



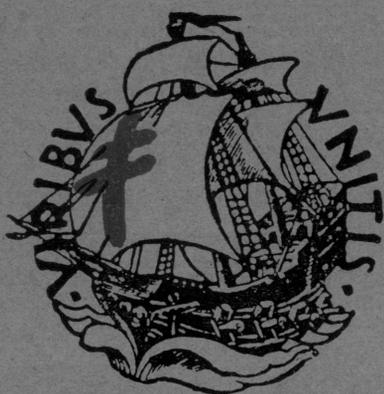
ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI FIRENZE
Direttore Incaricato: prof. GINO PATRASSI

Prof. GINO PATRASSI

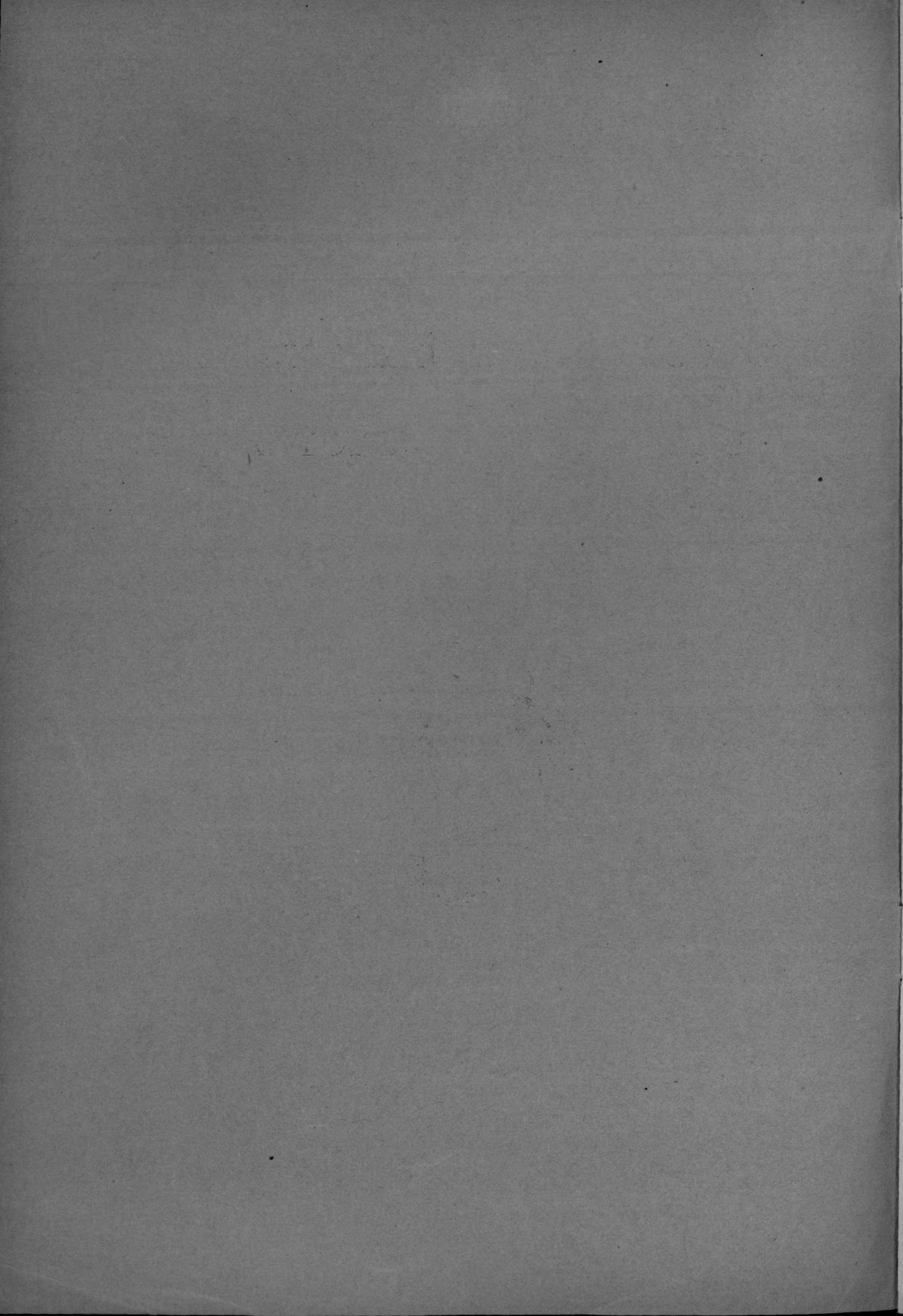
LA LOTTA ANTITUBERCOLARE
NEI SUOI
NUOVI ASPETTI COLONIALI

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno VIII - giugno 1937-XV

Mele.
OP
54
HH



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI FIRENZE
Direttore Incaricato: prof. GINO PATRASSI

Prof. GINO PATRASSI

LA LOTTA ANTITUBERCOLARE
NEI SUOI
NUOVI ASPETTI COLONIALI

Estratto dalla Rivista «Lotta contro la tubercolosi» - Anno VIII - giugno 1937-XV



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Con le misure legislative adottate, in particolare con la costituzione dei Consorzi antitubercolari e con l'Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi che con il 1° gennaio 1937 è entrata in vigore anche per la gran massa delle popolazioni rurali, il Regime ha assicurato alla lotta antitubercolare, iniziata un decennio fa, le sue armi più efficaci sia nel campo curativo sia in quello preventivo. I frutti di questa provvida legislazione sanitaria, in parte si sono già fatti manifesti, in parte lo saranno nell'avvenire prossimo.

Oggi però i compiti dell'Italia fascista nel campo igienico-sociale si sono allargati oltre gli angusti confini metropolitani. La lotta antitubercolare, associata ai risultati raggiunti sulla terra della Patria, dovrà estendersi prima o poi alle terre del nuovo Impero, che attendono la nostra opera di civilizzazione.

Se di « fase di attesa » o di « nuovi orientamenti » nella prassi antitubercolare è lecito parlare oggi in Italia, non altrettanto può dirsi per i nostri possedimenti coloniali. L'Inghilterra e ancor più la Francia, il cui Impero coloniale — almeno nella sua parte mediterranea — mantiene continui rapporti di vita e di commercio con la Madrepatria, hanno dovuto prospettarsi la necessità di una organizzazione antitubercolare coloniale già da qualche decennio. La valutazione obiettiva dei risultati raggiunti da queste nazioni non è fatta per ispirare dell'ottimismo a chi intende battere lo stesso cammino. Fattori etnici e fattori religiosi sono in massima parte responsabili della sproporzione fra sforzi compiuti e realizzazioni conseguite.

La non lieta esperienza degli altri non deve pertanto scoraggiarci, e tanto meno farci pensare che, a sistemazione politica dell'Impero non ancora portata a termine, il problema sia considerato come *non di attualità* e quindi da relegarsi fra i propositi di un remoto avvenire. Del resto preoccuparsi dell'andamento del flagello tubercolare in colonia significa anche prepararsi a salvaguardare le popolazioni metropolitane: i nostri rapporti con l'Impero, sotto forma di un continuo flusso e riflusso di uomini, sono divenuti infatti

talmente stretti e — direi quasi — quotidiani, che l'opportunità di un'opera di prevenzione non ha bisogno di essere dimostrata.

E' naturale ed umano che le eventuali misure da mettere in atto siano rivolte in un primo tempo alla popolazione nazionale dell'Impero, mentre dovrebbe essere affrontata in pieno — in un secondo tempo — l'opera di penetrazione igienica delle popolazioni indigene.

Prima condizione da esigere, se si vuole che i nuclei di pionieri non siano inizialmente inficiati nel loro rendimento, è l'*assoluta idoneità fisica* di coloro che si preparano ad affrontare il duro compito della colonizzazione dell'Impero. Una particolare attenzione da parte dei sanitari, a cui è demandato il controllo igienico dei partenti, dovrebbe essere dedicato alle eventuali alterazioni tubercolari, di cui essi risultassero portatori. Un completo esame clinico dovrebbe necessariamente essere integrato da un'indagine radiologica. In definitiva ogni civile diretto all'Africa Orientale potrebbe essere munito di un documento sanitario, in altre parole di *una cartella clinica e radiologica*, la quale servisse di garanzia igienica non solo per i conviventi nazionali ma anche per gli indigeni, con cui inevitabilmente ogni nazionale non potrà fare a meno di stabilire rapporti di lavoro e di commercio.

Si potrebbe obiettare che una cartella clinico-radiologica rappresenterebbe un aggravio economico non indifferente, se essa avesse il valore di un vero passaporto sanitario, indispensabile per ottenere l'accesso nei territori dell'Impero.

Alle obiezioni d'ordine economico si può rispondere che le spese di viaggio assommano ad una cifra così elevata, da giustificare quelle precauzioni — anche se costose — le quali valgano ad impedire rimpatri frettolosi o viaggi di andata e ritorno evitabili con una più oculata sorveglianza medica.

E vi sono d'altra parte le considerazioni d'ordine semplicemente igienico.

Anzitutto i nostri lavoratori diretti all'Africa Orientale si trovano a sostenere fatiche talora durissime in condizioni climatiche completamente estranee al loro organismo. Basterebbe questo, a giustificare un eccesso di misure preventive in confronto ai lavoratori metropolitani.

Aggiungiamo infine che la convivenza dei lavoratori nazionali in colonia assume di necessità forme ed aspetti molto più intimi che la convivenza e la collaborazione in Patria: si mangia, si riposa sotto la stessa tenda, si usano le stesse suppellettili bene spesso insufficientemente lavate, perchè l'acqua va amministrata con parsimonia, anzi con religione. Si affrontano oltre a ciò fattori morbosi, alla cui azione è spesso difficile sottrarsi; prima fra tutti la malaria, la cui importanza come coefficiente predisponente all'infezione tubercolare è ricordata anche in trattati elementari. In tali condizioni ambientali ammettere in un cantiere di operai un solo individuo, il quale è presumibile non possa opporre una resistenza organica sufficiente e che, una volta ammalatosi, può rappresentare un pericolosissimo focolaio d'infezione per i conviventi, costituisce un'imprudenza gravissima, che non mancherà di avere conseguenze non solo igieniche, ma anche economiche.

Per tutta la durata della campagna bellica l'accesso di nazionali nel territorio dell'Impero è avvenuto sotto forma di contingenti militari o militarmente organizzati; ciò che presupponeva un preventivo controllo medico dei singoli. Del resto, se eventuali deficienze si sono potute verificare in questo periodo, esse erano largamente giustificate dalle circostanze.

Attualmente tale stato di cose transitorio è cessato, e l'obbiettivo fondamentale da tener presente è il futuro assetto politico sociale e sanitario dell'Impero. Dobbiamo, facendo tesoro dell'esperienza acquisita a loro spese dagli altri popoli, prevenire tempestivamente il pericolo, da un lato per assicurare la integrità sanitaria — presupposto indispensabile del prestigio di razza — ai nuclei metropolitani che si trapianteranno nei territori conquistati; dall'altro preservare le popolazioni indigene da una diffusione estensiva del contagio, quale non ha mancato di manifestarsi in tutte le regioni africane, nelle quali si è verificata una immigrazione europea massiva, come ad esempio nel Nord-Africa Francese.

Ma vi è di più. L'Africa Orientale vuole essere per noi non tanto una colonia di sfruttamento quanto una colonia di popolamento. Cosicché la penetrazione bianca si effettua (esperienza rara se non unica nella storia coloniale) sotto forma di grossi nuclei di lavoratori, controllati e irreggimentati dallo Stato. Tali nuclei, almeno nei primi anni, manterranno la loro coesione, così da permettere un controllo sanitario efficace, al quale difficilmente potrebbero sottostare se i singoli individui si irradiassero subito nei territori dell'Impero. Tale tipo di penetrazione offre inoltre il vantaggio di poter facilmente evitare quella commistione degli elementi bianchi con gli indigeni, che risulta praticamente inevitabile quando l'immigrazione bianca si verifica a stitilicidio e che in definitiva ha sempre per effetto una esacerbazione ed una virulentazione dei coefficienti morbosi delle due razze.

L'opera di selezione preventiva dovrà essere tanto più rigorosa ed inesorabile, per quanto necessariamente incompleta e tardiva sarà l'opera di repressione del contagio, una volta che esso si sia impiantato.

Tale opera di selezione iniziata nei luoghi di concentramento per l'imbarco potrà essere controllata all'arrivo in colonia, dove sarà perseguita da coloro, ai quali lo Stato sostanzialmente affiderà l'avvenire igienico-sanitario dell'Impero, e cioè dai medici militari, ai quali in un secondo tempo, come è già avvenuto in Libia, andrà sostituendosi il personale sanitario dell'Amministrazione coloniale. Ad essi spetterà integralmente il compito di controllare giorno per giorno le condizioni sanitarie dei reparti militari e dei cantieri operai.

Gli ospedali da campo, impiantati nelle località logisticamente più vitali, potranno funzionare da centri di smistamento e di primo controllo; funzioni che del resto essi hanno già esplicato durante la campagna. Agli stabilimenti sanitari dei centri principali (capitali di governo e centri minori) sarebbe riservato il giudizio clinico definitivo integrato dall'esame radiografico.

Naturalmente non ci si può nascondere che questa repressione del contagio implica difficoltà e responsabilità non indifferenti.

In tali condizioni è intuitivo che il prescrivere un periodo di osservazione con i relativi esami di laboratorio e radiografici non è come indicare in una delle nostre città il più vicino Dispensario antitubercolare ad un ammalato sospetto di lesioni specifiche. Significa spesso obbligare il paziente ad un viaggio di varie centinaia di chilometri su piste sconnesse fino al più vicino centro; significa non soltanto esporre ai disagi del viaggio soggetti spesso febbricitanti, ma anche gravare sul bilancio dello Stato per somme non indifferenti.

E tuttavia è sempre preferibile l'invio di un sospetto di più ai centri di controllo che lasciare a lungo senza alcuna precauzione igienica un tubercolotico con lesioni aperte, suscettibile di diffondere il contagio in seno ad una comunità di lavoratori.

Altro sarà l'assetto sanitario del Paese, quando tutto il territorio nelle sue direttrici principali sarà solcato da una rete di autostrade. Allora il problema antitubercolare, come del resto tutto il controllo igienico, potrà essere risolto mediante un sistema di ambulanze autocarrate, munite di tutti i mezzi di accertamento (anche radiografico), i quali toccheranno periodicamente i centri minori dell'Impero, dove potranno accorrere nazionali ed indigeni a beneficiare dell'assistenza e del controllo sanitario.

Ma tutto questo è puro avvenire; avvenire però che in ogni caso avrà la sua realizzazione tanto più rapida, se ci si lascerà attendere tranquillamente all'opera di valorizzazione dell'Impero.

Nel momento attuale, e per molti anni ancora, il problema antitubercolare nell'Africa Orientale, resta imperniato quasi esclusivamente sull'attenta selezione dei colonizzatori.

In Libia il progresso è ben più sensibile e, almeno per quanto riguarda la popolazione nazionale, le condizioni non si differenziano gran che da quelle della Metropoli. Una rete bene organizzata di ospedali e di infermerie circondariali funziona già brillantemente con il lavoro attivo del personale militare e civile; in prossimità di Tripoli un Sanatorio è già in efficienza.

Per l'Africa Orientale il problema sanatoriale è naturalmente ben lontano dalle sue realizzazioni pratiche cosicchè i tubercolotici constatati devono di necessità essere avviati ai sanatori metropolitani.

* * *

Il problema della lotta antitubercolare in seno alle comunità nazionali non può estraniarsi tuttavia dall'analogo problema, che dobbiamo fin da oggi porci per le popolazioni indigene.

Ho già detto che alcune delle potenze coloniali hanno già affrontato ampiamente la questione; e soprattutto la Francia, che nelle sue colonie me-

diterranee vede non soltanto una riserva di contingenti militari per la difesa del territorio metropolitano, ma anche un vivaio di mano d'opera, con cui tenta di colmare i vuoti creati dal *deficit* del suo bilancio demografico. La situazione igienica delle colonie francesi del Nord-Africa ci offre una esperienza particolarmente interessante, giacchè esse rispecchiano un po' nella loro composizione etnica la situazione che si è andata creando per noi sulla «quarta sponda».

E' ormai pacifico che in Algeria e in Tunisia la tubercolosi ha una diffusione che non è seconda a quella che si verifica nei paesi europei ed anzi secondo i più la supera. Percentuali egualmente elevate si riscontrano anche in Egitto. Ma ciò che più interessa, è che secondo le cifre di LEMAIRE, ad Algeri la mortalità per tubercolosi è 4 volte più elevata nella popolazione indigena che in quella bianca. E' questa la riprova che, più che l'adattamento al clima, hanno importanza le condizioni igieniche e sociali dei vari nuclei etnici, una volta che la promiscuità e la frequenza dei contatti ha determinato possibilità di contagio equivalenti per bianchi e per indigeni.

L'altra constatazione, non meno degna di rilievo e che risponde alla vecchia nozione, secondo la quale la tubercolosi nei paesi relativamente vergini segue passo passo lo sviluppo e l'irradiarsi della civiltà, è che la mortalità e la morbilità per tubercolosi va progressivamente diminuendo, man mano che dalle coste mediterranee ci inoltriamo verso le zone presahariane e sahariane. Ciò vale, nella testimonianza del nostro MARIOTTI-BIANCHI, anche per la Libia, dato che i medici militari dei nostri presidi desertici, come *Murzuk*, *Ghadamès*, *Derg*, *Ghat*, ecc., non vedrebbero quasi tubercolotici nelle loro visite ambulatorie.

All'importanza spettante alla occasione di contagio come determinante della diffusione della malattia, sembrerebbe contrastare il fatto che la morbilità, controllata anche attraverso l'indice tubercolinico sembra meno elevata fra le popolazioni nomadi che fra quelle sedentarie. Ciò che del resto può spiegarsi facilmente col pensare che con le loro tende continuamente spostabili i nomadi realizzano un sistema d'abitazione molto più igienico di quello delle case indigene in muratura, sempre prive di luce ed in stato di sporcizia cronica.

Non vi è dubbio che le cifre impressionanti riportate dai francesi sulla diffusione della tubercolosi nelle loro colonie mediterranee, è il portato delle grandi correnti immigratorie di lavoratori algerini, che dalla loro terra si recano in Francia in cerca di lavoro e che bene spesso ne ripartono con lesioni tubercolari in atto.

Vario è il modo di impostare il problema preventivo da parte dei vari sistemi coloniali. La Francia ad esempio, proponendosi per fine fondamentale se non esclusivo, l'integrità della popolazione territoriale, si limita a vietare l'ingresso in Francia degli algerini, i quali non presentino un certificato medico comprovante l'idoneità fisica dell'espatriando.

Nel Congo Belga, con provvedimento più umano e consono all'opera di civilizzazione ed epurazione sanitaria che le nazioni coloniali devono imporsi rispetto agli indigeni, l'accesso nel territorio della colonia per chiunque è subordinato alla presentazione di un certificato medico, che escluda ogni lesione tubercolare in atto.

Per quanto riguarda la Libia, le disposizioni legislative in vigore vietano praticamente l'ingresso e lo stabilirsi per ragioni di lavoro dei sudditi libici sul territorio metropolitano.

Cosicchè è da prendersi in considerazione come solo fattore aggravante di contagio per le popolazioni indigene, il nazionale che dalla Madrepatria si reca in Libia.

E' bene premettere che un controllo sanitario sicuro sulle nostre popolazioni libiche non è ancora attuato, e quindi ci mancano dati statistici e numerici che ci permettano di valutare obiettivamente l'importanza del fattore « tubercolosi » in Libia. L'ostacolo principale ad ogni accertamento igienico sta nell'attaccamento alle consuetudini islamiche, che la popolazione araba conserva intatto.

Mentre infatti uomini e bambini accedono senza difficoltà al controllo medico, le donne sfuggono sistematicamente ad esso. Per colmare questa lacuna gravissima, che è sensibile in tutti i paesi mussulmani, è stata proposta (ma non so se ancora attuata) nel Marocco spagnolo e in Algeria, l'istituzione di assistenti visitatrici indigene, le quali potrebbero penetrare l'ambiente, effettuando una prima revisione sanitaria se pure grossolana, spiegando opera di persuasione ed avviando — ove sia possibile — al medico le donne sospette di tare tubercolari.

Procedura questa che merita la più larga considerazione ed il più attento esame da parte delle nostre autorità sanitarie coloniali.

Intanto sono già in atto alcune iniziative, che precludono forse ad una più vasta opera di revisione igienica fra le popolazioni indigene. Tale è l'istituzione di quei *campi-famiglia* modello, che in minuscole costruzioni in muratura, raccolte e chiuse da un recinto, riuniscono le famiglie dei nostri ascari. Questi campi-famiglia, i quali costituiscono una nota gaia nel panorama dei principali centri libici (Garian, dintorni di Tripoli, ecc.) richiamando l'attenzione perfino del più frettoloso turista, rappresentano altrettanti agglomerati etnici, che vivono in condizioni migliorate dal punto di vista igienico e sono sottoposte ad un controllo sanitario efficiente. Essi sono infatti accessibili all'ufficiale medico del reparto, il quale di tanto in tanto è chiamato a prestarvi la sua opera sanitaria. E' questo forse un primo passo verso la creazione di una coscienza igienica fra le genti arabe, che nella loro gran massa sfuggono ancora ad un controllo efficace.

Procedendo con tatto e con metodo, giungeremo forse ben presto ad una soddisfacente organizzazione antitubercolare anche in questo settore coloniale così importante per la penetrazione politica dell'Islam e che merita ogni nostra cura per il contributo di fedeltà e di sangue dato dagli ascari libici alla recente campagna d'Etiopia.

* * *

Anche per le nostre vecchie colonie dell'Africa Orientale la frequenza dell'infezione tubercolare è da tutti ammessa come un fatto dimostrato, anche se (come lamenta il MARIOTTI-BIANCHI) questa impressione non si traduce chiaramente in cifre. Predisposti sembrano sia gli eritrei, sia i due maggiori raggruppamenti etnici della nostra Somalia, i migiurtini e i somali; così frequente appariva il contagio fra i somali che (come ricorda il MARIOTTI BIANCHI) le autorità tedesche delle colonie dell'Africa Orientale nel periodo prebellico avevano predisposto misure contro la penetrazione dei somali nel loro territorio. Nessuna notizia attendibile abbiamo a tutt'oggi sulle condizioni sanitarie del territorio appartenente al vecchio Impero del Leone di Giuda. Facendo tesoro però della constatazione che i numerosi ascari provenienti, ancora prima della campagna vittoriosa, dalle terre d'oltre confine (specie dal Goggiam e dal Tigrai), condividevano la predisposizione al contagio tubercolare dei loro compagni eritrei, si deve presumere che al triste bilancio della tubercolosi paghino un largo tributo anche le terre acquisite di recente a nostro dominio.

La innegabile predisposizione alla malattia tubercolare dei nostri ascari eritrei può essere potenziata da fattori climatici, e si è molto parlato della larga casistica tubercolare riscontrata nei battaglioni eritrei dislocati in Libia, paragonando questo stato di cose a quanto si è verificato in Francia durante la guerra mondiale fra le truppe senegalesi. A parte la intensità ben differente del flagello che non autorizza questo raffronto, è certo che la gravità e la rapidità di evoluzione della malattia diversifica notevolmente negli eritrei che prestano servizio in Libia e nei libici autoctoni. Specialmente sintomatica, per quanto può dirmi la mia modesta esperienza in materia, è la frequenza, con la quale la tubercolosi polmonare riveste clinicamente ed anatomicamente il quadro particolarmente severo della polmonite tubercolare.

Considerazioni di questo genere andranno tenute presenti in un non lontano avvenire, quando potrà porsi il problema dell'opportunità di spostare grossi aggruppamenti etnici da una zona all'altra del nostro Impero Etiopico in rapporto ad esigenze politiche o militari od all'eventuale fabbisogno di mano d'opera; le diverse condizioni climatiche ed ambientali, che dominano sull'altipiano e sulle fasce costiere, imporranno riserve notevoli dal punto

di vista sanitario. Già durante la recente campagna gli ufficiali medici dei corpi hanno appreso dalla viva esperienza quotidiana come truppe reclutate alla costa (per esempio i Dubat, costituiti prevalentemente da migiurtini) abbiano richiesto particolari cure nel loro equipaggiamento man mano che il corpo di spedizione nella sua avanzata si spostava verso i massicci montani dell'altopiano. Maggiori capacità di resistenza hanno dimostrato invece i libici portati a vivere in condizioni climatiche per certi versi riavvicinabili a quelle della loro terra.

Vengo alla conclusione ripetendo che, a prevenire un eventuale dilagare del contagio tubercolare in rapporto alla penetrazione di contingenti nazionali numerosi in Etiopia, la misura più opportuna e più pratica consiste in una rigorosa selezione di tali contingenti.

L'altro potente mezzo di diffusione fra le popolazioni nere, rappresentato dagli indigeni che, dopo l'aver vissuto in Europa, rientrano malati nelle loro terre costituendo altrettanti focolai d'infezione, non è da prendersi in seria considerazione da parte nostra, sia perchè non abbiamo bisogno di mano d'opera indigena per dissodare le nostre terre e per promuovere le nostre industrie, sia perchè in caso di guerra non siamo stati e non saremo mai costretti ad affidare la difesa delle nostre frontiere alle truppe di colore.

Forse mi sarà obiettato che è prematuro preoccuparsi dello sviluppo della lotta antitubercolare nel nostro Impero africano, quando con tranquilla coscienza non si può asserire che essa abbia realizzato le sue mètte definitive nella Madrepatria.

E' vero d'altra parte che il Regime non considera il conquistato Impero unicamente come terra di sfruttamento e di produzione ma come parte integrante della Patria, valorizzata e potenziata dal nostro popolo lavoratore.

E' vero infine che secondo l'etica fascista, per ben conquistare il presente, è necessario guardare l'avvenire.

RIASSUNTO

Sono prospettate le nuove esigenze, che la conquista dell'Impero ha creato per un'integrale realizzazione degli scopi della lotta antitubercolare. Una selezione rigorosa, dal punto di vista igienico, dei nuclei metropolitani destinati a colonizzare le terre conquistate è resa indispensabile sia dalle particolari condizioni di vita di tali nuclei sia dalla necessità di preservare le popolazioni indigene, particolarmente predisposte, dal flagello tubercolare.

Un controllo sanitario della popolazione nazionale ed indigena, per mezzo di auto-ambulanze clinico-radiologiche, sarà possibile solo quando sarà ultimata la rete delle principali strade imperiali. Dal punto di vista terapeutico, nelle condizioni attuali l'unico fine pratico da prefigersi è il pronto rimpatrio di quei nazionali, i quali presentano segni, anche lontanamente sospetti, di affezioni tubercolari.

55555





~~SECRET~~

