

2510

Dott. G. BATTISTA PECORARO

*Specialista in fisiologia e medicina del lavoro
Medico dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale
Centro diagnostico-curativo di Trieste*

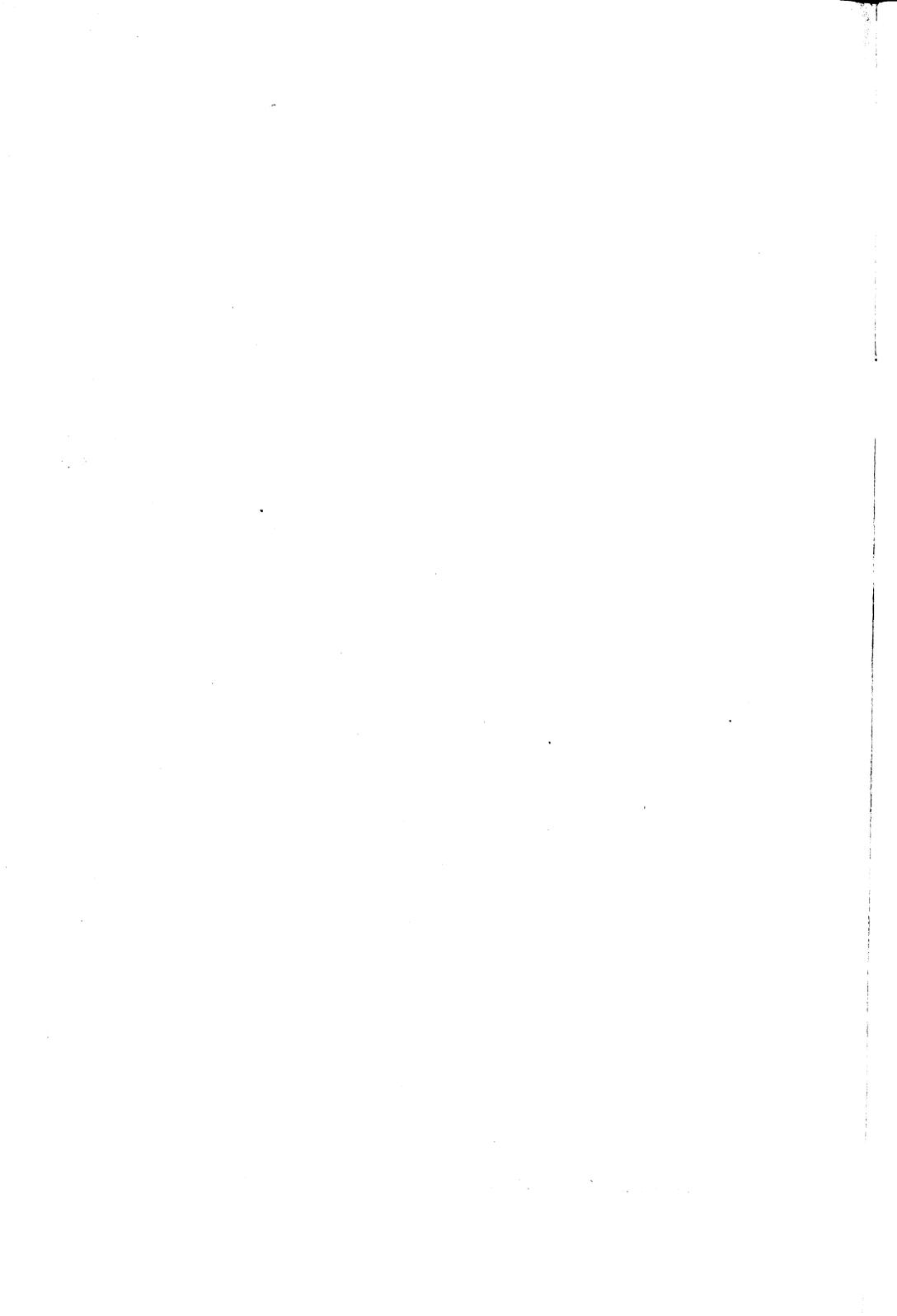
La capacità lavorativa dei tubercolotici in cura ambulatoria di pneumotorace

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



Muse B
512
59

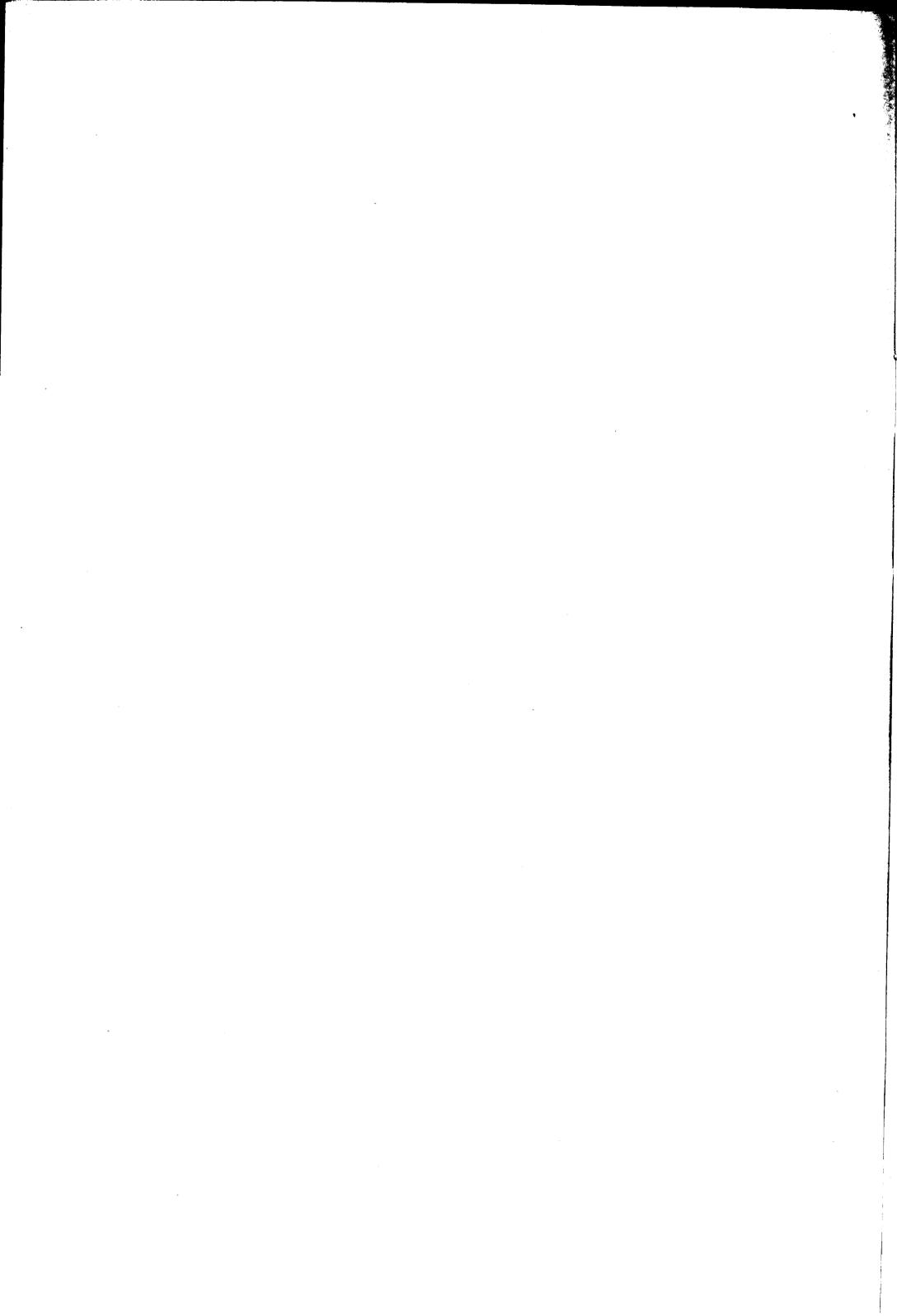
STABILIMENTO TIP. «EUROPA» - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45



DOTT. G. BATTISTA PECORARO

La capacità lavorativa dei tubercolotici in cura ambulatoria di pneumotorace

INSTITUTO ITALIANO DI SCIENZE CLINICHE E TERAPIE
ANNO XLV - NUMERO 1 - 1974 - PAG. 1-10



Nell'ottobre del 1935 al Congresso della Previdenza Sociale di Bologna, una volta tanto, i congressisti non si sono occupati della clinica — più o meno anatomico-patologica — della tubercolosi, ma della tubercolosi esaminata sotto l'ampia prospettiva della medicina sociale; in altri termini si è trattato di mettere in attuazione le teorie che per tanti — direi meglio, troppi — anni hanno assegnato una parte secondaria e del tutto trascurabile al problema — mai voluto prendere in serio esame — del ritorno al lavoro dei malati dimessi dai sanatori.

Questo problema è della massima importanza ai fini della lotta contro la tubercolosi — che non può limitarsi alla prevenzione ed alla terapia medica — perchè, essendo la tubercolosi una malattia sociale, produce gravi danni che devono essere combattuti sia dal punto di vista medico che sociale. Questo danno economico-sociale è costituito da un lato, dalla perdita del capitale-vita di coloro che muoiono di tubercolosi; dall'altro, dalla perdita del capitale-validità al lavoro e capacità di guadagno degli ammalati e, infine, dalle spese dell'assistenza (ospedaliera, ospedaliero-sanatoriale, domiciliare e farmaceutica) necessaria agli ammalati (BATTIGELLI).

La tubercolosi esaurisce l'intero campo della invalidità al lavoro, perchè non si limita al quesito dell'invalidità in sè stessa, ma dilaga nelle dighe della ricerca del lavoro, che può costituire l'ostacolo generico, e della necessità di dover scartare determinate forme di lavoro, nella possibilità del contagio — se pure in misura alquanto ristretta — dei compagni di lavoro, che costituiscono altrettanti ostacoli specifici per il tubercoloso dimesso dal sanatorio. Basti ricordare che per molti datori di lavoro è sufficiente di sapere che uno dei propri operai è stato ricoverato — magari anche per un breve periodo —

in sanatorio, oppure è portatore di pneumotorace artificiale, perchè venga preclusa al disgraziato ogni possibilità di guadagno (OMODI ZORINI).

Molti autori nel passato — pochi, fortunatamente, oggi — non hanno esitato a dichiarare apertamente il loro scetticismo, e talvolta la loro contrarietà, circa l'azione intesa a riaffermare la possibilità del ritorno al lavoro del tubercolotico. Oggi, eccetto qualche isolata voce che non tarderà ad unirsi al coro, la gran maggioranza degli autori è convinta che i tubercolotici mantengono, in misura e durata superiore ad ogni concezione teorica, la loro capacità lavorativa. Essa è in rapporto all'equilibrio organico residuo dalla malattia sofferta, alla forma clinica, all'ambiente di lavoro nel quale l'ammalato dovrà restare, ed ai fattori economici ed igienici del malato: questi fattori possono moltiplicarsi ed ingrandirsi agendo, nelle loro conseguenze, ognuno per proprio conto sul mantenimento della guarigione o sullo sviluppo di una ricaduta.

F. BOCCHETTI, nel suo diuturno apostolato contro la tubercolosi, che risale ad una ventina d'anni circa, è sempre stato il tenace assertore della necessità d'indirizzare l'opera del medico non solo alla diagnosi ed alla cura del tubercoloso ma anche a mantenere nel malato l'equilibrio psichico minato dalla malattia, ed afferma che la guarigione sarà tanto più facilmente e brevemente raggiunta quanto maggiormente saranno state risvegliate le forze spirituali del malato stesso. Lo spirito intimo di questa verità non può essere veramente compreso da parte di coloro i quali non hanno mai vissuto la vita intima nei sanatori: è necessario, quindi, accogliere il tubercoloso in un ambiente vasto e sereno, che racchiuda in sè — nella minor misura possibile — le caratteristi-

che — talvolta addirittura deleterie sullo spirito — dell'ospedale, perchè il tubercoloso non deve pensare solo alla sua malattia, ma soprattutto alla sua vita. Ma la concezione del BOCCHETTI non si ferma qui, anzi giunge alla sua esplicazione più interessante: il malato clinicamente guarito e quindi dimesso dal sanatorio, è obbligato dalle sue impellenti necessità di vita a riprendere il lavoro, cioè è costretto a passare da uno stato, più o meno prolungato, di assoluta inattività ad uno stato di piena attività; tale passaggio, diremmo quasi brutale, non può evidentemente essere sopportato senza danno, che spesso si risolve in una seconda malattia e quindi in un nuovo ricovero in sanatorio.

È necessario, quindi, collaudare la guarigione del malato, creandogli — negli ultimi mesi di degenza — un ambiente di lavoro che s'avvicini il più possibile a quello che sarà il suo ambiente di lavoro dopo il ricovero in sanatorio: si arriva così a quella che BOCCHETTI chiama « guarigione consolidata ». Questa viene sperimentata indirizzando il malato, già avviato a guarigione, verso lavori adatti alle sue attitudini fisiche, ottenendo così un ritorno graduale al lavoro. Il ricupero della capacità lavorativa non è una concezione teorica, ma un effettivo ritorno al lavoro.

BOCCHETTI ha esposto la sua concezione al fuoco dell'esperimento, organizzando mirabilmente il lavoro dei tubercolotici ricoverati nel Sanatorio militare di Anzio, superando quelle gravi difficoltà che si oppongono alla risoluzione di quei problemi che hanno i caratteri della priorità: egli non s'è mai chinato all'assioma per il quale il tubercoloso debba esser visto sotto l'aspetto di un malato giacente su di una sedia a sdraio per molte ore del giorno, nell'attesa del turno del pneumotorace e del compimento di quei processi di riparazione organica che dovrebbero venire a dargli una guarigione spesso instabile. BOCCHETTI, perseguendo le vie scientifiche per raggiungere la guarigione del malato, s'è sempre posto dinanzi la domanda, formulata anche al Congresso di Bologna: « Quando deve iniziarsi la terapia del lavoro? Quale risultato ci danno le osservazioni cliniche del tubercoloso al lavoro sulle possibilità di miglioramento spontaneo? ».

L'attività fisica dev'essere intesa come stimoloterapia, che va iniziata o nella fase di stabilizzazione delle varie forme tubercolari o nella fase di regressione spontanea della malattia.

Questo è il principio basale sul quale BOCCHETTI ha organizzato il « Reparto lavoratori » nell'Ospedale sanatoriale « B. Ramazzini » di Porta Furba in Roma: io stesso ho prestato servizio in tale reparto ed ho seguito le direttive date dal BOCCHETTI per l'attuazione del lavoro dei tubercolotici ricoverati in quel sanatorio.

Sarebbe troppo lungo riportare in questa sede i criteri e gli accorgimenti messi in pratica da BOCCHETTI e dai suoi valorosi collaboratori: per l'interesse dell'argomento è meglio riportarsi alle pubblicazioni di D'AMBROSIO — che anticipò la sua trattazione in una riunione della Sezione regionale lombarda della lotta contro la tubercolosi, tenuta a Camerlata nel gennaio 1938 — e di DAMIANI.

A questo punto è doveroso accennare al Sanatorio di Camerlata nel quale F. PARODI — particolarmente versato in questo difficile campo medico-sociale — ha organizzato una scuola professionale, nella quale vengono indirizzati al lavoro i degenti in quel sanatorio.

Ho avuto, più volte, occasione di ascoltare dallo stesso PARODI gli accorgimenti e le provvidenze adottate per l'organizzazione del lavoro e per il collocamento dei malati dimessi. Nel consuntivo sanitario della scuola professionale di Camerlata (Como) del 1937, egli riporta delle cifre notevoli, che raggiungono il 79,6 % di dimessi per guarigione clinica, di cui solo il 20,34 % è andato soggetto a recidive. A proposito di queste, PARODI ha osservato che le recidive sono più facili proprio in quei malati che sono stati ricoverati in sanatorio per poco tempo, o meglio per un periodo insufficiente per la stabilizzazione del pneumotorace: tanto vero che esse si presentano appunto in quelli che debbono continuare la cura pneumotoracica ambulatoriamente. PARODI ha dato alla sua scuola professionale un indirizzo del tutto personale e si è preoccupato di facilitare la possibilità di lavoro dei dimessi dal Sanatorio di Camerlata, prendendo opportuni accordi con gli uffici di collocamento della provincia di Como: a tal proposito è da augurarsi che tale collegamento

venga istituito anche nelle altre provincie. Giustamente OMODEI ZORINI in un suo recentissimo lavoro, nel quale sono riportati anche i risultati ottenuti all'estero in tale campo, ritiene che il problema può dirsi maturo per una risoluzione totalitaria, ed afferma che « per sanare una situazione che va continuamente aggravandosi, è indispensabile l'intervento dello Stato, da attuarsi mediante disposizioni di legge che sanciscano particolari situazioni di lavoro per gli ex-tubercolosi, analogamente a quanto fu concesso agli invalidi di guerra » (OMODEI ZORINI).

I risultati raggiunti in Italia — tralasciamo di proposito quelli ottenuti all'estero — da BOCCHETTI, PARODI, COSTANTINI, ed altri, sono tali da indurre l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale ad organizzare in breve tempo quattro grandi colonie — Montecatone (due), Forlì e Tresigallo — e vasti locali per il lavoro degli ammalati in quasi tutti i sanatori, mentre è già allo studio un'organizzazione per i migliorati stabili (FRANCONI).

Chiusa la parentesi dell'attuazione pratica del lavoro dei tubercolotici, è necessario esaminare — sempre dal punto di vista medico-sociale — le direttive che conducono alla soluzione del grave problema del lavoro dei tubercolosi dimessi dal sanatorio. Nelle forme tubercolari evolute non si può riscontrare alcuna parvenza di capacità lavorativa, perchè esse — nella loro gravità — sono l'espressione della più ampia incapacità al lavoro: ma all'infuori di queste, attraverso l'accurato esame di ogni singolo malato, si deve arrivare a stabilire, sia pure in misura alquanto generica, la capacità lavorativa residua dalla malattia. I termini, usati per la tubercolosi, di guarigione biologica e clinica, sono un'espressione del tutto speciale rapportata alla maggiore o minore sopravvivenza di bacilli nei focolai guariti per fibrosi. Lo studio di tale sopravvivenza, ai fini della ricerca della capacità lavorativa, viene condotto attraverso l'esame dei segni clinici e di laboratorio, sui quali si basa il giudizio di inattività della tubercolosi polmonare. Tra i sintomi generali, la scomparsa della febbre non costituisce un sicuro sintomo di cessata attività del processo tubercolare, meglio, quindi, attenersi all'esame accurato della variabilità della temperatura, che può essere verifi-

cata — come s'usa comunemente — con la prova della marcia o con altro espediente affaticante. Anche al peso non si deve dare eccessiva importanza, poichè esso può essere influenzato da altri fattori. Nell'esame semeiotico del polmone non abbiamo sicuri sintomi fisici che siano infallibili segni dell'attività di una lesione; sarà bene — quindi — attenersi piuttosto a reperti di visite ripetute e messi a confronto: spesso, infatti, s'osservano lesioni inattive che all'ascoltazione si manifestano con segni quanto mai fallaci! Nè l'attività della lesione può essere colta con l'esame del reperto funzionale del polmone poichè spesso la tosse, l'escreato e lo stato dispnoico — che sono tante volte segni di malattia evolutiva del polmone — sono legati invece ad un processo di riparazione polmonare, o sotto forma di sclerosi, o di enfisema, o di atelettasia (specie di quest'ultima!), o di fatti pleurici — oppure a fatti sopraggiunti, specie a carico dei bronchi.

Nella tubercolosi, nei riguardi del lavoro e per l'intima connessione cardio-respiratoria, va sempre presa in esame la funzionalità cardiaca: indubbiamente uno stato tachicardico ed un polso instabile possono costituire dati preziosissimi pel giudizio della capacità lavorativa, ma solo se essi sono valutati nel quadro generale presentato dal malato. L'ipotensione arteriosa non è la regola nemmeno nelle forme attive, contrariamente a quanto è stato affermato per molto tempo (FRANCONI). La radiologia, complemento necessario della clinica della tubercolosi, è un elemento importante d'indagine, che dovrà valersi del confronto di vari reperti radiografici, attraverso i quali si potrà avere la chiara visione dello svolgimento dell'intera malattia. Recentemente, D'AMBROSIO ha pubblicato un lavoro sull'esame elettrocardiografico dei tubercolosi, arrivando a conclusioni interessanti, che qui sarebbe troppo lungo riportare. Infine, non per minore importanza, perchè anzi oggi esse si sono moltiplicate in maniera inverosimile, vi sono le ricerche di laboratorio: velocità di sedimentazione (trattata di recente dal DAMIANI), formula leucocitaria, indice opsonico... le quali sono elementi di gran valore nel controllo della diagnosi, basata sui sintomi su riferiti.

Passata in breve rassegna la parte clinica —

potremmo dire meglio la parte sanatoriale, intesa nel senso comune — riportiamoci nel campo pratico: occorre cioè collaudare quell'inattività della lesione che ci viene assicurata dagli esami clinico-radiologici e di laboratorio. E' necessario in altri termini avere la prova che la lesione sia stabilmente e non transitoriamente inattiva: tale prova — e non ve ne potrebbe essere una migliore — scaturisce dal controllo del malato sottoposto ad un lavoro esteso per gradi. Se essa è negativa nel malato si verificheranno dei fenomeni, che FRANCIONI classifica in immediati e tardivi: i sintomi immediati che denunciano l'intolleranza sono l'ipertermia, l'anormale accelerazione del polso, le alterazioni del ritmo respiratorio ed un soggettivo anormale senso di fatica; i sintomi tardivi, che possono anche seguire ad un apparente miglioramento iniziale, sono la modificazione delle curve termiche e ponderali, disturbi del sonno, astenia, aumento di velocità di sedimentazione delle emazie... aumento assoluto dei valori azotati e del rapporto azoto-ureico ed azoto totale (FRANCIONI).

Giustamente DAMIANI afferma che l'indicazione clinica esatta non è sufficiente a preservare il malato da qualche complicazione, che, specie nei primi periodi, può presentarsi dopo l'istituzione della terapia del lavoro.

* * *

La quasi totalità degli studi, concernenti il giudizio della capacità lavorativa dei tubercolosi, verte su ricerche espletate nell'ambito del sanatorio: è necessario allargare questo campo, altamente sociale, ed investigare in quali condizioni il tubercoloso, dimesso dal sanatorio, viene a trovarsi nell'esecuzione del suo lavoro normale.

Alcuni mestieri non sono possibili a tubercolotici, e quindi una parte di questi deve necessariamente indirizzarsi verso lavori differenti da quelli praticati prima d'ammalarsi; altri mestieri non sono per essi accessibili, per l'ostacolo della visita sanitaria preventiva, imposta o dal regolamento sanitario per la tutela della sanità delle collettività o per la difesa dell'igiene, o dal regolamento d'igiene del lavoro per le caratteristiche presentate dal genere della lavorazione.

Quindi v'è un reale stato di inferiorità lavorativa del tubercoloso guarito nei confronti dei sani: esso, nella ricerca del lavoro, si trova attanagliato dalla minore scelta del genere di lavoro e dai postumi residuali della malattia avuta.

Ma la lotta della vita — attraverso il lavoro — non è circoscritta al solo lavoro: i pericoli di una ricaduta non vanno individuati esclusivamente nel lavoro, perchè purtroppo molti malati, una volta dimessi dal sanatorio, approfittano largamente della libertà che segue alle restrizioni igienico-educative del sanatorio. Nè va taciuta l'importanza del ritorno in un ambiente antigenico, di una alimentazione scarsa ed irregolare, di un assillo continuo dato dalle precarie condizioni economiche: per la maggior parte dei dimessi è necessario trovar subito un qualsiasi lavoro, gravoso o no, come vedremo nei dati che seguiranno.

* * *

G. BATTIGELLI nella pubblicazione: *Possibilità di lavoro dei pneumotoracizzati in cura ambulatoria*, ha riportato dati e fatti osservati nel Centro diagnostico dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale di Trieste, arrivando — attraverso un esame accurato — a conclusioni veramente istruttive: lo scopo di questa trattazione è appunto quello di estendere le ricerche iniziate del BATTIGELLI, sull'esame di quei casi che sono stati trattati ambulatoriamente dal 1935 fino ad oggi.

I malati, qui presi in esame, sono stati sottoposti alla terapia del pneumotorace in sanatorio o in ospedale, e sono stati assegnati alla cura ambulatoria nel momento in cui è parso che l'ammalato non avesse più oltre bisogno della degenza sanatoriale. Nessuno di questi malati è stato sottoposto in sanatorio alla terapia lavorativa, e — sotto questo punto di vista — le conclusioni alle quali arriveremo avranno maggiore importanza.

Le direttive seguite per consigliare il malato di riprendere o di abbandonare il lavoro non sono sempre rigidamente legate al concetto clinico: giustamente BATTIGELLI nel suo lavoro afferma che, in non pochi casi, è il malato stesso a prendere l'iniziativa, costretto, talvolta,

dalla necessità, anche contro il parere del medico, ed in questi ci è stato dato di osservare ben spesso, più spesso di quel che non si creda, che l'intraprendenza del malato non s'è risolta in un insuccesso e che perciò il nostro giudizio pregiudiziale pessimistico era assolutamente infondato: questa constatazione ci ha indotti oggi, nelle concessioni, ad essere più larghi di quello che non eravamo in passato.

Quando il malato si trova nella difficile condizione di dover scegliere fra l'indigenza ed il lavoro — più o meno gravoso —, preferisce il lavoro, fonte di guadagno: il malato guarda soprattutto al guadagno e la conferma di questa verità è nelle statistiche per mestiere, che qui riportiamo.

Riprendo le cifre dal punto in cui le ha lasciate BATTIGELLI, troviamo che i malati pneumotoracizzati, assegnati alla cura ambulatoria, assommano a 175, dei quali 99 maschi e 76 femmine; di questi 71 (41 maschi, 30 femmine) sono tuttora in cura.

Il prospetto che segue riguarda l'età: tutti i malati appartengono — nei riguardi dell'età che va dai 15 ai 50 anni, con maggiore affollamento tra i 20 ed i 35 anni — al periodo veramente produttivo della vita (allegato n. 3).

Ma la cifra di 175 malati — nei riguardi della capacità lavorativa — non può avere necessariamente valore assoluto, in quanto comprende malati giovani a carico dei genitori, specialmente ragazze che non hanno mai esercitato un mestiere, e le casalinghe, che per sopravvenuti cambiamenti della loro posizione sociale non hanno avuto bisogno di riprendere il lavoro esercitato prima della malattia.

Per quest'ultime va considerato però il fatto che la loro condizione di donne di casa implica un certo lavoro — e non un riposo assoluto — che non può essere valutato perchè non dosabile e mal definito: è certo però che anch'esse esplicano una certa attività. Le casalinghe assommano a 19; quelle che dopo il male hanno lasciato il mestiere per dedicarsi esclusivamente a lavori domestici sono tre: totale 22. I maschi, così detti figli di famiglia, che non hanno avuto alcun contatto con il lavoro, sono 12. Quindi dai 171 malati in cura ambulatoria, per una trattazione del genere di questa, vanno detratti

34 malati — dei quali 22 femmine e 12 maschi: il numero da considerare nei riflessi dell'attività lavorativa, si riduce a 141.

Qui sorge una importante considerazione, già accennata innanzi, e cioè che non tutti i pneumotoracizzati compresi nelle cifre di quelli che in corso di cura non hanno ripreso il lavoro, se ne sono astenuti per motivi di salute o per necessità di cura: tra questi ve ne sono molti — e lo vediamo nella pratica giornaliera — i quali non hanno ripreso il lavoro per il semplice motivo che non l'hanno trovato, per le ragioni che sono dette innanzi.

I prospetti che seguono riguardano malati — per guarigione o per ricovero — dimessi, o tuttora in cura, assegnati al Centro diagnostico dell'Istituto Nazionale Fascista Previdenza Sociale di Trieste sino al novembre 1939, con partenza dalle cifre riportate da BATTIGELLI; l'osservazione di questi malati ha la durata di un periodo medio che va da mesi sei ai due anni.

Su di un totale di 141 lavoratori — dei quali 87 maschi e 54 femmine — soltanto 55 hanno ripreso il lavoro durante il periodo di cura ambulatoria pneumotoracica, dei quali 46 maschi e 9 femmine. Come si vede v'è un notevole divario fra le cifre dei maschi e quelle delle femmine, ma esso non va messo in rapporto a maggior gravità della malattia sopportata od a minor capacità lavorativa residua delle femmine: le considerazioni sono di tutt'altra natura e bisogna pensare piuttosto alla maggiore e più urgente iniziativa nella ricerca del lavoro da parte dei maschi i quali — come è detto innanzi — spesse volte sentono il peso delle preoccupazioni familiari. Le femmine vengono a trovarsi in simili contingenze in misura molto minore. Tale fatto è confermato dal raffronto delle cifre di quei malati che — passati in cura ambulatoria — non hanno ripreso il lavoro: troviamo 52 maschi contro 68 femmine. La differenza non è certamente notevole, ma è sufficiente per la conferma di quanto abbiamo detto.

È necessario, nell'esame delle cifre riportate, pensare che non tutti gli insuccessi nei prospetti D. E. — del resto in bassa percentuale che si limita a 7 su 47 maschi ed a 1 su 9 femmine — sono riferibili al lavoro, o meglio anco-

ra al genere di lavoro: nella pratica vediamo talvolta che di due malati pneumotoraccizzati con le stesse caratteristiche di diagnosi e di decorso, dei quali uno fa l'impiegato e l'altro il bracciante, è proprio il primo ad aver bisogno di un nuovo ricovero per peggioramento. Diremo forse che la causa è nel genere di lavoro? Saremo piuttosto nel vero se — astrazione fatta per la diversità di comportamento della stessa forma clinica da malato a malato — allargheremo la nostra indagine sino a quei fattori sociali che sono legati indissolubilmente alla tubercolosi. In un altro nostro lavoro abbiamo trattato dell'importanza della casa e della alimentazione nella tubercolosi: il ritorno, alla dimissione del sanatorio, in un ambiente antigienico e l'alimentazione insufficiente ed irragionevole possono benissimo bastare a rimandare l'ammalato in sanatorio!

Ne viene logicamente che il lavoro, dal quale il malato potrà ritrarre il guadagno necessario per procurarsi una casa igienica ed un'alimentazione corroborante, debba esser necessario al malato dimesso dal sanatorio.

Piano: non vogliamo arrivare ad una conclusione tanto assoluta, benchè le cifre da noi riportate nei prospetti D, E ci autorizzino ad essere convinti che il tubercoloso può e deve — in determinate condizioni — attendere ad un lavoro senza ch'esso si ripercuota dannosamente sul suo stato di salute.

BATTIGELLI ha pubblicato che su 248 (119 maschi e 129 femmine) hanno ripreso il lavoro in corso di cura pneumotoracica il 46,2 % dei maschi ed il 24 % delle femmine.

In tutto questo non bisogna perdere di vista il rapporto che corre fra la qualità del mestiere e gli esiti di cura, perchè nessuno si sentirebbe di affermare che non sia nocivo un lavoro sproporzionato alla capacità fisica del malato, specie quando questo sia un pneumotoraccizzato.

Nei prospetti nei quali sono elencati i mestieri praticati dai nostri malati si osservano delle voci che destano non poca meraviglia: troviamo ad esempio braccianti, fuochisti, scarpellini... i quali sono tornati non certamente dietro consiglio del curante (allegati nn. 1 e 2).

Esaminata la parte sociale fermiamoci a con-

siderare la parte clinica del materiale preso in esame.

Abbiamo visto che si tratta di malati per lo più giovani: in molti di questi l'anamnesi familiare comprende precedenti tubercolari, mentre l'anamnesi personale non denuncia — nella massima parte dei casi — precedenti, sia specifici che aspecifici. La nostra osservazione piuttosto si ferma su di un punto che merita di essere messo in grande evidenza ai fini della lotta contro la tubercolosi: le forme acute di recente insorgenza e curate per tempo, permettono un collasso polmonare più completo e quindi un risultato lontano più soddisfacente, mentre le forme cronicizzate — per ritardo della cura, per caratteristiche cliniche, per complicazioni pleuriche — sia pur guarite o stabilizzate, non danno alcun affidamento sicuro per la ripresa del lavoro. Queste forme non consentono, in alcun modo, che il malato riprenda a lavorare e costituiscono la quasi totalità di quelle cifre nelle quali sono indicati i ricoveri, dalla cura ambulatoria in sanatorio, di quei malati che hanno voluto ritornare al lavoro: 7 maschi, 1 femmina.

Per questi malati, il lavoro dovrebbe avere speciali caratteristiche di orario e di svolgimento: ma nel campo pratico, in rari casi il malato riesce a trovare un datore di lavoro che gli consenta di lavorare per un ristretto numero di ore al giorno, seduto in ufficio!

Le cause che determinano il nuovo ricovero in sanatorio, sono quasi essenzialmente: la riaccutizzazione del processo nel moncone polmonare non collassato per l'inefficienza del pneumotorace determinata dalle aderenze pleuriche e la bilateralizzazione, tanto frequente in quei processi cronici tardivamente trattati col pneumotorace.

Il comportamento del pneumotorace ambulatorio nei malati che lavorano non s'allontana troppo da quello sanatoriale: DAMIANI ha recentemente trattato dei risultati delle osservazioni condotte sui pneumotoraccizzati sottoposti alla terapia del lavoro nell'Ospedale sanatoriale di Porta Furba ed è arrivato a conclusioni pressochè identiche. Va tenuto il debito conto del lavoro condotto in sanatorio sotto il controllo

medico e del lavoro condotto senza alcun controllo, avente caratteri ben diversi dal primo.

Anzitutto, non è vero — come a tutta prima è logico pensare — che il lavoro complichì il decorso del pneumotorace, nel senso di richiedere minore intervallo tra un rifornimento e l'altro: nella nostra pratica, nei malati presi in esame, i periodi di intervallo vanno da un minimo di otto giorni ad un massimo di ventidue giorni, con maggior frequenza tra i dieci e quattordici giorni. In secondo luogo, non è vero — ed anche per questo punto sarebbe logico pensare il contrario — che il rifornimento richieda una maggior quantità di aria. Non c'è stato possibile stabilire delle rigide statistiche — che in fondo non debbono aver valore per le cifre in sè stesse — in proposito, ma il concetto clinico che ci siamo formato nel quotidiano contatto con i pneumotoracizzati lavoratori ci induce a pensare che nella quasi totalità il decorso del pneumotorace non viene troppo disturbato dal lavoro.

Ho detto, la quasi totalità: infatti, vi sono dei casi, invero molto pochi, nei quali i rifornimenti debbono essere riavvicinati di qualche giorno e richiedono l'introduzione di un maggiore quantitativo di aria. Questi pochi casi, che potremmo chiamare eccezioni di una regola, coincidono con il primo periodo della ripresa lavorativa, specie quando questa avvenga attraverso un lavoro che richieda molto movimento da parte dei malati.

Sorpassato questo primo periodo, diciamo così di ambientamento lavorativo, l'organismo si crea un nuovo equilibrio per riparare alla maggiore richiesta d'energia: naturalmente, qui escludiamo i famosi pneumotoraci insaziabili.

Altra osservazione da fare è quella delle complicazioni pleuriche che si sono verificate nei nostri malati: ma qui è indispensabile una premessa tendente a fare distinzione fra le pleuriti benigne idiopatiche con poco liquido e le pleuriti tubercolari vere e proprie. In corso di pneumotorace le prime sono frequenti ad osservarsi, ma aggiungeremo subito che esse sono insorte tanto in quei malati che avevano ripreso il lavoro, quanto in quelli che se ne erano astenuti: il decorso di queste, sia nel numero che nei caratteri clinici, è stato pressochè identico.

Si è trattato di piccoli versamenti pleurici, in genere limitati alla semplice invasione del corrispondente seno costo-diaframmatico, che s'accompagnano ad un leggero senso di fastidio soggettivo alla base dell'emitorace e non distolgono il malato dalla continuazione della sua attività lavorativa: nei nostri casi sono scomparsi per riassorbimento spontaneo, magari per ricomparire di nuovo per poi riassorbirsi in prosieguo di tempo. Questi non complicano il decorso del pneumotorace nè ostacolano il lavoro del malato, tanto vero che, mentre spesso il malato stesso al momento della visita comunica al curante la sensazione soggettiva del liquido, capita altrettanto spesso che il malato non se n'è accorto e ne viene informato dal curante. In quali lavori s'è verificata di più l'insorgenza del liquido? Per la pochezza dei casi non è stato possibile fare una statistica, ma nel complesso si può affermare che essi sono più frequenti nei lavori faticosi: ed all'aria libera.

Non possiamo riferire delle vere pleuriti tubercolari, in quanto nei nostri malati non s'è presentato alcun caso: BATTIGELLI ci dice nel suo lavoro che ha avuto modo di osservarle nel 9% dei casi, ed è del parere che esse possono benissimo esser trattate ambulatoriamente e che — dopo un riposo di tre o quattro settimane — il malato può riprendere il lavoro senza inconvenienti di sorta.

Nella condotta, infine, del pneumotorace ambulatorio nei malati lavoratori non è possibile indicare una direttiva speciale, poichè essa non si allontana troppo da quella che si osserva in sanatorio: occorre però che il malato sia metodico e puntuale nei rifornimenti ad evitare che l'irregolarità della condotta del pneumotorace si rifletta sulla meccanica respiratoria del polmone, che in tal caso verrebbe ad essere sottoposto a riespansioni e compressioni dannose per l'esito finale.

CONCLUSIONI

- 1) Il pneumotorace dev'essere iniziato in sanatorio, nel quale il malato deve rimanere sino a quando non vi siano variazioni nello stato generale e nella condotta del pneumotorace.
- 2) Sarebbe necessario che i malati, prima di essere dimessi dal sanatorio, fossero sottoposti al

F) Riassunto dei prospetti precedenti D) ed E):

Dimessi per guarigione	22
Ricoverati per sopravvenuto peggioramento	8
In corso di cura	23
Trasferiti in altre città	2
	55

3. - Et  dei malati assegnati alla cura ambulatoria:

Maschi	Anni	Femmine
—	10-15	1
10	16-18	8
9	19-21	18
16	22-24	14
29	25-27	21
10	28-30	8
6	31-33	4
3	34-36	1
7	37-39	1
1	40-42	—
5	43-45	—
1	46-48	—
2	49-50	—
99		76 = 176

BIBLIOGRAFIA

ALOCI S.: Relazione alla seduta straordinaria tenuta presso il Sanatorio dell'I.N.F.P.S. di Camerlata (Como), il 30 gennaio 1938-XVI. — BATTIGELLI G.: *Possibilit  di lavoro dei pneumotoracizzati in cura ambulatoria*. « Difesa Sociale », n. 2, 1937.

— BERNAB -SILORATA A.: *Evoluzione delle provvidenze antitubercolari: la rieducazione al lavoro dei tubercolotici*. « Fronte unico antitubercolare », n. 6, 1935. — BELANCON F.: *Le travail des tuberculeux*. « Bull. de l'Union Int. de la Tbc. », n. 3, luglio 1936. — BIONDI C.: *Incapacit  al lavoro*. U.T.E.T., 1926. — BOCCHETTI F.: *La terapia del lavoro sanatoriale e post-sanatoriale*. « Relazione al Congresso di Bologna del 1935 ». — Id.: *Il nuovo Sanatorio militare di Anzio*, 1933. — BRECCIA C.: *Il lavoro sanatoriale post-sanatoriale*. « L'Azione antitubercolare », n. 3, giugno 1938. — CIAMPOLINI A.: *La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge*. Pozzi, Roma, 1926. — COSTANTINI G.: *La organizzazione delle colonie post-sanatorie nel quadro della lotta antitubercolare*. « Difesa Sociale », n. 1, 1938. — D'AMBROSIO R.: *Il lavoro sanatoriale e post-sanatoriale. Orientamenti e realizzazioni nel Sanatorio « B. Ramazzini »*. « Difesa Sociale », n. 1, 1938. — Id.: *L'esame elettrocardiografico nei tubercolotici polmonari*. « Lotta contro la tbc. », n. 8, 1938. — DAMIANI F.: *Organizzazione sull'andamento del pneumotorace terapeutico in alcuni tbc. sottoposti alla terapia del lavoro*. « Lotta contro la tbc. », n. 12, 1938. — FRACCIONI G.: *Tubercolosi polmonare ed assicurazione invalidit *. « Lotta contro la tbc. », n. 9, 1939. — MANCINI A.: *Tubercolosi polmonare ed assicurazione sociale*. « Boll. Consorziiale », n. 9, 1939. — MENDES G.: *Ergoterapia ed assistenza antitubercolare*. « Croce Rossa », 1934. — MORELLA G.: *L'assistenza post-sanatoriale*. « Lotta contro la tbc. », n. 9, 1932. — ONIOEDI ZORINI A.: *Malattie croniche e invalidit , con particolare riguardo al reumatismo e alla tubercolosi*. « Le Assicurazioni Sociali », n. 4, 1949. — PARODI F.: *Consuntivo sanitario 1937-XV della scuola professionale di Camerlata*. « Difesa Sociale », n. 1, 1938. — Id.: *Il funzionamento della scuola professionale di Camerlata*. — Id.: *La terapia del lavoro sanatoriale e post-sanatoriale*. Relazione al Congresso di Bologna, 1935. — PECORARO G.: *I fattori sociali della tubercolosi: l'abitazione*. « Boll. Consorziiale », n. 9, 1934. — Id.: *I fattori sociali della tubercolosi: l'alimentazione*. « Boll. Consorziiale », n. 10-11, 1934. — PISENTI G.: *Il ritorno al lavoro dei tubercolotici dimessi dal sanatorio*. « Difesa Sociale », n. 3, 1937. — REALI M.: *La sorveglianza dei tubercolotici dimessi dagli Istituti di cura*. « Difesa Sociale », n. 3, 1938. — SIVORI L.: *Il lavoro dei tubercolotici nei sanatori*. « Difesa Sociale », n. 4-5, 1937.

11/1/39

0.529







