

PROF. I. JACONO
Direttore della Clinica Medica Tropicale di Napoli

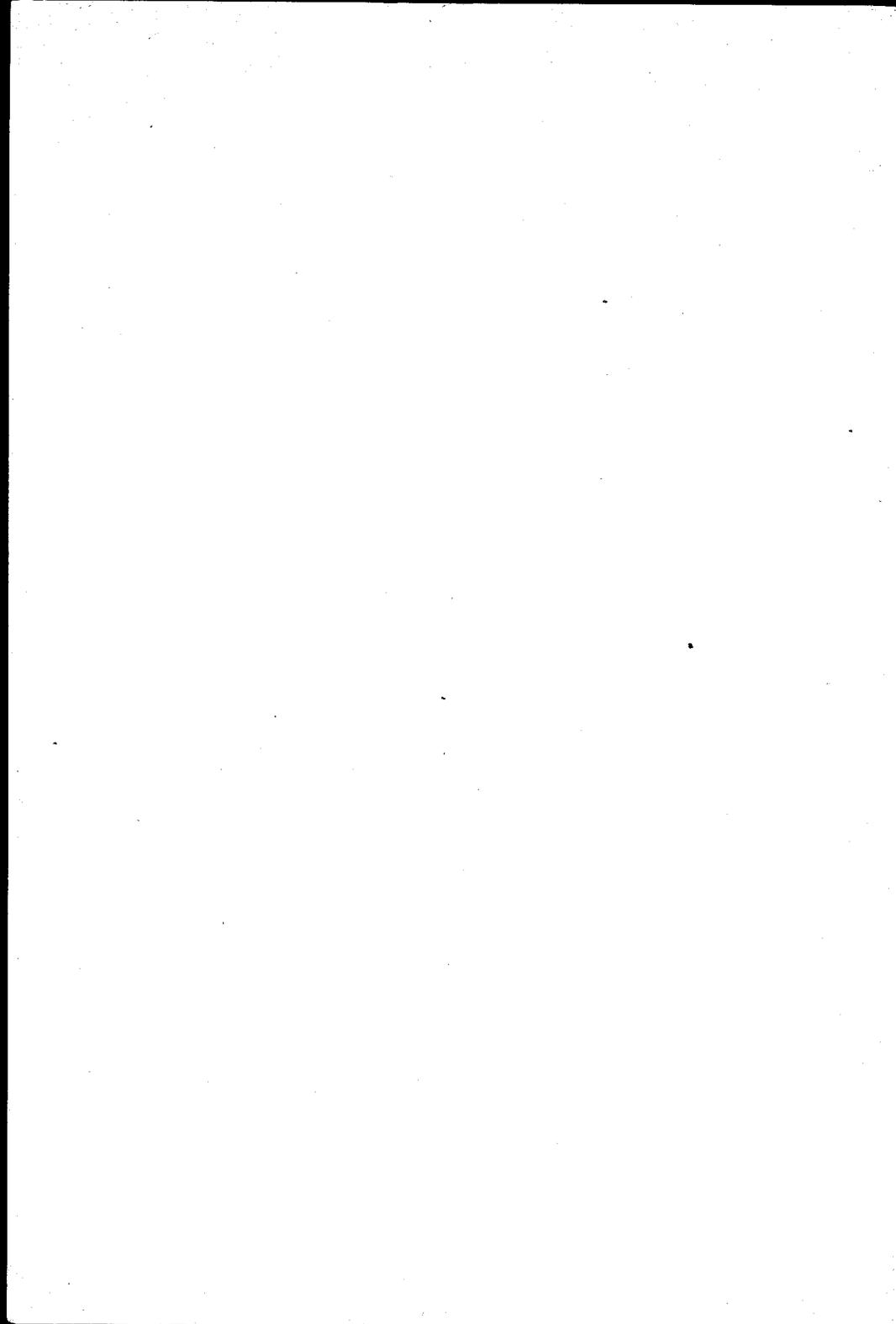
ORGANIZZAZIONE SANITARIA IN A. O. I.



*Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno IX
N. 16, del 31 agosto 1940 - XVIII*

Min B
58

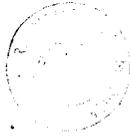
25



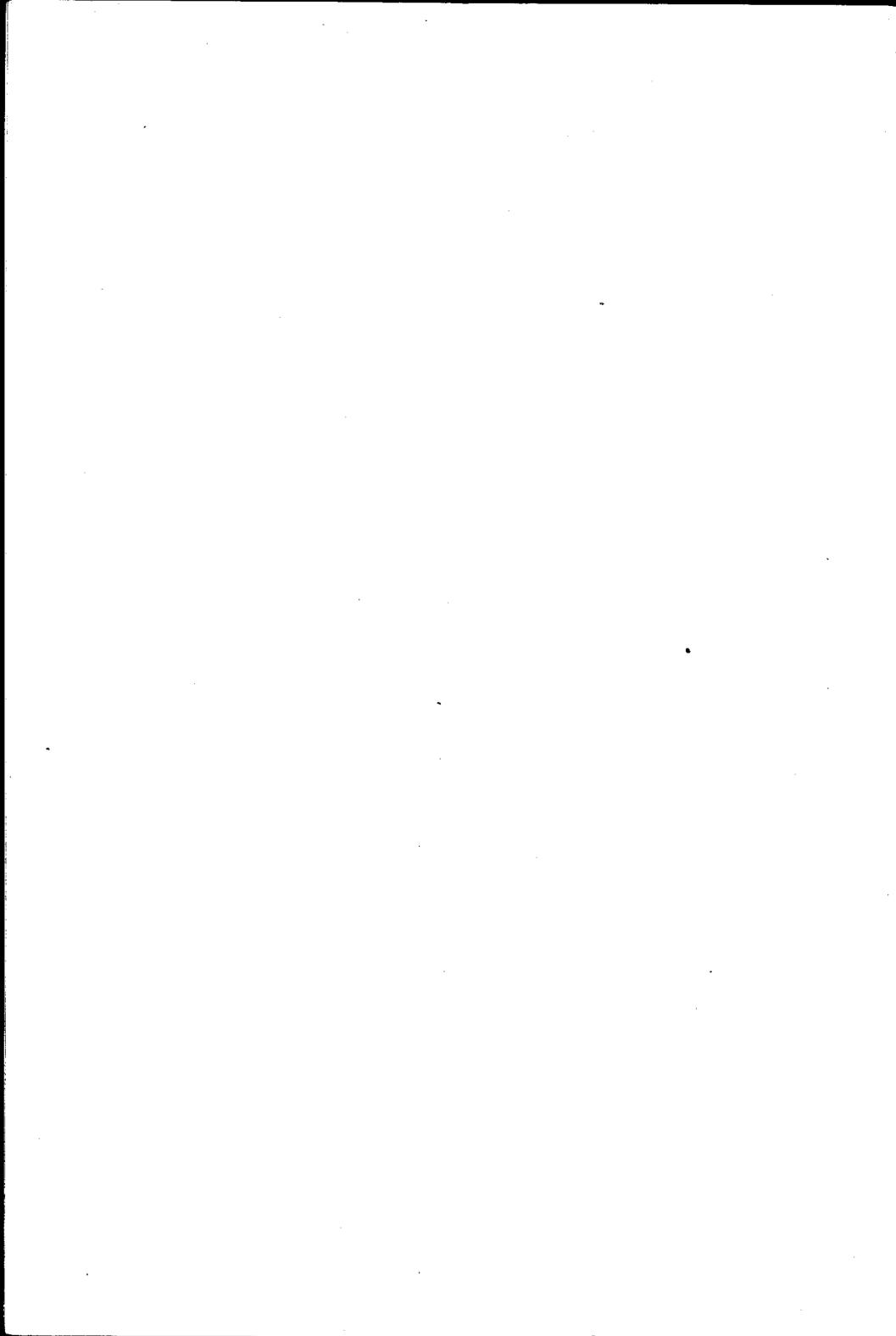
PROF. I. JACONO

Direttore della Clinica Medica Tropicale di Napoli

ORGANIZZAZIONE SANITARIA IN A. O. I.



*Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno IX
N. 16, del 31 agosto 1940-XVIII*



Benchè, tra i continenti, il più vicino a noi, l'Africa è sempre rimasta la più scarsamente popolata perchè non è mai stata la mèta dei grandi flussi migratori europei, tanto è vero che dei 170 milioni e più di europei che vivono fuori dell'Europa sparsi pel mondo, solamente poco più di tre milioni si sono trapiantati nel continente africano.

Se noi cerchiamo di conoscere le ragioni di questo indiscusso fatto storico, dobbiamo confessare che esse sono molteplici, ma sono in fondo strettamente legate alla leggenda che l'Africa fosse una terra inospitale per il clima e per l'ostilità delle sue popolazioni, leggenda, del resto, riassunta dal famoso aforisma: «ogni colpo di piccone degli europei nei paesi torridi è un colpo di piccone per la loro fossa».

Questo modo di vedere era soprattutto in dipendenza della concezione del clima africano: clima caldo umido, si diceva, clima desertico popolato di fiere e di animali velenosi, clima infido dove sovrane regnano le malattie più terribili, dove all'uomo la vita per tali motivi è resa difficile od impossibile.

Con la ulteriore spinta demografica, però, con la visione di possibili e maggiori ricchezze minerarie già messe in evidenza nel Sud Africa, e con le barriere opposte alle immigrazioni oceaniche, verso la fine del seco'o scorso e l'inizio dell'attuale, l'Europa si trovò necessariamente in condizioni di prospettarsi altre vie migratorie e il problema del continente nero divenne di attualità. Ma questa volta il trapianto europeo in terra africana fu affrontato e risoluto con una più esatta visione della realtà, e quindi con dati probativi, risultanti dalle numerose esplorazioni geografico-politiche, dalla conoscenza esauriente delle malattie ivi dominanti, dai progressi realizzati nel campo sanitario con talune norme profilattiche ed igieniche e dalla possibilità di adoperare mezzi di comunicazione più rapidi e più sicuri. A poco a poco, sulla scorta di queste nuove acquisizioni sanitarie, geografiche e politiche, cominciò ad affiorare negli animi la persuasione che l'Africa non era la tomba dell'europeo, che anche l'Africa rappresentava un

continente ove l'europeo poteva trapiantarsi e prosperare, e il vecchio aforisma del piccone e della fossa venne sostituito con una concezione molto più elevata, espressa da Strockwis: «I paesi tropicali non sono più la tomba dell'europeo ma un vastissimo campo di fecondo lavoro, perchè si conoscono i pericoli e si sanno anche combatterli».

Intanto, all'inizio della guerra italo etiopica le leggende furono riesumate dalla stampa estera ed agitate come un ammonimento per la nostra impresa: in ogni lingua venivamo avvertiti che il nostro esercito, innanzi di compiere qualsiasi decisiva azione bellica, sarebbe stato annientato dalle malattie e logorato dal clima.

Invece la organizzazione sanitaria della nostra impresa africana si chiuse con un bilancio veramente degno dell'antica Roma, con una cifra irrisoria, cioè, di morbilità e di mortalità per malattie che suscitò le meraviglie universali, e che indusse studiosi americani e giapponesi di problemi profilattici ad indagare le ragioni di tale successo.

Le ragioni di quello che fu detto il miracolo sanitario non potevano certo essere fortuite nè comunque determinate dalla completa assenza o dalla scarsa presenza di malattie nelle località percorse dal nostro esercito vittorioso, perchè tra le bande del negus infierivano molte malattie epidemiche e contagiose, tra cui il vaiuolo, le dissenterie, la malaria, le febbri ricorrenti e il tifo esantematico.

Le ragioni andavano ricercate invece nella scrupolosa preparazione compiuta dalla Sanità Militare in collaborazione con la Sanità Civile e con la Sanità Marittima, sotto l'alta direzione del nostro grande tropicalista ALDO CASTELLANI, scrupolosa opera profilattica voluta e curata personalmente dal DUCE, che non poteva aver dimenticato il settore sanitario e un suo pensiero già espresso un giorno ai medici in un discorso: «I medici debbono insistere su quell'ordine di problemi che appartengono alla medicina preventiva e che nello stesso tempo restringono il campo della medicina così detta repressiva».

Quando dallo stato di guerra si passò alla organizzazione civile di quei territori, nuove esigenze, nuove vedute e nuovi metodi si imposero alla Sanità, perchè il traffico era considerevolmente aumentato e il numero dei lavoratori cresciuto e perchè la vita civile richiedeva una stabile dimora dei metropolitani in quelle terre, un più stretto contatto con le popolazioni indigene e l'espletamento di tutto un programma di colonizzazione e di attività commerciale.

Ma, innanzi tutto, un grave e difficile compito fu quello che si assunse la Sanità Militare e la Sanità Civile dopo la guerra: il rimpatrio cioè di oltre mezzo milione di uomini tra civili e militari. Si trattava di fare affluire dalle località più remote una considerevole massa di persone ai porti principali di imbarco, ed evitare che possibili malattie infettive latenti o larvate potessero d'un tratto manifestarsi e determinare focolai di diffusione ovunque e soprattutto al loro arrivo in Italia. Questo compito fu svolto in modo ammirevole senza sostanziali episodi sgradevoli che avessero potuto, comunque, costituire ragioni di allarme o di preoccupazione.

Condotta vittoriosamente a termine la battaglia sanitaria del 1936 e subentrata alla Sanità Militare quella Civile, cominciò il grande lavoro organizzativo che in gran parte rappresentò la continuità di quanto-fino allora era stato preordinato ed effettuato.

L'attenzione dell'Ispettorato Sanitario fu rivolta allora ad alcuni problemi e specialmente a quelli dell'acclimazione e di talune malattie a decorso epidemico.

Una questione importante, in realtà, è quella dell'acclimazione dei nostri connazionali in quelle terre, intendendo per acclimazione non l'adattamento passivo dell'individuo alle mutate condizioni ambientali, ma quella attiva reazione organica da cui scaturiscono nuove correlazioni funzionali e sociali, e la possibilità della piena efficienza di ogni energia fisica ed intellettuale.

Noi dobbiamo parlare di acclimazione quando il clima non esercita più funzione di stimolo sull'organismo umano e quando si stabiliscono nuovi riflessi, i così detti riflessi condizionali di Paulow, a cui sono strettamente legate nuove abitudini e nuove forme di attività e di costumi, e a mezzo dei quali l'organismo assume una fase di regime perfettamente intonata alle mutate condizioni di ambiente.

In base a tali considerazioni, la perfetta tolleranza durante la guerra etiopica di un esercito di 500 mila

uomini e di oltre 100.000 operai alla vita tropicale, senza che la efficienza bellica e lavorativa avesse a subire per oltre un anno delle oscillazioni, rappresenta un esempio incomparabile di adattabilità della nostra razza ma non rappresenta ancora quello che si deve intendere per acclimazione.

Il problema dell'acclimazione potrà essere risolto solo quando si conoscerà bene l'azione biologica del clima tropicale sull'organismo umano e la reazione dell'organismo stesso al mutato ambiente.

Bisogna a tale proposito rilevare che il materiale raccolto al riguardo da molti studiosi, appartenenti a quelle nazioni che sono o furono colonizzatrici nelle zone tropicali, non solo non presenta la completezza dovuta ma, come ha fatto acutamente notare l'Eccellenza Bottazzi, è spesso contraddittorio.

Taluni sperimentatori, difatti, hanno compiuto le loro ricerche con metodi non del tutto esenti da critiche, senza tener conto delle condizioni alimentari e sociali del soggetto e senza prendere in considerazione il dato di malattie pregresse o in atto, di eventuali cure o profilassi medicamentose (chinino, atebrina, stovarsolo), e ricorrendo talvolta per le indagini, certo non per colpa propria, a mezzi di fortuna o a tecniche insufficienti.

Vi è poi da notare che, poichè i fenomeni vitali sogliono essere assai variabili e per la differenza dei climi e per la diversità costituzionale e di razza dei soggetti, e per il maggiore o minore periodo di tempo decorso dall'inizio della dimora dell'individuo nei tropici fino al momento della ricerca, noi non possiamo adattare senz'altro al nostro popolo i risultati delle esperienze fatte da altri popoli nelle loro colonie: a parità delle altre condizioni, gli europei non possono essere considerati tutti alla stessa stregua, anche se volessimo fermarci soltanto alle abitudini alimentari e alla capacità di pigmentazione, qualità di indiscusso valore ai fini dell'acclimazione e che sono così diverse nei popoli nordici rispetto a quelli meridionali dell'Europa.

Da un punto di vista pratico le due note che rappresentano la misura dell'avvenuta acclimazione sono il rendimento del lavoro e la continuità vitale della popolazione immigrata attraverso le generazioni.

Queste due note sembrerebbero finora deporre per una facile acclimazione dei nostri connazionali in quelle terre.

Secondo le osservazioni a noi pervenute, infatti, il rendimento del lavoro dell'Italiano e la sua efficienza

sarebbero buoni in quasi tutte le zone dell'Impero e la prolificità e la salute della prole non subirebbero alcuna alterazione.

Va rilevato inoltre che utili provvidenze sono state prese dal Governo Generale dell'A. O. I. per la questione dell'acclimazione, utili provvidenze rappresentate dalla istituzione di ambienti a temperatura condizionata nelle bassure torride, da suggerimenti igienici nella costruzione di case confortevoli, da una meravigliosa rete stradale, da una disciplina di lavoro riguardante soprattutto l'esonerazione del bianco da faticosi sforzi muscolari e dall'attuazione di tutti i suggerimenti dei nostri sanitari nella scelta non solo delle zone di popolamento ma anche degli individui costituzionalmente più adatti alle varie regioni.

Infine un Centro per lo studio dell'acclimazione alle dirette dipendenze del Consiglio Nazionale delle Ricerche è stato istituito in Addis Abeba: gli studi che verranno compiuti in tale Istituto ci detteranno le norme per una più redditizia acclimazione e ci daranno la documentazione scientifica di quello che empiricamente o quasi si è finora rilevato e realizzato nei riguardi dell'acclimazione.

Per quanto riguardava i problemi sanitari non meno oscure erano le nostre conoscenze: se non si ignoravano le gravi epidemie di vaiuolo, di dermatofito, di malaria e di febbre ricorrente, se si sapeva che la lebbra, il tracoma e le malattie sessuali erano diffusissime, la reale nosografia di queste affezioni e le cause a cui il loro genio epidemico era legato non erano certo del tutto conosciute. Fu disposto, perciò, che accanto alla istituzione di ospedali, ambulatori e laboratori di ricerche, a quella attrezzatura sanitaria, cioè, indispensabile per una vasta opera di trapianto del nostro popolo nell'Impero, fossero create pattuglie sanitarie, fossero istituiti medici itineranti, missioni mediche itineranti e carovane sanitarie allo scopo di rilevare inconvenienti igienici e focolai di malattie, di recare i soccorsi dovuti negli angoli più remoti dell'Impero e di fornire i dati per ulteriori programmi di bonifica e di cura.

A questi primi provvedimenti altri ne seguirono che presto permisero una esatta visione della distribuzione delle malattie e una preparazione adatta per combatterle.

In ogni Governo furono difatti istituiti ospedali per militari, ospedali per civili, ospedali per indigeni, Opera maternità ed infanzia, lebbrosario, stazioni di bonifica, poliambulanze, laboratori di specialità, di-

spensari e ricoveri anticelatici, uffici d'igiene e laboratori, ma non furono perdute di vista le grandi epidemie e le grandi sindromi tropicali e soprattutto la malaria, il dermatofito, le malattie sessuali, la febbre ricorrente, il vaiuolo e le malattie oculari.

Malaria. — La malaria rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari dell'Impero per i suoi riflessi economici, sociali e politici. Le possibilità di sviluppo agricolo, industriale e commerciale di varie zone dell'Impero sono subordinate alla presenza o meno della malaria e alla lotta che può essere svolta per contenere tale infezione entro limiti che vi permettano il trapianto e la dimora stabile di una collettività metropolitana ed indigena.

Sebbene la legislazione italiana antimalarica sia, come oltre Alpe è stata definita, una « preziosa fonte dove possono abbeverarsi con frutto tutti i paesi », tuttavia essa non si può integralmente applicare nelle nostre terre tropicali. Nei territori dell'Impero si sono dovuti seguire criteri diversi che avessero tenuto conto della enorme estensione delle zone, della scarsissima densità della popolazione, della necessità di rapido risanamento di alcune località a preferenza di altre e della utilità di non trascurare il fattore economico. Innanzi tutto, però, si imponeva la conoscenza esauriente della distribuzione geografica della malaria, i suoi rapporti con l'anofelismo di quelle terre e con la sua particolare biologia, la diffusione della malattia nelle popolazioni locali. Questo compito venne e viene tuttora espletato dai valorosi medici specialisti dell'Ispettorato di Sanità e controllato dalla oculata sorveglianza di appositi centri di studio e dalle ricerche di frequenti missioni scientifiche, istituite dal Centro Malariologico di Roma, diretto da uno dei più illustri malariologi, il sen. prof. GIUSEPPE BASTIANELLI.

Questa prima rapida visione della nosografia della malattia, oltre a fornire un quadro esatto sulla entità della lotta da svolgere in quelle zone che maggiormente interessano sia per la densità della popolazione sia per scopi agricoli, commerciali, militari e minerari, ha permesso di svolgere una campagna antimalarica su basi profilattiche con rigore di metodo e con lodevole energia, donde il risultato di una considerevole contrazione della malattia tra gli indigeni e di una trascurabile diffusione di essa ai metropolitani dislocati nelle zone più intensamente infestate.

Si può affermare che il Governo Generale dell'A.

O. I. ha impostato il problema della lotta antimalarica su basi scientifiche, in rapporto alla esatta valutazione dei fattori epidemiologici locali, e va realizzando con criteri pratici (specie a mezzo di dispensari antimalarici e di servizi ambulatori) le necessarie misure nelle varie località per combattere l'infezione. Da segnalare le carovane antimalariche. Queste carovane sono attrezzate in modo completo, inquantochè dispongono di un automezzo con tende e materiale portatile per laboratorio ed ambulatorio, e di un equipaggiamento someggiabile per muli e camelli.

Esse raggiungono quindi tutti gli abitati, ove sostano quel tempo necessario per un esame completo clinico e parassitologico della quasi totalità della popolazione.

I risultati finora conseguiti nella lotta antimalarica sono eccellenti ed io sono convinto che se i provvedimenti proposti dall'Ispettorato Superiore di Sanità verranno adottati senza discontinuità e con la indispensabile assegnazione dei mezzi necessari, i vantaggi economici saranno superiori ad ogni previsione.

Dermotifo. — Come è noto, il dermotifo è una malattia che si riscontra allo stato endemico in alcune zone tra gli indigeni dell'Impero. Durante la guerra italo-abissina si calcola che gli eserciti del negus ebbero un minimo di 20.000 casi; nei nostri eserciti, invece, non si ebbe neanche un caso.

Le zone in cui la malattia è endemica sono soprattutto talune località dello Scioa e dell'Amara. Da queste zone endemiche talvolta l'infezione è stata trasportata in altre località senza che peraltro i focolai divenissero permanenti.

L'opera del Governo Generale contro il dermotifo è stata veramente ammirevole e viene desunta non solo dalle circolari e dai provvedimenti suggeriti ed attuati, ma anche dai risultati che da qualsiasi osservatore possono essere rilevati, in quantochè tale infezione nei centri di maggiore diffusione deve oggi essere considerata come una malattia a carattere sporadico e non più epidemico.

I provvedimenti presi dal Governo culminano in talune realizzazioni profilattiche e in due magnifiche istituzioni, il *Centro per lo studio e la profilassi delle rickettsioni* e il *Servizio mobile autocarrato di bonifica e profilassi contro il dermotifo*.

Non mancarono provvedimenti radicali in alcune zone, dove i focolai erano costituiti da sudici agglome-

merati di baracche che avevano la pretesa di rappresentare esempi di costruzioni alla europea.

Fra le norme profilattiche ricordiamo intanto il campo contumaciale di Mai-Habar per i civili e quello di Nefasit per i militari. Questi due filtri importantissimi raccolgono tutti i rimpatrianti che in tali località, dopo essere sottoposti a disinfezione della persona e degli indumenti, vengono trattenuti per quindici giorni od anche più sotto sorveglianza sanitaria.

Il Centro per lo studio delle rickettsioni rappresenta un controllo permanente sulla distribuzione geografica della malattia ed una sicura garanzia per i nazionali, inquantochè in esso viene preparato un vaccino antidermotifico Weigl, il quale si è dimostrato di azione sicura e costante.

La migliore dimostrazione della efficacia della vaccinazione viene fornita dalla visione di quelli che nutrono i pidocchi infetti. Per l'allestimento del vaccino bisogna infettare per via anale con rickettsie migliaia di pidocchi (per ogni dose di vaccino occorrono cento pidocchi), poi prelevare con micromanipolatori l'intestino di questi insetti, emulsionare, dosare, rendere innocuo e poi inoculare all'uomo. I pidocchi infetti, intanto, debbono essere nutriti con sangue umano (altrimenti muoiono dopo poco più di una settimana) ed a ciò si presta un apposito personale indigeno che è stato preventivamente vaccinato. Ora questo personale quasi ogni giorno si sottomette al pasto di pidocchi infetti e tra i suoi componenti non si è mai verificato un caso di tifo esantematico.

La lotta contro il dermotifo intanto continua, e viene svolta su basi epidemiologiche e con ricerche di laboratorio che consentano una più esatta determinazione dei piccoli focolai endemici delle varie zone ed una migliore valutazione di talune questioni relative alla nosografia, alla patologia ed alla immunobiologia di questa infezione.

Per quanto riguarda la lotta contro qualche piccolo episodio epidemico di dermotifo tra gli indigeni, questa viene condotta dalle autorità sanitarie locali con encomiabile energia e con un senso di lodevole praticità, di cui sono espressione una serie di stazioni di bonifica scaglionate nelle località più infestate ed il *Servizio mobile autocarrato di bonifica e di profilassi contro il dermotifo*.

Tale servizio è costituito da autobotti fornite di stufe per il riscaldamento dell'acqua, di una serie di

doccie e di una stufa per la disinfezione degli indumenti. Questo servizio mobile diventa preziosissimo per la rapidità e per la sicurezza con cui anche in villaggi lontani dai centri organizzati non solo può essere svolta la profilassi contro il dermatofito ma anche una utile propaganda ai fini dell'igiene personale. Anche per questa malattia i provvedimenti presi finora possono lasciare tranquillo il Governo.

Malattie sessuali. — Le malattie sessuali costituiscono un arduo problema per la Sanità. Anche per esse la organizzazione della lotta profilattica e terapeutica è stata molto bene impostata e viene attivamente condotta, grazie soprattutto alla efficace azione di coordinamento e di controllo che ha svolto e svolge il Servizio Dermoceltico dell'Ispettorato Superiore di Sanità.

Accanto alla istituzione di case di tolleranza, presso ogni Ispettorato di Sanità di Governo sono intensamente curati appositi servizi di vigilanza e di consulenza antieletica, e i medici coloniali dappertutto svolgono un'opera intensa e proficua con i suggerimenti di dettagliate norme profilattiche e con la sorveglianza oculata delle prostitute, sorveglianza che viene compiuta in modo scrupoloso e continuativo anche nei piccoli villaggi della periferia.

Senza dubbio inconvenienti ancora si verificano, ma essi si rilevano solo in quei casi in cui viene compiuto l'amplesso clandestino.

La prostituzione clandestina è sviluppata soprattutto lungo le strade e nei piccoli villaggi situati sulle grandi vie di comunicazione, dove l'adescamento ai passanti si svolge di solito con successo. Sicchè, come bene si comprende, in questo campo non hanno valore le previggenze ufficiali se l'uomo non modifica le sue particolari qualità negativiste di elusione e di resistenza alla comprensione del pericolo e all'attuazione delle norme profilattiche. In ogni modo siamo lieti di rilevare che il numero dei casi di malattie veneree è andato progressivamente diminuendo fino a diventare nei grandi centri addirittura trascurabile e comunque non superiore a quello che si suole rilevare nei centri cittadini europei.

Malattie oculari. — Queste si possono considerare sotto due forme: quelle contagiose e quelle non contagiose. Le prime sono essenzialmente costituite dal tracoma e dalle congiuntiviti catarrali acute in

senso lato, e sono quelle per cui il Regime ha soprattutto organizzato un servizio oftalmico nei vari Governi con reparti ospitalieri, con ambulatori, con una sorveglianza oftalmica nelle scuole, nei cantieri, nei campi alloggi e nelle carceri. Degna di particolare rilievo è la istituzione di un servizio oculistico ambulante autocarrato che percorre tutte le contrade periferiche, provvedendo non solo a curare gli infermi ma anche a dare, ai medici delle più remote residenze, una guida e le istruzioni precise per la diagnosi, la cura e la profilassi delle malattie oculari.

Febbri ricorrenti. — La febbre ricorrente in A. O. I. è d'ordinario determinata negli altopiani dai pidocchi e nelle zone torride dalle zecche. Gli episodi morbosi più frequenti tra gli indigeni, quando si osservano, coincidono d'ordinario con il dermatofito e sono sempre date dai pidocchi.

La lotta che si svolge contro il dermatofito ha determinato di riflesso una considerevole diminuzione della febbre ricorrente perchè per la sua profilassi sono sufficienti le misure sanitarie adottate contro il dermatofito.

Lebbra. — La lotta contro la lebbra è stata così bene condotta che oggi è difficile tra i malati che si presentano negli ambulatori, all'osservazione del medico, trovare molti lebbrosi.

Nello sviluppo dei servizi civili il problema della lotta contro la lebbra è stato senz'altro affrontato tenendo presente le seguenti finalità: isolare il lebbroso allo scopo di evitare la diffusione della malattia e ricoverare i malati a fine umanitario. Degna di particolare encomio è la istituzione del leprosario di Selaclacà e di quello di Addis Abeba, che hanno annessi ai tucul zone agricole per il lavoro di questi ammalati. Tali istituti sono stati attrezzati con lo specifico obiettivo di uno studio profondo sulla lebbra. Il leprosario di Selaclacà, dovuto alla iniziativa del Sovrano Militare Ordine di Malta, è stato costruito con larghissimo contributo del Ministero dell'A. O. I. e dei Governi dell'Impero.

Esso dispone anche di una zona riservata per raccogliere non solo i bimbi dei lebbrosi prima che il contagio familiare li colpisca, ma anche quelli di età maggiore che sono rimasti immuni dalla lebbra.

Interessante la sistemazione della colonia agricola che è costituita da tre villaggi in tucul, ciascuno capace di ospitare seicento indigeni, e in cui possono

raggrupparsi intere famiglie in base ad una selezione derivante dalla evoluzione e dallo stato della malattia e dal tipo di lavoro ad ognuno assegnato.

Vaiuolo. — In tutte le zone che ho percorse non ho mai visto nè mi è mai stato denunziato un caso di vaiuolo, nè sotto forma epidemica, nè sotto forma sporadica, nè nei nazionali, nè negli indigeni. Cade opportuno qui ricordare che nei primi due anni dopo la nostra occupazione il vaiuolo faceva strage nella popolazione indigena.

Tali risultati sono stati sicuramente determinati dalle vaccinazioni in massa praticate dovunque dai medici, e specialmente da quelle praticate con le carovane vaccinatorie che realmente rappresentano il mezzo più efficiente per fronteggiare simile infezione. Naturalmente sarà utile non rinunziare a tali carovane e proseguire senza interruzione il programma tracciato nella lotta contro il vaiuolo dall'Ispettorato Superiore di Sanità.

* * *

Sono corsi poco più di tre anni dalla nostra conquista e delle terre così dette inospitali di Etiopia e delle gravi epidemie ivi dominanti non rimane altro che un ricordo folkloristico.

Durante la mia missione nell'Impero, verso la fine del decorso anno, ebbi la opportunità di rilevare ovunque lo sforzo gigantesco compiuto dal Governo Generale per fronteggiare prima e per eliminare poi tutte quelle malattie che rappresentavano una condizione strettamente legata alla mancanza assoluta di norme igieniche e agli usi e ai costumi di quelle popolazioni indigene.

E questa opera meravigliosa si è svolta e si è compiuta attraverso un armonico programma di lavoro che mirava anche a dare un definitivo assetto amministrativo ai territori conquistati. Con tale visione fu portata a compimento una ricca rete stradale che si va sempre più infittendo. Tale rete stradale, insieme ai rapidi servizi aerei, costituisce la vera piattaforma

per una sicura e stabile penetrazione economica e per un rapido sviluppo dei servizi igienico-sanitari.

Queste strade permettono il rapido movimento di automezzi per servizi di cura e di profilassi, e se si pensa che dovunque sono sorti e vanno istituendosi ospedali, infermerie, ambulatori e posti di pronto soccorso, si comprende come si sia riuscito a realizzare una organizzazione che in così breve periodo di tempo ha completamente capovolto la situazione sanitaria di quelle terre.

Oggi si percorrono tutti i maggiori centri dell'Impero, tutti gli agglomerati indigeni, tutti i nostri Enti di colonizzazione senza che alla osservazione del medico si presentino episodi di epidemie o di malattie contagiose. Lo stato di salute dei metropolitani nell'Impero è quanto di meglio si possa desiderare: la morbilità e la mortalità per malattie sono rappresentate da cifre trascurabili, l'acclimazione nella quasi totalità di quelle terre è un fatto che empiricamente può considerarsi compiuto, il nostro lavoro di colonizzazione va sempre più estendendosi ed affermandosi.

Questa mirabile opera voluta dal Regime è stata compiuta anche e soprattutto col concorso dei nostri medici coloniali. In particolar modo i medici itineranti, i medici che vivono nelle zone capillari della vita dell'Impero, hanno ottenuto, per la loro opera preziosa e disinteressata, anche un notevole successo politico, contribuendo all'affermazione e all'aumento del nostro prestigio.

In tempi non remoti un vecchio comandante di truppe coloniali di una nazione con vasti possedimenti nelle zone equatoriali soleva dire al suo Governo: « datemi un medico e vi restituirò un reggimento ».

In questa proposizione sono compendiate le preziose virtù del medico che svolge la sua attività tra le popolazioni indigene delle terre tropicali, sono compendiate le preziose virtù del nostro medico coloniale, che umile ed oscuro eroe serve in silenzio, nel nome del RE IMPERATORE e agli ordini del DUCE, la Patria e la civiltà.

69587

[Handwritten signature]

