento attivo e fattivo anche se temporaneamente minorato, e come tale ha il diritto ed il dovere di formare, continuare, perfezionare la sua attività professionale.

Essa rappresenta un utile impiego del tempo che il paziente è costretto a trascorrere in sanatorio, vale a rendere meno avvilente la vita sanatoriale e, contribuendo così a sollevare il morale dell'ammalato, costituisce un importante fattore terapeutico.

Deve essere considerata non soltanto una cura di occupazione, ma un vero e proprio recupero sociale ed economico entro una formula che da una parte si oppone alla industrializzazione del lavoro del tubercoloso, lavoro che sarebbe antieconomico e di realizzazione impossibile, mentre dall'altra avvìa e mantiene nell'ammalato la possibilità di continuare la propria occupazione all'uscita dal sanatorio. Così prospettata, essa deve intendersi completamente distinta da tutte le formule di lavoro sanatoriale finora adottate sia in Italia che all'estero ed a conferma della sua utilità sta la bassa percentuale di recidivati tra i dimessi dal nostro sanatorio, che può competere vantaggiosamente con le statistiche più confortanti pubblicate sia in Italia che all'estero e che passeremo in breve rivista.

In Germania gli Istituti per la invalidità intervengono in favore dei propri assicurati tubercolosi e questo perchè hanno calcolato che il pagamento della degenza di un ammalato presso un sanatorio per 2-3 mesi (il periodo medio necessario per la cura) è sempre più economico che il pagamento della pensione di invalidità per tutta la vita, nei casi in cui si può ottenere una guarigione, che perciò viene detta economica.

A tal uopo si sono venute formando delle interessanti statistiche. Da esse risulta innanzi tutto che la tubercolosi, senza distinzione tra morbilità e mortalità, è andata man mano diminuendo; in secondo luogo appare che mentre un tempo veniva ricoverato nei sanatori un forte numero di malati leggeri, del primo stadio di Turban-Gerhardt (classificazione che è molto adottata in Germania ed in genere nei Paesi nordici), in questi ultimi anni è andato man mano aumentando il numero dei ricoverati appartenenti al terzo stadio di Turban-Gerhardt, cosa che è da mettere in rapporto con le conquiste della moderna terapia che permette una diagnosi migliore anche nelle forme di tisi circoscritta unilaterale. La percentuale dei successi è molto alta e va dal 60 % dell'Istituto per le città anseatiche, al 79,2 % per la Turingia.

Ancora più confortanti sono le statistiche svizzere nel Sanatorio federale di Arosa. Da esse risulta che su 100 casi curati, dopo uno-sei anni, per quelli appartenenti al 1° stadio, si è avuta una ripresa della capacità lavorativa nel 91,4 % dei casi; nel 55,4 % per quelli del 2° stadio e nel 17,1 % per quelli del 3° stadio.

Franconnet nel 1936 ha pubblicato i risultati delle cure sanatoriali in Svizzera nel decennio 1925-1936, da cui risulta: 1) che è andato progressivamente aumentando il numero dei malati del 3° stadio ammessi nei sanatori; 2) che si è ridotto notevolmente il numero dei malati dimessi con Koch positivo; 3) che il giudizio di riacquistata capacità lavorativa totale, ad onta del concorso delle cure sanatoriali, ha subìto una inflessione: i dimessi con completa capacità lavorativa rappresentavano nel 1925 il 50,1 %, mentre nel 1932 la percentuale era scesa al 40,2 % per risalire al 41,7 % nel 1934; 4) che è aumentata la durata media della degenza sana-

toriale; 5) che ha avuto un notevole sviluppo l'intervento in favore dei bambini e fanciulli.

In Francia GUINARD ha fatto delle statistiche su 1422 dimessi dal sanatorio di Bligny, dal 1904 al 1916 e dal 1920 al 1930, di cui 615 uomini e 807 donne; 316 uomini e 400 donne ripresero immediatamente il lavoro, mentre 270 uomini e 333 donne hanno dovuto concedersi un ulteriore periodo di riposo. 115 uomini e 132 donne che avevano ripreso il lavoro ebbero delle recidive più o meno gravi della malattia.

GODARD e SANTILLE (1937) hanno studiato il decorso della tubercolosi polmonare su 1750 assicurati tra il 1932 e il 1934 presso le Casse parigine di invalidità. Essi hanno rilevato che dopo uno-tre anni per le forme di tubercolosi discreta si è avuto l'11,34 % di morti, il 57,80 % era tuttora in corso di trattamento e nel 30,86 % dei casi si è avuta la ripresa della capacità lavorativa. Per le forme moderatamente avanzate, il 15,84 % di deceduti, il 71,72 % in cura e solo il 12,41 % di ricuperabili. Per le forme gravi, il 30,35 % di morti, il 56 % in cura e il 13,94 % di ripresa della capacità lavorativa.

ARBOGAST in Alsazia e Lorena riporta le statistiche sopra 164 casi del sanatorio di Saales, trattati con pneumotorace. Dopo un anno lavorava il 44 % dei casi, dopo due anni il 42 % e dopo quattro anni il 22 %.

All'ottava conferenza internazionale dell'Unione contro la tubercolosi tenuta all'Aja nel 1932, il prof. KNUTZ FABER comunicò i risultati delle ricerche fatte sui dimessi del sanatorio di Silvelberg in Danimarca, divisi in due gruppi: 1) malati curati solo con trattamento sanatoriale dal 1918 al 1922 (n. 1622); 2) malati curati con cure sanatoriali più sanocrisina, nel periodo 1925-1929 (n. 384). La capacità lavorativa dopo cinque anni era del 37 % nel primo gruppo e del 54 % dei casi nel secondo gruppo.

In tale conferenza Vos, sulle statistiche del dispensario di Amsterdam, ha riferito che il 41,4 % dei curati in sanatorio era in grado di riprendere il lavoro.

Nel Belgio DECORTIS tra i dimessi del sanatorio Marcinelle dà il 33 % di recupero della piena capacità lavorativa.

Nell'America del Nord SANDILAND calcola sul 40-50 % di recupero della capacità lavorativa fra i dimessi dal proprio sanatorio.

In Italia mancano ancora ricerche su vasta scala, approfondite dal punto di vista sociale ed amministrativo; vi sono però vari lavori i quali portano il loro contributo alla soluzione del problema. Già RONZONI nel 1932 riferì sui lontani esiti clinico-sociali di un forte numero di ammalati trattati con pnt. ambulatorio. BENEDETTI, MARCACCI e VENUTI si occuparono della capacità di recupero e della determinazione della invalidità nei casi di cirrosi pleuro-polmonare. SANGUIGNO nel 1938 ha pubblicato un lavoro su 400 casi di pnx. artificiale osservati al centro diagnostico dell'I.N.F.P.S. di Napoli dal 1929 al 1936, in cui si ebbe nel 47,7 % dei casi la guarigione clinica e la ripresa totale del lavoro. BATTIGELLI nel 1939 su 248 pnt. ha notato che il 34,8 % dei casi aveva ripresa la capacità lavorativa durante il trattamento senza particolari inconvenienti, anche nei mestieri più faticosi.

MONALDI ha riferito sopra 101 casi di soggetti trattati con toracoplastica antero-laterale elastica, da cui risulta che molti di essi hanno potuto riprendere il lavoro, solo 7 risultarono disoccupati per ragioni di salute, altri 10 disoccupati involontari e 12 temporanei.

La durata media di degenza fu di circa 7 mesi e lo stato funzionale respiratorio, cardiaco, adeguato a tutte le esigenze lavorative e fisiologiche, tanto da permettere in alcune donne l'espletamento fisiologico del parto dopo gravidanze normali e la possibilità di riprendere le occupazioni anteriori alla malattia, anche se gravose.

RIZZUTO nel 1937 in un gruppo di 196 malati dimessi dal Sanatorio « C. Battisti » e dal Consorzio di Trapani avrebbe trovato la persistenza della capacità lavorativa nel 67,5 % dei casi.

FIUMICELLI nel 1939 ha pubblicato un elenco numerico di 2400 soggetti seguiti per 6 anni e divisi secondo i loro mestieri, dei quali circa il 50 % avrebbero ripreso le loro occupazioni.

TULLINI in una relazione tenuta al Centro sanatoriale valtellinese nel luglio 1939 ha presentato uno studio effettuato su 289 casi dimessi dal sanatorio di Pineta di Sortenna dal 1934 al 1936, guariti o migliorati. Da esso risulta che il

60 % stanno bene ed accudiscono ad un lavoro proficuo.

Fa presente che tale risultato è stato ottenuto dalla cura sanatoriale senza l'assistenza post-sanatoriale e senza l'ausilio dei centri di educazione al lavoro, e che esso potrà essere migliorato in avvenire e mantenuto nel tempo se la lotta contro la tubercolosi sarà totalitaria e si provvederà a migliorare l'assistenza ai dimessi dal sanatorio.

Omodei Zorini in un lavoro comparso su « Le assicurazioni sociali » del 1939 eseguito su 1000 dimessi (700 uomini e 300 donne) dal Sanatorio « L. Armanni » di Napoli nel quinquennio 1934-1938 ha ottenuto i seguenti risultati: 334 hanno riacquistata la capacità lavorativa, 218 totale e 116 parziale, e lavorano abbastanza regolarmente, in grande maggioranza dedicati a mestieri manuali e talora faticosi. 94 pur sentendosi in buono stato non sono riusciti a trovare un'occupazione. Esaminando tuttavia la forma clinica presentata all'ingresso in sanatorio dal primo gruppo di pazienti si rileva che 82 di essi erano affetti da forme cicatriziali, inattive o spente, oppure da forme non tbc., per cui la cifra reale dei tbc. evolutivi, guariti dalle cure avute in sanatorio, risulta di 252 (25,2 %). Le forme cliniche iniziali che sono giunte a questo risultato sono costituite da tbc. essudative relativamente circoscritte (infiltrati, caverne precoci, lobiti, broncopolmoniti regionali), dalle forme apicali micronodulari cronicizzanti e dalle miliari discrete.

Altri 246 dimessi risultano tuttora invalidi presso le loro famiglie, vanno però detratti 43 casi di forme larvate o non tbc., in tutto quindi sono 203 i tbc. rimasti invalidi, di cui solo una piccola parte ha ottenuto la pensione di invalidità.

Le forme cliniche prevalenti sono date dalla tbc. essudativa, dalle broncopneumoniche, dalle miliari croniche estensive, dalle tisi croniche.

Fra essi vanno ricordati 25 clinicamente guariti, ma invalidi per gravi postumi anatomo-funzionali della malattia, un altro gruppo di 134 individui sono rientrati in sanatorio per ricaduta della malattia o per continuazione della forma morbosa che non era guarita all'uscita dal sanatorio, e 192 infine sono deceduti.

Tra i vari interventi terapeutici ha il massimo valore il pnt. artificiale, che ha dato buoni risultati nella metà dei casi trattati, a cui seguono le cure igienico-dietetiche-sanatoriali ed i vari interventi di collassoterapia chirurgica.

RICERCHE PERSONALI

Ho eseguito uno studio su 348 dimessi dal sanatorio di Camerlata dall'anno 1932 all'anno 1938 compreso; si tratta solo di soggetti dimessi per guarigione o per miglioramento stabile. Premetto che secondo Parodi noi intendiamo come guarito clinicamente l'individuo che non presenta più segni clinici e radiologici di lesione (assenza di ombre radiologiche di qualsiasi genere), migliorato colui che presenta persistenza dei fatti locali radiologici, scomparsa di quelli clinici locali e generali e negatività dell'espettorato.

Ho seguito i nostri dimessi attraverso gli schedari delle sedi (appartenevano per la gran maggioranza alle sedi di Como e di Milano) e da queste ho potuto apprendere la sorte a cui sono andati incontro questi individui (recidive, morti). Ho tentato anche di assumere informazioni sulla loro attività sociale, ma non ho potuto avere che notizie imprecise e frammentarie, per cui ho creduto di non metterle in evidenza. D'altra parte questi soggetti dimessi guariti o migliorati secondo i concetti già esposti possedevano tutti una buona capacità lavorativa, e se a noi non risulta che essi abbiano ancora chiesto ricovero in altro ospedale per recidive, dobbiamo pensare che siano dispersi nel *mare magnum* della vita, dove debbono pure esplicare una qualche attività perchè non credo che possano vivere alle spalle della propria famiglia (salvo qualche sporadico caso), o di pubblica carità, dato che è ormai abbastanza diffuso il concetto delle assicurazioni sociali specie in una regione molto progredita come la Lombardia, perchè essi non si decidano a chiedere la loro brava pensione di invalidità; o, nel caso che essi fossero nuovamente ammalati, non si facessero ricoverare nei sanatori dove sanno di trovare sempre una vita confortevole e delle cure assidue.

I 348 soggetti studiati rappresentano un'aliquota dei dimessi guariti dal nostro sanatorio

dal 1932 al 1938 e precisamente gli appartenenti alle sedi di Como e di Milano. Il numero complessivo dei guariti e migliorati è stato di 465 su 2173 ricoverati, ossia il 38,2 %; altri 3 abbandonarono spontaneamente il sanatorio per esigenze familiari, non ultima fra queste la necessità di riprendere il lavoro prima del tempo per non essere licenziati dall'impiego.

Dei 348 casi studiati, 161 furono dimessi come guariti e 187 come migliorati; di questi sono recidivati fino ad oggi 76 individui di cui 28 tra i guariti e 48 tra i migliorati.

Da queste cifre risulta che anche per i migliorati una buona percentuale di soggetti non è andata incontro a recidive e ha potuto continuare il proprio lavoro.

Riguardo poi all'epoca in cui si sono verificate le recidive è molto interessante notare che queste si sono avute per lo più entro il primo ed il secondo semestre dalla dimissione, mentre sono andate man mano diminuendo nelle epoche successive fino a divenire eccezionali dopo il 3°-4° anno. A tal uopo presentiamo il seguente specchietto:

Nel 1° semestre recidivarono	n. 31
» 2° » »	» 20
» 3° » »	» 8
» 4° » »	» 6
Tra il 2° ed il 3° anno recidivarono	» 5
» » 3° » 4° » »	» 4
» » 4° » 5° » »	» 2

Tra la massa globale si ebbero infine 3 morti per cause non accertate. Classificati per età, si ottengono i seguenti dati:

Dai 15 ai 20 anni	n. 46	recidivarono	n. 14
» 21 » 25 »	» 59	»	» 15
» 26 » 30 »	» 67	»	» 14
» 31 » 35 »	» 65	»	» 16
» 36 » 40 »	» 40	»	» 10
» 41 » 45 »	» 16	»	» 2
» 46 » 50 »	» 27	»	» 3
» 51 » 55 »	» 14	»	» 0
» 56 » 60 »	» 9	»	» 2
» 61 » 65 »	» 5	»	» 0

Da essi risulta chiaramente quanto già è stato più volte dimostrato, come cioè la maggior frequenza dei malati sia dai 20 ai 35 anni e come il numero vada rapidamente diminuendo dai 40 ai 45 anni. Riguardo poi alle recidive esse seguono a un dipresso la frequenza dei dati precedenti, senza che si possano stabilire dei fatti sicuri; tutt'al più si può notare come in percentuale esse siano più frequenti nell'età giovane, dai 15 ai 25 anni.

Abbiamo studiato inoltre il rapporto esistente tra le tare familiari e la frequenza della malattia; abbiamo distinto le tare familiari in gravi ed in benigne, intendendo per le prime i casi in cui dall'anamnesi risulta che vi sono stati membri della famiglia colpiti dalla malattia con esito letale, e per i secondi i casi in cui si sono verificati casi lievi (pleuriti, pazienti che dopo breve soggiorno in sanatorio sono stati dimessi guariti e tuttora accudiscono alle loro occupazioni). Infine abbiamo rilevato i rapporti esistenti fra le tare familiari gravi e benigne e la frequenza delle recidive.

I dati ottenuti sono i seguenti:

Tare familiari	benigne 30	recidivarono	6
	gravi 51	»	11

Da essi risulta come sia notevole il numero di malati che presentavano tare familiari (23,2 per cento), mentre sono molto scarsi i casi di recidive fra questi senza che si possa fare una netta distinzione fra le tare gravi e quelle benigne.

In rapporto alle forme cliniche si sono ottenuti i seguenti risultati (1):

Pleuriti in fase progressiva	D. 24	recidivarono	7
	S. 6	»	3
	bilater. 12	»	7
Broncopolmonite ulcero-fibrosa a tendenza fibrosa.	D. 56	»	9
	S. 29	»	5
	bilater. 24	»	8
Broncopolmoniti ulcero-infiltrative a tendenza fibrosa.	D. 15	»	3
	S. 8	»	2
	bilater. 10	»	2
Addensamenti fibrosi estesi	D. 20	»	4
	S. 5	»	—
	bilater. 7	»	1
Addensamenti infiltrativi estesi	D. 7	»	3
	S. 3	»	—
	bilater. 2	»	—
Forme iniziali circoscritte apicali	D. 22	»	2
	S. 9	»	—
	bilater. 1	»	—
Forme nodulari fibrose	D. 9	»	1
	S. 5	»	2
	bilater. 3	»	—
Lesioni nodulari infiltrative	D. 1	»	—
	S. 1	»	—
	bilater. 1	»	—
Bronchiettasie diffuse	D. 3	»	—
	S. 3	»	—
	bilater. 7	»	—

(1) E' da notare che è stata adottata la classificazione proposta da PARODI.

Broncopolmoniti ulcero-bronchiettasiche.	D.	6	recidivarono	3
	S.	3	»	3
	bilater.	4	»	4
Pleuropolmoniti retrattili	D.	19	»	4
	S.	7	»	3
	bilater.	14	»	—
Fibrotoraci attivi	D.	—	»	—
	S.	2	»	—
	bilater.	—	»	—

Dalle cifre suesposte risulta che vi è una netta prevalenza delle forme destre sulle sinistre e bilaterali, abbiamo cioè 182 destri contro 81 sinistri e 85 bilaterali, ossia il 52,2 % rappresentano le forme destre, le sinistre il 23,3 %, le bilaterali il 24,4 %. Le recidive si comportano come segue: 36 destre, 18 sinistre, 22 bilaterali, ossia rispettivamente il 19,8 %, il 22,2 % e il 25,8 %.

Rispetto poi alla forma abbiamo che per le pleuriti in fase regressiva si sono avute 17 recidive su 42 casi, ossia il 40,4 %; per le broncopneumoniti ulcero-fibrose a tendenza fibrosa, 22 recidive su 109 casi, ossia il 20 %.

Per gli addensamenti fibrosi estesi 5 su 32, ossia il 15,9 %. Per gli addensamenti infiltrativi 4 su 12, ossia il 33,3 %. Per le broncopolmoniti ulcero-infiltrative a tendenza fibrosa 7 su 33, ossia il 21,2 %. Per le forme iniziali circoscritte apicali 2 su 32, ossia il 6,2 %. Per le forme nodulari fibrose 3 su 17, ossia il 17,6 %. Per le lesioni nodulari infiltrative nessuna recidiva su 3 casi. Per le bronchiettasie diffuse, zero su 13 casi. Per le broncopolmoniti ulcero-bronchiettasiche 10 su 13, ossia il 76,9 %. Per le pleuro-polmoniti retrattili 7 su 40, ossia il 16 %. Per i fibrotoraci attivi su due casi non si è avuta alcuna recidiva.

Dalle cifre suesposte risulta in primo luogo che la più alta percentuale di recidive è data dalle bronco-polmoniti ulcero-bronchiettasiche, ma sopratutto è degna di essere rilevata la notevole percentuale di recidive data dalle forme di pleuriti in fase regressiva, 40,4 %, fatto questo che è da mettere in relazione con la breve degenza che compiono questi infermi, i quali molto facilmente sono dimessi guariti; la degenza media di questi malati è stata di circa due mesi, e come si vede tale periodo deve essere considerato insufficiente ad ottenere il completo consolidamento della guarigione.

Molto confortante è stata invece la percentuale dei recidivati nelle forme circoscritte apicali (6,2 %), il che ancora una volta ci conferma i grandi vantaggi della diagnosi precoce.

Per le bronchiettasie diffuse su 13 casi non si è avuta alcuna recidiva, il che è da attribuirsi al fatto che questi ammalati in seguito non sono più stati ritenuti degli specifici.

Furono portatori di pnt. 107 soggetti di cui 73 furono dimessi in cura ambulatoria e 34 furono abbandonati in Sanatorio. I recidivati furono in tutto 23 di cui 20 fra i dimessi in cura ambulatoria e 3 fra quelli abbandonati in Sanatorio, cioè il 27,7 % contro l'8,8 %; queste cifre indicano chiaramente come bisogna essere guardinghi a dimettere i portatori di pnx. anche se completi ed apparentemente efficienti, in cura ambulatoria, poichè le lesioni sotto collasso rimangono attive per molto tempo e le manifestazioni cliniche rimangono latenti finchè il paziente è in cura sanatoriale.

Rispetto alla professione abbiamo distinto tre categorie: operai, impiegati, contadini. Degli operai abbiamo considerati quelli adibiti a lavori pesanti e quelli adibiti a lavori leggeri ed infine quelli che compiono lavori anti-igienici.

Operai . .	Lavori leggeri	110	recidivarono	22
	Lavori pesanti	143	»	30
	Lavori anti-igienici . .	36	»	11
Impiegati		47	»	13
Contadini		12	»	—

Si deve notare come la maggiore percentuale delle recidive sia data dagli operai adibiti a lavori anti-igienici (30,5 %) e dagli impiegati (28,5 %) e che i contadini in questa statistica non hanno dato alcun caso di recidiva.

Ho infine considerato le recidive rispetto al periodo di degenza sanatoriale, rispetto all'aumento di peso che i malati avevano ottenuto in sanatorio e rispetto al tempo che erano stati negativi prima della dimissione: abbiamo potuto constatare che quanto maggiore è stato il periodo di degenza (rispetto alla forma clinica che il paziente presentava) e quanto maggiore è stato il periodo della negatività dell'espettorato prima della dimissione, tanto minore è stata la percentuale delle recidive. Nessun criterio è stato possibile stabilire circa l'aumento di peso.

CONCLUSIONI

Su 348 dimessi guariti e migliorati dal Sanatorio di Camerlata dal 1932 al 1938, 272 hanno ripreso e continuato il lavoro, ossia il 78,1 %, 76 hanno dovuto sospenderlo per recidive intercorse, ossia il 21,8 % di cui 28 furono dimessi per guarigione e 48 per miglioramento.

Le recidive si verificano per la grande maggioranza dei casi fra il 1° ed il 2° semestre della dimissione, mentre vanno man mano diminuendo nelle epoche successive, fino a divenire eccezionali dopo il terzo anno.

E' notevole il numero dei malati che presentano tare familiari (23,2 %), mentre sono molto scarsi i casi di recidive tra questi senza che si possa fare una netta distinzione fra le tare gravi e quelle benigne.

Vi è una netta prevalenza delle forme destre sulle sinistre e sulle bilaterali.

Le bronco-polmoniti ulcero-bronchiettasiche sono quelle che hanno dato una maggior frequenza di recidive (76,9 %).

Notevole è la divergenza della frequenza delle recidive tra i pnt. lasciati in cura ambulatoria e quelli abbandonati in Sanatorio. In questi ultimi si è avuto solo l'8,8 % di recidivati, ciò che conferma il concetto già esposto da Parodi che le lesioni sotto collasso rimangono attive per molto tempo e le manifestazioni cliniche rimangono latenti finchè il paziente è in cura sanatoriale.

Le pleuriti in fase regressiva hanno dato una notevole percentuale di recidive, fatto che è da mettere in rapporto con la breve degenza a cui ordinariamente sono soggetti questi infermi, che non permette un consolidamento della guarigione.

Molto bassa è stata invece la percentuale dei recidivati nei casi di tbc. nodulare dell'apice.

Rispetto alle professioni la maggior percentuale di recidive si è avuta per gli operai addetti a lavori anti-igienici e per gli impiegati.

E' da considerare infine che quanto maggiore è il periodo di degenza in sanatorio, tanto minore è la frequenza delle recidive.

I fatti suesposti documentano i vantaggi che si possono conseguire con le cure sanatoriali quando vengano eseguite con giusti criteri e con opportuni accorgimenti. Il fatto che un notevole numero di dimessi abbia potuto ritornare stabilmente nella vita sociale ed al lavoro al quale accudisce ormai da parecchi anni dalla dimissione, è ragione di grande soddisfazione.

Tali risultati sono stati ottenuti senza il concorso di cure post-sanatoriali o di altre provvidenze del genere e sono da ascriversi a merito della Scuola professionale che funziona nel nostro sanatorio: il progressivo allenamento al lavoro sotto sorveglianza medica, la lunga degenza sanatoriale, la precauzione di abbandonare i pneumotoraci in Sanatorio sono criteri che vanno giustamente tenuti in considerazione nella terapia sanatoriale, e se da una parte questi accorgimenti prolungano la degenza sanatoriale e rappresentano quindi una maggiore spesa per l'Istituto assicuratore, d'altra parte, riducendo notevolmente la frequenza delle recidive, si traducono infine in una notevole economia.

E' perciò augurabile che questi concetti siano estesi il più possibile e che il lavoro in sanatorio sia applicato più largamente.

L'istituzione poi di un servizio medico che attenda alla sorveglianza dei dimessi dal sanatorio anche quando questi siano ritornati al regolare lavoro può essere una provvidenza che potrà portare ancora dei grandi benefici.

67528