

MinB75/9

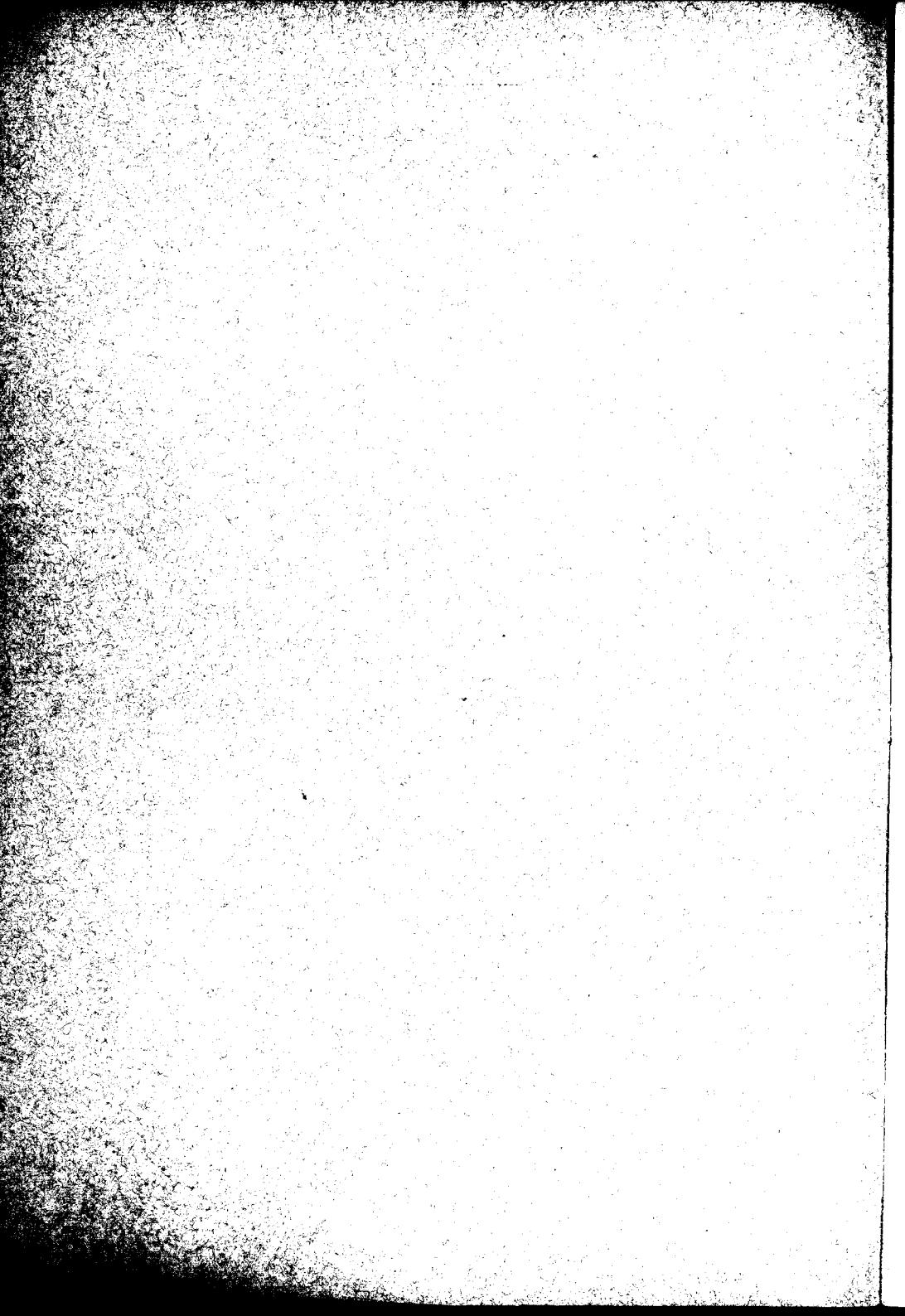
D. GIAQUINTO

RISULTATI VICINI
E LONTANI DEL SA
NATORIO CLIMATICO

Studio clinico-statistico



ESTRATTO DA « DIFESA SOCIALE » RIVISTA
MENSILE DELL' I.N.F.P.S. - N. 7-8 - A. XIX



Sanatorio « Vallesana » di Sondalo

Risultati vicini e lontani del Sanatorio Climatico

STUDIO CLINICO - STATISTICO

Dott. D. GIAQUINTO, Direttore

Il presente studio clinico-statistico condotto su 198 ammalati dimessi dal Sanatorio Vallesana nel biennio 1937-1938 per miglioramento e stabilizzazione clinica si prefigge i seguenti scopi:

1º - rilevare in quanto tempo alcune forme morbose tubercolari inviate in Sanatorio di Montagna raggiungono una guarigione clinica ricavando così una media di degenza per ogni singola forma morbosa esaminata.

2º quali di queste forme morbose risentono prevalentemente l'influenza del solo clima e per quali altre invece è risultato necessario l'associazione di un trattamento collassoterapico.

3º - in quale percentuale le varie forme cliniche hanno conservato a distanza di due anni dalle dimissioni i risultati raggiunti in Sanatorio di Montagna.

4º - ricercare infine la media globale di assistenza occorsa per il presunto recupero definitivo di detti infermi.

Moltissimi autori si sono interessati di questo argomento con risultati molto discordi tra loro.

Tarantola in una pubblicazione «Sul ritorno al lavoro degli ammalati dimessi dal Sanatorio », cita numerosi studi statistici stranieri e italiani e fra i principali quelli di Boucheret che nei risultati lontani dà il 40% di stabilizzati. Per Burnard invece, i risultati buoni si mantengono anche a distanza di tempo nel 90% per le forme-abortive, nel 20% per le forme fibro-caseose ; per Guinard a distanza di venti anni sopravvivono il 15 e il 20% di ammalati assistiti e con quest'ultimo concorda Taylor col 23% di viventi a distanza di tempo.

Munchbach su 10.000 ammalati presi in esame, suddividendoli in 1º, 2º, 3º, stadio, trova dopo alcuni anni, 84.7% di capaci al lavoro fra quelli apparte-

nenti al 1º stadio e 7% di morti; del 2º stadio rispettivamente il 63.9% e 20.2%, per gli altri il 31.8% e 5.1%.

Sixt ci da solo il 18% di ricuperati a distanza di tempo.

Autori Italiani danno delle statistiche più confortanti e fra questi Parodi trova dopo quattro anni in buone condizioni di salute il 78% dei dimessi migliorati, l'80% di dimessi guariti.

Aloigi su 320 dimessi guariti e rintracciati trova il 64% in buone condizioni di salute.

Tulini espletando le ricerche dopo due anni su 289 dimessi da Pineta di Sottenna afferma che 192 conservano lo stato di guarigione, 47 peggiorati, 12 morti; 38 non sono stati rintracciati. Dalle sue ricerche si ha un risultato abbastanza soddisfacente di recuperati, il 66.43%, con una media di degenza di circa 180 giornate per i primi ricoveri in Sanatorio di Montagna. Anche le casistiche di Rizzini e Gualdi sono confortanti.

Un importante studio è stato poi condotto da Gentile e Gaeta sul primo censimento dei tubercolotici assistiti dall' I.N.F.P.S. dove si ha un quadro panoramico ampio e preciso dello sforzo che il nostro Istituto della Previdenza Sociale compie in Italia.

Le loro indagini si sono rivolte ai soggetti ritenuti recuperabili e degenti tuttora nei Sanatori alle ore 0 del giorno 15 maggio 1939.

Le cifre che ci danno da questa inchiesta sono le seguenti: « il 39% è rappresentato da tutti gli ammalati portatori di Pnx. unilaterale stabilizzato e dichiarati recuperabili in Sanatorio, mentre il 60% è rappresentato dagli assistiti in cura ambulatoria ».

Gli Autori auspicano una più intensiva e realistica applicazione della diagnosi precoce.

* * *

Le ricerche da me condotte sia pure su un numero limitato di ammalati, rispecchiano non solo i risultati più o meno favorevoli raggiunti attraverso l'assistenza sanatoriale, ma inquadrono eloquentemente anche il fattore economico indispensabile all'attuazione pratica di tutto il programma assistenziale nella Lotta contro la Tubercolosi.

I concetti informatori addottati nel mio Sanatorio per addivenire al criterio di guarigione clinica e di presunta capacità lavorativa non si distaccano dalle comuni norme addottate per consenso umanime, per quanto tali giudizi sono sempre subordinati a quell'intuito clinico che è dote precipua ed intrinseca di ogni singolo medico.

Recentemente Omodei-Zorini nell'ultima riunione dei Tisiologi di Napoli ha ripreso l'argomento illustrando alcuni metodi biologici e funzionali per lo studio della capacità lavorativa dei malati dimessi dai Sanatori in quanto da alcune indagini eseguite presso qualche luogo di cura si erano avute delle cifre veramente impressionanti sulle ricadute.

Dalla sua Scuola vennero studiati tre gruppi principali di prove funzionali, e cioè : « respiratorie, cardiovascolari e biologiche ».

Il primo gruppo riguarda il consumo di ossigeno secondo un nuovo metodo studiato da Scoz che semplifica molto quello noto di Knipping.

Il secondo gruppo di ricerche praticato da Rubino ha studiato la tonicità cardiovascolare dei pazienti in base alle prove di Cardarelli, Azoulaj-Varisco, e Martinet.

Il terzo gruppo d'indole biologica è stato anche illustrato da Scoz e collaboratori e riguarda la velocità oraria di sedimentazione dei globuli rossi nelle varie ore del mattino.

Anche Costantini ha portato un largo contributo all'argomento.

Egli in un suo lavoro « Controllo e rieducazione dei tubercolotici guariti » espone i suoi criteri subordinando il concetto di guarigione totale e completa allo studio del sinergismo delle seguenti funzionalità organiche :

- a) funzione respiratoria comprendente le prove funzionali, gli scambi gassosi e la funzione del polmone sul metabolismo generale,
- b) funzionalità cardiovascolare,
- c) funzionalità del tubo digerente ;
- d) funzione pancreatica ;
- e) funzionalità epatica ;
- f) esami funzionali del sangue ;
- g) funzionalità neuro-vegetativa endocrina e nervosa ;
- h) funzionalità renale ;
- i) margine di resistenza organica (Sivori).

Noi, oltre all'accertamento dei classici criteri e cioè : modificazioni favorevoli del quadro clinico radiologico, aumento del peso corporeo, scomparsa della positività nell'espettorato, etc., abbiamo creduto dare molta importanza al ritorno ai valori normali della velocità di sedimentazione e soprattutto abbiamo lasciato liberi gli infermi dimisibili, di muoversi nei parchi del Sanatorio in diverse ore del giorno controllando la temperatura e le condizioni cardiorespiratorie.

Abbiamo poi fatto il possibile per seguire a distanza di due anni questi infermi

dimessi raccogliendo notizie esaurienti sia sull'attuale stato di salute che sul loro tenore di vita e all'uopo ho creduto di servirmi della scheda d'inchiesta di Lubich che è la seguente :

SCHEDA PERSONALE

- 1º - Dopo uscito dal Sanatorio siete stato sempre bene ?
2º - Avete ripreso il lavoro ?
3º - Se sì, dopo quanto tempo ?
4º - Che qualità di lavoro esercitate oggi ?
5º - In media quante ore al giorno lavorate ?
6º - Avete dovuto smettere il lavoro ?
7º - Se sì, dopo quanto tempo ?
8º - Per quale motivo ? (specificare se per ricaduta o per altre cause)
9º - Per quanto tempo ?
10º - Quante volte siete ricaduto ?
11º - Guarito dalle ricadute avete ripreso lavoro ?
12º - Qual'è il Vostro stato attuale di salute ? - -
13º - Se siete stato dimesso con pneumotorace continuate ancora i rifornimenti ?

Data : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

P. S. - In caso di morte dell'ex ricoverato, la famiglia è pregata di comunicare la data e la causa della morte.

Abbiamo pertanto inviato 198 schede e con nostra soddisfazione abbiamo, potuto raccogliere notizie di 192 assistiti. Solo 6 non sono stati rintracciati.

Per tale studio clinico-statistico agli effetti soprattutto di una maggiore semplificazione abbiamo creduto di estendere le indagini seguenti solo alle principali forme morbose perchè prevalentemente ricorrono nella nostra pratica sanitariale:

le nodulari degli apici, le caverne e cavernule degli apici, le miliari extrapicali, le forme cavernulari della miliare diffusa, gli infiltrati di Assmann, le caverne da infiltrato tisiogeno, e le tisi croniche ulcero fibrose e ulcero caseose.

Prospetto n. 1.

D i a g n o s i	Ammalati assistiti nel biennio 1937-38	Terapia						Totale dimessi per miglioramento o stabilizzazione delle varie forme cliniche curate nel biennio preso in esame, nonchè i risultati favorevoli raggiunti sia col solo clima che con collassoterapia nel biennio 1937-38	
		Clima		Pnx.		Altri interv.			
		Risultati nulli	Risultati favorevoli	Risultati nulli	Risultati favorevoli	Risultati nulli	Risultati favorevoli		
Nodulare degli apici	66	22	43	—	1	—	—	41 = 66 %	
Caverne e cavernule della Tbc. nodulare degli apici	27	14	7	3	2	—	1	10 = 37 %	
Miliare extrapicale	60	5	41	4	10	—	—	51 = 85 %	
Forma cavernulare della miliare diffusa	22	4	4	5	8	—	1	13 = 59 %	
Infiltrato di Asmann	20	1	10	—	10	—	—	20 = 100 %	
Caverna da infiltrato tisiogeno .	73	9	12	24	23	4	1	36 = 49 %	
Tisi cronica ulcerofibrosa e ulcero caseosa	114	51	8	30	14	9	2	24 = 21 %	
Totali	382	105	125	66	68	13	5	198	

Dal Prospetto n. 1 si legge il per cento dei dimessi per miglioramento o stabilizzazione delle varie forme cliniche curate nel biennio preso in esame, nonchè i risultati favorevoli raggiunti sia col solo clima che con collassoterapia.

Sopra tutte le altre forme morbose spicca l'infiltrato di Assmann in cui si è ottenuto il 100% di guarigione clinica per cui merita un particolare rilievo.

È noto che gli esiti dell'infiltrato precoce possono essere: « la regressione dell'infiltrato, la trasformazione fibro caseosa di esso alla quale sono riconducibili, secondo l'opinione più diffusa, i focolai più voluminosi di Puhl Aschoff e tutti i focolai rotondi, e l'evoluzione cavernosa. »

Io mi sono interessato a 20 soggetti pervenuti in Montagna affetti da infiltrato precoce in fase iniziale. In Sanatorio sono stati seguiti molto attentamente con continui rilievi radiologici per essere così pronti ad intervenire ai primi segni di escavazione.

Nel 50% di essi ed in un tempo relativamente breve (dai due ai quattro mesi) e con un regime di assoluto e rigoroso riposo abbiamo assistito a dei miracoli operati dal clima, ottenendo la regressione dell'ombra radiologica con residuo di scarsi noduli cicatriziali; negli altri invece in cui la temperatura si manteneva

pressochè costante anche dopo il loro arrivo in Montagna e cominciavano a comparsire fatti umidi si è creduto opportuno intervenire con Pnx. terapeutico. Anche in questo gruppo i risultati sono stati abbastanza soddisfacenti in quanto la terapia si è potuta attuare ai primi segni di cavernizzazione.

Seguono poi le miliari extrapicali, le nodulari degli apici e le forme cavernose della miliare diffusa, le quali come si vede dallo stesso Prospetto n. 1 presentano rispettivamente l'85%, il 66%, e il 57% di stabilizzati.

E' altresì da rilevare che l'azione del clima specie nelle prime due forme è spiccatamente favorevole, mentre nelle caverne da infiltrato tisiogeno, nelle forme cavernose della miliare diffusa e nella tisi cronica ulcero-fibrosa e ulcero caseosa è purtroppo limitata.

Gli infermi difatti che hanno potuto raggiungere una guarigione clinica colla sola azione climatica rappresentano rispettivamente il 16.40%, il 18.20%, il 7%. Al contrario la terapia Pnx. praticata in Sanatorio Climatico (e qui si vede la necessità di porre in rilievo le due azioni terapeutiche associate) ci danno rispettivamente il 31.50%, 36.40%, 12% di recuperati.

Nonostante che le elisioni spontanee delle caverne non siano molto frequenti, pur tuttavia il coefficiente climatico dell'alta montagna pare che dia un più largo campo di osservazioni. Ragione per cui credo opportuno soffermarmi alquanto su questo argomento.

È ormai ovvio che la valutazione per le indicazioni della cura climatica montana non sono limitate alla sola forma, sede, ed estensione della lesione polmonare, ma devono essere attentamente studiati tutti gli altri fattori clinici che inquadrano il fatto morboso.

La montagna nella cura della tubercolosi polmonare dalla mia esperienza può dare veramente dei buoni risultati se vengono rispettate le varie indicazioni, e sopra tutto non deve rappresentare l'estrema *ratio* alla quale si ricorre poichè tutti gli altri presidi terapeutici sono stati più o meno bene utilizzati.

Il fattore climatico nella tubercolosi polmonare ha una importanza non trascurabile specie se si tiene conto che esso non solo agisce *in loco* ma apporta soprattutto con i suoi stimoli delle reazioni generali che interessano tutto il complesso biologico.

Mi riferisco agli studi di Abderhalden, London, etc. ; (Azione del clima di alta montagna sull'organismo umano) – di Laquer : (Clima e ricambio) – di Biedl : (Rapporto fra clima e glandole a secrezione interna) – di Dorno : (Clima di alta montagna e ricambio idrico) – di Ortoff : (Sulla influenza del clima di alta montagna) – di Fritz : (Contributo alla fisiologia del clima di alta montagna)

1º Com. e (L'azione della rarefazione dell'aria sul Ph. e sulla capacità del sangue o fissare il C.O₂) e di tutti lavori del Loewy che a questa particolare branca ha dedicato molto della sua attività scientifica.

In verità molto si è scritto e credo ancora molto si debba studiare sul meccanismo di guarigione delle caverne polmonari in alta montagna.

La nostra esperienza c'insegna che questa azione si esplica favorevolmente sia sul terreno biologico che sul terreno meccanico respiratorio.

All'azione favorevole che la montagna esplica sul terreno biologico si può attribuire la scomparsa della temperatura nella maggioranza dei casi, le favorevoli modificazioni della crasi sanguigna specie negli anemici ; l'aumento della pressione arteriosa, la regolarizzazione dei cicli mestruali e non raramente la scomparsa delle turbe dispeptiche con spiccato ritorno dell'appetito ed esauriente assimilazione delle sostanze alimentari (aumento del peso corporeo).

Vi è poi da tener conto anche delle favorevoli influenze sulla meccanica respiratoria.

Non mi addentro sulle caratteristiche del clima montano per non trattare dello stato ionico elettrico, dello stato di umidità atmosferica, delle pressioni e depressioni atmosferiche, dell'azione dei raggi solari, etc.

Ricordo solo la conosciuta rarefazione di ossigeno e la maggiore abbondanza di ozono.

Di qui ne deriva una maggiore ventilazione polmonare e quindi un'esaltazione del movimento respiratorio. Ci si domanda : è questo dannoso al processo specifico polmonare ?

Quella che sembrerebbe una controindicazione, ci risulta invece di una spicata azione favorevole specie se si tiene conto che a facilitare una maggiore diffusione del processo distruttivo polmonare contribuisce non poco lo stato atelettasico del polmone stesso per il trauma respiratorio diretto sull'alveolo polmonare.

L'atelettasia polmonare anatomo-patologicamente s'inquadra nella scomparsa del contenuto gassoso assorbito dall'endotelio, anche parzialmente alterato nella sua struttura istologica con consecutiva formazione di edema interstiziale ed endo-alveolare. Nella tubercolosi polmonare questo processo atelettasico lo si riscontra con grande facilità perchè può essere determinato da varie cause.

Accenneremo alle principali : occlusione di un grosso bronco e di altri piccoli collaterali per aspirazioni broncogene post-emofitoiche ; compressione esercitata da qualche linfoghiandola ; disposizione di noduli tubercolari lungo il corso dei bronchi stessi (peribronchiti) o nell'interno del lume di essi ; ed infine

tutte le note alterazioni neurovegetative che vanno dalla tubercolosi bronco-spastica distrettuale all'asma tubercolare.

È chiaro che quando viene a mancare aria dall'alveolo polmonare il trauma respiratorio esalta la sua violenza in quanto non viene più annullato dalla presenza dell'aria residua e dal richiamo dell'aria atmosferica ; e quindi si ribatte sulla parete alveolare con tutta la potenza dei suoi muscoli respiratori. (Morelli).

In Montagna si viene a costituire a priori un pneumotorace endoalveolare.

Credo che non vi sia alcuno che non vegga l'importanza capitale di questo fattore specie negli stati broncospastici ed in presenza di infermi molto tossicoli. Una più attiva ventilazione polmonare restituisce innanzi tutto il tono al polmone stesso e poi ne corregge notevolmente lo stato circolatorio. Di qui ne deriva una più rapida risoluzione del processo essudativo con allontanamento delle sostanze semisolide (Jaffi) e apertura delle vie di deflusso. Che se queste dovessero rimanere invece sotto l'azione del colpo di tosse si avrebbe per il brusco innalzamento della pressione endobronchiale, traumatismo delle pareti alveolari.

Per addivenire ora alla possibile elisione di una cavità, occorre che si verifichino due condizioni da noi maggiormente constatate in clima di altezza e cioè : chiusura del bronco di drenaggio ; areazione sufficiente con iperdistensione del tessuto pericavitaro e conseguente rottura del cercine per invasione del tessuto proliferativo nell'interno dell'area cavitaria.

Si tratta insomma della riduzione elastica della caverna che è stata illustrata sopra tutto da Jaquerod, da Bronkhorst e da Alessander.

Desidero però richiamarmi per il loro spiccato interesse ai lavori di Tosi (La guarigione spontanea delle caverne tubercolari del polmone) che fin dal 1932 e successivamente ha illustrato una casistica veramente brillante di caverne venute a guarigione e raccolte tutte indistintamente nel Sanatorio di Pineta di Sortenna, nonché a quello di Faravelli che nel 1938 è ritornato sullo stesso argomento. Questo A. avvalendosi di numerosissime osservazioni da lui condotte nel Sanatorio «Abetina » ha impostato con molta dottrina e con argomentazione impeccabili il concetto oramai non più discusso se non da medici volutamente negativi « di guarigione climatica della tubercolosi polmonare ».

Illustrati così in via molto sommaria le modalità di azione del coefficiente climatico, passiamo ora ad esaminare le condizioni dei dimessi a distanza di due e tre anni, così come ci risultano dalle notizie che gli interessati ci hanno fornito a mezzo della nostra scheda loro inviata.

Prospetto n. 2.

D i a g n o s i	Dimessi per miglioramento o raggiunta guarigione clinica nel biennio 1937-38	Hanno risposto all'inchiesta	Risultato a distanza	
			Nuovamente ricoverati	Tuttora risultano stabilizzati
Nodulare degli apici	41	41 = 93%	1 = 2%	40 = 90%
Caverne e cavernule della Tbc. degli apici	10	10 = 100%	1 = 10%	9 = 90%
Miliare extrapicale	51	51 = 100%	4 = 7%	47 = 92%
Forma cavernulare della miliare diffusa .	13	13 = 99%	3 = 23%	10 = 76%
Infiltrato di Assmann	20	20 = 100%	2 = 10%	18 = 90%
Caverna da infiltrato tisiogeno	36	33 = 91%	3 = 8%	30 = 83%
Tisi cronica ulcerofibrosa e ulcerocaseosa	24	24 = 96%	4 = 16%	20 = 80%
Totali	198	192	18 = 9%	174 = 87,8%

Come si legge dal Prospetto n. 2, su 198 dimessi per miglioramento e per raggiunta guarigione clinica 174 soggetti conservano la loro stabilizzazione, l'87%; mentre solo 18 risultano nuovamente ricoverati, e cioè il 9%.

Dall'esame delle singole forme cliniche presentano una maggiore percentuale di ricadute la forma cavernulare della miliare diffusa e la tisi cronica ulcerofibrosa e ulcerocaseosa con una percentuale rispettivamente del 23% e del 16%.

L'infiltrato di Assmann ci dà il 10% di ricadute ed è opportuno far rilevare che i due infermi nuovamente ricoverati erano stati portatori di Pnx. Mantengono invece i risultati favorevoli raggiunti le miliari extrapicali, le caverne da infiltrato tisiogeno e le nodulari degli apici.

La tubercolosi nodulare degli apici secondo le statistiche dei vari AA. è quella forma morbosa che meno delle altre a distanza di tempo si trasforma in tubercolosi aperta e progressiva. Di qui la sua nota relativa benignità.

Unverricht ritiene che la progressività della Tbc. apicale ascende al 14% e Schroeder al 21%, mentre i valori statistici dateci dalla Scuola di Micheli non superano il 10%. È indubbio che soggetti portatori di tali lesioni se messi tempestivamente in condizioni adatte di ambiente e di riposo raggiungono una stabilizzazione con un quadro residuo di trasformazione fibrosa e retrazione parziale dell'apice.

La nostra casistica conforta questa tesi sostenuta dalla maggioranza degli AA. che riconoscono a questa forma clinica un andamento abbastanza favorevole. Noi abbiamo ottenuto il 90% di recuperati tuttora stabilizzati con una media di degenza di 174 giornate ed appena il 2% di ricadute.

Dal complessivo studio degli esiti a distanza si può quindi concludere per un risultato generale abbastanza soddisfacente. Non posso certamente prevedere se saranno conservati o meno a maggiore distanza di tempo.

La mia casistica è molto più incoraggiante di quella di alcuni Autori stranieri e forse anche di altre comparse tra noi.

Ritengo opportuno però mettere in evidenza che numerosi soggetti presi in esame appartengono al sesso femminile, per cui se si tiene conto della specie e della natura del lavoro fra i vari sessi ci si rende maggior conto del risultato favorevole datoci dall'inchiesta.

Un altro aspetto importante che ci siamo proposti di esaminare è quello della media di degenza occorsa ad ogni singola forma morbosa per ottenere una stabilizzazione attraverso le cure in Sanatorio di Montagna.

È logico che questa media subisce delle notevoli modificazioni nei suoi valori in quanto è subordinata innanzi tutto allo stadio della malattia ed in secondo luogo alla specifica resistenza individuale che come è noto varia da soggetto a soggetto. Nonostante queste necessarie riserve attenendomi sempre alla suddivisione delle varie forme cliniche che pur interferendosi e sovrapponendosi molto fra di loro, rispecchiano in linea generale i vari quadri principali della malattia, ho creduto di rilevare un indice di degenza media che certamente non può servire a criteri fiscali ma appresta un orientamento sulla valutazione prognostica dell'individuo tubercoloso.

Nel prospetto n. 3 si leggono le altre medie di degenza occorse per il recupero delle singole forme cliniche prese in esame ed anche quali forme morbose si sono avvantaggiate dal solo clima (nodulari degli apici, nodulari extrapicali, e tbc. cirrotico cavernulare degli apici) e quali altre è stato necessario associare interventi collasso-terapici (forma cavernulare della miliare diffusa, caverna da infiltrato tisiogeno e tisi cronica).

Per quanto poi si riferisce a quei malati pervenuti da altri luoghi di cura desidero solo porre in evidenza che presentavano tutti indistintamente attività delle loro lesioni o per lo meno permanevano in uno stato di stazionarietà tale da indurre i Sanitari a cercare per quegli organismi una salutare azione stimolante inviandoli in montagna. Purtroppo sono numerosissimi ancora i casi di micronodulari degli apici con persistente febbricole, e costante reperto di crepitanti sulle

Prospetto n. 3.

Diagnosi	Dimessi stabilizzati	Terapia			Media di degenza in Sanatorio di Montagna
		Clima	Pnx.	Altri interventi	
Nodulare degli apici	44	43	1	—	174 g.
Caverne e cavernule della Tbc. nodulare degli apici	10	7	2	1	243 *
Miliare extrapicale	51	41	10	—	200 *
Forma cavernulare della miliare diffusa .	13	4	8	1	346 *
Infiltrato di Assmann	20	16	10	—	267 *
Caverne da infiltrato tisiogeno	36	12	23	1	295 *
Tisi cronica ulcero fibrosa e ulcero ca- seosa	24	8	14	2	400 *
Totali	198	125 (63%)	68 (34%)	5	

sopraspinose che languono per anni in Ospedali Sanatoriali senza raggiungere un qualche risultato apprezzabile, assieme a tutte quelle forme di Tbc. miliariche fredde diffuse e circoscritte che lentamente si avviano alla cavernizzazione.

Inviati invece in Sanatorio di Montagna questi soggetti possono raggiungere la loro guarigione clinica rispettivamente in sei o sette mesi e si pensi allora, tenuto presente il non indifferente numero di queste forme che per me rappresentano il terzo circa della patologia tubercolare, quante giornate lavorative e quali somme enormi si possono recuperare.

Ho voluto inoltre completare questa mia indagine ricercando anche la media di degenza globale occorsa al recupero di questi soggetti che all'inchiesta eseguita risultano tuttora stabilizzati.

Nel Prospetto n. 4 si leggono i valori ricavati dalla somma delle giornate di degenza consumate presso il nostro Sanatorio più la durata dei precedenti ricoveri.

In qualche caso in cui si è iniziata l'assistenza con ricovero diretto in Sanatorio di Montagna si è tenuto conto del periodo di attesa che va dal primo accertamento radiologico della malattia al giorno dell'ingresso nel nostro Sanatorio.

Le cifre della media di degenza globale da me ricavate sono piuttosto alte e

Prospetto n. 4.

Diagnos	Dimessi stabilizzati	Media della degenza in Sanatorio di Montagna	Precedente durata della malattia	Media globale
Nodulare degli apici	44	174 g.	365 g.	539 g.
Caverne e cavernule della Tbc. nodulare degli apici	10	243 *	876 *	1119 *
Miliare extrapicale.	51	200 *	487 *	687 *
Forma cavernulare della miliare diffusa	13	346 *	362 *	708 *
Infiltrato di Assmann	20	267 *	65 *	332 *
Caverne da infiltrato tisiogeno	36	295 *	401 *	696 *
Tisi cronica ulcero fibrosa e ulcero caseosa	24	400 *	920 *	1329 *
Totale	198			

dallo stesso Prospetto n. 4 si leggono anche le differenze tra la media di degenza in Sanatorio di Montagna e la precedente durata della malattia specie per la nodulare degli apici, per le caverne e cavernule della Tbc. nodulare degli apici, per le miliari extrapicali e per la tisi cronica ulcero fibrosa e ulcero caseosa.

Di tanto ci si rende conto appellandosi alla conosciuta e tante volte esasperante cronicità della malattia con le sue alterne vicende quando gli infermi vivono in climi indifferenti.

Difatti per la Tbc. cavernulare degli apici si legge nel Prospetto n. 4 una media di degenza precedente al ricovero in Sanatorio di Montagna di 876 giornate; questa cifra molto alta mi risulta per la presenza di un ammalato proveniente da un Sanatorio di pianura ove era rimasta ricoverata per sei anni consecutivi.

Questo studio della media di degenza totale ha un importante valore dal lato economico sociale in quanto investe tutto il complesso dell'attività assicurativa antitubercolare.

Purtroppo le previsioni alquanto rosee fatte all'inizio dell'impostazione assicurativa non sono state corroborate dalle cifre occorse poi all'attuazione ed allo svolgimento di esso; e per quanto questo mio studio sia stato condotto su un esiguo numero di ammalati, pur tuttavia dimostra ampiamente che la realtà odierna è ben lontana da quella precedentemente prospettata.

Basta considerare che per le forme tisiogene in generale occorrono ancora da

cinque a sette anni di assistenza per convincersi sempre più che la diagnosi tempestiva è un sacro dovere di tutti e che solo essa può risolvere almeno in buona parte questo non indifferente problema che grava sulla Nazione.

Ancora dalla media di assistenza occorsa per arrivare ad una stabilizzazione delle singole forme cliniche prese in esame si può ricavare anche la media globale per la tubercolosi polmonare in genere che a noi risulta di 773 giornate, se però si esclude la tisi cronica ulcerofibrosa ed ulcerocaseosa, questa media di degenza scende a 680 giornate.

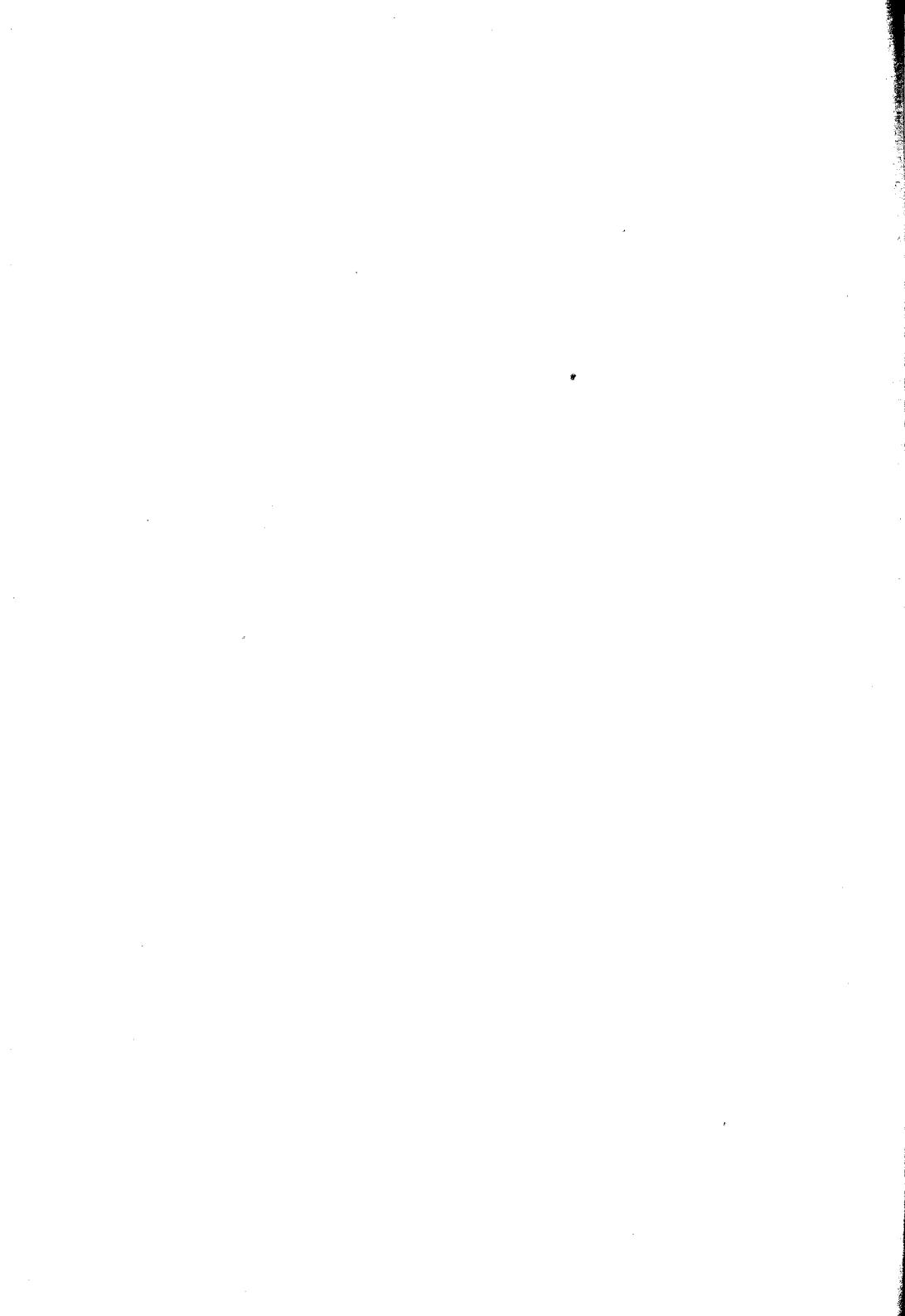
Considerando a parte la sola assistenza globale occorsa invece in Sanatorio di Montagna le cifre subiscono un non indifferente cambiamento di valori per cui anche inclusa la tisi cronica ulcerofibrosa e ulcerocaseosa si ha una media di degenza totale di 275 giornate che di fronte alle 772 di cui sopra, dice tutta la sua eloquente importanza.

* * *

Concludendo: di 382 ammalati assistiti a Vallesana nello spazio di due anni sono stati dimessi migliorati o guariti 198.

Di essi il 63% si è recuperato attraverso la sola azione climatica, il 34% con Pnx ed il 3% con altri interventi. La media di degenza occorsa è stata di 275 giornate.

A distanza di due anni conservano lo stato di guarigione raggiunta l'87.8% mentre il 9% è rientrato nei Sanatori.



343722

