

Dott. ALBERTO STARNA

# IL RISCHIO DI ASSICURAZIONE VITA NELLE TERRE DI OLTREMARE

Relazione al Congresso di Medicina Legale e  
delle Assicurazioni e di Antropologia Criminale  
(Napoli, 30 maggio - 2 giugno 1940-XVIII)

(ESTRATTO DALLA «RASSEGNA SOCIALE DELL'AFRICA  
ITALIANA»), ANNO IV, N. 2 - ROMA, FEBBRAIO 1941-XIX)

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



Corporate Heritage  
& Historical Archive





Corporate Heritage  
& Historical Archive



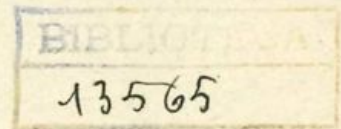
Corporate Heritage  
& Historical Archive

Dott. ALBERTO STARNA

# IL RISCHIO DI ASSICURAZIONE VITA NELLE TERRE DI OLTREMARE

Relazione al Congresso di Medicina Legale e  
delle Assicurazioni e di Antropologia Criminale  
(Napoli, 30 maggio - 2 giugno 1940-XVIII)

(ESTRATTO DALLA «RASSEGNA SOCIALE DELL'AFRICA  
ITALIANA», ANNO IV, N. 2 - ROMA, FEBBRAIO 1941-XIX)



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



Corporate Heritage  
& Historical Archive



Corporate Heritage  
& Historical Archive



BIBLIOTECA  
13565

« Gli Imperi per sicuramente tenerli, bisogna popolarli ». Con queste parole lapidarie il Duce dava la consegna il 19 gennaio scorso alle Consulte Corporative dell'Africa Italiana. Veramente solo allorquando le genti d'Italia hanno emigrato in larghe masse nelle terre d'Africa già conquistate dalla spada e con il loro lavoro le hanno modificate, solo allora quegli immensi territori entrano a far parte inscindibile della Madrepatria.

Vi fu già un tempo in cui il popolo italiano mandò tanti figli a dissodare le terre d'oltre Oceano, altrove lanciò con la forza operosa delle sue braccia e con l'audacia del suo genio strade, ponti, ferrovie nelle lontane Americhe e nell'Estremo Oriente, affrontò i climi più diversi: dal sole dei tropici, per disboscare le vergini foreste delle pampas, al freddo nordico, per fecondare terre ingrato; scese nelle viscere della terra per cavare il minerale di ignoti capitalisti di nazioni straniere; tutto ciò ora non è più; oggi il nostro popolo comincia una nuova era. Non v'è fierezza più grande che quella di poter lavorare per la propria Patria. Prima era un gramo salario che compensava a stento tante fatiche degli esuli figli di una Italia troppo angusta; oggi oltre e più del salario sappiamo che la ricchezza creata col nostro lavoro è e resterà alla grande Madre.

Se riandiamo con la mente ai tempi oscuri di 40 o 50 anni fa, assolutamente vana ci sembra la perdita che la Nazione subiva in quei tempi, quando la « grande proletaria », come la chiamava il mite Pascoli, perdeva in mille rigagnoli che fecondavano il mondo altrui, le giovani vite di tanti suoi figli. Le statistiche, nella loro crudezza, ci danno le misure di questo salasso che il nostro popolo subiva passivamente.

Nel decennio 1876-86 l'emigrazione effettiva media annuale era di 135.000 individui; nel periodo seguente, fino all'inizio di questo secolo, essa sale a 270.000 e successivamente raggiunge cifre sempre maggiori finchè nell'immediato anteguerra, nel 1913, tocca il vertice con 872.598 unità. Cioè in quell'anno l'Italia perdeva, tanto per rendere con un confronto l'entità di questa cifra, un numero di unità doppio di quello che costituisce l'attuale incremento della propria popolazione; per di più la perdita si riferisce a soggetti quasi esclusivamente maschili e nelle migliori condizioni di capacità lavorativa perchè di età giovanile. Se una parte di questi lavora-

tori sono tornati, ciò è avvenuto soltanto dopo una lunga permanenza oltre Oceano od oltre frontiera, avendo logorato i migliori anni della loro esistenza in plaghe inospitali alla mercè dello sfruttamento straniero.

Nelle più diverse regioni della terra, nei lavori più gravosi e più ardui sempre l'Italiano diede prova di disciplina, di capacità, che congiunte al naturale spirito frugale fecero di lui il bracciante più richiesto, il tecnico più ambito. In tal modo la nostra stirpe, sebbene attraverso un doloroso calvario, dimostrò di quali adattamenti e di quali prodigi essa fosse capace; era ben degna di un nuovo radioso destino.

Questo si è avverato per l'opera indomabile di un Figlio del popolo che nel tormento della propria vita ha temprato il grande animo per foggiare sotto il maglio della sua indomabile volontà, il nuovo Impero dell'Italia Fascista.

Ma se la spada ha conquistato tanto territorio in terra d'Africa in un periodo di tempo così breve, ora il lavoro dei figli d'Italia deve ad esso dare il proprio volto. Sono già sorti villaggi e ne dovranno sorgere assai di più, i modesti aggruppamenti di tucul sono diventati linde cittadine e si avviano a diventare centri di maggiore importanza. Contemporaneamente le famiglie rurali si vanno trapiantando a migliaia nelle terre di Libia e sull'Altipiano abissino. Questi territori vanno assumendo nuovo aspetto ed essi, già abituati all'apatia di governi e all'indolenza di popolazioni, vedranno nascere e farsi adulti uomini di una favella e di una civiltà superiore: quella di Roma.

Una tale colonizzazione demografica in massa deve essere preceduta da un periodo preparatorio costituito dall'invio di nuclei di popolazione italiana nelle varie zone di maggiore interesse. Tale periodo richiede in questi soggetti uno spirito di sacrificio in quanto l'indeterminatezza della nosografia regionale e le capacità di acclimatazione razziale vengono saggiate proprio da questi nuclei di media entità. L'Impero coloniale italiano ha ormai superato felicemente questo periodo preliminare ed in alcune zone già si sviluppano centri popolosi di colonizzazione stabile.

Ma come in una campagna di guerra il generale durante l'avanzata fa ogni tanto il punto della situazione per deliberare ogni ulteriore azione, così nella guerra contro la natura e le condizioni climatiche si deve ogni tanto raccogliere le file e valutare i risultati delle prime esperienze. I problemi della colonizzazione sono vastissimi, essi vanno da quelli economici per la valorizzazione agricola, industriale e mineraria a quelli politici ed a quelli sanitari.

Questi ultimi rivestono una importanza grandissima non solo perchè rappresentano un istrumento indispensabile nella redenzione di tanti territori inesplorati e selvaggi; ma anche perchè l'assistenza sanitaria contribuisce ad insinuare nell'animo dell'indigeno la convinzione assoluta della superiorità della razza bianca. La coscienza geografica, politica ed imperiale della Italia di oltremare che oggi è detta, con una unica parola, geopolitica, costituisce durante i lunghi anni di pace un formidabile strumento di persuasione nella colonizzazione dei metropolitani e nella assistenza sanitaria degli indigeni, alla stessa guisa dello sviluppo industriale e del potente rombo del trimotore.

Ma queste funzioni esulano dal nostro problema il quale si impone nell'atto stesso in cui il giovane metropolitano, per migliorare i propri mezzi di fortuna nell'ambito del lavoro nazionale, lascia la troppo comoda dimora europea per affrontare i rischi di una attività coloniale. Questo esercito di volontari proviene dalle più diverse regioni d'Italia e si reca nelle terre dell'Impero animato da un santo fervore per svolgere un lavoro utile economicamente a chi lo intraprende e socialmente all'incremento coloniale, secondo i piani unitari delle Consulte Corporative.

Se lo Stato Fascista ha rifiutato la presenza in quei territori di quanti per abito spirituale non hanno una capacità concreta costruttiva, ma vivono del desiderio di uno sterile nomadismo o sognano l'avventura fuori della legge, come gli irrazionali sfruttamenti, l'Italiano nuovo che giunge guidato dal desiderio del lavoro per partecipare a questa legione di scelti artefici, sente come sarà messa a dura prova non soltanto la sua capacità professionale ed organizzativa, ma anche la propria resistenza fisica.

Per le classi lavoratrici la preveggenza del governo ha voluto con un Decreto del 1935 e successivamente con altro del 4 maggio 1936 che tutti gli operai viventi nelle condizioni climatologiche particolari dell'Africa Orientale fossero assicurati presso l'I.N.F.A.I.L. anche per alcune malattie notoriamente endemiche del territorio quale la febbre pernicioso o malaria tropicale e per altre malattie infettive locali. Ma accanto a queste forme di previdenza collettiva per i meno abbienti, cui notevolissimo è l'impulso dato dalla Fed. Naz. Fasc. Casse Mutue Malattie Lavoratori dell'Industria, attraverso il Fondo Assistenza A. O. I., è fondamentale la tutela individuale della assicurazione sulla vita per coloro che rappresentano la classe dirigente, che organizzano il lavoro, praticano il commercio od una professione individuale, per coloro insomma che a tutto proprio rischio e con la propria attività costruiscono e mettono in moto le ruote dell'economia coloniale.

Quasi tutti i colonizzatori e i commercianti hanno una famiglia ed una grave responsabilità di fronte ad essa; la nuova attività lavorativa con i maggiori rischi sanitari che comporta non deve preoccupare le famiglie nè turbare il loro lavoro; fondamentale elemento di tranquillità rappresenta in questi casi l'assicurazione sulla vita.

Gli Enti di assicurazione in Italia, tra i quali per primo l'I.N.A., hanno volenterosamente contribuito a fiancheggiare, con la concessione di polizze a condizioni veramente favorevoli, l'opera colonizzatrice di decine di migliaia di commercianti e professionisti. L'argomento è molto importante tanto che nel Raduno Coloniale della Scienza Italiana, tenutosi a Tripoli nel novembre 1937, esso fu oggetto di una pregevole relazione da parte del Direttore Generale dell'I.N.A., dott. Giordani, sul tema: « Il problema delle assicurazioni private nelle nostre Colonie ».

Il rischio sanitario della vita coloniale non può essere preso alla leggera; la storia delle spedizioni militari ci insegna come i bianchi abbiano molto spesso trovato un assai maggior pericolo nelle malattie endemiche tropicali anzichè nelle lance o nei fucili ad avancarica delle tribù indigene. Istruttivo per l'Africa è l'esempio della spedizione nella Costa d'Oro contro gli Ascianti, la quale diede minime perdite agli Inglesi soltanto quando or-

ganizzarono nel 1895 i servizi sanitari, di alimentazione e di alloggiamento, per combattere i pericoli delle gravi malattie locali.

Invece i Francesi registrarono nello stesso anno, in occasione della spedizione nel Madagascar, la perdita per malattie di 5.556 uomini, cioè oltre il 20 % degli effettivi e nel 1881, in occasione dell'occupazione della Tunisia, avevano riscontrato il tifo presso le truppe nella percentuale del 20 % con oltre 1.000 morti. Senza scendere in altri dettagli, ci limiteremo a ricordare, per la zona che a noi interessa, come durante la guerra europea nell'Africa tedesca le truppe inglesi formate da 60.000 uomini registrarono 6.308 decessi per malattie in confronto a 2.794 morti per azioni di guerra.

In confronto a queste cifre veramente rifulge l'organizzazione sanitaria italiana per l'impresa di Etiopia quando si rifletta come dall'agosto 1935 al luglio 1936 si verificarono nell'intera armata, formata di oltre 450.000 individui dei quali due terzi metropolitani, appena 516 morti per malattia secondo una statistica riferita dal Martoglio. Quanto alle cause di morbosità la malattia più importante si dimostrò subito essere la malaria che dall'ottobre 1935 a tutto il maggio dell'anno seguente diede 4498 casi. Questi però risultano in grado molto maggiore quando si prende a considerare l'intero biennio 1935-36 durante il quale si ebbero 13.769 casi di malaria ospedalizzati con 277 morti per la stessa malattia cioè nel rapporto del 2 % dei malati. Ma su questo argomento avremo occasione di tornare successivamente.

## LE CAUSE DI MORTE PER MALATTIA TRA LE FF. AA. IN A.O. DURANTE IL BIENNIO : 1935-36

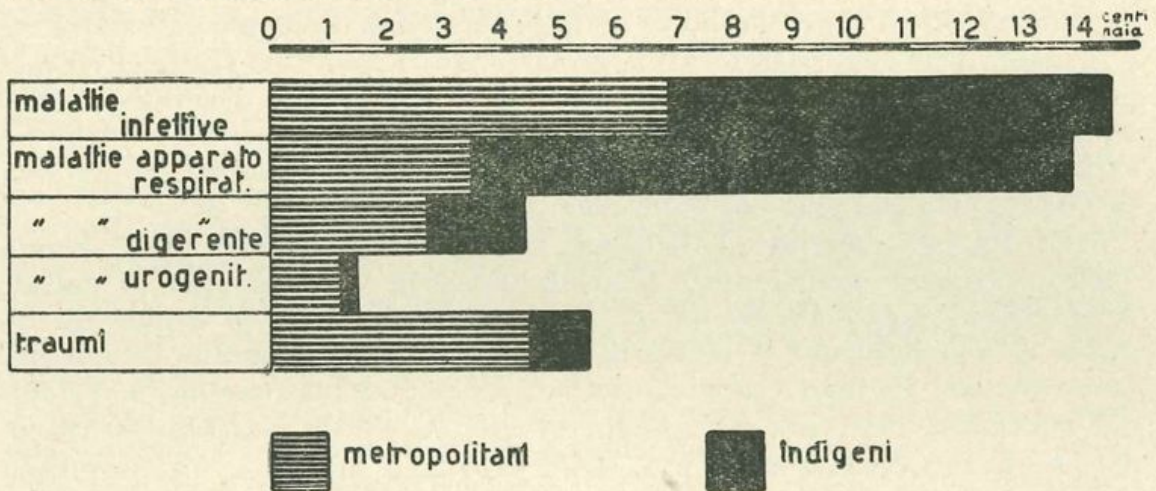


GRAFICO TAV. 1.

Qualcuno potrà obiettare che non è possibile paragonare il rischio alle malattie di un corpo di spedizione, notoriamente sottoposto durante la guerra ad affaticamenti e disagi di permanenza in ambienti insalubri, a quello di una popolazione civile che dispone di dimore stabili sebbene a carattere coloniale. Certamente le condizioni di vita sono ben diverse nei due casi, ma

l'inferiorità delle prime è più apparente che reale; basta pensare ad esempio che la potabilizzazione dell'acqua mentre è facilissima fra le truppe per i mezzi di cui queste dispongono, diviene fastidiosa e talvolta incompleta quando è affidata al singolo colono. Questi inoltre potrà più facilmente venire infestato dagli innumeri parassiti quando entrerà in commercio con gli indigeni od abiterà nei paraggi delle loro abitazioni; le truppe consigliate dal medico hanno modo di preservarsi e di evitare le possibilità di contagio, l'attendamento lontano dai villaggi indigeni sarà la prima garanzia.

Purtroppo una determinazione del rischio morte fra la popolazione civile metropolitana che vive nelle terre d'oltremare è più che difficile allo stato attuale delle nostre esperienze coloniali. Dobbiamo ricordare che sono trascorsi appena tre anni dall'epoca in cui le nostre vittoriose truppe hanno occupato lo sterminato territorio dell'Impero abissino, tempo questo insufficiente non solo per sperimentare le possibilità di acclimatazione della popolazione metropolitana in così vaste plaghe, ma anche per valutare in modo esauriente le risorse agricole e minerarie delle singole provincie.

L'ideale dell'assicuratore sarebbe costituito da una popolazione di iscritti la più omogenea e sottoposta ad un rischio uniforme per lungo numero di anni. Nessuna di queste condizioni si verifica nelle nostre colonie dell'Africa Orientale. Infatti la massa stessa dei metropolitani proviene dalle più svariate regioni d'Italia delle quali ognuna ha caratteristiche climatiche e talvolta etniche proprie.

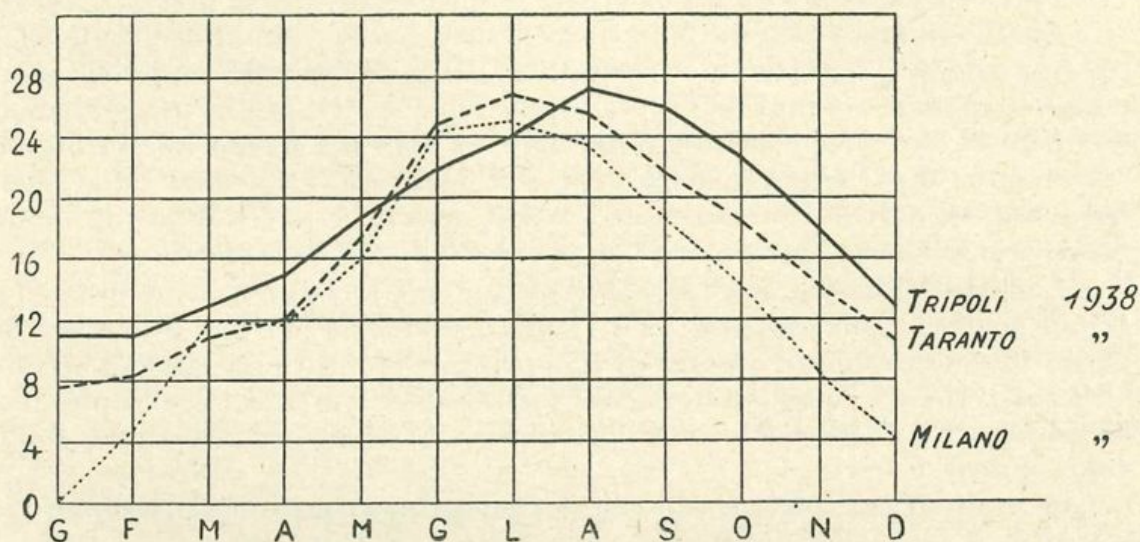
A titolo di esempio ricordo che la provenienza degli operai italiani trasferiti in A. O. I. alle dipendenze dello Stato o di Ditte private dal 1935 al 1937 era la più diversa. Così, mentre il Veneto diede 39.422 soggetti, la Lucania vi contribuì appena con 1.390; notevole il contingente di Emiliani (29.806) e di Siciliani (24.013); modesto quello della Liguria e della Sardegna rispettivamente con 3.746 e 1.478 unità. Naturalmente questi rapporti vengono a variare se si esaminano non più gli operai ma i coloni dirigenti di azienda, i commercianti e i professionisti. In complesso dalla statistica del Casu, dal quale rileviamo queste cifre, si ha l'impressione che il bracciantato sia stato formato in prevalenza da Veneti, Lombardi ed Emiliani; mentre per le classi dirigenti la provenienza sia più disparata.

Più uniformi sono le caratteristiche dei soggetti per quanto riguarda l'età degli emigrati, poichè in gran parte si tratta di individui tra i 25 e i 45 anni con forte prevalenza del sesso maschile. Ma il rischio coloniale è in gran parte determinato dalle caratteristiche climatiche e nosografiche della residenza del colono.

Così la residenza in Libia presenta delle condizioni di vita ben diverse da quelle dell'Africa Orientale. Un breve cenno climatico lo dimostra. Nella Libia la lunga striscia costiera e l'altipiano del Gebel offrono condizioni di clima abbastanza simili a quelle della Sicilia, cioè il clima può qualificarsi mediterraneo temperato pur risentendo in piccola parte di quello sub-tropicale. Nelle zone interne invece assume un carattere dapprima pre-desertico e poi nettamente desertico con escursioni giornaliere molto ampie, fino a superare i 45 centigradi nelle 24 ore; per di più le piogge in questa zona si presentano a tipo temporalesco e sono scarsissime. Notevole importanza riveste, al fine dell'acclimatazione, il regime dei venti; è ben noto come il ghibli, che è

un vento caldo che proviene dall'interno, determini nell'organismo un effetto deprimente di una certa entità.

In complesso, il clima e la nosografia della Libia non diversificano molto da quelli delle altre coste bagnate dal Mediterraneo. Del resto la stessa temperatura offre una curva annuale abbastanza simile a quella della costa italiana. Il grafico che segue dimostra quanto sia modesta la differenza della temperatura tra Taranto e Tripoli; mentre Milano offre una curva a carattere prevalentemente continentale.



Diverso è il clima nell'A. O. I. sulla quale influisce l'equatore termico che è situato a 5 gradi di latitudine nord; in esso lo zenit passa due volte all'anno e pertanto l'anello nuvoloso tropicale vi determina due periodi di pioggia alternati a due altri asciutti in rapporto ai monsoni estivi ed invernali. Tale ritmo climatologico si verifica soprattutto in Somalia, ove l'Eredia ha distinto un clima litoraneo notevolmente umido ed uno interno meno umido.

Nell'Etiopia, regione eminentemente montuosa, il clima è in rapporto con l'altimetria e con la latitudine nord. Col diminuire di quest'ultima, cresce l'indice delle piogge e soprattutto il clima differisce a seconda ci si trovi nel Quollà (al disotto di 1700 metri di altitudine) nell'Uoina Degà (tra 1800 e 2400 metri) o nel Degà (oltre i 2400 metri). Naturalmente la zona dell'Uoina Degà è quella che più si presta all'indigeno e parzialmente vi è possibile l'acclimatazione dei coloni metropolitani. Ma la temperatura più confacente a questi ultimi è notevolmente inferiore a quella prevalente in questa zona e pertanto i maggiori centri colonici dovranno stabilirsi nelle zone più alte anche se tale residenza determinerà qualche disturbo da altimetria nelle prime settimane di permanenza.

Quanto all'Eritrea, secondo lo schema climatico del Lucidi, possiamo distinguere la zona costiera caratterizzata da piogge invernali, mentre internamente l'altopiano presenta un regime imbrifero estivo simile a quello del massiccio abissino.

Altri Autori hanno più semplicemente diviso tutti i tipi del clima del-

l'Impero in quattro, tra i quali quello importante ai fini della colonizzazione sarebbe denominato tropicale degli altopiani e semicircondato dagli altri tre insospitati alle colonizzazioni demografiche e cioè: a nord-est dal clima torrido-umido della Danalia e dell'Eritrea costiera, ad ovest dal clima tropicale sudanese con forti oscillazioni termiche ed alta umidità, infine a sud dal clima equatoriale dell'infinita distesa somala. E' pure da tener presente, nella configurazione orografica dell'altipiano etiopico, che mentre ad occidente degrada a ripiani regolari, verso oriente presenta delle profonde insenature del bassopiano per cui il clima si presenta variabile in breve spazio.

A proposito dell'Africa tropicale in genere, il Desio, in una relazione all'VIII Congresso Volta, faceva notare che mentre sul restante territorio africano i bianchi raggiungono ancora il 2,6 % della popolazione, in quella tropicale questo rapporto è molto inferiore raggiungendo appena il 0,4 %. Ma anche nell'Africa tropicale il rischio di mortalità per il bianco varia moltissimo a secondo della zona; ciò risulta da uno studio riferito nella Relazione del Giordani ed eseguito alcuni anni fa da Raynes tra gli ufficiali delle colonie inglesi orientali (Kenia, Tanganica, ecc. - B.E.A.) e presso i liberi professionisti residenti in quelle occidentali (Gambia, Sierra Leone, Costa d'Oro - B.W.A.). Riassumiamo nella seguente tabella i valori ottenuti dal Raynes le cui differenze vengono raffrontate anche con i tassi della popolazione inglese vivente sul territorio metropolitano.

GRUPPI DI ETA'	TASSI DI MORTALITÀ %		Aumento del 2° tasso rispetto al 1°	Tasso mortalità % in Inghilterra
	Africa inglese			
	1° Est (B. E. A.)	2° Ovest (B. W. A.)		
ANNI 23-27 . . . .	0,20	0,77	+ 0,57	0,33
» 28-32 . . . .	0,43	0,82	+ 0,39	0,42
» 33-37 . . . .	0,37	1,03	+ 0,66	0,50
» 38-42 . . . .	0,76	1,16	+ 0,40	0,62
» 43-47 . . . .	0,97	1,35	+ 0,38	0,79
» 48-52 . . . .	0,89	1,88	+ 0,99	1,20
Media . . . .	0,56	1,14	+ 0,56	0,64

Come si vede, la mortalità nell'Africa inglese orientale (Est) è molto più favorevole con un tasso che discende quasi alla metà rispetto ai paesi dell'Africa occidentale (Ovest) specialmente per i gruppi di età giovanile. Anche se vogliamo tener conto della minor selezione sanitaria tra i coloni liberi esercenti nell'Africa occidentale e del fatto che i dati si riferiscono in parte ad un periodo più remoto (1911-1924) e quindi più arretrato nei progressi igienici rispetto a quelli dell'Africa Orientale (1921-1925) è indiscutibile

che grande è la differenza del rischio assicurativo a seconda della zona di residenza.

Quindi il primo rilievo che si deve avanzare è che, pur trovandosi all'equatore termico, l'Impero italiano gode di caratteristiche orografiche tali che lo rendono migliore non solo dell'Africa tropicale in genere, ma anche nei confronti dell'Africa orientale inglese. Infatti tutti i grandi fiumi africani che nel decorso vallivo sono tanto spesso causa di ristagno per la formazione di paludi, e pertanto fomite al pullulare degli insetti parassitiferi, scorrono lontano dall'Abissinia; soltanto il Giuba giunge quasi a delimitare la Somalia nel tratto pianeggiante e presenta questo inconveniente per un certo tratto.

Per di più il nostro Impero offre grandi estensioni di territorio che si aggirano sui 2500 metri; altimetria che costituisce la zona migliore per l'acclimatazione del bianco risultando la latitudine, per tal fatto, corretta dall'altitudine. Lo stesso Uganda, che possiede il re dei monti africani, il Ruwenzori, con la vetta ad oltre 9000 metri, non può vantare un altopiano fertile come quello che si estende nell'acrocoro abissino. A tale altitudine non solo i parassiti vettori delle malattie tropicali sono molto rari, ma gli stessi virus non troverebbero un ambiente favorevole al loro sviluppo.

Riassumendo possiamo dire, per quanto riguarda le condizioni nosografiche locali e secondo quanto riferiscono vari osservatori italiani tra cui l'Astuto, che i metropolitani, purchè immuni da tare o malattie, trovano condizioni climatiche ottime negli altopiani etiopico, hararino e galla, cioè oltre i 2000 metri di altezza. Invece le zone delle pendici comprese tra i 1000 e i 2000 metri presentano sia una temperatura ancora troppo elevata sia frequenti focolai malarici per cui la colonizzazione non potrà ivi essere sviluppata in modo intensivo; eventualmente si richiederà la piccola bonifica ed il colono dovrà esplicare un'attività lavorativa di coordinamento all'opera indigena. A maggior ragione i bassopiani orientali ed occidentali sudanesi dovranno esser considerati quali territori di semplice sfruttamento eseguito dalla mano d'opera locale; identica è la situazione del tavolato somalo.

In queste due ultime zone il colono potrà permanere per un notevole periodo di tempo, ma a lungo andare dovrà trasferirsi sull'altopiano. Gli stati astenici e l'anemia che si sviluppa in seguito alle alte temperature, soprattutto nei mesi estivi in Dancalia e in Somalia, come pure la notevole diffusione delle malattie infettive, sconsigliano la colonizzazione demografica di queste regioni.

In realtà la permanenza dei bianchi, e quindi il rischio assicurativo che a noi interessa, è quasi esclusivamente limitata all'altopiano di cui dovremo esaminare gli effetti fisiopatologici sull'organismo. Questi disturbi da altimetria, detti anche barimetrici, sono intimamente legati all'alimentazione e costituiscono il primo e caratteristico gruppo delle affezioni nell'A. O. I. Ad un secondo ascriveremo le malattie tropicali od infettive che, sebbene rare nell'altopiano, possono ivi svilupparsi per la ragione di transito o di una breve permanenza nel bassopiano o a metà valle. Esamineremo infine in un terzo gruppo la frequenza ed il decorso dell'abituale patologia umana in quelle regioni.

Ai fini assicurativi, sarebbe preferibile determinare il tasso di mortalità in base a dati statistici delle cause di morte; ma ciò non è assolutamente possibile, perchè la permanenza dei metropolitani in quelle regioni, tranne l'altipiano eritreo ove viveva una modestissima collettività, risale ad appena 4 anni. Si deve poi tener presente che data l'estensione del territorio come pure le varietà climatiche e nosografiche delle singole zone, l'attuale presenza di 200.000 connazionali civili, frazionati in molti centri, non può permettere una simile indagine. Infine, come in tutte le colonizzazioni, il periodo di assestamento determina notevoli movimenti di masse con brevi permanenze nei vari centri per cui, ai fini dei rischi sanitari, i rilievi locali risultano incompleti e poco possono dirci. Per di più, potrebbero verificarsi malattie croniche di ordinaria patologia che influenzano sull'ulteriore permanenza o sul rimpatrio, ma che sfuggono al controllo locale e solo nella Madrepatria vengono successivamente accertate.

Tali considerazioni ci hanno consigliato di esaminare direttamente lo schedario dell'Ospedale « Alessandro Mussolini » di Aversa ove vengono ricoverati gli operai generici e specializzati iscritti alla Cassa Mutua Lavoratori Industria che prestarono servizio in A. O. I. e vennero rimpatriati per ragione sanitaria. Per di più, la relativa autonomia di vita che almeno alcuni di questi gruppi hanno condotto durante la permanenza in colonia, l'età più varia rispetto alle truppe, rendono questa categoria di individui abbastanza affine a quella dei coloni. In media, per dare una idea del contingente in esame, ricordiamo che dal 1935 al 1938 la forza media di questo esercito di lavoratori ha oscillato tra i 60 e i 90.000 uomini, successivamente essa si è mantenuta tra i 30 e i 40.000; la permanenza in colonia solo raramente è stata inferiore ad un anno (1).

Altra fonte di indagine per questo studio, è costituita dalla bella e completa statistica sanitaria delle forze armate italiane che operarono durante il biennio 1935-1936 nell'epica impresa della conquista; si trattava di un corpo imponente di spedizione forte di 350.000 soldati italiani e di 100.000 militari indigeni. Infine altra fonte di indagine è per noi costituita dalle cifre ricavate dalle denunce per malattie infettive verificatesi complessivamente tra la popolazione indigena e quella metropolitana; tali cifre sono state raccolte dall'Ufficio Studi (Servizio Statistico) del Ministero dell'A. O. I. Sebbene gli Italiani costituiscano in totale soltanto 200.000 unità, queste cifre riescono utili perchè lumeggiano l'andamento epidemiologico di gran parte della popolazione indigena che mantiene il contatto col mondo civile. Potremo da esse dedurre di quale entità e per quali malattie infettive esista il pericolo per i coloni.

In base a tali elementi statistici, possiamo ora illustrare l'importanza e le caratteristiche della patologia coloniale in A. O. distribuendo in tre grup-

---

(1) Ringrazio vivamente la Direzione Sanitaria della Federazione Nazionale Fascista Casse Mutue Malattie Lavoratori Industria per l'autorizzazione concessami ed il prof. Pansini, Direttore dell'Ospedale di Aversa, per la cortese ospitalità offertami in occasione delle indagini da me praticate presso l'archivio dell'ospedale.

Porgo ugualmente sentiti ringraziamenti all'Ufficio Studi (Serv. Statistico) del Ministero dell'A. O. I. che mi ha permesso la consultazione dei rapporti sanitari in parte inediti.

pi la nosografia riscontrata e cioè: esporremo dapprima i disturbi e l'influenza dell'acclimatazione nell'altopiano e nel bassopiano, successivamente esporremo le cifre sulle malattie tropicali e infettive prevalenti, infine esamineremo se i climi locali determinano una modifica alla patologia ordinaria ed un aggravamento della sua pericolosità.

In altri termini non potendo, in mancanza di lunga esperienza, conoscere la mortalità dei metropolitani residenti, ai fini del rischio vita, ci sarà sufficiente indice di approssimazione accertare quali sono le più importanti cause di morte nella collettività. Naturalmente costituiranno un aggravamento del rischio ordinario le cause di morte che potremo riferire ad infezioni locali o all'ambiente di vita.

### *Disturbi da acclimatazione.*

Riconoscono la loro natura nelle modificazioni fisiche locali e cioè nelle variazioni fisiopatologiche che conseguono alla diminuita pressione barometrica nell'altopiano come pure a quelle che conseguono all'eccesso di calore, dell'umidità o dei raggi solari, i quali disturbi si verificano con maggior frequenza nel bassopiano somalo e nella Dancalia. Ricordiamo in proposito come non sia possibile sintetizzare in un unico tipo i vari climi d'Etiopia tanto che giustamente Paccariè ha proposto, per saggiare la resistenza dei candidati coloni, l'uso di camere di prova per riprodurre i vari climi.

Molta importanza rivestono i disturbi barimetrici perchè riguardano le regioni che lasciano sperare in una colonizzazione a carattere di popolamento. Bisogna ricordare che già a 2450 metri (Addis Abeba) la pressione segna 550 mm. in confronto a 750 che si riscontrano a livello del mare; elevandoci ancora troviamo a 3100 una pressione di appena 500 mm. Queste altezze costituiscono nell'altopiano e nelle zone fertili dell'hararino le altitudini normali; troviamo, infatti, nell'Amara, Debra Tabor a 2940, Dessiè a 2550 e, nello Scioa, Debrasina a 2900, Entotto a 3200, Addis Abeba a 2450.

La fisiologia ci dice che allorché la pressione atmosferica discende ad disotto di 580 mm. il bisogno di ossigeno si avverte in modo insistente avendo l'aria perduto un terzo dell'originale rapporto di ossigeno che abitualmente è di 20,9 %. Per di più a queste altitudini diminuisce notevolmente la quantità del biossido di carbonio che, secondo la teoria dell'acapnia di Mosso, sarebbe un elemento del disturbo respiratorio che si riscontra. Ma pur facendo astrazione da quest'ultima teoria, che è stata successivamente contestata, è comunque certo che la forte diminuzione dell'ossigeno rende difficile ogni combustione organica nei tessuti e d'altra parte richiede un notevole aumento del ritmo circolatorio.

Quindi, sia l'apparato circolatorio che quello respiratorio, per sopprimere ai bisogni dell'organismo, dovranno essere sani e resistenti all'aumento richiesto della loro funzionalità e ciò specialmente durante ogni attività manuale o durante il cammino.

Dopo un periodo iniziale caratterizzato da frequente dispnea, ipotensione e modica tachicardia i fatti soggettivi tumultuosi si attenuano e permettono con l'acclimatazione una discreta attività; permane solo una lieve ipoten-

sione ed un lieve aumento non avvertito delle pulsazioni. Quanto alla ipotensione essa è forse da attribuirsi, secondo l'opinione del Lewis, alla formazione di una sostanza istaminosimile che si forma nei tessuti sotto gli stimoli esterni climatici probabilmente attinici.

Secondo il Borlone, che ha risieduto a lungo nell'altopiano, dopo qualche anno si potrebbe stabilire il quadro di un vero scompenso climatico il quale è caratterizzato da una frequente sindrome cardiaca od astenica, talvolta anche a tipo nervoso; sindromi che possono richiedere il trasferimento al bassopiano.

Comunque, secondo lo stesso Borlone, il quale ha potuto seguire 2000 operai del Fondo Assistenza A. O. I. della Cassa Malattie Lavoratori delle Industrie, nei coloni si stabiliscono definitivamente le seguenti modificazioni fisiologiche: ipotensione arteriosa a carico della pressione massima, lieve aumento del battito cardiaco, facile dispnea da lavoro fisico e moderata astenia neuro-muscolare. E' difficile dire se con l'andamento degli anni questi fenomeni possano costituire una debilitazione organica nell'europeo; noi per testimonianza di altri osservatori e di antichi coloni riteniamo che l'acclimatazione non modifichi le possibilità di sopravvivenza del bianco anche se egli dovrà limitare le attività manuali più gravose.

Certamente la rigorosa selezione dei coloni dal punto di vista fisico e quando siano compresi nell'età più idonea, cioè tra i 20 e 45 anni, come pure una costituzione prevalentemente normotipa o brachitipa, contribuirà al buon esito dell'acclimatazione definitiva. Moltissimo pure contribuiscono a tal fine i miglioramenti per una alimentazione razionale. La scarsità di roccia calcarea produce acque povere di calcio perciò dovranno essere più frequenti l'uso di verdure ricche di vitamine e di alimenti provvisti di sali di calcio; per di più il quantitativo delle calorie deve essere aumentato rispetto all'abituale alimentazione.

Basta ricordare come la temperatura sull'altopiano scenda durante la notte di molti gradi per comprendere come le calorie da introdurre nell'organismo debbano essere aumentate in confronto all'alimentazione europea anziché diminuite come consigliano i tropicalisti classici per le terre di Africa in genere. Il Giunta, dell'Ispettorato di Sanità della M.V.S.N. di Addis Abeba, ha richiamato l'attenzione sopra queste necessità dell'organismo ed ha calcolato che per bilanciare il dispendio muscolare le calorie alimentari non dovranno essere mai inferiori a 3000; per di più, oltre i 2300 metri, cioè su tutto l'altopiano, la quota alimentare dovrà essere aumentata di altre 1200 calorie.

Vari Autori, tra cui lo stesso Giunta, hanno ricordato la deficienza della vitamina C nell'alimentazione, in quelle regioni, per le caratteristiche del suolo e ciò sia per prevenire la gengivite espulsiva abbastanza frequente nei coloni, come vedremo nella parte statistica, sia pure allo scopo di attivare i centri emopoietici che tanta parte hanno nella poliglobulia da altimetria. Certamente questa pacifica battaglia di colonizzazione è difficile e deve attuarsi gradualmente; ma essa sarà superata con la stessa tenacia di quella vinta nel campo militare.

Nella nostra indagine statistica i disturbi barimetrici non risultano come cause di morte; soltanto costituiscono un esiguo numero tra gli operai

rimpatriati per malattia. Troviamo così che nell'indagine praticata da noi nello schedario di Aversa abbiamo trovato 8 casi in cui questo disturbo era stato causa del rimpatrio; quindi disturbo che non preoccupa il rischio di vita attualmente e che merita di esser seguito soltanto per gli apparati cardiovascolare e nervoso in coloro che risiederanno definitivamente sull'altopiano.

Possiamo ascrivere ugualmente a disturbi da acclimatazione i casi di colpo di calore e di sole, sindromi secondarie ad un elemento locale che però si verificano quasi esclusivamente nel bassopiano in Dancalia ed in Somalia. A tal proposito senza entrare in dettagli di fisiopatologia, mi limiterò a ricordare come le indagini statistiche confermano quanto l'Ecc. Petragani, direttore generale della Sanità Pubblica, aveva nel 1924 sperimentalmente dimostrato; come cioè non siano i raggi solari (attinici) di per sè nocivi poichè sull'altopiano ventilato è meno caldo, ma alla stessa latitudine della Dancalia non si hanno casi del genere. Quindi l'entità morbosa è unica tanto nel colpo di sole che in quello di calore ed è dovuta ai raggi calorifici favoriti da speciali condizioni di alta umidità e dal ristagno dell'aria.

L'uso del copricapo igienico, il riposo nelle ore del meriggio, specie durante i mesi estivi, l'abolizione delle tende da campo che ostacolano la ventilazione, hanno fatto ridurre moltissimo questa forma morbosa non rara nei primi contingenti dei metropolitani sbarcati nel 1935. Presso il corpo delle forze armate operanti nel 1935-36, costituito, come si è detto, da una massa di 350.000 Italiani, si ebbero 544 casi di colpi di calore con 58 decessi; la maggior parte di questi militari venne ricoverata in ospedale (Tav. 6) (1) e diede una mortalità dell'8,33 %.

Negli indigeni invece, con una morbosità di 194 soggetti, i decessi registrati furono soltanto 7; ciò probabilmente è dovuto alla resistenza dell'elemento locale alle alte temperature. Comunque, anche in questo severo collaudo climatico, la resistenza del soldato italiano venne confermata. Nella statistica del Casu, che riguarda gli operai risiedenti in A. O., troviamo infatti 104 decessi verificatisi durante l'anno 1935, 51 nel 1936 e 6 nel primo semestre del 1937 che rapportati al totale dei presenti costituisce appena il 0,663 per 1000 operai (Tav. 10). Ciò dimostra come, mantenendosi costante il numero dei presenti sui 70.000, il miglioramento delle condizioni e le norme adottate abbiano gradualmente ridotto queste cause di morte; le cifre inizialmente di 52 e 30 per il giugno e luglio 1935 scendono a 10 e a 27 per gli stessi mesi degli anni seguenti ed infine nel giugno 1937 toccano appena la cifra di 3 unità.

Se a tal proposito esaminiamo specificatamente la Somalia, troviamo che durante il 1938, secondo dati riferiti dal Bernabei, Ispettore della Sanità pubblica di quel governo, sopra un totale di 84 decessi dei metropolitani si sono avuti solo due casi di morte per colpo di calore, e 5 soggetti vennero rimpatriati per la stessa ragione. Cifra questa assolutamente trascurabile, se teniamo presente che durante lo stesso anno il solo movimento operaio è stato superiore alle 25.000 unità.

Non possiamo dimenticare, per completare i fenomeni morbosi che si

---

(1) Per comodità di consultazione le tavole sono raccolte alla fine della Relazione.

verificano nel bassopiano, la astenia tropicale o cacoforia tropicale come la chiama il Castellani. Questa sindrome polimorfa, caratterizzata da astenia neuro-muscolare, spesso è accompagnata da altri fenomeni a carico di altri apparati. Sono così frequenti le dispepsie gastro-enteriche oppure alcune forme di eretismo cardiaco con ipotensione, diminuzione dei globuli rossi ed in proporzione una oligocromemia, da cui il termine di anemia; talvolta anche casi di psiconevrosi. Però nessun pericolo minaccia la vita di questi soggetti nei quali inoltre l'alta temperatura può turbare il ricambio dei componenti chimici plasmatici e l'alta umidità può alterare la termoregolazione e provocare febbricole. Il trasferimento in altopiano o una cura ricostituente è di solito sufficiente per la guarigione; rarissimi i casi di rimpatrio per malattia.

Nella vita del bassopiano si richiede un notevole affaticamento della funzione renale poichè, nonostante l'ingestione di acqua in abbondanza, l'eliminazione di questa avviene prevalentemente con la sudorazione e la minzione giornaliera è ridotta ad appena 200 c. m. c. In tali condizioni si comprende come il potere di concentrazione debba essere perfettamente conservato. Coloro che hanno risieduto in quella zona riferiscono come la minzione provochi, tanto è carica di scorie, un dolore urente all'uretra.

Riassumendo quanto abbiamo esposto sui pericoli fisici della acclimatazione, possiamo oggi affermare che il colpo di calore, se ha portato qualche dolorosa perdita all'inizio della campagna, oggi, con le dovute cautele, non costituisce un rischio per la vita; quanto ai disturbi barimetrici degli altopiani, la determinazione delle modificazioni sui vari apparati, soprattutto circolatorio e respiratorio non ci sembra possa influire sulla sopravvivenza dei soggetti; tutto lascia ritenere che si tratti di un adattamento biologico il quale permette una lunga vita purchè ci si trovi in presenza di soggetti giovani e di completa idoneità fisica.

## CAUSE DI MORTE FRA GLI OPERAI ITALIANI IN A.O.I. gennaio 1935 giugno '937

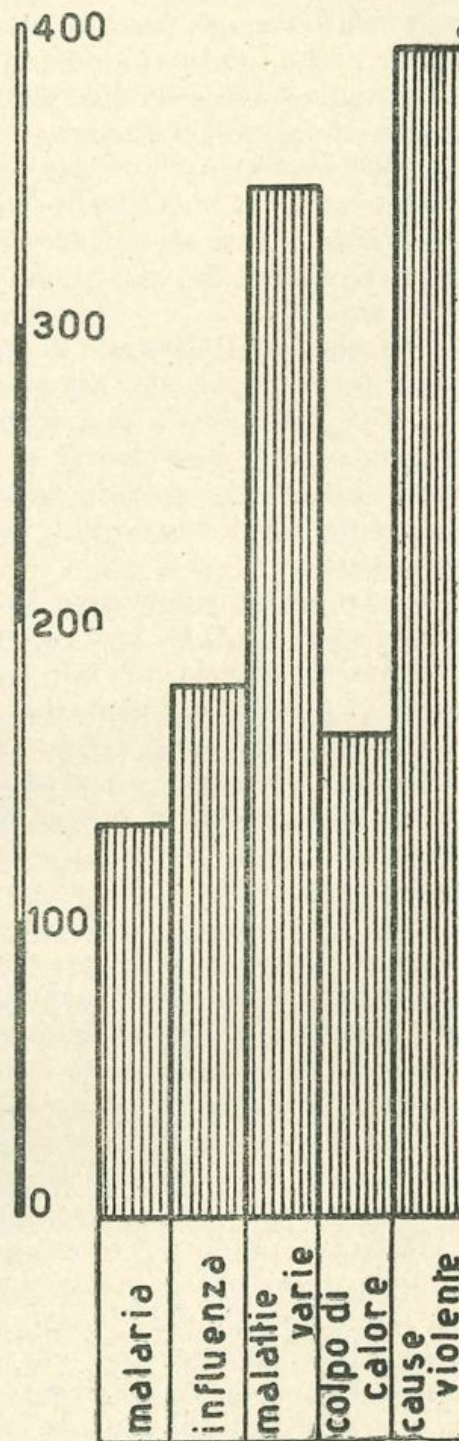


GRAFICO TAV. 10.

## *Malattie infettive e parassitarie dei tropici.*

Come in tutte le espressioni convenzionali non è facile determinare quali malattie endemiche nell'A. O. I. debbano qualificarsi tropicali; anzi potremo dire che le tropicali propriamente dette quasi non esistono, poichè la febbre gialla e la malattia del sonno, che hanno la maggiore gravità e diffusione in altre zone dell'Africa equatoriale, sono sconosciute nell'Impero d'Italia. Basta questa constatazione per intuire come la patologia tropicale dell'Africa Italiana sia molto limitata; abbiamo già ricordato le ragioni idro- ed orografiche che spiegano una così felice situazione; fra gli indigeni hanno scarsa diffusione alcune malattie croniche.

Sebbene cosmopolite, presentano una speciale frequenza per le terre dell'Impero altre malattie infettive tra le quali prevalgono, la malaria, la dissenteria, il tifo esantematico e il tifo ricorrente; per la maggiore importanza di esse ai fini del rischio vita esamineremo alcuni dati statistici di queste malattie.

Potremo quasi dire che la malaria di per sè compendia i due terzi della morbosità coloniale; ciò dimostra non tanto la gravità della malattia, ma la esiguità delle altre forme morbose. La malaria di per sè è ben conosciuta e disponiamo di tanti mezzi di profilassi che non può costituire un vero ostacolo alla nostra colonizzazione. Del resto essa non assume affatto quell'andamento pandemico che qualche osservatore straniero ha voluto denunciare.

In proposito, preferiamo lasciare il giudizio alle cifre: nelle forze armate operanti in A. O. I. durante il biennio 1935-1936 si ebbero, è ben vero, 13.769 casi di malaria; ma tale numero costituisce appena il 3 % delle truppe esposte ai pericoli del contagio.

Quanto alla specie del parassita malarico, credo che per uniformità di dizione, per chiarezza e per mantenere a noi Italiani quel primato che gli studi di malariologia ci hanno dato, sarebbe preferibile mantenere la terminologia del Grassi e del Feletti, che furono gli identificatori del parassita della terzana primaverile e di quella estivo-autunnale.

La classificazione di tali Autori viene accettata anche da tropicalisti stranieri ben noti come il Ruge; perciò crediamo si debba parlare di *plasmodium vivax*, *plasmodium malariae* e *plasmodium immaculatum* o *praecox*. Molti Autori, a proposito della malaria in A. O., preferiscono parlare di *pl. falciparum*, termine proposto dagli Inglesi, secondo quanto riferisce il Ruge, e che equivale al classico *pl. praecox*. Ciò, oltre a costituire un'evidente misconoscenza alla nostra priorità italiana in malariologia, può ingenerare l'impressione che il parassita della così detta febbre tropicale sia di una specie diversa da quello che infestava anche la nostra patria.

Ma oltre all'uso del termine di *falciparum*, usato anche da Izar nel Cecchi in malariologia, esistono altre questioni ancora da risolvere; così quella circa l'individualità del *pl. ovale* di James accettata dal Brumpt e per quanto riguarda il ciclo monogonico nei vertebrati il Raffaele, dell'Istituto di malariologia di Roma, ha recentemente accertato nel parassita una fase apigmentata che si svolge nel reticolo endotelio subito dopo il contagio e precede l'ordinaria schizogonia.

Mantenendoci nel campo strettamente pratico, possiamo affermare che, secondo numerose indagini praticate in A. O. I., predomina la terzana benigna, come accertò anche la Commissione di malariologia inviata appositamente 2 anni fa sul luogo. Il Pansini, in uno studio esauriente sui malarici reduci dall'A. O. I. e ricoverati all'ospedale di Aversa, riferisce che sopra 500 esami di sangue positivi l'81 % era costituito dal *vivax* e solo il 19 % dal *falciparum*. Questa è la ragione della fortunata rarità della perniciosa fra i malarici in Abissinia e dell'andamento benigno di quasi tutte le malarie contratte in quelle regioni.

Per obiettività ricordiamo anche conclusioni diverse che di solito riguardano il bassopiano; così il Mariani, in base alle indagini praticate in Somalia, avrebbe riscontrato il *falciparum* nel 65 % dei malarici; per altri Autori, questa specie potrebbe superare anche il 75 %. Ciò non contraddice quanto abbiamo riferito; ma, come osserva il Giunta, è dovuto al diverso carattere epidemiologico delle varie regioni in uno stesso Governo in rapporto alle modificazioni climatiche ed idrografiche.

In alcuni tratti depressi del bassopiano la malaria è certamente endemica ed in essi, come nella valle dell'Auasc, secondo indagini del Mira, la specie *falciparum* è predominante; ma col salire dell'altitudine tende a modificarsi la prevalenza poichè il *vivax* si fa più frequente e predomina incontrastato verso i 1.500 metri; successivamente tende anch'esso a rarefarsi ed a 1.900 metri, cioè ai contrafforti dell'altopiano, la malaria scompare ovunque. La conformazione accidentata del ciglio orientale dell'altopiano, che presenta delle vallate profonde fino a 1.000 metri percorse da fiumi, costituisce un'ottima possibilità per lo sviluppo in queste ultime delle anofele e della malaria.

Ciò ha creato l'errata impressione che il contagio possa aversi anche sull'altopiano; in realtà è il transito obbligato attraverso queste vallate malarigine la vera causa del contagio. Bisogna pure ricordare come non sia raro il caso di soggetti profilassati in zona malarica che, non appena giunti nell'altopiano, ove sospendono subito il chinino, hanno visto insorgere il primo attacco di malaria, ciò che può erroneamente interpretarsi come un contagio verificato nell'altopiano. Se è facile individuare la località d'infezione in coloro che hanno soggiornato a Sardò o nell'Aussa ove si perde l'Auasc (Danachil), non lo è altrettanto in coloro che vivono sull'altopiano, ma hanno dimenticato di aver traversato la vallata del Tacazzè o dell'Abbai (Nilo Azzurro).

Senza scendere in ulteriori dettagli su questo argomento, che è importantissimo per conservare la capacità lavorativa, dobbiamo aggiungere che ai fini del rischio vita esso risente minore importanza. Nella sopracitata relazione delle forze armate, troviamo che, nonostante il numero dei contagiati, i morti per malaria furono complessivamente limitati a 342, cioè la mortalità raggiunse appena il 3 % degli infetti (Tavola 1). Per di più di questi solo 82 erano metropolitani, i quali avevano praticato una rigorosa profilassi. Come potremmo temere la malaria se queste sono le cifre che riguardano i morti sopra un esercito di 450.000 uomini durante 2 anni di campagna? Nella Tabella 2, costituita da cifre percentuali, vediamo che soltanto la malaria cronica ha presentato coefficienti di notevole rilievo per quanto riguarda la

mortalità; da essa risulta che il coefficiente di mortalità maggiore si è avuto in Somalia e nell'antica Abissinia, minimo è stato nell'Eritrea. La mortalità maggiore in Somalia è certamente dovuta alla prevalenza in questo Governo della infezione estivo-autunnale.

Nella statistica che riguarda gli operai, troviamo che durante i primi due anni e mezzo delle nostre operazioni, con una presenza complessiva di 190.000 soggetti, i decessi sono stati soltanto 128 (Tavola 10); il che, se dimostra quale magnifica organizzazione profilattica sia stata attuata, ci dice pure come la malaria rientri tra le evenienze epidemiologiche che non richiedono un eccessivo dispendio di vite.

A dirimere poi il dubbio che soggetti ammalati in A. O. I. siano deceduti successivamente in Italia, abbiamo praticato indagini di accertamento. A tal fine, per gentile concessione del Direttore dell'Ospedale « Alessandro Mussolini » di Aversa, prof. Pansini, abbiamo potuto consultare gli schedari dell'Archivio dell'Ospedale stesso gestito dal fondo A. O. I. della Federazione delle Casse Mutue Lavoratori dell'Industria. Orbene, sopra l'imponente cifra di 10.648 ricoverati in due anni e mezzo, i decessi consecutivi a malaria sono risultati appena 5. E' pure da notare che i malarici ammessi nello stesso ospedale costituivano il 41,59 % dei ricoverati con la rilevante cifra di 4.428 casi (Tavola 8).

Esaminando le cartelle di questi sinistrati, ho riscontrato che in 3 di essi la malaria si accompagnava ad un'altra malattia debilitante e cioè: in un operaio coesisteva una colite amebica, in un altro un catarro bronchiale ed una psicosi, nel terzo, infine, era stata rilevata una ipertensione. Ciò dimostra in modo inconfutabile come il pericolo della malaria in A. O. I. non presenti affatto quella gravità dei tropici tanto temuta. Le rare forme perniciose sono limitate al bassopiano; l'altopiano per gran parte è immune e nei punti declivi può riscontrarsi la forma primaverile terzanaria.

Nella popolazione civile, che comprende metropolitani ed indigeni, troviamo che la denuncia di malati per malaria è in realtà la voce più importante.

Così nel 1938 (Tav. 12), secondo quanto ricaviamo dal Bollettino Statistico edito dal Servizio Studi del Ministero dell'A. I., vennero denunciati 10.728 casi; di cui il maggior numero è dato dalla Somalia con 3.456, seguito dall'Hararino con 2.510. Ma le caratteristiche nosografiche regionali più che da queste cifre assolute sono da ricercarsi nel rapporto dei decessi con la popolazione effettiva e pertanto risulta meglio chiarita da qualche altro raffronto; ad esempio, calcolando il rapporto per 1.000 abitanti nelle singole regioni. In tal modo (Tav. 15) la Somalia presenta il 3 per mille di morbosità, l'Harar l'1,57 per mille, l'Eritrea l'1,29 per mille, per l'Amara si scende a 0,74 per mille; infine, dopo lo Scioa con 0,53 per mille, viene per ultimo il territorio dei Galla e Sidamo con 0,86 per mille. Per avere poi un'idea dell'andamento epidemiologico mensile della malattia, abbiamo riassunto nella stessa tabella la distribuzione mensile delle denunce dei vari Governi.

Da essa risulta come la maggior frequenza percentuale rispettivamente del 10,83 % e del 10,23 % si verifichi nei mesi di settembre e ottobre cioè verso la fine delle grandi piogge, quando si fa maggiore la riproduzione delle anofele. Se esaminiamo partitamente i vari Governi, vediamo che, per

# DISTRIBUZIONE MENSILE COMPLESSIVA DEI CASI DI MALARIA DENUNCIATI IN A.O.I DURANTE IL 1938 \_\_\_\_\_

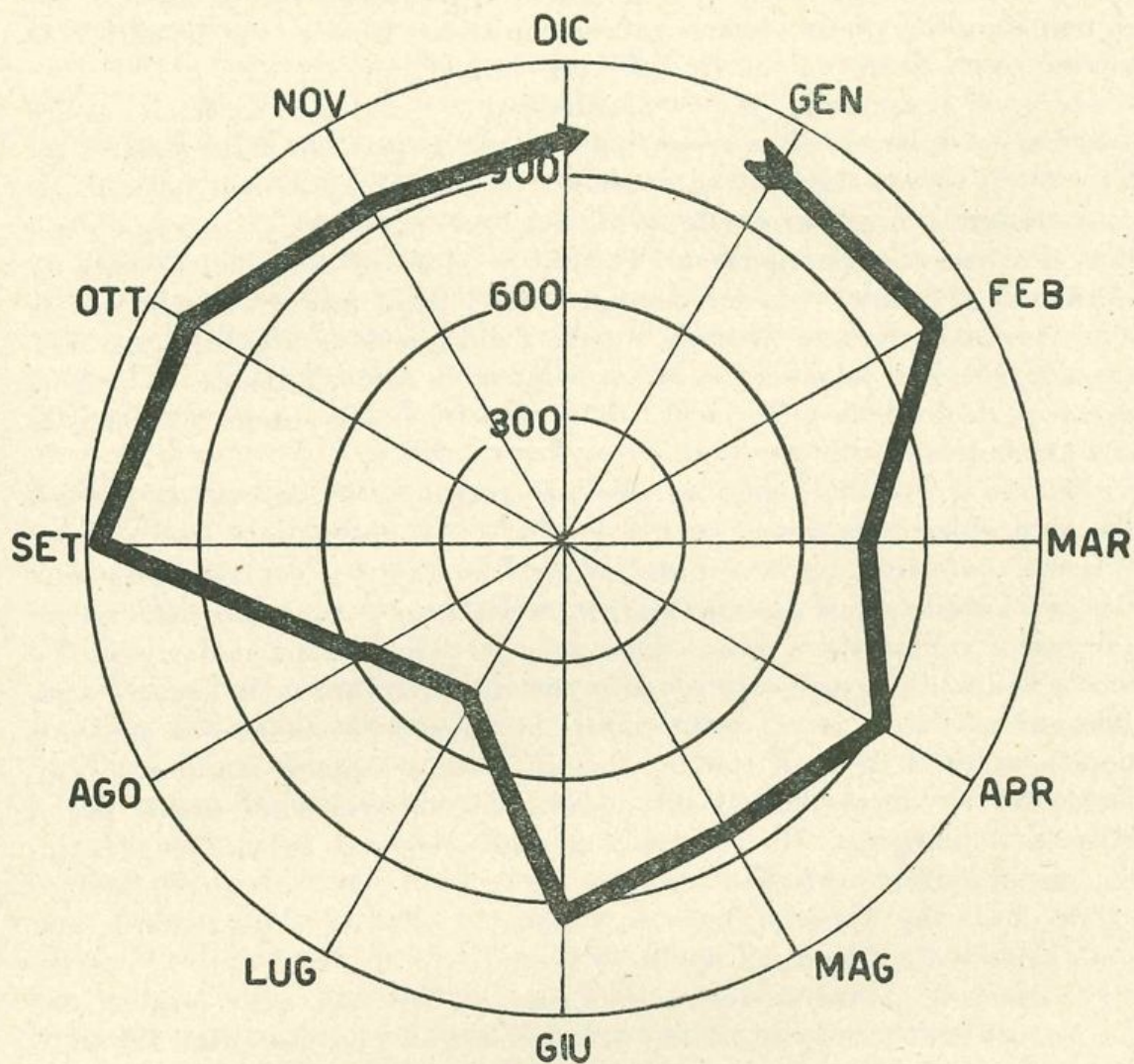


GRAFICO TAV. 14.

le caratteristiche pluviometriche locali, la Somalia e anche l'Harar si comportano diversamente, presentando cioè il maggior numero di denunce nei mesi di dicembre, gennaio e febbraio.

Tralasciando questi caratteri regionali, a noi interessa soltanto concludere, che la malaria, sebbene frequente in alcune regioni, è modesta o assente nelle regioni dell'altopiano; in ogni modo si tratta di forme benigne,

che non offrono pericolo per la vita. Lo stesso Pansini, che a proposito dell'epidemiologia regionale malarica ha forse fatto eccessivo affidamento sulla denuncia degli operai, riconosce la rarità della perniciosa, il che egli stesso ammette, ciò che lumeggia il problema « in una luce più realistica rasserenandolo notevolmente ».

E' stato erroneamente affermato che la stessa Addis Abeba fosse zona malarica, senza ricordare che alcuni suoi servizi sono distanti qualche diecina di chilometri, come l'Aeroporto e la Stazione ferroviaria, i quali, trovandosi nella parte più declive, verso i 1800 metri di altitudine, possono presentare casi sporadici di malaria, forse anche in rapporto con il traffico. Ma ciò non significa affatto, come conferma lo stesso Giunta, che la città e la restante parte della regione sia infestata da malaria.

Se a ciò si aggiunge l'azione profilattica, che con vari mezzi può essere praticata dai coloni, dovremo concludere come il pericolo della malaria sia stato sopravvalutato da qualche studioso. D'altra parte, diversi medici che hanno vissuto a lungo in quelle terre, vedono il problema sotto auspici migliori. Troveremo così ragionevole l'ottimismo del Giovenco che, animato da entusiasmo giovanile e da fervore patriottico, dopo aver traversato con la Divisione Laghi durante 27 mesi le terre dell'Impero da Mogadiscio a Mas-saua attraverso la Somalia, il Galla e Sidamo, lo Scioa, l'Amara e l'Eritrea, nega il pericolo della malaria per il bianco che faccia sistematicamente la cura preventiva chininica.

Quanto a quest'ultima, non è nostro compito affermare se sia preferibile la profilassi continua (metodo Celli) o la discontinua settimanale; possiamo però dire che il chinino, sebbene non eviti il contagio della malaria, ne evita le manifestazioni cliniche e pertanto la sua somministrazione deve essere continuata a lungo dopo aver lasciato la zona malarigena. La piccola bonifica e le ordinarie cautele contro le punture delle zanzare sono sufficienti a completare la lotta contro la malaria. I coloni dell'acrocoro etiopico sono i figli degli Italiani che in 50 anni seppero bonificare vaste plaghe del territorio della Madrepatria. Tali successi sono sicuro pegno dell'esito dell'impresa di colonizzazione sull'altopiano abissino, opera intrapresa all'ombra del Fascio Littorio.

Passiamo ora a tratteggiare altre malattie infettive e parassitarie, che fanno parte della nosografia dell'A. O. I.

Il tifo e il paratifo vennero riscontrati in 881 casi tra i militari che operarono nel 1935-36 provocando 422 decessi con una mortalità del 48 % fra i malati. (Vedi tavola 1). La mortalità è anche maggiore se si esamina l'andamento di quelli che vennero ricoverati (Tav. 6); ma in realtà, tranne questo accidentale frangente, l'altopiano è quasi immune da tifo e l'infezione è stata presumibilmente importata. Durante il 1938 si ebbero nella popolazione civile soltanto 416 denunce (Tav. 12), delle quali il 46,63 % si verificò nel Galla Sidamo. Anche nella Somalia il tifo offre scarsa importanza (Tav. 3) poichè, secondo indagini del Mariani, il bacillo di Eberth non resiste al sole nè alle alte temperature.

Che il tifo e il paratifo siano malattie di scarso valore epidemiologico, soprattutto quando si proceda ai controlli e alla potabilizzazione preventiva dell'acqua, lo dimostra anche la statistica delle cause di morte fra gli operai in A. O. I., che in 30 mesi hanno dato appena 79 sinistri per tale causa sopra un corpo di complessivi 80 mila uomini presenti in media (Tav. 6). La distribuzione stagionale è poco evidente (Tav. II), probabilmente per l'esistenza di un regime pluviometrico tropicale diverso da quello europeo.

Più interessante nella patologia tropicale è il tifo esantematico che, pure essendo una malattia cosmopolita, può assumere un decorso endemico in alcune regioni tropicali come nell'A. O. I. Però la sua diffusione è strettamente connessa alla trasmissione che può esser data dai pidocchi per opera degli indigeni. La vita separata ed in quartieri propri non è sempre sufficiente ad evitare il contagio; sembra, secondo il Borra e il Mariani, che il commercio e lo sviluppo delle comunicazioni abbiano modificato l'andamento del contagio nell'altopiano, poichè ora non è più, come in passato, stagionale; ma quasi endemico per i nuovi contatti con le zone più interne.

In complesso, è comunque malattia rara nei metropolitani; nella statistica degli operai che presentiamo, si sono avuti soltanto 6 casi mortali; anche nelle forze armate, durante il solito biennio, tra i metropolitani si ebbero 59 casi di malattia, con soli 6 casi di morti. Negli indigeni offre una certa diffusione e soprattutto nello Scioa (Tav. 12) poichè, di 751 casi denunciati durante il 1938, 602 si verificarono in questa regione cioè l'80,16 %; coefficienti modesti presentarono il Galla e Sidamo col 7,99 % e l'Eritrea col 6,39 %. Comunque, è da tener presente che la malattia ha un corso più lieve negli indigeni rispetto ai bianchi forse, secondo il Mariani, per una certa immunità ereditaria, dato il carattere endemico delle malattie in quelle terre.

Infezione di maggiore importanza nei tropici, per il pericolo del contagio nei metropolitani, costituisce la dissenteria amebica ed anche quella bacillare. Quest'ultima però, nell'A. O. I. è rara (Tav. 4); la prima, invece, è frequente e, pure essendo cosmopolita, offre una gravità notevole ai tropici e si rinviene soprattutto nella Somalia. Il confronto tra le due risulta nella tavola 6 per quanto riguarda le forze armate; la dissenteria amebica ha prevalso fortemente in Somalia ove ha raggiunto (Tav. 4) il 2,55 % di morbosità tra i soldati; però la corrispondente mortalità è stata minima (Tavv. 4 e 6), mercè l'ottima attrezzatura sanitaria militare che seppe stroncare questa insidiosa malattia tempestivamente e con una terapia appropriata.

A tal proposito devo ricordare che l'importanza dell'affezione è notevole ai fini della capacità lavorativa, come risulta dal seguente specchietto che ho costruito in base allo spoglio delle schede che riguardano gli operai rimpatriati per malattia dall'A. O. I., all'Ospedale di Aversa.

La tavola 8 ci dimostra come il rimpatrio nel 6,71 % sia dovuto ad una affezione enterica; orbene, l'esame dei 118 enterici rimpatriati nel 1939, riconosce all'ameba una notevole importanza quale fattore etiologico di questa affezione.

ENTERICI RICOVERATI ALL'OSPEDALE DI AVERSA NEL 1939

DI NATURA AMEBICA	DI ALTRA NATURA
Amebiasi intestinale . . . . . 37	Enterite semplice . . . . . 57
» epatica . . . . . 1	Lambliasi . . . . . 16
Colite amebica . . . . . 3	Elmintiasi . . . . . 2
Amebiasi e blastocitosi . . . . . 2	
—	—
TOTALE . . . . . 43	TOTALE . . . . . 75

Come si vede, il 36 % degli enterici riconoscono la natura amebica della malattia: ciò dimostra il danno economico-sociale che tale malattia può portare; però, nel nostro campo di assicurazione, la terapia efficace e la diagnosi hanno ridotto l'evenienza di morte a casi eccezionali, come abbiamo visto anche per il corpo metropolitano (Tav. 6). Per di più l'amebiasi metastatica, caratteristica tropicale, è risultata ugualmente eccezionale, come abbiamo visto dal nostro spoglio. Quanto alla morbosità nel complesso della popolazione, la Tabella 12 ci fa vedere come le denunce annue complessive superino i 1.000 casi, dei quali all'incirca la metà si verificano in Somalia e per un altro quarto nell'Hararino.

Nei coloni, come nelle truppe, l'uso di acqua sterilizzata, la nettezza delle mani, la lotta contro le mosche coprofaghe, hanno notevolmente ridotto questa malattia, che diviene invece preoccupante in diverse altre regioni tropicali. La stessa lotta profilattica deve essere instaurata nei riguardi della dissenteria bacillare la quale è endemica nelle regioni tropicali africane. Nella tavola 13, che si riferisce alle denunce della popolazione civile nel bimestre della fine delle grandi piogge, le denunce per questa malattia risultano superiori alla stessa dissenteria amebica; ma in realtà la sua frequenza è in proporzioni molto minori (tavola 12) ed il pericolo per il colono è molto modesto quando si prendano le precauzioni abituali.

Un'altra malattia endemica in A. O., e facile a contrarsi, è la febbre ricorrente che si trasmette per mezzo delle zecche in Somalia, nel qual caso riconosce per agente etiologico la spirocheta di Dutton. Invece sull'altopiano, a quanto riferiscono gli osservatori italiani (Mariani-Sibilia), non è del tipo centro-africano ma europeo e, come tale, viene trasmesso dal pidocchio; nel sangue si identifica allora la *spirocheta recurrentis*. Tale mezzo di contagio identifica la profilassi nella lotta contro i parassiti; per di più il bianco non presenta che eccezionalmente forme mortali mentre, a quanto riferisce il Mariani, negli indigeni della Somalia la morte si verifica nei 2-3 % dei casi. Le nostre tabelle confermano questa prognosi; dalla tabella 1 rileviamo 43 decessi tra le truppe indigene (la mortalità è risultata del 6 %) mentre negativa è stata tra i metropolitani pur essendosi in questi ultimi verificati 122 casi di malattia. Questa malattia è molto diffusa tra gli indigeni; nella tabella 12 riscontriamo che nel 1938 ne vennero denunciati 1.666 casi con forte prevalenza nello Scioa (80,16 %). Comunque, va tenuto presente che essa non desta preoccupazioni per i nostri coloni, allor-

chè abbiano cura della igiene personale ed evitino eccessivi contatti con gli indigeni.

Con ciò abbiamo esposti i dati sulle malattie infettive delle quali il colono può contagiarsi con una certa facilità. Non possiamo però dimenticare l'importanza di altre malattie come la sifilide (Tav. 12), la quale costituisce non meno della quarta parte della patologia indigena; ed in alcune località raggiunge un'altissima diffusione. Che essa abbia ormai invaso vasti strati della popolazione, lo dimostra la prevalenza nei territori più interni. Lo Scioa occupa il primo posto col 38,16 % (Tav. 12), segue l'Amara col 21,79 %.

Il Mariani, avendo praticato l'esame sistematico sierologico in alcuni gruppi d'indigeni, è arrivato a conclusioni non dissimili presso le varie popolazioni. Infatti, le reazioni si dimostrarono positive nel 30 % tra i Galla e Sidamo, nel 40 % fra gli abitanti dell'Hararino e del 50 % tra quelli del Tigrai e dell'Amara. La mancanza di ogni norma di igiene e di ogni norma morale ha reso pandemica questa malattia fra gli indigeni; le nostre autorità sanitarie certamente con gli anni potranno ridurre questo doloroso fenomeno, che richiede anche una collaborazione da parte della popolazione in formazione; collaborazione non facile ad ottenersi dalla generazione già adulta.

Malattie di scarsa importanza, data la possibilità di evitare il contagio, sono ancora la blenorragia e tra quelle cutanee la framboesia e l'ulcera tropicale; comunque, nessuna di queste offre un pericolo per la vita. Quanto all'ulcera tropicale, ricordiamo come essa prediligga la zona del bassopiano ed alla associazione fuso-spirillare debba combinarsi probabilmente un'azione attinica o comunque un disturbo del ricambio cellulare. Sopra circa 4 mila casi denunciati nel 1938 (Tav. 12) il 66,29 % si verificarono in Somalia, a notevole distanza segue il Governo dei Galla col 24,94 %. Quanto alla framboesia, affezione quasi esclusivamente indigena, poichè le forze armate ne registrano un solo caso, la predilezione per la Somalia è ancora maggiore; su circa 1.400 denunce 1.300 appartengono a quel Governo.

Maggiori preoccupazioni, ai nostri fini, potrebbe costituire la lebbra, malattia endemica in tutta l'Africa ed uniformemente distribuita nel nostro Impero, come possiamo accertare dalla tavola 12. Fortunatamente il contagio è difficilissimo per l'europeo; una grande opera di redenzione umana ha iniziato il Fascismo colla costruzione del moderno lebbrosario di Axum. Il De-Lotto, in un recente lavoro, ricorda come anche sull'altopiano i casi di lebbra non siano rari; ad evitare pericoli di contagio, si provvederà al miglioramento degli antiquati lebbrosari a Gimma, a Gore ed a Neghelli. Comunque, il fatto che non si sia mai verificato alcun caso di contagio fino ad ora, fa ritenere che nessun pericolo a tale riguardo incomba ai nostri coloni.

Quanto alla tbc. polmonare od extra-polmonare fra i metropolitani residenti in A. O. I., non ci risulta alcuna speciale possibilità di contagio locale; quasi sempre essa è in rapporto con la affezione latente o cicatrizzata preesistente alla migrazione; per di più, la vita sull'altopiano ha provocato spe-

ciali aggravamenti. In ogni modo la visita pre-coloniale deve evitare l'invio nelle terre dell'Impero di soggetti portatori di sclerosi o di lesioni specifiche latenti. Dalla tavola 8 si ricava che minima è stata la percentuale dei casi di rimpatrio per esiti tbc. presso gli operai, i quali assommano appena a 55 nel 1939 cioè appena il 0,83 % sopra l'imponente totale di oltre 10.000.

Tralasciate le rare forme di parassitosi come l'anchilostoma, la leishmania, la bilharzia e le micosi, poichè solo rarissimamente vengono registrate fra i metropolitani nell'A. O. I., accenniamo alle malattie cosmopolite per il maggiore interesse che offre il loro andamento e la loro frequenza sia ai fini della colonizzazione permanente che per il rischio di assicurazione vita.

Tra le *malattie respiratorie* una delle più importanti deve essere ritenuta la polmonite la quale potrebbe trovare facile occasione di sviluppo nei forti sbalzi di temperatura giornaliera sull'altopiano come pure nelle facili occasioni di perfrigerazione; ma in realtà la sua frequenza non è eccessiva. In un notevole studio del Tassi, che riferisce la statistica di Asmara per il periodo di un triennio, troviamo che la frequenza della polmonite sopra oltre 23.000 ricoverati è stata appena del 0,80 %, ciò che corrisponde all'indice della Madrepatria; la mortalità è risultata del 24,03 %. All'Ospedale Civile di Massaua la morbosità è stata a un dipresso corrispondente; ma la mortalità è risultata assai più alta, cioè del 35,4 %. Tale differenza si spiega con la difficoltà del ricambio respiratorio e della termo-regolazione in una regione, come il bassopiano, in cui la temperatura raggiunge cifre molto elevate, così pure perchè è elevato il coefficiente igrometrico; la vasta epatizzazione del polmone e la ipertermia febbrile rendono molto più difficile mantenere i limiti compatibili con la vita.

Nelle forze armate metropolitane, durante il biennio 1935-36, i sinistri per polmonite furono soltanto 83; maggiori quelli per bronco-polmonite che raggiunsero il numero di 224 di cui 221 fra le truppe con 571 ricoverati (tav. 6); pertanto la percentuale di mortalità fra i ricoverati risulta leggermente superiore in quest'ultima (38,70 %) in confronto alla polmonite (34,03 per cento). Nella tabella 5 vengono riferiti, espressi in percentuale, oltre 10.000 casi di catarro bronchiale acuto di lieve entità e pertanto le malattie più importanti risultano conglobate. D'altra parte l'estensione e la differenza nei singoli tratti di territorio come l'Eritrea o l'A. O. sono troppo vaste perchè possano essere raffrontate alle cifre di un singolo ospedale civile che ricovera i residenti in un breve raggio topografico. Si deve poi tenere presente che i disagi della guerra hanno facilitato l'insorgenza delle malattie polmonari fra la truppa poichè tali affezioni rappresentano da sole il 16,61 per cento delle perdite totali per malattie (tav. 1).

In complesso le nostre terre dell'Impero non presentano dall'esame delle cifre nè una speciale frequenza, nè una notevole gravità per le malattie respiratorie, fatta qualche eccezione per le regioni del bassopiano. Anche gli esiti e le forme croniche respiratorie sono rare; dalla tavola 9 possiamo accertare come soltanto il 10 % degli operai reduci e ricoverati ne fossero affetti.

Un capitolo che ha destato all'inizio della nostra impresa africana, come di ogni altra impresa dei paesi caldi, molte preoccupazioni è quello costituito dalle *malattie gastro-intestinali*. Oggi con una esperienza di 4 anni possiamo dire che anche a questo riguardo si sia molto esagerato. Nondimeno anche nelle nostre forze armate queste malattie hanno offerto un certo grado di frequenza (tav. 6); ma la mortalità dei ricoverati è stata appena dell'1,21 %.

Se passiamo ad esaminare le malattie gastro-intestinali a decorso cronico notevole interesse ci offre lo studio dei ricoverati all'Ospedale di Aversa i quali sotto la qualifica di enterici hanno costituito il 6,71 % del totale (tavola 8). Ma accanto a questi dobbiamo aggiungere individui ricoverati per altre affezioni ordinarie dell'apparato digerente; lo spoglio delle schede per l'anno 1939 ha dimostrato come il 27,20 % dei ricoverati per altre malattie interne riconoscessero la causa in una malattia enterica (tav. 9).

L'ulcera gastrica è risultata abbastanza frequente tanto da costituire la metà di questo gruppo; ma è difficile determinare in quanti casi l'affezione era avvenuta per ragioni dietetiche e di lavoro e in quanti altri invece preesistesse in modo latente al trasferimento in A. O. Nel bassopiano sembrano abbastanza presenti dispepsie e gastro-enteriti che rientrano nella sindrome dell'astenia tropicale già ricordata tra i disturbi di acclimatazione. Invece sull'altopiano gastriti e dispepsie tendono a migliorare o a scomparire anche in coloro che ne erano sofferenti avanti l'immigrazione (Giunta).

In quest'ultime regioni sono specialmente frequenti le malattie dentarie; ricordiamo soprattutto la gengivite espulsiva e la facile insorgenza dei processi cariosi dentari. Probabilmente la deficienza di vitamine C e D, rispettivamente regolatrice e fissatrice del calcio, hanno importanza notevole nella determinazione di queste affezioni. Alcune forme sono così dolorose e rapide, con invasione anche del tessuto peridentario, che costringono al rimpatrio. Nello schedario degli operai ricoverati ad Aversa troviamo infatti che nel 1939 si verificarono 44 casi del genere; nella relazione delle forze armate leggiamo che ben 2473 furono i militari metropolitani ricoverati per malattie dentarie (tav. 6). La malattia però ha importanza esclusiva ai fini lavorativi e non per il rischio vita; comunque va tenuta presente ai fini della profilassi e della colonizzazione.

Quanto alle forme dissenteriche abbiamo già visto il notevole contributo dato dall'amebiasi fra gli operai ricoverati; la tavola 6 ci dimostra la notevole frequenza della forma acuta tra le forze armate che presentarono 1658 casi; comunque un tempestivo accertamento diagnostico ed una cura appropriata ridussero la mortalità a cifre minime. Notevolmente minore è stato il numero dei casi della dissenteria di origine non accertata (tav. 4).

Nelle parassitosi intestinali a decorso cronico non rarissimi, secondo abbiamo riferito sopra dallo spoglio degli enterici ricoverati all'Ospedale di Aversa, vanno ricordati i casi di lambliasi o giardiasi che nel 1939 sono stati riscontrati in 16 soggetti. Invece tale forma non risulta tra le malattie infettive denunciate della popolazione civile. Certamente il valore patologico di

questo flagellato è ancora controverso; ma particolari condizioni individuali possono contribuire a determinarlo; l'indagine coprologica non è molto frequentemente praticata nell'ambiente civile delle terre dell'Impero, ciò forse spiega la mancata denuncia; in ogni modo essa è malattia non grave e che non costituisce pericolo per la vita.

Il fegato, che risente di ogni turbamento enterico tropicale, veniva dai tropicalisti fino a pochi anni fa considerato tra i primi organi alterati, tanto che, secondo riferisce il Sanarelli, esso si trova ingrandito notevolmente negli europei che avevano soggiornato a lungo in quei paesi. Certamente quest'organo vede turbata la sua funzione nei tropici per varie ragioni; il circolo sanguigno profondo scarseggia, le funzioni secretive gastro-enteriche tendono a diminuire, i saprofiti enterici si virulentano, le sostanze grasse sono difficilmente assorbite; da tutto ciò il suo lavoro di difesa organica risulta molto aumentato. Ciononostante i soggetti che vivono ad una certa altitudine non risentono quasi affatto nella funzione epatica ed anche nel bassopiano, usando delle norme igieniche e dietetiche, molto spesso non presenta disturbi o congestioni apprezzabili.

E' ben vero che il Vesce, esaminando 137 malarici cronici ricoverati all'Ospedale di Aversa, ha trovato la reazione di Ucko positiva in secondo grado per una notevole percentuale, ciò che si ritiene espressione di alterazione epatica funzionale; ma l'interpretazione di questa reazione di flocculazione come quella di Henry riesce oscura ed in realtà non riveste un valore clinico di speciale gravità. La sua positività non rappresenta, come conferma lo stesso Vesce, che una reticolo-endoteliosi in rapporto all'infezione malarica pregressa, secondo anche la scoperta del Raffaele già citata avanti. Ai fini pratici la reazione epatica non aggrava sensibilmente la prognosi per il rischio vita.

Dopo la grande esperienza della spedizione italiana in Abissinia, l'epatomegalia tropicale costituisce un'eccezione; dallo spoglio dello schedario dei ricoverati ad Aversa ho riscontrato nel 1939 un solo caso di epatomegalia di natura indeterminata. Le malattie del fegato in genere tra questi ricoverati erano poche assommando a 29 casi (tavola 9) dei quali la maggior parte per calcolosi che probabilmente preesisteva e a qualche caso di cirrosi. Quanto agli itteri catarrali, con tutta probabilità di natura infettiva, ed alle malattie epatiche infettive acute hanno presentato un decorso stagionale con un massimo verso l'inizio delle grandi piogge in maggio e giugno. Così tra le forze armate metropolitane (tavola 6) nel solo 1936 tali affezioni raggiunsero il numero di 907 casi che mentre nel primo bimestre si aggiravano sulla media di 75 in maggio e giugno raggiunsero i 129 casi mensili per scendere a 30-40 nei mesi seguenti. Anche in Somalia i 7 casi in media del primo bimestre salgono nel terzo a 15 per discendere a 6 successivamente.

In ogni modo l'ittero si è dimostrata malattia piuttosto rara e la mortalità è stata quasi nulla come dimostra la tavola 6 che presenta un solo caso di morte sopra 984 malati verificatosi nel biennio.

Le *malattie circolatorie* non offrono speciale rilievo; abbiamo già accennato all'ipotensione e alla lieve tachicardia che si verifica tra i disturbi barimetrici, che però fino ad oggi non hanno destato una seria preoccupa-

zione. Solo coll'avanzare degli anni affiorano nella patologia le malattie circolatorie; per tale ragione pochissimi sono stati i casi di morte per questo apparato tra i soldati (tavola 1), mentre negli operai che comprendono un gruppo di età più vasto fino a raggiungere i 45 anni, esse hanno raggiunto cifre di morbosità maggiore (tavola 9). In ogni modo le cardiopatie, l'ipertensione, come pure una età superiore alla media, consigliano il trasferimento e la permanenza nelle terre dell'altopiano.

L'apparato urinario non deve essere dimenticato tra quelli che devono essere sani per colui che deve trasferirsi in permanenza nell'Impero. Sebbene nei civili residenti nell'altopiano la vita non sia disagiata, possono tra essi verificarsi delle forme morbose perfrigeranti con risentimento renale, da cui il termine di « nefrite dell'altopiano » proposto da alcuni autori. Nelle forze armate metropolitane i disagi della vita di guerra hanno provocato 125 decessi (tavola 1) dei quali 99 solo tra le truppe; queste ultime hanno presentato 660 casi di nefrite acuta e la mortalità ha raggiunto il 15 %; molto minori i casi di nefrosi riscontrata (tavola 6). Modesto in proporzione il numero dei nefritici tra gli operai rimpatriati per malattia (tavola 9); comunque l'argomento richiede ulteriori accertamenti presso i nostri coloni nell'altopiano.

Quanto alla morbosità per *malattie nervose* essa è risultata minima nelle forze armate; un po' maggiore negli operai con il 16,90 % secondo l'aggruppamento nosologico. Ma dalla tavola 9 si ricava come quasi la metà dei 169 ricoverati di tale gruppo siano da imputarsi a malattie dell'orecchio o dell'occhio e pertanto i limiti della patologia nervosa si mantengono nei rapporti ordinari della Madrepatria; le psicosi per l'anno 1939 sono state soltanto 24.

Chiudiamo questa rapida rassegna statistica della patologia nelle terre dell'Impero con le cifre che riguardano i casi di morsi di vipera o di altri animali velenosi. Anche sotto tale riguardo vi sono state delle preoccupazioni esagerate; presso le truppe metropolitane (tavola 6) si sono avuti 16 casi di morsicatura senza neanche un decesso; tra gli operai (tavola 10) un solo caso di morte. In tal modo tramonta l'alea dell'avventura e del pericolo degli animali come certa letteratura di maniera voleva far credere.

Dopo questa elencazione di malattie e cifre possiamo concludere che nell'A. O. I. malattie tropicali pericolose per i nostri coloni esistono solo in grado trascurabile; sono sufficienti norme pratiche di igiene e la residenza sull'altopiano per renderle rare. Quanto alla malaria, che è malattia quasi cosmopolita, quando si superano i 2000 metri diviene rarissima e nei casi verificatisi si tratta quasi sempre della specie da *plasmodium vivax*, cioè di *terzana benigna*. Le statistiche che abbiamo passato in rassegna ci confermano la relativa benignità del decorso di questa malattia; forme perniciose malariche si verificano solo nei non profilassati od in coloro che praticano la profilassi in modo discontinuo e risiedono nel bassopiano.

I disturbi di acclimatazione non offrono di per sè un vero pericolo per la vita; nell'altopiano si riscontrano lievi disturbi di funzionalità cardiaca e affezioni a carico dei denti; nel bassopiano sono però frequenti le astenie tropicali, le dispepsie e le macrobronchiti. Tra le malattie acute la polmonite, come abbiamo visto, offre una frequenza ed un decorso benigno simile a quelle che si verificano in Europa purchè la residenza sia mantenuta nel-

l'altopiano. Ugualmente è raro il contagio di altre malattie infettive come il dermatifo e la ricorrente; solo il primo registra rari casi di morte; l'igiene personale, la lotta ai parassiti, la massima cautela nei contatti con gli indigeni, eviterà il contagio. Quanto alle malattie dell'ordinaria patologia cosmopolita sono piuttosto rare e non presentano tra i metropolitani, purchè immuni da tare precedenti all'emigrazione, alcuno speciale pericolo.

Tale ultima condizione è fondamentale e perciò mentre potranno essere accettati in A. V. gli individui sani e giovani che si recano in A. O. I., ben diverso dovrà essere il criterio nei riguardi dei sofferenti di una affezione cronica; di quei soggetti cioè che con adeguate cautele possono nel nostro clima vivere a lungo e che vengono accettati come rischi tarati. Si deve tener presente che l'apparato respiratorio e circolatorio, solo quando sono indenni, possono resistere al lavoro funzionale che richiede la permanenza sull'altopiano etiopico. D'altra parte la resistenza di tali apparati è in rapporto, non solo con la frequenza delle malattie, ma anche con la costituzione; mentre i normotipi e i brachitipi hanno uno sviluppo con notevole margine funzionale di questi apparati, deficiente risulteranno ben presto nei longitipi con forte sottopeso.

In realtà tali casi non sono frequenti in quanto il soggetto stesso sa a quale rischio si espone recandosi in A. O.; comunque la stessa visita precoloniale scongiurerà l'emigrazione. Nei sani niente di tutto questo; essi potranno risiedere a lungo nelle terre dell'Impero e torneranno senza alcuna debilitazione.

Agli incontentabili dubbiosi che possono temere lo sviluppo di una malattia non avvertita sebbene contratta in A. O. I., ma che abbia a svilupparsi successivamente presenteremo un ultimo elenco: quello che riguarda la causa di morte di tutti gli operai provenienti dall'A. O. I. e ricoverati all'Ospedale di Aversa. Esso si riferisce all'intera gestione che comprende circa due anni e mezzo dal 1° ottobre 1937 al 29 febbraio 1940 e assomma 33 decessi così distribuiti:

NEOPLASMI MALIGNI	MALARIA	NEFRITE CRONICA	TBC. POLMONARE	CIRROSI EPATICA	CATARRO BRONCHIALE ED ENFISEMA
7	5	3	3	2	2

Presentano un solo caso di morte le seguenti malattie:

Micosi polmonare, coma epatico, miocardite, empiema, insufficienza aortica, polinevrite, appendicite, linfadenosi, cardiopatia mitralica, endocardite.

Poichè, come già abbiamo visto in precedenza, 3 dei 5 malarici erano contemporaneamente affetti da un'altra malattia più grave, dovremo ridurre la malaria come determinante di morte a due soli casi. La maggior parte delle malattie sopra elencate probabilmente preesistevano allo stato latente prima del trasferimento in A. O. I. Quando riflettiamo che questi 33 decessi, al di fuori delle malattie acute verificatesi in A. O., sono gli unici sopra 10.000 ricoverati e 100.000 assistiti potremo, senza tema di smentita, affermare che la prognosi lontana dei malati convalescenti che provengono dalle terre dell'Impero risulta assolutamente favorevole per la vita.

Si può anche affermare, ai fini sociali, che anche la capacità lavorativa

dei dimessi è tornata completamente in una percentuale altissima, spessissimo in modo totale. L'Impero d'Italia, per fortunate condizioni climatiche, deve pertanto considerarsi immune da un vero pericolo delle malattie tropicali per il bianco che usi tutte le norme igieniche.

\* \* \*

Chiuderemo questa nostra rassegna sanitaria con qualche cenno sulla *nosografia della Libia*. Accennammo già all'inizio alle favorevoli condizioni climatiche della zona costiera ove si presentano assai simili a quelle della zona marittima della Sicilia. Potremo subito aggiungere che malattie prevalenti sono le stesse di quelle che predominano in Italia e pertanto anche dal punto di vista sanitario è giustificato l'appellativo di quarta sponda.

Gli Italiani hanno costituito in quelle terre delle fiorenti colonie di popolamento, sia in Cirenaica, sia nella provincia di Misurata che altrove; in Tripoli rappresentano una comunità di oltre 40.000 abitanti; complessivamente i metropolitani in Libia superano i 100.000. L'uniformità del clima e del terreno fanno ritenere, nonostante l'emigrazione in massa sia recentissima, che le evenienze morbose saranno ad un dipresso ugualmente distribuite su tutto il territorio.

A tale felice risultato ha notevolmente contribuito l'opera civilizzatrice dell'Italia che per merito del Regime fascista ha completato e perfezionato l'organizzazione sanitaria. I focolai di malattie epidemiche, che sopravvivevano presso la popolazione araba nei miseri ricoveri, sono scomparsi; nuove linde casette ospitano gli indigeni e la lotta anticeltica e antitubercolare ha ridotto anche presso queste popolazioni le due maggiori malattie endemiche. Le opere igieniche per l'approvvigionamento idrico, quali il nuovo acquedotto di Tripoli, le gallerie filtranti in vari centri e i pozzi artesiani costituiscono la soluzione razionale di un problema secolare. Per di più l'attrezzatura ospedaliera ha subito un ampio rinnovamento, come troviamo nella comunicazione del Ciotola al Raduno Coloniale di Tripoli del 1937, in modo da prevenire oltre che curare le malattie infettive; grandiosa realizzazione in tal senso è il nuovo ospedale di Tripoli capace di 700 letti ed adibito alle varie razze; in Cirenaica l'attrezzatura divisa in vari centri assomma a circa 1000 letti.

Ai nostri fini sarà sufficiente dare un rapido sguardo alla statistica sanitaria della popolazione civile poichè all'assistenza sanitaria ricorre ormai tutta la popolazione indigena araba come pure quella israelita. Pertanto in base alle schede di denuncia pervenute dalle quattro provincie al Ministero dell'A. I. ci è stato possibile accertare i casi di morte per le singole malattie divisi per gruppi di età e razza (tavola 16) sebbene ciò limitatamente ad un periodo di soli 7 mesi.

Da questa tavola risulta come il numero dei decessi per malattie infettive sia modesto. Gli europei, per la quasi totalità Italiani, hanno dato un numero di decessi percentualmente superiore a quello delle altre razze (tavola 18); ma si deve tener presente che la popolazione italiana è per gran parte giovane e pertanto le malattie dell'età matura non sono ancora apparse nell'ordinaria distribuzione dell'esposizione al rischio.

Quanto alle malattie infettive denunciate nel complesso della popola-

zione risulta notevole la frequenza della tbc. polmonare che rappresenta quasi il 13 % (tavola 17); segue il tifo ed il paratifo con un indice quasi uguale; la malaria rappresenta appena il 2,38 %. Nessuna importanza ai fini del rischio vita costituiscono alcune malattie infettive denunciate, come la blenorragia, il morbillo, il tracoma, ecc.

I rari casi di lebbra, di micosi, di tifo esantematico e di dissenteria costituiscono le sole caratteristiche della patologia africana; si verificano in modo quasi assoluto presso la popolazione indigena. Presso le popolazioni del Fezzan, secondo riferisce il Tripodi, non sarebbe rara la schistosomiasi vescicale; ma essa non riveste pericoli notevoli di contagio per i bianchi poichè le comunità italiane vivono separate, nè vi è occasione frequente da parte di questi di immergersi nell'acqua stagnante inquinata. Questa malattia potrà eventualmente essere invocata come causa di cirrosi presso gli indigeni.

Una malattia che merita di essere ricordata, sebbene molto frequente anche nell'Italia centro-meridionale, è la melitense o brucellosi, di cui vennero denunciati 67 casi nel 1938. Il largo uso degli ovini e il consumo del latte crudo facilitano la diffusione di questa malattia, che potrà essere combattuta seguendo le norme d'igiene per quanto riguarda la custodia degli ovini e l'uso del latte.

Nella comunicazione del Tripodi al Raduno Coloniale di Tripoli leggiamo che l'A. avrebbe riscontrato con una certa frequenza presso l'elemento indigeno la dissenteria amebica e la cirrosi epatica. Tale andamento non risulta confermato dalle cifre statistiche che alleghiamo; così nella tavola 17 vediamo denunciati durante il 1938 soltanto 5 casi di dissenteria amebica. Ugualmente per la cirrosi la tavola 16 presenta per il complesso delle malattie epatiche soltanto 5 decessi presso gli europei; nè i 36 casi verificatisi tra gli arabi rappresentano un'alta percentuale quando si tenga conto che quella popolazione è costituita da oltre 700.000 individui. Del resto lo *schistosoma haematobium* in Libia presenta la localizzazione ordinariamente nell'apparato urinario, più raramente nell'intestino, solo eccezionalmente potrebbe provocare la cirrosi.

Dalle tavole 17 e 18 si rileva la rarità dei tumori presso le popolazioni che vivono in Libia nei confronti di quella italiana. Mentre per gli arabi e per gli ebrei tale fenomeno è stabile ed è già stato osservato dai medici locali, per gli Italiani non sappiamo se esso sia dovuto a ragioni locali o più semplicemente alla forte prevalenza dei gruppi di età giovanile tra i residenti. I prossimi decenni diranno quanto il fattore ereditario e quanto la eventuale assenza di contagio avranno modificato l'attuale distribuzione.

In complesso la nosografia della Libia è per molti lati simile a quella italiana poichè quest'ultima gode del clima mediterraneo, le malattie prevalenti sono cosmopolite; quelle tropicali mancano o sono registrate con pochissimi casi. Pertanto vengono confermate le condizioni climatiche e nosografiche sufficienti per una più ampia colonizzazione di popolamento.

\* \* \*

Dopo questa visione d'insieme della patologia coloniale che riguarda i nostri possedimenti d'Africa possiamo con tutta sicurezza affermare che per quanto riguarda sia le malattie tropicali, sia le ordinarie affezioni, i nostri

coloni potranno trovare quasi sempre favorevoli e talvolta più che buone condizioni di vita. La zona litoranea della Libia, arricchita di acqua potabile, può ospitare, come dimostrano le recenti felici esperienze dell'emigrazione in massa, una sempre più fiorente colonia di Italiani senza vere preoccupazioni sanitarie.

Sull'altopiano etiopico le condizioni sanitarie sono pure favorevoli; ma per le condizioni climatiche e barimetriche la colonizzazione va riservata a soggetti giovani e che risultino esenti da ogni tara, specie negli apparati respiratorio, circolatorio e digerente. Le norme d'igiene, come abbiamo visto dalle cifre, applicate sistematicamente su larga scala, conducono a risultati che a tutt'oggi sono confortanti nei riguardi di tutte le malattie infettive, nessuna esclusa.

La malaria è risultata di gran lunga la più insidiosa e diffusa; nei suoi riguardi la pratica della cura profilattica è consigliabile in coloro che per ragioni di lavoro e di commercio discendano non solo nelle valli ma anche lungo i contrafforti dell'acrocoro abissino. In tali condizioni il rischio sulla vita si può presumere per elementi giovani, sani e che adottano le norme di igiene, non molto diverso da quello della popolazione che risiede nella Madre patria. Non è possibile stabilire oggi tassi di mortalità, data la fluttuazione della popolazione metropolitana in questo periodo di colonizzazione iniziale; la frequenza delle malattie e la loro gravità, è comunque mantenuta, secondo le statistiche sopra riportate, in limiti rassicuranti. La brevità del periodo da noi esaminato presso le varie collettività richiede pertanto ulteriori conferme circa la morbosità e la mortalità per le varie malattie. Il materiale raccolto dalla Federazione Nazionale Fascista Casse Mutue Malattie Lavoratori dell'Industria in A. O. I., potrà riuscire particolarmente utile.

In ogni modo il lavoro manuale, organizzativo od intellettuale che il colono si reca a compiere in quelle terre va cautelato da una polizza di assicurazione vita. Con alto senso di comprensione alcuni Enti di assicurazione, come l'I.N.A., hanno voluto concedere la polizza per i metropolitani residenti nelle terre d'oltremare alle stesse condizioni di coloro che vivono in Italia. Questa saggia politica ha il fine di sorreggere moralmente ed economicamente quanti, con la volontà e la propria esperienza, si recano a creare una vita italiana di attività e di commercio in tante terre già ritenute inospitali. Questa larghezza dell'Ente assicuratore ha portato ad una fiducia crescente da parte dei coloni che risiedono nelle più diverse regioni, come dimostrano eloquentemente le tavole 19 e 20.

In tal modo l'interesse del singolo, della collettività assicurata e dello Stato si armonizzano secondo i fini più alti per il potenziamento della nostra razza. Con il lavoro e con la tenacia « l'itala gente dalle molte vite » si conquista così il suo spazio vitale nel quale i figli di uno stesso linguaggio possono vivere sicuri della loro libertà. Dalle candide cime alpine alla risonante sponda di « Leptis Magna », dalle ambe solitarie del Tigrai tormentato alle ieratiche euforie a candelabro che ornano la distesa del bassopiano hararino, alle boscaglie di palme che accompagnano il lento corso dello Scebeli prima che si perda di fronte all'Oceano Indiano, una sola voce domina imponente, quella di Roma Imperiale.

Questa di oggi non è più soltanto l'Italia proletaria del dolce Poeta di

Paolo Uccello, essa è, come scultoriamente disse il Duce nel discorso della mobilitazione, « l'Italia proletaria e fascista, di Vittorio Veneto e della Rivoluzione ». Essa non mendica più all'estero il pane per i propri innumeri figli, forte del suo diritto e della sua legge; guarda sicura nel prossimo futuro. I diritti della vita e delle armi, oltre ogni intimidazione, prevarranno nei secoli.

#### RIASSUNTO

*L'A., dopo aver ricordato l'entità delle perdite subite dalla Nazione in seguito al fenomeno dell'emigrazione, che raggiunse il massimo nell'anteguerra, riconosce nella magnifica riuscita che quelle masse fecero nei climi e nei lavori più svariati la prima prova della capacità colonizzatrice di popolamento della nostra stirpe in terra lontana. Tratteggia successivamente le caratteristiche climatiche sia sulla Quarta Sponda che nelle terre dell'Impero e riconosce come il troppo breve periodo trascorso dalla conquista dell'Impero africano non permetta la costruzione di tavole di mortalità anche perchè quel territorio non presenta un solo clima ma molti climi diversi.*

*Allo stato attuale delle nostre conoscenze ci si deve limitare ad esaminare la mortalità e morbosità presso i metropolitani e le loro collettività residenti in A. O. I. secondo il seguente aggruppamento:*

*DISTURBI DI ACCLIMATAZIONE. — Rivestono una importanza notevole specialmente i disturbi barimetrici sull'altopiano nei riguardi di vari apparati specialmente il circolatorio e il respiratorio; l'iperfunzione richiesta per la permanenza a forti altitudini da tali apparati esige organismi giovani ed esenti da tare. L'osservanza delle norme igieniche e la revisione dei criteri per l'alimentazione nei climi tropicali deve ritenersi indispensabile per i coloni stabili. Minore è l'interesse dell'acclimatazione nel bassopiano ove l'alta temperatura e la diffusione della malaria sconsigliano una colonizzazione di popolamento.*

*MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE DEI TROPICI. — Per fortunate condizioni ambientali, pochissime sono le malattie tropicali che insidiano i nostri coloni; prevalgono malattie cosmopolite o a larga diffusione, tra cui soprattutto la malaria, in secondo luogo la dissenteria amebica, il tifo esantematico, la febbre ricorrente. Quanto alla prima, che raccoglie oltre la metà della morbosità tra i metropolitani, si deve riconoscere come il coefficiente di mortalità si è mantenuto in cifre molto modeste ed esaminando i singoli casi di morte molto spesso si è dovuto riscontrare in questi soggetti la coesistenza di altre malattie o di tare che hanno contribuito all'esito; la prognosi in complesso è buona purchè si pratichi una razionale profilassi chininica. Il tifo esantematico non è risultato frequente; maggiormente lo è la dissenteria amebica, comunque entrambi alla stessa maniera del tifo ricorrente offrono una molto scarsa mortalità; la lotta antiparassitaria; la potabilizzazione delle acque rappresentano una sicura arma profilattica. Minimi risultano i danni in seguito a morsi di animali.*

**PATOLOGIA COSMOPOLITA.** — *Vengono esaminate le malattie respiratorie e la diversa prognosi a seconda della residenza dei coloni, le malattie gastrointestinali risultano denunciate con una certa frequenza. Modesto è il numero delle enteriti, minimo il numero delle perdite; le malattie di fegato sono in proporzione relativamente basse, gli itteri meritano ulteriori accertamenti sulla loro natura come pure le nefriti acute dell'altopiano.*

*Nell'ultima parte del lavoro viene illustrata la nosografia della Libia che per molti lati è simile a quella della Madrepatria. Considerazioni sullo sviluppo dell'assicurazione vita chiudono la relazione.*

*Numerose tavole statistiche aggiornate ed inquadrare sono allegate allo studio; esse sono state costruite con i dati ricavati specialmente dalla relazione medico-sanitaria delle Forze armate in colonia per gli anni 1935-36, dalle denunce di malattie infettive pervenute all'Ufficio Studi del Ministero dell'A. I., in parte pubblicate, in parte inedite, come pure dall'archivio dell'Ospedale « A. Mussolini » di Aversa che raccolse gli operai rimpatriati per malattia.*

*La patologia fra i coloni delle terre dell'Impero in questo primo studio d'insieme risulta in limiti favorevoli e orientata soltanto verso poche malattie infettive che si riscontrano ai tropici ed ai disturbi di acclimatazione; l'andamento successivo della statistica medica potrà precisare l'andamento indicato dal Relatore.*

#### TAVOLE ALLEGATE

1. Le cause di morte per malattia tra le Forze Armate in A. O. I. durante il biennio 1935-1936.
2. Malaria negli anni 1935-36 nelle Forze Armate.
3. Infezione tifoidea e paratifoidea negli anni 1935-36 presso le Forze Armate.
4. Dissenteria negli anni 1935-36 presso le Forze Armate.
5. Malattie dell'apparato respiratorio negli anni 1935-36 presso le Forze Armate.
6. Le più importanti malattie verificatesi nelle truppe metropolitane internate in luoghi di cura.
7. Decessi in A. O. I. tra le Forze Armate metropolitane per alcune malattie, distinti secondo la regione di nascita.
8. Classifica per malattia dei lavoratori ricoverati all'Ospedale di Aversa dal 10 settembre 1937 al 29 febbraio 1940.
9. Operai dell'A. O. I. ricoverati all'Ospedale di Aversa per affezioni mediche durante il 1939.
10. Cause di morte fra gli operai italiani in A. O. I. (1935-37).
11. Distribuzione mensile di alcune cause di morte tra gli operai in A. O. I.
12. Principali malattie ed altre denunciate dai Governi dell'A. O. I. durante il 1938.
13. Alcune malattie infettive denunciate dai Governi dell'A. O. I. nel bimestre settembre-ottobre 1939.
14. Distribuzione mensile dei casi di malaria denunciati in A. O. I. durante il 1938.
15. Casi di malaria denunciati mensilmente dai singoli Governi in A. O. I. durante il 1938.
16. Statistica delle cause di morte verificatesi in Libia distinte per gruppi di età e razza (dal 1° gennaio al 31 luglio 1939).
17. Malattie infettive e parassitarie denunciate in Libia nel 1938.
18. Distribuzione percentuale delle cause di morte in Libia a seconda delle varie razze ed in Italia secondo la classificazione nosologica italiana.
19. Emissione polizze I.N.A. e loro capitali nelle terre d'oltremare (1922-1938).
20. Premi incassati dall'I.N.A. per rischi di assicurazione vita assunti nelle terre italiane di oltremare.

LE CAUSE DI MORTE PER MALATTIA TRA LE FORZE ARMATE IN A. O. I.  
DURANTE IL BIENNIO 1935-36

CAUSE DI MORTE	METROPOLITANI			INDIGENI		
	Cifre assolute	Secondo l'aggrup- pam. nosologico in Italia	0/0	Cifre assolute	Secondo l'aggrup- pam. nosologico in Italia	0/0
Infezione tifoidea . . . . .	422			5		
Malattie esantematiche . . . . .	—			11		
Influenza . . . . .	7			68		
Febbre da malaria e cachessia palustre . . . . .	82	Malattie infettive e parassitarie N. 691	33,08	260	Malattie infettive e parassitarie N. 768	33,02
Tubercolosi . . . . .	63			122		
Meningite cerebro-spinale epide- mica . . . . .	4			146		
Febbri ricorrenti . . . . .	—			43		
Dissenteria . . . . .	17			19		
Altre malattie infettive e parassi- tarie . . . . .	96			94		
Tumori . . . . .	10	Tumori N. 10	0,48	4	Tumori N. 4	0,17
Reumatismo articolare acuto . .	10	Malattie reumatiche N. 25	1,20	5	Malattie reumatiche N. 19	0,82
Altre malattie generali . . . . .	15			14		
Malattie del sistema nervoso . .	29	Malattie nervose e dei sensi N. 33	1,58	31	Malattie nervose e dei sensi N. 32	1,38
Malattie degli organi dei sensi .	4			1		
Malattie dell'apparato circolatorio	32	Malattie circolatorie N. 32	1,53	83	Malattie circolatorie N. 83	3,57
Malattie dell'apparato respiratorio	347			1.046		
Malattie dello stomaco e dell'in- testino . . . . .	205	Malattie respiratorie N. 347	16,61	105	Malattie respiratorie N. 1.046	44,96
Malattie del fegato . . . . .	20			36		
Altre malattie dell'apparato dige- rente . . . . .	46			27		
Malattie dell'apparato urinario .	125	Malattie uro-genitali N. 125	5,98	23	Malattie uro-genitali N. 23	0,99
Malattie della pelle . . . . .	20			19		
Malattie delle ossa e degli or- gani locomotori . . . . .	—	Malattie della pelle e delle ossa N. 20	0,96	1	Malattie della pelle e delle ossa N. 20	0,86
Infortunati . . . . .	407			91		
Omicidi . . . . .	3	Traumi N. 450	21,54	1	Traumi N. 103	4,43
Suicidi . . . . .	40			11		
Morti improvvise o per causa ignota . . . . .	85	N. 85	4,07	60	N. 60	2,58
<b>TOTALE . . . . .</b>	<b>2.089</b>		<b>100</b>	<b>2.326</b>		<b>100</b>

(Le tavole 1-7 sono ricavate dalla Relazione medico-statistica delle F. A. in Colonia degli anni 1935-36).

MALARIA NEGLI ANNI 1935 E 1936 PRESSO LE FORZE ARMATE COLONIALI  
(Morbosità ‰ della forza media presente - Mortalità % ricoverati)

MILITARI	ERITREA		SOMALIA		AFRICA O.		
	Malaria primitiva	Malaria recidiva e cronica	Malaria primitiva	Malaria recidiva e cronica	Malaria primitiva	Malaria recidiva e cronica	
Ufficiali . . . . .	{ Morbosità ..	8,28	4,25	24,08	13,11	11,68	6,16
	{ Mortalità ..	0,88	—	—	8,16	0,49	3,74
Sottufficiali e militari . . . . .	{ Morbosità ..	12,13	8,59	26,18	25,49	14,48	11,42
	{ Mortalità ..	0,03	1,69	—	2,29	0,02	1,92
Indigeni . . . . .	{ Morbosità ..	4,37	19,02	7,68	36,14	5,52	24,99
	{ Mortalità ..	1,83	4,98	2,18	4,39	2,00	4,68

INFEZIONE TIFOIDEA E PARATIFOIDEA NELLE FORZE ARMATE COLONIALI  
DURANTE GLI ANNI 1935-36

(Morbosità ‰ della forza media presente - Mortalità % ricoverati)

MILITARI	ERITREA		SOMALIA		AFRICA O.		
	Tifo	Paratifo	Tifo	Paratifo	Tifo	Paratifo	
Ufficiali . . . . .	{ Morbosità ..	2,13	0,22	1,07	—	1,90	0,17
	{ Mortalità ..	37,93	—	75,00	—	42,42	—
Sottufficiali e militari . . . . .	{ Morbosità ..	2,02	0,77	0,28	0,16	1,73	0,66
	{ Mortalità ..	62,46	20,83	37,50	—	61,77	20,00
Indigeni . . . . .	{ Morbosità ..	0,34	—	—	—	0,22	—
	{ Mortalità ..	14,71	—	—	—	14,71	—

DISSENTERIA NEGLI ANNI 1935 E 1936 PRESSO LE FORZE ARMATE  
(Morbosità ‰ della forza media presente - Mortalità % ricoverati)

MILITARI	ERITREA			SOMALIA			AFRICA O.			
	Dissenteria amebica	Dissenteria bacillare	Diss. di origine non accertata	Dissenteria amebica	Dissenteria bacillare	Diss. di origine non accertata	Dissenteria amebica	Dissenteria bacillare	Diss. di origine non accertata	
Ufficiali . . . . .	{ Morbosità ..	0,44	—	0,15	16,86	—	1,07	3,97	—	0,35
	{ Mortalità ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sottufficiali e militari . . . . .	Morbosità ..	0,75	0,02	0,13	25,52	0,11	2,79	4,90	0,04	0,58
	Mortalità ..	5,66	—	2,63	0,21	—	0,63	0,90	—	1,02
Indigeni . . . . .	{ Morbosità ..	0,43	0,01	0,40	0,63	0,24	1,90	0,50	0,09	0,92
	{ Mortalità ..	13,95	100,00	—	23,53	—	3,92	18,18	7,14	2,82

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO NEGLI ANNI 1935 E 1936  
PRESSO LE FORZE ARMATE

(Morbosità ‰ della forza media presente - Mortalità % ricoverati)

MILITARI	ERITREA	SOMALIA	AFRICA O.
Ufficiali . . . . .			
{ Morbosità ..	17,59	20,07	18,12
{ Mortalità ..	2,08	—	1,59
Sottufficiali e mili- tari . . . . .			
{ Morbosità ..	25,82	31,13	26,71
{ Mortalità ..	4,30	1,19	3,69
Indigeni . . . . .			
{ Morbosità ..	33,58	90,49	53,41
{ Mortalità ..	14,38	10,31	11,97

LE PIU' IMPORTANTI MALATTIE VERIFICATE NELE TRUPPE  
METROPOLITANE CHE VENNERO INTERNATE IN LUOGHI DI CURA

(A. O. I. 1935-36)

MALATTIA	Ricoverati	Casi morti	% di mortalità tra i ricoverati
Febbre tifoidea . . . . .	586	362	61,77
Paratifi . . . . .	225	45	20
Febbre ricorrente . . . . .	111	—	—
Dissenteria amebica . . . . .	1.658	15	0,90
»    bacillare . . . . .	13	—	—
Infezione malarica acuta (casi di recidiva) .	3.467	61	1,76
»    »    cronica e cachessia pa- lustre . . . . .	397	13	3,27
Leishmaniosi . . . . .	1	—	—
Reumatismo articolare acuto . . . . .	1.151	9	0,78
Tubercolosi dell'apparato respiratorio . . .	172	22	12,79
Malattie dell'orecchio medio . . . . .	1.288	3	0,23
Afezioni dei denti e delle gengive . . . .	2.473	1	0,04
Disturbi di altitudine . . . . .	46	—	—
Bronco-polmonite . . . . .	571	221	38,70
Polmonite e pleuro-polmonite . . . . .	238	81	34,03
Catarro gastro-enterico acuto . . . . .	10.805	131	1,21
»    »    cronico . . . . .	805	—	—
Itterizia catarrale e angiocolite . . . . .	984	1	0,10
Cirrosi epatica . . . . .	1	1	100
Nefrosi . . . . .	47	2	4,26
Nefrite acuta . . . . .	660	99	15
Colpo di calore o insolazione . . . . .	492	41	8,33
Morsi di vipera o di altri animali velenosi .	16	—	—

DECESSI IN A. O. I. PRESSO LE FORZE ARMATE METROPOLITANE PER ALCUNE  
MALATTIE SECONDO LA REGIONE DI NASCITA

CAUSE	Piemonte	Lombardia	Veneto	Liguria	Emilia	Marche	Toscana	Umbria	Lazio	Abruzzo	Puglie	Campania	Calabria	Sicilia	Sardegna	Estero	TOTALI
Bronco-polmonite acuta . . . . .	23	32	26	7	27	9	24	10	13	4	5	13	13	14	3	3	226
Polmonite . . . . .	7	14	10	—	9	2	7	1	6	4	2	6	8	5	3	1	85
Gastro-enterite . .	12	30	15	3	18	1	18	1	6	5	—	4	4	11	1	3	132
Nefrite acuta . .	15	9	23	4	10	2	8	1	6	1	2	7	5	6	3	2	104
Calore eccessivo .	5	8	7	1	2	2	8	—	5	5	5	3	2	1	1	3	58

LAVORATORI AMMESSI ALL'OSPEDALE « ALESSANDRO MUSSOLINI » DI AVERSA  
DAL 10 SETTEMBRE 1937 AL 29 FEBBRAIO 1940  
(Cassa Mutua Addetti all'Industria - Sez. A. O. I.)

EPOCA DI AMMISSIONE	Malarici	Enterici	Altre malattie interne	Dermopatici	Celtici	Infortunati I. N. F. A. I. L.	Tbc.	TOTALE RICOVERATI	GIORNATE DI DEGENZA
Dal 10-9-1937 al 31-12-1937	1614	320	1568	18	225	76	9	3.830	39.787
Dal 1-1-1938 al 31-12-1938	1913	266	1717	32	344	8	55	4.335	127.660
Dal 1-1-1939 al 31-12-1939	852	118	936		313	6	22	2.255	71.529
Dal 1-1-1940 al 29-2-1940	49	12	92	3	71	—	2	228	5.838
<b>TOTALE DELLE FORME CLINICHE . . . . .</b>	<b>4.428</b>	<b>715</b>	<b>4.313</b>	<b>61</b>	<b>953</b>	<b>90</b>	<b>88</b>	<b>10.648</b>	<b>244.814</b>
<b>DISTRIBUZIONE % . . . . .</b>	<b>41.59</b>	<b>6.71</b>	<b>40.50</b>	<b>0.57</b>	<b>8.95</b>	<b>0.85</b>	<b>0.83</b>	—	—

(Ricavata dall'Archivio dell'Ospedale di Aversa).

OPERAI DELL'A. O. I. RICOVERATI PER AFFEZIONI MEDICHE  
ALL'OSPEDALE DI AVERSA DURANTE IL 1939

AGGRUPPAMENTO NOSOLOGICO	MALATTIA	NUMERO CASI	%
Malattie infettive e parasitarie . . . . .	Tifo . . . . .	5	6,70
	Dermotifo . . . . .	3	
	Febbre ricorrente . . . . .	2	
	Linfogranuloma . . . . .	1	
	Echinococco . . . . .	1	
	Esiti tbc. . . . .	55	
		— 67	
Tumori . . . . .	Neoplasie maligne . . . . .	9	0,90
		— 9	
Malattie reumatiche, endocrine e nutrizione . . . . .	Reumatismo articolare acuto . . . . .	65	16,30
	Artrite cron. e m. ossee . . . . .	28	
	Anemia e dep. organico . . . . .	64	
	Basedow . . . . .	2	
	Uricemia . . . . .	3	
	Scorbuto . . . . .	1	
		— 163	
Malattie sangue, emopoiesi e avvelenamenti cronici	Splenomegalia . . . . .	2	0,30
	Saturnismo . . . . .	1	
		— 3	
Malattie del sistema nervoso e dei sensi . . . . .	Malattie nervose varie . . . . .	79	16,90
	Psicosi . . . . .	24	
	Malattie oculistiche . . . . .	36	
	Malattie otoiatiche . . . . .	30	
		— 169	
Malattie circolatorie . . . . .	Cardiopatie . . . . .	90	16,40
	Mal. dei vasi . . . . .	35	
	Mal. vene (flebiti, emorr.) . . . . .	39	
		— 164	
Malattie apparato respirat.	Bronchiti, asma, ecc. . . . .	102	10,20
		— 102	
Malattie dell'apparato digerente . . . . .	Mal. dei denti . . . . .	44	27,20
	Mal. gastriche (ulcera, ecc.) . . . . .	131	
	Mal. epatiche . . . . .	29	
	Appendiciti . . . . .	31	
	Ernia . . . . .	37	
		— 272	
Malattie dell'apparato urogenitale . . . . .	Nefropatie . . . . .	32	4,20
	Genitali . . . . .	8	
	Urinarie . . . . .	2	
		— 42	
Malattie di acclimatazione	Colpo di calore . . . . .	1	0,90
	Disturbi barimetrici . . . . .	8	
		— 9	
TOTALI . . . . .		1.000	

(Ricavata dall'Archivio dell'Ospedale di Aversa).

CAUSE DI MORTE FRA GLI OPERAI ITALIANI IN A.O.I.  
(Gennaio 1935 - Giugno 1937)

CAUSE DI MORTE	NUMERO	0/00
	CASI	DEI PRESENTI
Malaria . . . . .	128	0,36
Tifo, paratifi . . . . .	79	0,24
Influenza . . . . .	177	0,513
Dissenteria clinica . . . . .	23	0,04
Meningite cerebro-spinale . . . . .	5	—
Dermotifo . . . . .	6	—
Tetano . . . . .	14	0,02
Cangrena gassosa . . . . .	2	—
Eresipela . . . . .	2	—
Settico-pioemie . . . . .	39	0,11
Reumatismo p. a. a. . . . .	5	—
Melitense . . . . .	1	—
Febbre Massaua . . . . .	1	—
Botulismo . . . . .	1	—
Dengue . . . . .	1	—
Idrofobia . . . . .	1	—
Vaiuolo . . . . .	1	—
Bronco-spirochetosi Castellani . . . . .	1	—
Morsicature di serpenti . . . . .	1	—
Malattie comuni . . . . .	348	0,956
Colpo di calore . . . . .	158	0,663
Cause violente . . . . .	390	1,066
Cause ignote e dispersi . . . . .	35	—
<b>TOTALI . . . . .</b>	<b>1.419</b>	<b>3,968</b>

(Le tavole 10-11 sono riassunte dal CASU: *Mortalità tra gli operai italiani in A. O. I. durante gli anni 1935-37*).

DISTRIBUZIONE MENSILE DI ALCUNE CAUSE DI MORTE  
TRA GLI OPERAI ITALIANI IN A.O.I. (1935 - Giugno 1937)

MESE	COLPO DI CALORE		TIFO-PARATIFI		INFLUENZA		MALARIA	
	Num. casi	0/0	Num. casi	0/0	Num. casi	0/0	Num. casi	0/0
Gennaio . . . . .	—	—	3	3.80	18	10,17	6	4.69
Febbraio . . . . .	3	1.90	4	5.06	13	7.34	2	1.56
Marzo . . . . .	2	1.27	8	10.13	17	9.60	9	7.03
Aprile . . . . .	4	2.53	5	6.33	19	10.73	18	14.06
Maggio . . . . .	10	6.33	0	12.66	20	11.30	13	10.16
Giugno . . . . .	65	41.14	11	13.92	26	14.69	26	20.31
Luglio . . . . .	57	36.08	8	10.13	8	4.52	18	14.06
Agosto . . . . .	8	5.06	3	3.80	11	6.21	4	3.13
Settembre . . . . .	8	5.06	6	7.59	6	3.39	8	6.25
Ottobre . . . . .	1	0.63	10	12.66	13	7.35	13	10.16
Novembre . . . . .	—	—	6	7.59	13	7.35	5	3.90
Dicembre . . . . .	—	—	5	6.33	13	7.35	6	4.69
<b>TOTALE . . . . .</b>	<b>158</b>		<b>79</b>		<b>177</b>		<b>128</b>	

PRINCIPALI MALATTIE INFETTIVE ED ALTRE DENUNCIATE DAI GOVERNI DELL'A. O. I.  
DURANTE IL 1938 COL RAPPORTO % REGIONALE DELLE PRINCIPALI

(Sviluppato da tabella del « Bollettino Statistico dell'A. I. », 1939)

M A L A T T I E	AMARA		ERITREA		GALLA SIDAMA		HARAR		SCIOA		SOMALIA		TOTALI CASI
	numero casi	% region.	numero casi	% region.	numero casi	% region.	numero casi	% region.	numero casi	% region.	numero casi	% region.	
Alastrim . . . . .	—	—	5	—	5	—	9	—	—	—	17	—	36
Anchilostomiasi . . . . .	—	—	—	—	1	0,88	—	—	—	—	113	99,12	114
Beri-beri . . . . .	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	9
Blenorragia . . . . .	1.677	18,03	1.102	11,85	920	9,89	1.042	11,20	3.345	35,96	1.216	13,07	9.302
Colpo di calore, di sole ed altre malattie da clima . . . . .	—	—	38	—	—	—	3	—	—	—	—	—	41
Dengue e simildengue (febbri del Mar Rosso) . . . . .	—	—	128	57,14	1	0,45	14	6,25	46	20,54	35	15,62	224
Dissenteria amebica . . . . .	29	2,79	95	9,13	14	1,35	281	27,02	174	16,73	447	42,98	1.040
Dissenteria bacillare . . . . .	—	—	5	—	20	—	—	—	11	—	10	—	46
Dissenteria da ciliati . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Elefantiasi . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Elmintiasi intestinale . . . . .	221	3,—	4	0,06	1	0,01	268	3,63	6.853	92,93	27	0,37	7.374
Enterocolite (semplice, colite ulcerosa, ecc.) . . . . .	—	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—	—	33
Eresipela . . . . .	10	—	13	—	4	—	1	—	16	—	2	—	46
Febbre gialla . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Febbre tifo-petecchialsimili . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—



ALCUNE MALATTIE INFETTIVE DENUNCIATE DAI GOVERNI DELL'A. O. I.  
NEL BIMESTRE SETTEMBRE-OTTOBRE 1939 (\*)

MALATTIA	Numero casi	%
Anchilostomiasi . . . . .	29	0,58
Colpo di calore e malattie diverse . . . . .	3	0,06
Dissenteria amebica . . . . .	42	0,84
Dissenteria bacillare . . . . .	75	1,50
Elefantiasi . . . . .	2	0,04
Eresipela . . . . .	2	0,04
Filariosi . . . . .	48	0,96
Framboesia . . . . .	175	3,49
Tifo, paratifo . . . . .	68	1,35
Lebbra . . . . .	11	0,22
Leishmaniosi . . . . .	12	0,24
Malaria . . . . .	1.052	21
Meningite cerebro-spinale . . . . .	2	0,04
Micosi . . . . .	51	1,02
Pellagra . . . . .	38	0,76
Rabbia sospetta . . . . .	11	0,22
Schistosomiasi . . . . .	2	0,04
Scorbuto . . . . .	3	0,06
Sifilide . . . . .	2.515	50,22
Tetano . . . . .	6	0,12
Tifo esantematico . . . . .	109	2,18
Tifo ricorrente . . . . .	231	4,61
Tubercolosi polmonare . . . . .	83	1,66
Ulcera tropicale . . . . .	438	8,75
<b>TOTALE . . . . .</b>	<b>5.008</b>	<b>100</b>

(\*) Ricavata dal « Bollettino Statistico dell'A. I. », n. 1-2, 1940.

## DISTRIBUZIONE MENSILE COMPLESSIVA DEI CASI DI MALARIA DENUNCIATI IN A. O. I. DURANTE IL 1938

M E S I	M E S I												Totale generale	
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale regionale	% regionale su 1000 abitanti
Numero casi . . . . .	1.046	1.037	767	886	832	903	465	566	1.163	1.098	960	1.005	10.728	
Distribuzione mensile % . . . . .	9,75	9,67	7,15	8,26	7,76	8,42	4,33	5,28	10,83	10,23	8,95	9,37	100	

(Ricavata da elementi del « Bollettino Statistico dell'A. I. », 1939)

## CASI DI MALARIA DENUNCIATI MENSILMENTE DAI SINGOLI GOVERNI IN A. O. I. DURANTE IL 1938

G O V E R N I	G O V E R N I												TOTALI	
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale regionale	% regionale su 1000 abitanti
Amara . . . . .	153	127	142	201	96	136	54	110	163	116	120	72	1.490	0,74
Eritrea . . . . .	87	72	29	76	27	47	67	156	684	517	139	38	1.939	1,29
Galla e Sidama . . . . .	18	13	18	9	25	21	17	23	26	56	34	85	345	0,086
Harar . . . . .	283	285	173	290	223	125	189	118	104	226	241	253	2.510	1,57
Scioa . . . . .	2	2	74	92	88	159	100	48	74	101	142	106	988	0,53
Somalia . . . . .	503	538	331	218	373	415	38	111	112	82	284	451	3.456	3 —

(Con elementi ricavati dal « Bollettino Statistico dell'A. I. » e dall'« Annuario Statistico Italiano », 1939)

MALATTIE	Meno di 1 anno			Da 1 a 19			Da 20 a 29			Da 30 a 39		
	Europei	Arabi	Israeliti	Europei	Arabi	Israeliti	Europei	Arabi	Israeliti	Europei	Arabi	Israeliti
1. Febbre tifoidea (tifo addominale) o paratifi . . . . .	—	—	—	5	3	2	1	1	—	2	—	—
2. Tifo petecchiale . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	3	—
3. Malattie infantili esantematiche ed altre . . . . .	1	1	1	3	—	—	1	—	—	—	—	—
4. Tbc. apparato respiratorio . . . . .	—	—	—	7	13	2	4	29	2	1	22	2
5. Ogni altra forma di tbc. . . . .	—	—	—	—	4	2	2	1	—	1	6	1
6. Sifilide . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—
7. Malattie infettive e parasitarie (esclusa la malaria che nel periodo non ha dato alcun decesso) . . . . .	4	—	2	5	6	5	8	5	—	5	6	—
8. Cancri e altri tumori maligni . . . . .	—	—	—	2	3	—	—	1	1	—	4	—
9. Tumori non maligni . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
10. Diabete mellito . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
11. Alcoolismo . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Altre malattie generali e avvelenamenti cronici . . . . .	1	—	—	1	11	—	—	2	—	—	3	—
13. Atassia locomotrice e paralisi progressiva alienati . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	1
14. Emorragie, embolia e trombosi cerebrali . . . . .	—	—	—	1	—	—	1	1	—	1	1	—
15. Altre malattie nervose e dei sensi . . . . .	3	1	—	4	14	—	1	3	1	3	4	1
16. Cardiopatie . . . . .	—	4	2	4	15	2	3	5	1	2	20	1
17. Altre malattie dell'apparato circolatorio . . . . .	1	3	—	1	3	1	7	2	3	4	6	—
18. Bronchiti . . . . .	3	91	6	4	102	2	2	10	1	4	20	—
19. Polmoniti . . . . .	11	121	18	10	198	11	17	54	1	16	42	1
20. Altre malattie respiratorie tranne tbc. . . . .	1	17	2	3	35	2	—	3	1	1	6	—
21. Enteriti . . . . .	36	419	27	12	216	11	—	—	—	—	4	—
22. Appendiciti . . . . .	—	1	—	2	10	—	1	2	—	2	5	—
23. Malattie del fegato e delle vie biliari . . . . .	—	1	—	—	—	1	—	1	—	1	4	2
24. Altre malattie dell'apparato digerente . . . . .	8	5	1	1	24	1	3	7	—	3	5	—
25. Nefriti . . . . .	1	2	—	2	19	—	—	1	1	3	8	1
26. Altre malattie genito-urinarie . . . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—
27. Setticiemia e infezioni puerperali . . . . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	2	—
28. Altre malattie della gravidanza e del puerperio . . . . .	—	—	—	—	3	—	5	10	—	1	4	—
29. Malattie della pelle, ossa e della locomozione . . . . .	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
30. Debolezza congenita . . . . .	42	387	78	1	18	2	—	—	—	—	—	—
31. Senilità . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32. Morti violente in genere . . . . .	—	2	—	4	18	3	28	12	—	9	12	1
33. Cause non specificate . . . . .	2	60	—	—	117	—	2	20	—	2	21	1
	115	1117	137	72	835	48	87	173	13	62	218	12

IN LIBIA, DISTINTE PER GRUPPI DI ETA' E RAZZA  
31 luglio 1939)

Da 40 a 49			Da 50 a 59			Da 60 a 69			70 = W			Età ignota			TOTALE		
Europei	Arabi	Israeliti	Europei	Arabi	Israeliti	Europei	Arabi	Israeliti	Europei	Arabi	Israeliti	Europei	Arabi	Israeliti	Europei	Arabi	Israeliti
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5	2
—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	12	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	1
—	11	1	—	7	2	1	4	1	—	—	—	—	—	—	13	86	10
1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	12	3
1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—
1	3	—	2	3	—	—	1	—	1	4	—	—	—	—	26	28	7
2	6	2	2	8	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	6	25	4
—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1
—	4	1	3	1	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	8	5
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1	5	1	—	4	1	1	4	—	—	—	1	—	4	—	4	33	3
—	2	—	2	6	—	—	7	—	2	1	1	—	2	—	6	20	2
1	—	—	3	6	2	1	8	—	1	1	—	—	—	—	9	17	2
—	2	—	3	6	1	—	1	—	2	1	—	—	1	—	16	33	3
2	19	2	6	20	2	2	16	1	2	13	—	—	3	—	21	115	11
—	5	1	23	26	11	1	12	2	—	5	—	—	18	—	37	80	18
1	15	—	1	16	1	2	16	—	4	7	—	—	—	1	21	277	11
2	61	1	7	72	4	—	20	1	3	22	—	—	—	—	66	590	37
3	6	—	3	10	—	1	6	—	—	5	1	—	23	—	12	111	6
—	6	1	—	1	1	—	—	2	—	2	—	—	—	—	48	648	42
1	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	7	21	—
—	5	—	4	14	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	5	36	3
—	13	1	1	7	1	—	1	—	—	3	—	—	4	—	16	69	4
2	7	—	6	12	6	—	17	—	1	4	—	—	—	—	15	70	8
2	1	—	—	2	—	—	4	—	—	4	—	—	4	—	2	20	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	2
—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	21	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	32	—	43	438	80
—	—	—	10	43	16	2	41	1	4	267	3	2	147	3	18	498	23
—	5	—	2	7	1	—	3	—	—	8	1	—	9	1	43	76	7
—	27	—	—	14	—	—	28	—	—	52	5	—	236	—	6	575	6
20	211	11	81	291	55	13	194	9	20	400	13	2	499	5	472	3938	303

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE  
DENUNCIATE DAL GOVERNO DELLA LIBIA NEL 1938 (\*)

TAV. 17.

MALATTIE	Numero casi	%	MALATTIE	Numero casi	%
Anchilostomiasi . . . . .	4	0,16	<i>Riporto</i>	1.388	
Blenorragia . . . . .	308	12,64	Rabbia sospetta . . . . .	436	17,89
Bruccellosi . . . . .	67	2,75	Rabbia dichiarata . . . . .	7	0,29
Difterite . . . . .	68	2,79	Scarlattina . . . . .	18	0,74
Dissenteria amebica . . . . .	5	0,21	Setticemia . . . . .	34	1,40
Dissenteria bacillare . . . . .	8	0,33	Sifilide . . . . .	38	1,56
Eresipela . . . . .	20	0,82	Tetano . . . . .	4	0,16
Febbre puerperale . . . . .	15	0,62	Tifo esantematico . . . . .	6	0,25
Tifo e paratifo . . . . .	287	11,77	Tifo ricorrente . . . . .	8	0,33
Lebbra . . . . .	11	0,45	Tracoma . . . . .	146	5,99
Malaria . . . . .	58	2,38	Tbc. polmonare . . . . .	313	12,84
Meningite cerebro-spinale . . . . .	14	0,57	Ulcera tropicale . . . . .	1	0,04
Micosi . . . . .	46	1,89	Ulcera venerea . . . . .	36	1,48
Morbillo . . . . .	476	19,53	Vaiolo . . . . .	2	0,08
Poliomielite . . . . .	1	0,04			
<i>A riportare</i>	1.388		<b>TOTALE . . . . .</b>	2.437	

(\*) Secondo i dati del « Bollettino Statistico dell'A. I. », n. 9, 1939.

## LA DISTRIBUZIONE DELLE CAUSE DI MORTE IN LIBIA E IN ITALIA

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE CAUSE DI MORTE VERIFICATE IN LIBIA DAL 1 GENNAIO AL 31 LUGLIO 1939 SECONDO LA CLASSIFICAZIONE NOSOLOGICA ITALIANA	Europei	Musulmani	Israeliti	Distribuzione % verificatesi in Italia nella popol. gen. 1935-36-37
1. Malattie infettive e parassitarie . . . . .	12,45	4,46	7,74	12,39
2. Tumori (neoplasie) . . . . .	1,93	0,80	1,68	6,34
3. Malattie reumatiche, nutrizione, ghiandola endocrina e altre malattie generali . . . . .	0,64	0,24	1,68	1,77
4. Malattie del sangue e degli organi ematopoietici; avvelenamenti cronici e intossicazione . . . . .	0,86	0,98	1,35	0,62
5. Malattie del sistema nervoso e degli organi sensitivi	6,65	2,08	2,36	12,36
6. » dell'apparato circolatorio . . . . .	12,45	5,80	9,76	14,27
7. » » respiratorio . . . . .	21,24	29,08	18,18	18,95
8. » » digerente . . . . .	16,31	23,02	16,50	13 —
9. » » uro-genitale . . . . .	3,65	2,68	2,69	4,03
10. » della gravidanza, parto e puerperale . . .	1,29	0,71	1,02	0,48
11. » » pelle e tessuto cellulare, ossa e locomozione, vizi conformazione congeniti, infanzia, senilità . . . . .	13,30	27,89	34,68	12,67
12. Morti violente ed accidentali . . . . .	9,23	2,26	2,36	3,12
TOTALE . . . . .	100 —	100 —	100 —	100 —

(Ricavata dai dati della tav. 17 e della statistica cause morte nel Regno).

LE ASSICURAZIONI SULLA VITA NELLE TERRE DI OLTREMARE  
EMISSIONE CONTRATTI DELL'ISTITUTO NAZIONALE ASSICURAZIONI

TAV. 19.

Anno di emissione	ASMARA		BENGASI		MOGADISCIO		RODI		TRIPOLI		ADDIS ABEBA	
	Num. contratti	Capitali assicurati	Num. contratti	Capitali assicurati	Num. contratti	Capitali assicurati	Num. contratti	Capitali assicurati	Num. contratti	Capitali assicurati	Num. contratti	Capitali assicurati
1922	15	526.000	28	695.000	5	110.000	—	—	8	145.523	—	—
1923	18	585.000	39	1.205.000	1	50.000	—	—	34	923.263	—	—
1924	25	1.190.000	38	1.540.609	2	50.000	27	685.000	44	1.145.000	—	—
1925	13	745.000	57	2.016.847	3	140.000	14	300.000	61	1.858.000	—	—
1926	22	704.000	44	1.725.206	64	4.390.000	4	80.000	62	2.349.704	—	—
1927	217	3.682.174	395	7.469.990	67	372.000	27	710.000	841	5.300.567	—	—
1928	28	937.618	93	3.982.514	14	559.830	7	155.000	131	3.322.343	—	—
1929	198	1.777.711	192	3.994.128	10	535.000	23	876.805	555	7.613.282	—	—
1930	132	1.706.177	324	4.608.899	8	360.000	14	370.000	183	4.458.331	—	—
1931	51	721.417	933	15.833.414	22	555.000	9	148.000	1.019	15.471.191	—	—
1932	135	2.797.072	489	4.655.160	339	6.135.200	38	547.000	544	7.580.080	—	—
1933	110	2.477.370	125	3.211.527	87	1.964.070	128	1.188.198	349	5.532.530	—	—
1934	81	1.934.770	112	1.370.122	63	1.867.890	47	653.593	690	5.603.319	—	—
1935	242	6.854.757	272	4.106.977	169	4.857.730	94	1.058.931	427	4.717.931	—	—
1936	5.808	37.785.914	537	5.885.266	436	14.872.500	212	2.322.123	340	4.736.146	20	1.553.490
1937	430	18.056.623	945	8.651.996	501	8.027.570	702	4.944.198	826	6.842.422	496	19.289.930
1938	882	35.805.900	398	7.031.239	324	9.714.460	384	5.212.764	742	12.983.487	803	12.277.250

PREMI INCASSATI DALL'I.N.A. PER RISCHI DI ASSICURAZIONE VITA  
ASSUNTI NELLE TERRE ITALIANE DI OLTREMARE (Isole Egee - Libia - A. O.)

Anno 1922	.	.	.	.	.	.	importo premi	L.	424.881
» 1923	.	.	.	.	.	.	»	»	477.685
» 1924	.	.	.	.	.	.	»	»	688.182
» 1925	.	.	.	.	.	.	»	»	774.457
» 1926	.	.	.	.	.	.	»	»	946.818
» 1927	.	.	.	.	.	.	»	»	1.436.881
» 1928	.	.	.	.	.	.	»	»	1.971.529
» 1929	.	.	.	.	.	.	»	»	2.124.467
» 1930	.	.	.	.	.	.	»	»	2.085.252
» 1931	.	.	.	.	.	.	»	»	3.626.739
» 1932	.	.	.	.	.	.	»	»	3.179.990
» 1933	.	.	.	.	.	.	»	»	3.277.644
» 1934	.	.	.	.	.	.	»	»	3.407.099
» 1935	.	.	.	.	.	.	»	»	3.586.618
» 1936	.	.	.	.	.	.	»	»	4.698.472
» 1937	.	.	.	.	.	.	»	»	6.054.540
» 1938	.	.	.	.	.	.	»	»	6.818.682

---

TOTALE PREMI INCASSATI . . . L. 45.579.936





Corporate Heritage  
& Historical Archive



Corporate Heritage  
& Historical Archive