



Prof. FELICE PARODI

IL RIADATTAMENTO DEI TUBERCOLOTICI AL LAVORO

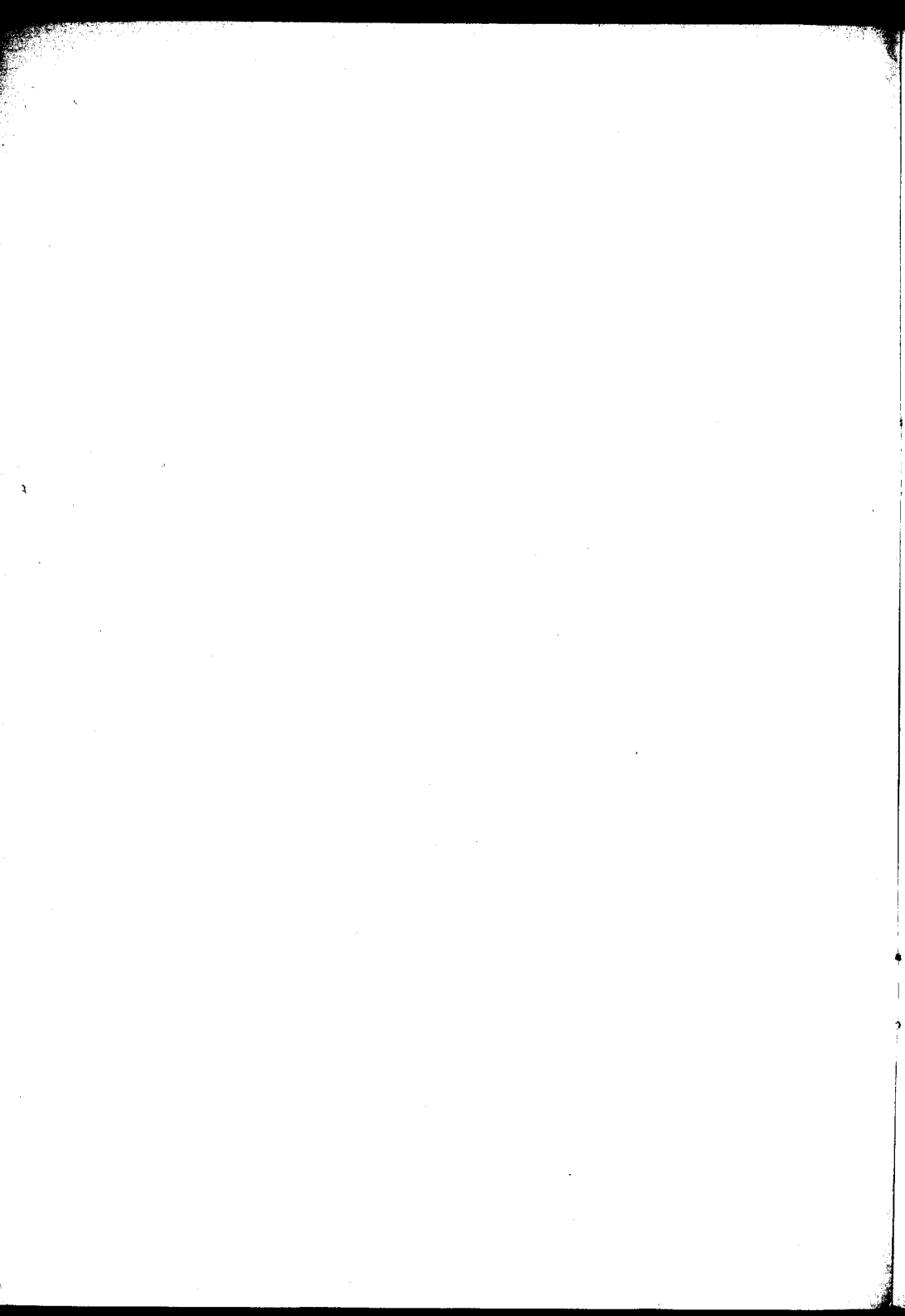
ESTRATTO DA « LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI »
ANNO XI - NUMERO 5 - MAGGIO 1940 - XVIII



Prof. FELICE PARODI

IL RIADATTAMENTO DEI TUBERCOLOTICI AL LAVORO

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



Non possiamo che sottoscrivere pienamente alle conclusioni generali del relatore principale Sir PENDRILL JONES quando egli invoca un allineamento di tutti i Paesi per un miglioramento dei metodi di lotta contro la tubercolosi e per un'organizzazione in grande stile a carattere unitario al fine di utilizzare il lavoro dei minorati e soprattutto dei tubercolosi.

Pur tuttavia noi eleviamo qualche riserva, dato il carattere particolare che alla questione della riadattazione al lavoro impone l'organizzazione antitubercolare in Italia.

L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi in via di progressiva estensione e che comprende fino ad oggi operai ed impiegati, raggiunge un duplice scopo: a) di diminuire il serbatoio generale di infezione; b) di curare nel modo più completo il malato al quale l'Istituto assicuratore non consente di ritornare in seno alla famiglia *finchè rappresenta una fonte di contagio* e finchè non ha raggiunto la guarigione o la stabilizzazione. I risultati pratici, sebbene notevoli, sono però inferiori a quanto avremmo potuto aspettarci data la grandiosità dei mezzi in nostro potere e l'enorme sacrificio in denaro fatto dalla nazione. La colpa di questo stato di cose risale, in parte, al tipo di organizzazione antitubercolare che è comune a tutti i Paesi; la lotta contro la tubercolosi resterà infatti di scarsa efficacia finchè si appoggerà in modo preminente sul dispensario, centro di smistamento dei tubercolosi e vedetta di segnalazione degli ambienti infetti. Per amplificare gli effetti benefici è necessario intraprendere un'azione più vasta che porti all'obbligatorietà

della visita *periodica* di tutte le collettività supposte sane, nonchè all'obbligatorietà della visita (ma fatta sul serio), all'atto dell'assunzione all'impiego di tutti i lavoratori; senza di questo il problema dell'«*accertamento tempestivo*», cioè della scoperta *meno tardiva possibile dello stato di malattia* (ciò che non porterà sempre alla diagnosi *precoce di lesione*, che resta una scoperta accidentale non frequente), non potrà essere raggiunto. A questo *accertamento tempestivo* è legato il problema della *riadattazione al lavoro* la quale è possibile solo se il malato è *recuperabile*, cioè se è praticamente guarito. Quando si parla di «riadattazione» — nel senso dato alla parola da Sir PENDRILL JONES — bisogna fare, per quanto riguarda il tubercoloso, una distinzione fondamentale, considerare cioè due eventualità che sono in relazione con l'esito clinico raggiunto:

a) la possibilità di una riadattazione completa; b) la possibilità di un recupero lavorativo parziale. Il *tubercoloso guarito*, nel quale cioè si ottiene la scomparsa assoluta e persistente di ogni segno clinico e radiologico, può raggiungere la riadattazione completa, si tratta di vedere se avrà bisogno di essere *semplicemente* allenato al lavoro (in ragione del lungo periodo di riposo trascorso durante la cura), oppure *rieducato* «*ex-novo*», e questo per mantenere il più a lungo possibile lo *stato di riadattazione*, quello stato cioè che lo rende fisicamente e professionalmente identico a quello posseduto prima della malattia. La distinzione tra riallenamento e rieducazione riflette condizioni di fatto che debbono essere discriminate caso per caso. Un *ex malato* viene sottoposto al solo riallenamento non solo perchè lo si reputa praticamente guarito, ma anche perchè si ritiene che la sua

abituale professione non sia antigienica, nè in ogni modo tale da nuocere alla salute. Lo si rieduca invece perchè si ha ragione di credere che il suo stato di guarigione forse non dimorerà permanente, in considerazione della gravità delle lesioni iniziali, della compromissione della sua anamnesi personale e familiare e degli esiti cicatriziali locali, dei disturbi residuati negli altri organi esistenti, della *non innocuità della professione abitualmente esercitata*. In questi casi più che riadattamento si deve parlare di recupero parziale.

Da noi in Italia il problema della riadattazione al lavoro assume un aspetto diverso da quello degli altri Paesi. La maggior parte delle categorie meno abbienti, con l'obbligo di assicurazione contro la tubercolosi, ha il diritto di restare in cura sanatoriale magari per tutta la vita, quando la guarigione non sia raggiunta. Il problema che noi dobbiamo risolvere è quindi di provvedere, *pei guariti*, al ritorno al lavoro nelle condizioni più normali possibili. Per i non recuperabili, non si può parlare di riadattazione al lavoro, ma soltanto di *utilizzazione* di una parte di essi, e precisamente dei portatori di forme cronicizzate nelle quali la lesione regredisce lentamente sostituita da sclerosi, oppure resta definitivamente stazionaria e circoscritta. Nell'attuale stato di cose la popolazione più numerosa dei sanatori è rappresentata in generale da malati con forme inizialmente gravi delle quali una minor percentuale costituisce la cifra dei veri guaribili (quelli che non recidivano più) mentre la percentuale maggiore è data dagli *apparentemente guaribili* (quelli che a distanza più o meno grande di tempo, dalla ripresa lavorativa, recidivano).

Quindi il problema che è in prima linea non è purtroppo quello del semplice *riallenamento al lavoro* ma della rieducazione: trattasi di individui che sono particolarmente passibili di recidive, la lotta contro la tubercolosi deve essere orientata in modo da prevenire e possibilmente da impedire le recidive, con una particolare *organizzazione di lavoro e con adeguata assistenza post-sanatoriale*. Anche così circoscritto, il problema è di mole non indifferente poichè solo l'*osservazione retrospettiva* ci permette di dividere i tubercolosi in quelli che guariscono

definitivamente ed in quelli che invece recidivano. Per noi medici esistono solo dei malati per i quali la più esatta delle prognosi che noi possiamo fare è molto spesso troppo *approssimativa*. Tutti i malati al loro ingresso in sanatorio sono ugualmente posti nei confronti col problema futuro del lavoro; non è quello più leggero che sarà *a priori* il recuperabile, nè quello più grave che non lo sarà, l'evoluzione successiva è quella che farà la selezione, perciò si può ben dire che il problema della riadattazione nasce in sanatorio e che il giudice meglio situato per giudicare è il medico di sanatorio.

E' completo l'accordo tra fisiologi che *nessuna attività possa essere consentita al tubercoloso con manifestazioni evolutive anche subacute*. E' dimostrato da una vasta esperienza che *all'insuori di tali periodi il tubercoloso è capace di un'attività proficua, molte volte normale o quasi*.

Dato il valore etico e psichico che il lavoro rappresenta per l'uomo, alcuni di noi (ed altri prima di noi) si sono chiesti se era utile di attendere la guarigione per iniziare la rieducazione del tubercoloso. La risposta è nelle organizzazioni più antiche, di Leysin ed in quella di altro tipo di Papworth. Alcune delle organizzazioni sorte dopo, vivono per virtù dei dirigenti, molte sono morte dopo breve vita per ragioni diverse: diffidenze dell'ambiente medico e profano, diffidenze dell'ambiente amministrativo e commerciale, sfiducia dei malati. Il punto debole principale di queste istituzioni di lavoro, è stato di essere nate dal cuore dei singoli uomini senza una adeguata campagna propiziatrice di propaganda. Allora come oggi (sebbene molte cose si siano cambiate) *questa campagna è indispensabile, deve essere fatta in tutti i Paesi, periodicamente ma regolarmente, in modo particolare deve essere solenne, si dedichi una giornata nazionale alla celebrazione della rieducazione dei minorati in genere*.

La questione della rieducazione al lavoro quale si prospetta oggi ha un fondamento eminentemente economico. Il tubercoloso considerato fino ad ora solo come un *consumatore* deve essere preparato a riprendere il proprio posto nella società come un *produttore*.

Ed è a questo punto che nascono le prime

divergenze anche tra i medici convinti che il tubercoloso, anche durante la cura sanatoriale, possa e debba lavorare. Molti oggi, però, sono convinti che il ciclo produttivo debba iniziarsi in *sanatorio*, con un lavoro *retribuito*; io d'accordo nella prima parte della tesi, sostengo che il *sanatorio debba essere soltanto una scuola di allenamento e di rieducazione professionale* e che come tale, costituendo un privilegio (concesso dallo Stato o dall'Ente assicuratore), il lavoro non debba avere una corresponsione di salario. Date le condizioni particolari nelle quali avviene il lavoro in sanatorio, una retribuzione vera e propria determinerebbe inconvenienti gravi; *a) di ordine sanitario*, in quanto riuscirebbe più difficile sorvegliare il lavoro in modo che esso resti nei limiti della sopportabilità individuale; *b) di ordine amministrativo*, richiedendo un forte onere finanziario da parte dell'Istituto sovvenzionatore; *c) di ordine commerciale*, per difficoltà a trovare lavoro adeguato per tutti i malati, secondo le loro differenti professioni, per difficoltà di esitare il lavoro stesso a prezzi almeno pari a quelli del mercato; si deve ritenere che il lavoro del tubercoloso non è industrializzabile, perchè l'operaio malato ha un *rendimento limitato e discontinuo*.

Una scuola si regge da sola, senza passività esagerate, può rispondere alle esigenze di tutti i malati in quanto apprende un'arte od un mestiere ai giovani che ne sono sprovvisti, completa armonicamente ed ordinatamente la cultura dell'operaio adulto quando mantiene il proprio mestiere, lo specializza in branche più confacenti alle sue condizioni di minorato quando è costretto ad abbandonare il mestiere primitivo. La scuola richiede, è vero, impianti e macchinari completi, ma non ha bisogno di produrre ai fini commerciali. L'allievo costruisce dispositivi e macchine necessarie agli insegnamenti nelle diverse branche, fa e disfa dispositivi e modelli di macchine che deve apprendere a costruire e ad usare. Non è escluso un compenso materiale agli allievi migliori sotto forma di piccoli premi che in nessun modo abbiano il significato di una retribuzione, tanto più che una corresponsione di salario vero e proprio, si urterebbe da noi, con

difficoltà pressochè insormontabili di ordine sindacale (minimi di paga, qualifiche, assicurazioni, ecc.). Mentre la scuola professionale educa il malato durante la permanenza in sanatorio, sotto gli occhi del medico che giorno per giorno calcola e misura la resistenza fisica del malato. Il lavoro ben dosato, costituisce un vero e proprio elemento di cura.

È evidente che la scuola professionale si rivolge soprattutto ai malati che hanno una *degenza sanatoriale limitata*, cioè ai *recuperabili*; per gli altri, finchè le forme croniche non recuperabili continueranno ad essere ricoverate nei sanatori comuni, ha un valore morale; legandoli alle opere della vita tien lontano il presentimento pauroso della morte.

È da tener presente che il criterio di recuperabilità è molto elastico. *Esso è soprattutto, il più spesso, relativo al tempo nel quale il malato può stare in sanatorio*. Orbene, quando si pensi che la frequenza delle recidive è in *proporzione inversa alla durata del ricovero sanatoriale*, si comprende che vi sia convenienza a curare, come noi facciamo in Italia, il tubercoloso per tutto il tempo necessario ed a *non dimetterlo*, come purtroppo talora si fa di ufficio, *se non clinicamente guarito*. I soggiorni sanatoriali *inadeguati* sono quelli che contribuiscono a creare per gran parte le *forme croniche della tubercolosi* e con esse il problema, *pressochè insolubile, del ricupero economico del tubercoloso cronico*. In Italia, dai sanatori che ricoverano gli assicurati, *non* vengono dimessi individui bacilliferi, solo un piccolo numero esce *spontaneamente*.

Questi, in unione coi *non assicurati* bacilliferi, che per diversi motivi non trovano possibilità di ricovero, costituiscono una massa che pur non essendo censita, non pare essere tale, da creare *come negli altri Paesi*, il problema del ricupero lavorativo dei cronici bacilliferi e non recuperabili. Noi richiamiamo una volta di più l'attenzione sulla necessità di moltiplicare il più possibile i ricoveri.

Da noi si pone invece il problema dell'utilizzazione dei cronici *ricoverati*, una gran parte dei quali, pur essendo bacilliferi, è in condizione di potere, quasi costantemente, fornire un lavoro pressochè normale (forme lentamente regressive o lentamente progressive, con sopravvento

della trasformazione sclerosa). Nell'attesa — lunga purtroppo — che il numero diminuisca con una *tempestività maggiore nell'accertamento* e nel ricovero e con la *continuità* fino a guarigione (quando è possibile) *del primo ricovero* (perchè nulla è più dannoso dal punto di vista medico, economico e sociale che le dimissioni dopo *apparente stabilizzazione*) questi malati possono (come a Camerlata), venire, sia pure in minima parte, utilizzati come insegnanti nelle comuni scuole professionali sanatoriali quando trattasi di operai provetti, la parte maggiore dovrebbe essere riunita in *particolari colonie sanatoriali di lavoro specializzato* ed adibiti a lavori per determinate pubbliche amministrazioni, analogamente a quanto avviene ora per le colonie di pena. Questi malati, che durano anche quindici o vent'anni, *possono essere retribuiti* ed il loro lavoro non riuscirebbe passivo neppure per l'amministrazione che assume l'onere. Anche in questo caso le scuole professionali assumono un'importanza speciale perchè indirizzano le forme cronicizzanti (operai per lo più anziani) *a quei determinati lavori* che debbono essere eseguiti nelle colonie specializzate.

L'ammalato *recuperabile e recuperato* esce dalle nostre *scuole professionali sanatoriali* con probabilità di trovar lavoro quasi altrettanto eguali a quelle dell'operaio sano. A questo scopo nel nostro sanatorio funziona un ufficio di collocamento dei sindacati operai. Le prevenzioni degli industriali verso l'ex malato sono neutralizzate dal fatto che essi ignorano il più delle volte il passato sanitario dell'operaio, l'assunzione al lavoro avvenendo attraverso ai sindacati operai che richiedono per i nostri Istituti una *dichiarazione di guarigione* e un certificato di attitudine tecnica al lavoro specifico per il quale l'operaio viene assunto. E' interesse della nostra istituzione sanatoriale *non rilasciare certificati di guarigione che non rispondano alla verità clinica e radiologica*. Del resto, anche quando tutte le condizioni cliniche concorrono a determinare la dimissione, questa non dovrebbe essere fatta se la guarigione non ha subito il collaudo di un lavoro continuo, in officina (se trattasi di operaio) di cinque o sei ore al giorno, per quattro o cinque *mesi*, con soppressione dell'abituale riposo in sdraia.

Del resto, in Regime Fascista, anche gli industriali hanno dato prova di grande comprensione e non sono pochi quelli che spontaneamente riassumono i loro vecchi operai, pur essendo al corrente di ogni cosa.

Le condizioni delle industrie moderne sono tali che non si può ragionevolmente imporre loro dei pesi morti, coll'obbligarle all'assunzione di minorati, a scarso rendimento; ciò non esclude però che, caso per caso, si possa addivenire ad un temperamento quale è quello di dare ad ognuno il posto che può fisicamente sopportare. Del resto, io, per le mie osservazioni, da ormai otto anni sono venuto nella *convinzione che è dannoso il lavoro solo quando costituisce una attività forzata in ambiente poco igienico e con insufficienza di alimentazione appropriata*.

Pertanto nei compiti della lotta contro la tubercolosi rientra in prima linea la *sorveglianza igienica degli ambienti di lavoro*; inoltre se non si vuole che l'enorme quantità di denaro speso per i ricoveri sanatoriali resti senza frutto, è necessario organizzare una *buona sorveglianza dei malati dimessi dal sanatorio*. Questa consiste soprattutto: nel rendere obbligatorie le visite periodiche, specialmente negli *ex ammalati che lavorano nella comunità*. Dette visite debbono essere più frequenti nei primi mesi dopo le dimissioni, più rare dopo il secondo e terzo anno, tenuto presente che la percentuale delle recidive va fortemente diminuendo dopo detto periodo. Ogni paese, a seconda delle proprie leggi, provvederà per quell'assistenza economica che sarà necessaria nel caso che l'ex malato sia costretto ad una disoccupazione non voluta.

Io porto come conclusione l'esperienza di quanto è stato realizzato da noi nel sanatorio di Camerlata. Il bilancio dal 1932 al 1938 è il seguente:

su 1435 ricoverati in detto periodo, 782 erano iscritti alle scuole professionali, vale a dire il 100 % delle forme considerate di prognosi buona. Di questi 523 sono stati dimessi come guariti o migliorati, vale a dire il 67 % circa degli iscritti alla scuola. Per seguire con assoluta certezza la sorte dei dimessi guariti, noi ne abbiamo scelti 322 appartenenti tutti alle provincie di Milano e Como e dei quali quindi era possibile

avere notizie dettagliate dalle sedi provinciali del nostro Istituto Nazionale Fascista della Prevenzione Sociale. All'inchiesta eseguita è risultato che:

Di questi 322, che avevano ripreso il lavoro, dopo 5 anni, 69 erano recidivati secondo la frequenza dimostrata dalla seguente tabella:

Recidive nei dimessi per guarigione o miglioramento stabile delle sedi di Milano e Como dal 1932 al 1938 in rapporto all'epoca di distanza delle dimissioni.

(Casi n. 322)

Epoca delle recidive dopo le dimissioni	Casi recidivati totale n. 69	Casi non recidivati totale n. 253
Nel 1° semestre	N. 29	293
» 2° »	» 19	274
» 3° »	» 6	268
» 4° »	» 9	264
Fra il 2° e il 3° anno	» 5	259
» » 3° » 4° »	» 4	255
» » 4° » 5° »	» 2	253

Dalla quale risulta che una buona percentuale di malati può essere recuperata in modo definitivo, e restituita al lavoro alla condizione che la cura sanatoriale, *specie il primo ricovero*, venga protratta per tutto il tempo che è necessario a raggiungere, quando è possibile, la guarigione clinica e radiologica. Per tutti gli altri casi nei quali non si riesca ad ottenere neppure la sterilizzazione dello escreato, il problema non si può risolvere che col *ricovero continuato*, separando quelli che sono in condizione di dare una certa attività (forme lentamente progredienti o regressive) da quelli in cui la cronicità vuol dire soltanto una progressione relativamente lenta verso la morte. Per questi ultimi non è il caso di parlare di rieducazione, ma tutt'al più di occupazione per passatempo. La dimissione dal sanatorio deve essere preceduta da un periodo di attività lavorativa non inferiore a 4 o 5 mesi.

I dimessi con pneumotorace in atto furono quelli che hanno dato, in proporzione, il numero maggiore di recidive. L'ammalato curato tempestivamente e per tutto il tempo necessario costa meno di quello ricoverato per periodi o tardivamente.

Riassumendo: Il problema della riadattazione del tubercoloso al lavoro assume in Italia un aspetto particolare; riteniamo che il problema della riadattazione del tubercoloso al lavoro possa essere praticamente risolvibile con frutto soltanto se mira a rieducare i *recuperabili*.

Per questo è indispensabile mutare l'orientamento della lotta contro la tubercolosi al fine di diminuire il più possibile le forme non recuperabili. Il tubercoloso deve essere ricercato nelle collettività supposte sane. Si impone pertanto l'obbligatorietà della visita medica per chiunque assuma un impiego. Si impongono inoltre delle visite periodiche di tutti gli addetti ai lavori in collettività. I progressi della tecnica radiologica colle fotografie di formato ridotto dell'immagine scopica può facilitare tale compito.

La riadattazione dei tubercolosi cronici *bacilliferi* è praticamente irrealizzabile, tutt'al più si può pensare alla loro *utilizzazione* in particolari colonie. Lo sforzo che si deve fare è di ridurre nei limiti del possibile la cronicizzazione. Questo è possibile coll'accertamento tempestivo, col prolungare il *primo ricovero del malato* per tutto il tempo necessario al raggiungimento dell'effetto clinico, con una sorveglianza medica obbligatoria dei dimessi guariti, in vista di prevenire le recidive o per lo meno di impedire gli aggravamenti.

E' necessario che il gran pubblico sia messo al corrente della necessità e della possibilità della riadattazione dei minorati onde demolire le prevenzioni e le diffidenze che ostacolano l'impiego dei minorati stessi.

La riadattazione al lavoro deve essere fatta in sanatorio durante il periodo di cura, per questo in determinati istituti è necessario istituire scuole professionali aventi un carattere eminentemente pratico.

Le dimissioni dal sanatorio dell'ammalato presunto guarito debbono essere fatte precedere da un periodo di piena attività lavorativa.

L'attuazione di questi principi realizzata nel sanatorio G. B. Grassi dell'I.N.F.P.S. ha dato i risultati più lusinghieri.

58944



~~326850~~

~~326850~~



