

La diffusione della tubercolosi fra gli Italiani negli Stati Uniti

Comunicazione fatta dal dott. cav. **Antonio Stella** al Congresso internazionale della tubercolosi tenuto in Washington nel settembre 1908 (1).

Chiunque ha familiarità con le condizioni anormali di vita e di lavoro dominanti fra gli Italiani ammassati nei popolosi *tene-ments* di New York e Chicago e si rende conto dell'importanza dei centri urbani rispetto alla genesi e alla diffusione della tubercolosi, deve necessariamente riconoscere che in queste condizioni, tale malattia deve essere molto diffusa tra gli immigranti italiani. La loro concentrazione enorme nelle grandi città è dimostrata a sufficienza da alcuni dati statistici. Infatti se nei sessanta anni che vanno dal 1820 al 1880, sopra un'immigrazione totale di più che dieci milioni di stranieri, si sono contati soltanto 68,633 Italiani, e il censimento del 1890 ha riconosciuto che la popolazione d'Italiani negli Stati Uniti era di 182,580 persone e non più, mentre l'immigrazione dell'annata era stata di quasi mezzo milione d'anime nella sua totalità, negli anni recenti l'immigrazione italiana ebbe un rapido incremento come è dimostrato dalle cifre seguenti:

1889-1890 — 52,003	1895-1896 — 68,060	1901-1902 — 180,535
1890-1891 — 76,055	1896-1897 — 59,431	1902-1903 — 233,546
1891-1892 — 61,631	1897-1898 — 58,613	1903-1904 — 196,028
1892-1893 — 72,145	1898-1899 — 78,730	1904-1905 — 226,320
1893-1894 — 42,977	1899-1900 — 101,662	1905-1906 — 273,120
1894-1895 — 35,427	1900-1901 — 137,807	1906-1907 — 285,731

Il che dimostra che in cinque anni dal 1900 al 1905 sono giunti in questo paese 974,236 Italiani in più.

Tre quarti (79 per cento) della popolazione totale degli Italiani negli Stati Uniti vivono in città che hanno una popolazione superiore ai 50 mila abitanti. E una parte preponderante di questa popolazione (72 per cento) è assorbita dalle regioni della costa

(1) Il Governo italiano è stato ufficialmente rappresentato a questo congresso da S. E. l'Ambasciatore Mayor des Planches, dal cav. dott. Antonio Stella medico dell'ospedale annesso all'Istituto italiano di beneficenza, consulente del Manhattan Hospital, direttore del dispensario Morgagni di New York, e dal capitano medico della R. Marina dott. Ernesto Mensa. — La presente comunicazione è stata fatta in lingua inglese.

settentrionale dell'Atlantico (1). Il solo Stato di New York ne contiene 586,175 e la città di New York non meno di 500 mila, vale a dire più di quattro quinti (78.7 per cento) dell'intera popolazione italiana di questo Stato, una popolazione eguale alla terza fra le maggiori città d'Italia. Considerando che nove decimi di questi immigranti appartengono alla classe dei contadini e dei braccianti delle regioni rurali d'Italia, che in questo paese si dedicano ai più vili mestieri anzichè ai bisogni dell'agricoltura, e che la loro maggioranza (80 per cento) è compresa fra i 15 ed i 45 anni d'età, epoca della vita in cui predomina la tisi, se ne possono facilmente prevedere le conseguenze.

Mentre tutti riconoscono che la vita urbana abbassa la resistenza fisica delle popolazioni a detrimento della Nazione, pochi sanno che questa depressione è risentita più profondamente dall'uomo robusto del contado che non dal pallido e sparuto abitatore della città. Il passaggio repentino dalla vita rurale alla cittadina non dà tempo per così dire, a una popolazione nomade avvezza a vivere all'aria libera, di preparare e di elaborare sufficienti mezzi per difendersi contro il nuovo ambiente o adattarvisi, mezzi rappresentati da speciali enzimi od osonine, o da altra cosa da noi ignorata, che ogni animale e puranco ogni pianta sviluppa quando è trasferito in un diverso ambiente. Può essere invece che l'altissima tensione cui il sistema nervoso è assoggettato dalla vita cittadina, accusata sovente come fattore di malattia, rappresenti effettivamente la sorgente principale di quella iperaezie ed iperattività funzionale che mantiene l'organismo in uno stato costante di tensione fisica e di vitalità aumentata. Comunque sia, è certo che la mortalità e la morbilità sono più elevate fra le popolazioni rurali aquartierate nelle città che non fra le popolazioni stesse delle città, malgrado l'apparenza più robusta di quelle in confronto di queste. L'esempio degl'indiani pelli rosse, dei negri, di molte popolazioni selvaggie e, attualmente, degli Italiani d'America ne sono la prova innegabile.

(1) L'ultimo censimento degli Stati Uniti fissa tale proporzione nella cifra di 62,4 ma non tien conto naturalmente di un milione e più d'immigranti che si sono avuti dal 1900 in poi.

Mancano disgraziatamente le statistiche e neppure nella letteratura v'è traccia di tale argomento, poichè i due Governi interessati non hanno mai rivolta un'azione concorde ad investigare circa la diffusione dei morbi tubercolari e il notevole deterioramento fisico dei lavoratori italiani negli Stati Uniti, come conseguenza di una lotta più intensa per l'esistenza in correlazione ad alcuni fattori economici che li assalgono e li abbattano da ogni lato.

Le due tavole statistiche seguenti sono fra i pochi documenti ufficiali che dimostrano la mortalità dovuta alla tubercolosi in confronto con la mortalità generale ripartita fra le colonie delle diverse nazionalità. Ambedue comprendono i maschi e le femmine da 15 ai 45 anni d'età, designati e considerati ordinariamente come "prima generazione di emigranti", e si riferiscono rispettivamente alla città di New York (tavola I) e alla popolazione complessiva degli Stati Uniti per l'anno 1900 (tavola II). La prima dimostra che la mortalità media per tubercolosi fra gli Italiani residenti in New York ha raggiunto il 21.90 per cento per gli uomini ed il 23.98 per cento per le donne, rispetto alla mortalità totale verificatasi nella loro colonia per l'anno 1902.

TAV. I. — Mortalità per tubercolosi nella città di New York durante l'anno 1902.

ORIGINE	MASCHI			FEMMINE		
	MORTALITÀ			MORTALITÀ		
	generale	per tubercolosi	percentuale	generale	per tubercolosi	percentuale
Chinesi	44	22	50 —	—	—	—
Irlandesi	2,103	831	39.52	1,771	609	34.39
Negri.	219	91	41.41	234	79	33.76
Scozzesi	66	26	39.39	56	10	17.86
Francesi. . . .	87	30	34.48	66	21	31.81
Tedeschi	1,101	357	32.43	741	184	24.83
Scandinavi. . .	119	36	30.25	82	29	35.37
Austriaci	319	96	30.09	263	54	20.53
Stati Uniti. . .	898	252	30.07	726	215	29.61
Canadesi. . . .	48	14	29.17	58	16	27.59
Russi.	358	104	29.05	380	63	16.58
Italiani	452	99	21.90	342	82	23.98

TAV. II. — Mortalità per tubercolosi negli Stati Uniti durante l'anno 1900.

ORIGINE	MASCHI			FEMMINE		
	MORTALITÀ			MORTALITÀ		
	generale	per tubercolosi	percentuale	generale	per tubercolosi	percentuale
Chinesi	386	172	44.56	32	8	25.00
Irlandesi	10,354	3,045	29.48	8,912	3,117	34.98
Negri	6,743	2,171	32.20	6,075	2,135	35.14
Scozzesi	542	160	29.52	482	136	28.22
Francesi	232	67	28.88	178	53	29.77
Tedeschi	5,794	1,695	29.25	4,896	1,334	27.25
Scandinavi	1,056	311	29.45	894	312	34.90
Austriaci	398	111	27.89	276	60	21.74
Stati Uniti	13,298	3,381	25.42	13,801	3,846	27.87
Canadesi	2,217	724	32.66	2,559	1,066	39.31
Russi	1,022	227	22.21	732	155	21.27
Italiani	1,196	204	18.12	693	159	22.94

Nella II tavola la mortalità degli Italiani per tubercolosi sembra essere alquanto minore. Ciò è dovuto al fatto che le relative cifre si riferiscono anche alla popolazione rurale, la cui mortalità non è mai tanto alta come nei centri urbani.

Queste tabelle offrono dunque la prima prova e la constatazione ufficiale del fatto importantissimo su cui da anni ho richiamato l'attenzione degli studiosi e cioè che le donne italiane sono in America molto più suscettibili a contrarre la tubercolosi che non gli uomini, benchè siano in minor numero di questi (1) e ciò

(1) L'80 per cento degli immigranti italiani son maschi come risulta dai seguenti dati del 1905, anno in cui l'immigrazione italiana ha raggiunto uno dei suoi periodi di acme :

	maschi	femmine	Totale	sotto 14 anni d'età	da 14 a 44 anni	da 45 anni in su
Italiani settentrionali	31,695	8,235	39,930	3,569	34,561	1,800
Italiani meridionali	155,007	31,383	186,390	16,915	159,024	10,451

in opposizione diretta ai risultati statistici riguardanti le donne delle altre nazionalità.

La mortalità media per tubercolosi nella città di New York (come dall'*United States Census of 1900*) è di 149.9 su cento mila abitanti. Quella degli immigrati italiani sembrerebbe alquanto minore. Se non che tutti i medici che hanno pratica degli Italiani poveri di queste grandi città sanno che solo una parte degli Italiani tubercolosi muoiono nella località ove hanno contratto la malattia. Temono l'etisia assai più che le popolazioni di altra nazionalità e la fede negli effetti del clima, come unico mezzo di cura per le malattie polmonari, ha radici tanto profonde nell'animo loro che al primo accenno di fenomeni polmonari anormali subito si preparano a cambiare di clima. Così avviene che uomini e donne, pur essendo in pessime condizioni economiche, vendono tutti i loro averi e, senza un attimo d'indugio, fanno ritorno ai loro paesi d'origine. Se per una ragione qualsiasi non riescono ad ottenere uno di quei passaggi gratuiti che il Governo italiano mette a disposizione dei Consoli italiani in America appunto per far fronte a simili contingenze, sono soccorsi dai loro parenti ed amici. La fiducia nel clima nativo come unico rimedio contro la tosse cronica è talmente diffusa, che sovente si preparano a cambiare residenza senza neppure consultare il medico, anzi talvolta contro il suo stesso consiglio. Così si accresce la quota della mortalità nel loro luogo di nascita, mentre le statistiche di quello in cui hanno contratto la tubercolosi, non tradiscono l'entità dei fatti.

A questo proposito giova invece consultare le relazioni sanitarie generali del Commissariato dell'emigrazione, in cui dal 1903 in poi sono computati i rimpatri degli ammalati. Tali relazioni riferiscono che il numero degli emigranti tubercolosi rimpatriati dal Nord America è andato e va aumentando ogni anno sempre più.

Questo costante ritorno dei tisici italiani al paese nativo produce dunque la falsa impressione che la mortalità fra gli Italiani sia molto bassa, e dimostra quanto debbono essere errate, in riguardo alla diffusione della tubercolosi fra gli Italiani, le dedu-

zioni basate unicamente sulla mortalità media indicata dalle statistiche americane.

La media degli Italiani tisici rimpatriati nel 1903 è stata del 2.92 per mille, nel 1904 del 2.75, nel 1905 del 5.66, nel 1906 del 5.61. Ma queste medie sono molto inferiori alla realtà dei fatti, perchè tengono conto soltanto dei casi che si trovano in stadio molto avanzato, scoperti fra i passeggeri di III classe, che vengono isolati nelle infermerie di bordo (1). Essi rappresentano però una frazione assai piccola in confronto con la legione di quelli in cui la malattia è incipiente o in stadio poco avanzato o che viaggiano in I o in II classe. Oltre a ciò i tubercolosi di III classe che stanno in piedi e vanno in giro, sfuggono alla vigilanza sanitaria, poichè non vi è nessuna legge che prescriva l'esame sistematico dei casi sospetti. E i passeggeri di classe superiore sfuggono in ogni modo alla vigilanza, perchè non cadono sotto le prescrizioni delle leggi vigenti. Nondimeno è ben noto il fatto che numerosissimi tisici viaggiano in II classe e talvolta nelle stagioni di grande movimento, anche in I classe (non si possono indicare cifre statistiche al riguardo, per i motivi già detti), puranco se i loro stretti parenti viaggiano in III classe. I motivi di ciò sono:

1° per evitare l'affollamento e la confusione dei locali di III classe e fruire di trattamento migliore, nella tema che l'atmosfera soffocante della III classe possa accorciar loro la vita o aggravare le loro condizioni.

2° per sfuggire alla vigilanza del medico di bordo, che temono possa imporre loro delle indebite restrizioni e per sfuggire alla stigmata d'esser dichiarati apertamente tisici.

3° perchè quasi tutti gli italiani rimpatrianti hanno abbastanza denaro per pagare la differenza di prezzo fra III e II classe

(1) Fra gli emigranti rimpatriati da Boston nei primi due quadrimestri del 1909 i ricoverati negli ospedali di bordo per tubercolosi sono stati non meno del 2 per cento.

Nota del Commissariato.

e considerano il denaro speso così come prima quota d'investimento a beneficio della salute, che costituisce il movente del loro viaggio.

In base alla mia esperienza personale e alle informazioni raccolte, oso credere che il 50 per cento dei passeggeri di II classe soffrono di tubercolosi in una forma o in un'altra. E durante alcune stagioni, a bordo di bastimenti con noli a buon mercato, tale percentuale è forse anche più alta. Se poi paragoniamo questo fatto col relativo difetto di adattamenti igienici in questa classe, ci risovviene la verità di quanto ha detto il Dupuis, che "la protezione dei passeggeri contro le malattie infettive a bordo sta in ragione inversa al prezzo del biglietto" (1).

La seguente tavola, gentilmente favoritami dal segretario della Società italiana di Beneficenza (*Italian Benevolent Institute*) di

(1) In base alle istruzioni impartite ai medici militari RR. Commissari viaggianti, gli emigranti (di III classe) affetti da tubercolosi debbono essere trattenuti durante il viaggio nelle infermerie d'isolamento, pur senza rivelare a loro il genere di malattia da cui sono affetti, non permettendo che facciano vita in coperta, poichè l'accettarli a bordo costituisce una concessione subordinata alla sicurezza dei sani.

Mal consigliati sono quindi quegli emigranti tubercolosi che imbarcano in II classe o anche in I.

Ognuno sa che i passeggeri di I e di II classe vengono riuniti generalmente in gruppi di due, di tre e di quattro in uno stesso camerino in cui la comunanza di vita non è certo minore che nei locali di III classe, e i pericoli di contagio non sono punto minori. Perciò un tubercoloso che viaggia in II o anche in I classe rappresenta per i compagni di camerino sani un grave pericolo. E non sempre è facile, specialmente se il piroscafo è affollato, ottenere, quand'anche qualcuno se ne occupi, che a un passeggero tifico di II o anche di I classe, sia assegnato un camerino separato. E le cure e l'assistenza prestate nei camerini sono sempre molto minori (specialmente se si tratta di II classe) di quelle prestate agli ammalati ricoverati nelle infermerie di bordo, cui non può mancar nulla di quanto abbisognano e dove sono a permanenza infermieri adatti.

Infine giova anche notare che la disinfezione di un camerino di I e di II classe guernito di inutili cortinaggi, in cui sia stato ricoverato un tubercoloso, vien fatta, quando vien fatta, con minor cura della disinfezione dei locali di III classe cui vigilano, sotto la loro personale responsabilità, i medici militari.

Nota del Commissariato.

New York, mostra che circa il 20 per cento degli emigranti rimpatriati a richiesta del Consolato, dal gennaio 1906 all'agosto 1908, incluso, soffrivano di tubercolosi polmonare.

Indigenti rimpatriati dal R. Consolato di New York.

ANNO	per tubercolosi	per bronchite cronica	TOTALE	per reumatismo	per malaria	per cardiopatie	per neuropatie	per malattie varie	per miserabilità	TOTALE
1906	47	87	134	53	21	15	19	139	153	534
1907	17	17	34	25	6	2	2	47	157	273
1908	14	15	29	18	2	2	2	33	200	286
Totale	78	119	197	96	29	19	23	219	510	1093

Che la tubercolosi non sia importata negli Stati Uniti dagli Italiani e sia invece da loro quivi contratta, quindi trasportata in Italia, lo provano a colpo d'occhio i dati statistici della relazione sanitaria ufficiale, che indica quanti casi di tubercolosi siano stati riscontrati fra quelli diretti al di qua e quanti fra quelli diretti al di là dell'Atlantico. Sopra 309,503 Italiani che lasciarono l'Italia per gli Stati Uniti nel 1903-1904 si ebbero 2 soli casi di tubercolosi ricoverati nelle infermerie di bordo con una media quindi del 0.006 per cento, ciò che è dovuto alla rigorosa sorveglianza esercitata dal Governo degli Stati Uniti, sia nei porti d'imbarco, che in quelli di sbarco. Sopra 169,229 Italiani rimpatriati nello stesso periodo di tempo, i casi di tubercolosi ricoverati nelle infermerie di bordo sono stati invece 457, non compresi 17 morti in viaggio.

L'evidenza di questi fatti è anche dimostrata dalla seguente tabella:

Media dei morti per etisia su 100 mila abitanti (Estratto dall'*United States Census, Vital Statistics, XXVIII*).

ORIGINE	E T À			
	al disotto dei 15 anni	dai 15 ai 44	dai 45 ai 64	di 65 e più
Negri	246.0	587.4	518.0	548.7
Figli di donne nate negli Stati Uniti. .	27.5	162.5	131.8	176.4
Irlandesi	42.2	482.0	340.9	324.7
Tedeschi	26.6	205.9	207.5	235.3
Inglesì	27.2	151.4	173.1	234.0
Canadesi	34.5	199.7	163.8	237.3
Scandinavi	32.4	233.7	267.3	293.6
Scozzesi	32.0	201.1	201.8	238.5
Italiani	50.7	149.9	157.0	144.1
Francesi	47.1	220.6	195.5	162.5
Ungheresi	38.6	113.4	125.1	187.3
Boemi	13.2	235.2	124.9	101.0
Russi	26.7	131.1	178.8	249.4
Polacchi	11.4	67.4	103.9	243.2
Di altre nazionalità	45.9	189.1	263.6	233.7

Risulta da questi dati che la mortalità per tubercolosi fra gli Italiani di età inferiore ai 15 anni è stata superiore a quella degli abitanti di origine diversa, eccettuati i negri, mentre fra i 15 e i 44 anni d'età, quando la mortalità per etisia, in base a generale consenso, è più alta, raggiungono appena il decimo posto in ordine di frequenza. E questo si spiega col fatto che i bambini tisiici, a differenza degli adulti, non vengono rimandati in Italia, ma restano in America a morire.

Da tutto ciò deriva l'impossibilità di determinare la frequenza della tubercolosi fra gli Italiani nell'America del Nord sulla semplice base delle statistiche ufficiali. Invece un criterio abbastanza

approssimativo si può desumere dalla morbidità tubercolare, dal numero dei casi di quotidiana infezione, sia del tipo polmonare che dei vari tipi di carattere chirurgico.

In base a tale criterio, nel corso di dieci anni d'esercizio professionale a New York, raccolsi lo sparso materiale che presentai al Congresso della tubercolosi, tenuto a Milano nel 1906, e che aumentato di nuovi dati, forma la base di questa comunicazione.

La prima serie di osservazioni si riferisce più che altro alla tubercolosi chirurgica, ed è stata ricavata dai registri di diversi ospedali e dispensari frequentati specialmente da Italiani, dai rapporti sanitari delle pubbliche scuole, dai registri di leva consolari degli iscritti visitati a New York, dalle note degli indigenti rimpatriati dal R. Consolato a richiesta delle società italiane di patronato, dalle importanti relazioni della *Tenement House Commission* e del *Board of Health* di New York.

La seconda serie comprende 800 casi esaminati da me nella mia pratica privata o nell'ospedale italiano, ed alcuni pochi esaminati in consulto con altri medici. Questi casi rappresentano ogni sorta di emigranti, come pure tutte le provincie d'Italia, e illustrano gli aspetti tipici della tubercolosi come si manifesta fra gli Italiani in America.

Prima serie.

A. — Difficile è determinare anche con approssimazione la frequenza relativa della tubercolosi chirurgica, poichè sovente tale malattia guarisce, grazie ai progressi della moderna chirurgia e, quando ha esito infausto, raramente è registrata come causa di morte nelle statistiche. Ciò non pertanto è frequentissima fra gli Italiani in America, specialmente fra i figli degli immigranti, come dimostrano le cliniche pediatriche e i registri di alcuni dispensari frequentati da Italiani.

Da uno spoglio di questi registri fatto nel 1904-1906, risulta che di ogni 12 bambini italiani visitati, almeno uno presentava segni evidenti di tubercolosi d'una forma o dell'altra (*St. Mary's*

Hospital, Hospital for Ruptured and Crippled, Columbus Hospital, Postgraduate Hospital, Cornell Dispensary). Tale proporzione supera le cifre date dal Leonte, e quelle più note delle statistiche dello Strauss e del Nothnagel. La razza negra è la sola che supera tale percentuale. Le lesioni tubercolari che s'incontrano più frequentemente fra gli Italiani sono quelle delle glandole, delle ossa e delle articolazioni, sia fra gli adulti che fra i fanciulli. Poi vengono le affezioni peritoneali che si osservano con speciale frequenza fra le donne, a preferenza fra i 16 e i 35 anni d'età, e sono caratterizzate da una grande irregolarità di manifestazioni cliniche, con ogni specie di complicazioni. Quindi vengono le lesioni degli organi genito-urinari, e in ultimo quelle delle meningi, che sono sempre maggiormente frequenti nell'infanzia e nella fanciullezza.

B. — Come la tubercolosi delle glandole e l'abito scrofoloso in genere siano molto frequenti fra i figli degli immigranti italiani, risulta dai rapporti sanitari delle pubbliche scuole. Oggidì circa 35,000 fanciulli italiani d'ambo i sessi sono iscritti nelle scuole municipali della sola città di New York. Da un'ispezione sanitaria di queste scuole risultò una forte percentuale di difetti fisici e una grande diffusione di scrofolo. Dalle ricerche fatte, in quanto tale reperto fosse applicabile agli Italiani, è risultato che fra essi quelli scevri da tale *tara* tubercolare, rappresentavano soltanto una piccola frazione. Più del 65 per cento presentavano ipertrofia delle glandole cervicali ed altre manifestazioni scrofolose. La relativa frequenza della tubercolosi delle ghiandole peribronchiali è stata parimenti dimostrata dalle poche autopsie che si sono potute praticare di fanciulli italiani.

C. — Una conferma indiretta della larga diffusione della tubercolosi fra gli Italiani nell'America del Nord è data, benchè in modo incompleto, dai risultati delle visite di leva praticate presso i RR. Consolati. Quivi il numero delle riforme è assai rilevante, sovente doppio e triplo di quello delle sessioni di leva che si ten-

gono in Italia. Nel 1906 sono stati visitati a New York 11,396 iscritti di leva, di vent'anni d'età o poco più, e di cui 3921 sono stati riformati e 7475 sono stati dichiarati rivedibili. In altre annate la proporzione delle riforme è stata ancor più rilevante. Mentre dunque, in Italia la percentuale delle riforme oscilla fra i 15 per cento e i 22 per cento, a seconda delle provincie, a New York raggiunge dal 33 al 35 per cento. Fra le cause più frequenti di riforma si notano la deficienza del perimetro toracico, l'anemia grave, la gracilità costituzionale, fenomeni che in molti casi non indicano altro che lo stadio latente della tubercolosi polmonare.

**Inscritti di leva visitati nel 1907 al R. Consolato generale di New York
e dalle agenzie dipendenti.**

S E D I	Abili	%	Rivedibili	Riformati	%
New York.	4,655	68.7	871	1,237	31.3
Albany.	778	77.0	100	132	23.0
Buffalo	682	65.0	161	206	35.0
New Haven	631	54.3	302	228	45.7
Newark	388	64.6	101	108	35.4
Providence	273	53.8	128	106	46.2
Trenton	73	80.2	11	7	19.8
Totale	7,475	66.9	1,674	2,024	33.1

D. — Anche il numero di emigranti assistiti dalle società di patronato che vengono rimpatriati dal R. Consolato ci offre dei dati utili. Dal 1901 al 1905, degli immigrati assistiti dal *Benevolent Institute*, ne sono stati rimpatriati 973, due terzi dei quali erano uomini, ed in 391 di questi casi la causa dichiarata del rimpatrio era la tubercolosi. Dal 1° gennaio 1906 al 1° settembre 1908, sopra 1093 Italiani indigenti rimpatriati si sono contati 197 tubercolosi (come da tabella già riportata), compresi i casi di *bronchite cronica*, la quale in genere non è che un eufemismo della tisi, con una media di quasi 20 per cento.

E. — I dati contenuti nei rapporti della *Tenement House Commission (Health Department)* dimostrano con chiarezza anche maggiore la frequenza della tubercolosi in alcuni quartieri italiani. Nel famoso *Lung Block* (blocco del polmone), che rappresenta il tratto più povero di New York bassa, una volta occupato dagli Irlandesi ed ora quasi esclusivamente dagli Italiani, su 4000 abitanti contati dal *Board of Health* nel 1894, si ebbero nel corso di 4 anni e 9 mesi, 404 morti per tubercolosi, mentre nella parte alta della Fifth Avenue, ove abitano gli Americani più ricchi, i casi di morte per lo stesso periodo di tempo e per la stessa malattia, furono appena 12 per ogni 10,000 abitanti. In un altro tratto della città, ove dominano il più abietto squallore e la miseria, fra Mott Street e Pell Street, abitato da Cinesi e in parte da Italiani, nel corso di 4 anni e mezzo, fra 2102 abitanti, si contarono 318 casi di tubercolosi polmonare (Dott. H. Biggs, *Health Report*).

Seconda serie.

Gli 800 casi di tubercolosi polmonare (319 uomini, 481 donne), che formano la base di questa seconda serie di ricerche, sono stati prescelti fra un numero di casi anche maggiore, in considerazione delle loro storie cliniche complete che li rendevano specialmente adatti ad alcune considerazioni etiologiche d'immensa importanza profilattica.

Quindi i singoli casi sono stati singolarmente analizzati in rapporto:

- 1° al modo più frequente di sviluppo della malattia e dei sintomi soggettivi;
- 2° al periodo medio d'intervallo trascorso fra l'epoca dello sbarco dell'immigrante e la comparsa dei primi sintomi oggettivi;
- 3° all'età degli infermi;
- 4° al sesso degli infermi;
- 5° alla professione degl'infermi;
- 6° ad alcuni elementi di carattere regionale.

Esaminiamo dunque partitamente ognuno di tali elementi.

1. — *Quanto al modo di sviluppo della tubercolosi fra gli immigranti italiani*, s'è notata la frequenza dei casi in cui i primi soccorsi del medico sono chiesti a causa di sintomi soggettivi completamente indipendenti dall'apparato respiratorio, benchè esistessero lesioni ben determinate di uno degli apici o di ambidue. Sopra 300 casi (150 uomini e 150 donne) in cui questo fatto costituiva la caratteristica principale della malattia, 164, cioè più della metà (72 uomini e 92 donne), accusavano come sintomi iniziali della malattia una depressione generale di forze con diminuzione di peso del corpo, amenorrea e dispepsia spesso di carattere ostinato, fenomeni accompagnati da dolori vaghi del torace, sovente associati specialmente in caso di donne, ad anemia ed amenorrea mantenutasi per più mesi ribelle ad ogni cura. L'alta significazione di questi casi era resa anche più manifesta dall'assoluta mancanza di tosse e di emottisi. La durata media dei sintomi ora descritti, fino all'estrinsecazione manifesta della malattia coi suoi sintomi caratteristici (espettorato, sudori profusi), variò da 6 a 9 mesi.

Negli altri 136 casi di questo gruppo, la diminuzione di peso è stata invece preceduta da tosse, e 22 fra essi aveano anche sofferto di emottisi. Quindi s'era avuto tosse senza espettorato nel 38 per cento dei casi, e tosse con abbondante espettorato, attribuito dall'infermo ad infreddatura od a bronchite progressiva, nei casi rimanenti. In 22 casi i dati anamnestici comprendevano la pleurite ed in 3 l'alcoolismo acuto (prima comparsa dell'emottisi connessa ad ubbriachezza).

2. — *Quanto al periodo d'intervallo fra l'epoca dello sbarco e la comparsa dei primi sintomi*, si sono rilevati i seguenti dati:

	da 1 a 3 anni	da 3 a 6 anni	da 6 a 10 anni e più	in totale
donne	95	240	146	481
uomini	77	87	155	319

Le donne appaiono più numerose nel periodo che va da 3 a 6 anni, mentre il periodo più breve (da 1 a 3 anni) riguarda principalmente le bambine impiegate nelle manifattorie di tabacco,

le cucitrici e le modiste o sarte. Due o tre anni d'esistenza nei laboratori o nei *tenements* (case operaie) di New York bastano a trasformare questi organismi in fertili terreni di cultura pel bacillo della tubercolosi.

3. — *Quanto all'età*, gli 800 ammalati di tubercolosi aveano:

	15 anni o meno	da 16 a 25 anni	da 26 a 45 anni	46 anni o più
uomini	26	162	108	23
donne	48	230	161	42

Del resto è un fatto già dimostrato che gli immigranti più giovani sono offesi più gravemente che non gli adulti dalle influenze patogenetiche dei centri urbani. Più precisamente possiamo affermare che i giovinetti e le ragazzine che emigrano nell'America del Nord rispettivamente prima del 25° e del 21° anno, vale a dire prima che sia esaurito il periodo dello sviluppo completo e, provenendo dalle regioni rurali d'Italia, vengono ad abitare nelle città ed a lavorare nelle officine e nelle fabbriche, *sono inesorabilmente destinati ad ammalare di tubercolosi, e per un buon terzo di loro a morirne.*

Per quanto questa asserzione possa sembrare azzardata, la mia lunga esperienza e le mie numerose osservazioni mi danno il diritto di sostenerla senza tema di contraddizioni. In breve si hanno le seguenti prove. Dallo studio degli 800 casi presi in considerazione risulta che circa una metà, cioè 392 (162 uomini, 230 donne), erano venuti in America in età compresa fra i 14 e i 25 anni, ed in perfette condizioni di salute. Che tali fossero le loro condizioni è dimostrato, a parte il fatto che solo il fior fiore della giovane popolazione lavoratrice emigra, dal severo esame cui gli emigranti sono sottoposti dalle autorità americane sia all'atto dell'imbarco, sia, e con maggiore severità, all'atto dello sbarco. Ma l'ambiente nuovo e pessimo, le abitazioni affollate e malsane, le lunghe ore vissute nelle fabbriche, le mille privazioni imposte dalla povertà e il pazzo desiderio di risparmio, tutto ciò sommato con lo strapazzo del lavoro eccessivo prolungato fino all'esaurimento, senza il compenso di un'alimentazione proporzionata all'esagerato

logoramento dei tessuti ed al rapido sviluppo di questo periodo della vita, sono altrettanti elementi che dimostrano all'evidenza perchè tante giovani vite cadono in preda della tubercolosi. L'invasione del bacillo di Koch nell'organismo altro non rappresenta che una coincidenza nel loro stato di salute già depresso. E tale coincidenza consiste nel fatto che il periodo di massima diffusione della tubercolosi (15-45 anni) corrisponde appunto esattamente con quello in cui la maggioranza degli emigranti italiani giungono in America, come abbiamo già accennato, con quello cioè in cui una metà delle popolazioni urbane è infetta da tubercolosi, e più di un terzo delle morti son dovute ad etisia, come han dimostrato in modo incontestabile le statistiche del Naegeli.

4. — *Quanto al sesso*, le cifre già riportate denotano una preponderanza di donne tubercolose in confronto agli uomini. Ciò dipende dal fatto che la proporzione di immigranti che vengono in America prima d'aver compiuti i 14 anni d'età è maggiore fra le donne che fra gli uomini. D'altronde, il repentino trasferimento di queste infelici dalla libertà dell'aperta campagna, alla schiavitù ed alla semi asfissia del *tenement* e dell'opificio ridonda a loro maggiore svantaggio, mentre gli uomini cercano e preferiscono i lavori all'aperto.

Dopo il matrimonio, la donna italiana in America continua ad aiutare la famiglia col proprio lavoro manuale nella fabbrica o in casa (*sweatshops*); così ai pesi della maternità e dei prolungati allattamenti, alle molteplici privazioni imposte dall'accrescimento della famiglia (fatti che bastano da soli a minare le più robuste costituzioni), si aggiunge una ulteriore causa di esaurimento dovuto a 12, a 15 ore di lavoro quotidiano continuo, che in casi non pochi inducono financo al suicidio. Il numero di giovani madri che ogni anno ammalano e muoiono di tubercolosi (non di rado del tipo miliare subacuto) per effetto di tale eccesso irrazionale e spietato di lavoro, è notevolmente grande. Nei tre blocchi di case situate in Elizabeth Street a New York fra Grand Street e Houston Street, occupati quasi esclusivamente da siciliani

fra cui molti nativi di Sciacca, si sono incontrate per ogni *tenement*, due donne affette da tubercolosi di vario tipo e due in cui l'infezione era probabile.

La vita urbana esercita la sua malefica influenza e provoca i maggiori danni fra le ragazze che arrivano a New York nel periodo critico della pubertà, ancor fresche della campagna, in età compresa fra i 10 e i 20 anni. Le difficoltà e le privazioni a cui van subito incontro nella nuova città, i *tenements* vili e le camere affollate in cui sono obbligate a vivere, spiegano la loro grande mortalità. Molte di queste fanciulle muoiono di tubercolosi miliare acuta entro un anno dall'arrivo in America.

La tubercolosi degli annessi uterini e del peritoneo si incontra pure fra esse con frequenza e molte ne uccide. Ciò attestano i chirurghi dei nostri ospedali dotati di maggiore esperienza.

Invece le donne delle altre nazionalità mostrano a New York una mortalità per tubercolosi minore degli uomini, benchè anche molte di esse lavorino negli opifici e nei laboratori domestici. Ciò è dovuto al fatto che esse vivono in migliori condizioni di abitazione, son meglio pagate, non vanno a marito se non quando hanno raggiunto il loro completo sviluppo e son meno esaurite che le italiane dai parti continui. Per alcune altre razze, come l'ebraica le cui donne vivono in condizioni simili, se non inferiori, a quelle delle italiane per quel che riguarda affollamento di abitazioni, eccesso di lavoro e prolificità, la mortalità per tubercolosi relativamente minore, deve essere attribuita a fattori etnici speciali. Del resto la mortalità per tubercolosi è alta anche fra le donne svedesi e le irlandesi.

5. — *Quanto alla professione*, 85 dei 319 uomini tubercolosi presi in esame lavoravano all'aria aperta, mentre gli altri 234 lavoravano in ambienti chiusi. Le donne, quasi senza eccezione, erano impiegate negli opifici o nei laboratori.

Nei seguenti quadri i diversi casi sono distribuiti per professioni.

Uomini lavoratori all'aria aperta.

Carrettieri	4	Muratori	8	Scalpellini	3
Fruttivendoli	9	Musicanti	5	Scaricatori	2
Giornalai	17	Rivenditori di ghiac-		Spazzini	10
Lustrascarpe	8	cio e carbone	13	Stracciaiuoli	6

Uomini lavoratori in ambienti chiusi.

Barbieri	29	Figurinaì	9	Mosaicisti	5
Bottegai	18	Fornai	10	Sarti	34
Bronzisti	9	Lavoranti in gom-		Stipettai	18
Calcinai	16	ma elastica	8	Stiratori	10
Calzolai	10	Materassai	6	Tabacchini	21
Conciapelli	11	Minatori	9	Verniciatori	5
				Vetrai	6

Donne.

Bottegaie	17	Lavoranti in fiori		Mosaiciste	8
Contadine	7	artificiali	24	Occhiellaie	31
Cucitrici	68	Id. in Cioccolata	38	Pantaloaie	46
Cucitrici a mac-		Id. in commesti-		Portinaie	22
china	44	bili conservati	11	Tabacchine	52
Fruttivendole	13	Maestre	4	Stracciaiuole	17
Lavandaie	9	Modiste	25	Senza professione	45

In genere la suscettibilità a contrarre la tubercolosi è dunque molto minore per coloro che lavorano all'aria aperta che non per coloro che lavorano in ambienti chiusi. Gli operai addetti alle costruzioni delle ferrovie e dei fabbricati, i marinai, gli scaricatori, i venditori ambulanti hanno una mortalità e una morbilità bassa in confronto coi barbieri, sarti, falegnami, tipografi, mosaicisti e tutti quelli impiegati nelle più diverse manifatture e nelle industrie meccaniche. Le donne italiane che lavorano quasi esclusivamente in ambienti chiusi (come da rapporto ufficiale dell'ispettore dell'Ufficio del lavoro dello Stato di New York, il 95 per cento delle modiste di New York sono italiane), per questa stessa ragione, presentano una mortalità elevata per tubercolosi.

Non esiste una statistica accurata delle professioni esercitate dagli Italiani nelle diverse città dell'Unione, ma un'idea approssimativa della loro distribuzione fra i mestieri più comuni si può rilevare dalla seguente tabella i cui dati sono stati tolti dalle relazioni annuali pubblicate dal Commissario generale dell'immigrazione.

**Immigranti italiani giunti negli Stati Uniti negli anni 1903-904- e 1904-905
classificati secondo la professione che esercitavano in patria.**

PROFESSIONI	1903-904	1904-905	PROFESSIONI	1903-904	1904-905
Agricoltori, contadini e giardinieri . . .	48,403	73,145	Sarti, modiste e cucitrici	5,496	4,331
Braccianti	56,028	70,331	Barbieri e parrucchieri	2,149	1,800
Minatori	2,000	2,335	Negozianti e commercianti	1,890	1,972
Muratori e tagliapietre	5,089	5,511	Contabili e commessi.	462	423
Filatori e tessitori . .	353	321	Marinai	2,500	2,124,
Macchinisti e meccanici	500	353	Insegnanti, medici, avvocati, ingegneri e architetti.	317	283
Fabbrì, magnani ed altri lavoranti in stagno e piombo. . .	1,374	1,306	Scultori e pittori . .	186	168
Falegnami, ebanisti ed altri lavoranti in legno	2,463	2,188	Musicanti	350	278
Verniciatori, decoratori e pittori	289	249	Domestici e altre persone di servizio. . .	12,811	11,421
Mugnai, fornai e macellai	1,431	1,277	Altre occupazioni . .	2,535	2,297
Conciatori e lavoratori di pelli, sellai e calzolari	4,915	4,375	Donne, fanciulli e immigranti senza occupazione	44,317	39,747
Tipografi	80	85	Totale. . .	196,028	223,320

Alcune professioni, come è noto, sono dannose in modo speciale, specie quelle che sollevano molta polvere e che perciò sono state qualificate per tisingeniche (lavoranti del tabacco, del vetro, dei metalli, delle pelli: falegnami, gessatori, fornai, sarti, materassai, lustrascarpe, spazzini, stracciaiuioli, ecc.). Numerosi sono gli Italiani che esercitano questi mestieri nei grandi centri Ame-

ricani ed alcuni addirittura ne monopolizzano, come quelli dello stracciauolo, del lustrascarpe, ecc. Sono principalmente i contadini della Basilicata e della Calabria, affollati nelle città, privi di mezzi sufficienti e della necessaria conoscenza della lingua inglese per internarsi nel paese, i quali monopolizzano appunto questi mestieri da lungo tempo abbandonati da altri immigranti (irlandesi-negri).

L'azione tisigenica di alcuni mestieri è stata dimostrata nel 1904 dal commissario Woodbury in una inchiesta fatta sui cinquemila spazzini di New York da lui dipendenti, dei quali una terza parte è risultata affetta da tubercolosi. Il numero maggiore di casi, inoltre, è stato riscontrato fra gli spazzini italiani, che all'epoca dell'arruolamento erano stati riconosciuti sani e robusti; ma, dopo tre o quattro anni di servizio, avevan contratto l'etisia a causa della polvere carica di germi, da essi inalata nello spazzare le pubbliche strade (v. *The Globe*, aprile 1904).

Diverse sono le condizioni in cui si trovano i muratori e gli scalpellini italiani, la cui morbilità per tubercolosi è relativamente bassa in confronto con quella dei compagni di mestiere americani, boemi, ungheresi, irlandesi, ecc., fra i quali è notoriamente alta. La ragione di ciò sta nel fatto che questi lavoratori son ben pagati (da 4 a 5 dollari al giorno), hanno un orario limitato di lavoro (8 ore) che è compiuto all'aria aperta e per quel che riguarda gli Italiani, il vizio del bere non è diffuso fra essi come fra gli altri. Il tipo di tubercolosi che si riscontra fra questi lavoratori presenta un'evoluzione graduale e ricorda la sclerosi polmonare e la pneumoconiosi piuttosto che la vera tubercolosi.

Ciononpertanto, a parte il genere di professione esercitata dall'immigrante, è piuttosto l'intensità del lavoro in sè stessa, l'*esasperazione dell'energia*, caratteristica di ogni fase della vita americana, che più potentemente mina gli organismi e prepara il suolo all'invasione del bacillo tubercolare. In questo paese gli uomini non solo debbono lottare contro altri uomini per la conquista del divo dollaro, ma debbono misurarsi anche contro la forza bruta delle macchine, di cui tentano uguagliare o sorpassare l'intenso ed incessante lavoro con la messa in opera di tutte le loro energie

potenziali. Questo lottare senza posa e senza misura, questa febbre che consuma continuamente l'organismo, lo riduce rapidamente in uno stato di esaurimento e di stanchezza che apre la via alla tubercolosi e alla degenerazione.

6. — *Quanto ad alcuni elementi regionali*, l'analisi degli 800 casi dimostra una percentuale più alta fra i siciliani e fra gli immigranti del mezzogiorno d'Italia, in genere, che non fra quelli della parte centrale e settentrionale. Qualunque statistica che abbracciasse gli emigranti di tutta la penisola dovrebbe arrivare, ne sono certo, alle medesime conclusioni.

I miei 800 casi si dividevano in

96 dell'Italia settentrionale (con prevalenza di genovesi e lombardi).

82 dell'Italia centrale (con prevalenza di lucchesi e piacentini).

315 dell'Italia meridionale (con prevalenza di basilischi, calabresi e molisani).

307 siciliani (con prevalenza di agrigentini e catanesi).

La prevalenza dei siciliani e degli altri meridionali deve però essere interpretata semplicemente come una conseguenza del maggior contingente dato all'emigrazione dal mezzogiorno d'Italia negli ultimi 10 anni piuttosto che come indice di una maggiore suscettibilità a contrarre la tubercolosi da parte delle popolazioni di tali regioni. Anzi la distribuzione geografica della tubercolosi in Italia dimostra il fatto contrario, cioè che la mortalità media per tale malattia è più bassa in Sicilia e nelle provincie meridionali in genere, specialmente lungo la costa occidentale (14 a 16 per 10 mila nella prov. di Messina) che non nella parte settentrionale della penisola (30 a 32 per 10 mila in prov. di Livorno, Milano, Genova e Venezia) come ha dimostrato il prof. G. Sormani.

Tuttavia rimane indiscusso e dimostrato quotidianamente dai fatti che la contadina della Calabria e della Basilicata, la contadina primitiva delle provincie di Girgenti e di Caltanissetta dà in New York una percentuale molto alta di morbi tubercolari,

in confronto di quella delle altre regioni d'Italia. Ma essa più delle altre si getta a capofitto nel *business* dei lavori di sartoria a buon mercato, e rapidamente si esaurisce lavorando da 14 a 16 ore al giorno in ambienti ristrettissimi, privandosi di cibi, di vesti, di tutto. D'ordinario ha molti figli che porta alla mamma per lungo tempo, e si marita spesso in età giovanissima, financo di 14 o 15 anni.

E ciò prova sempre più che le popolazioni rurali, malgrado la robustezza dei tratti, resistono meno delle popolazioni urbane, mingherline, ai dannosi effetti delle influenze patologiche cittadine.

Indubitatamente altri fattori sono pure responsabili del rapido decadimento fisico degli Italiani d'ambo i sessi impiegati ai lavori in America. Il fattore economico e il problema alimentare sono infatti di grande importanza sotto questo rapporto e valgono a gettare maggior luce sull'argomento.

Il problema economico.

Gli Italiani che ora risiedono nelle città Americane debbono essere classificati fra i *poveri* e come tali obbediscono alla legge di equazione stabilita dal Bertillon e dal Gebhardt: che *la mortalità e la morbilità di una data classe sociale, in rapporto alla tubercolosi, è in ragione inversa al suo reddito medio*. La povertà degli Italiani negli Stati Uniti appartiene a quel tipo che gli economisti sogliono chiamare "secondario", il quale getta una classe di lavoratori nella penuria appena i lavori vengono sospesi o avviene una crisi qualsiasi.

Fino al 1906, la percentuale di immigranti respinti per indigenza è sempre stata maggiore fra gli Italiani che fra quelli delle altre nazionalità. Oltre a ciò, da un'inchiesta governativa relativa agli Italiani abitanti in Chicago, è risultato che essi, in media, aveano lavoro per 6 mesi all'anno o poco più. Guadagnano 6 dollari la settimana, in alcuni casi 5, e poche volte solo 4.37. Da ciò la loro povertà, le malattie, la morte. Gli autori americani che meglio conoscono le colonie italiane di New York, di Filadelfia e di

Chicago, tutti parlano della desolante povertà della maggior parte di questi emigranti, pur facendo elogi della loro sobrietà e della loro laboriosità (confronta: R. Hunter, *Poverty*, pag. 277 e J. Riis, *How the Other Half lives* — “ Come vive l'altra metà „ — pag. 52). Tutta illusione ed ignoranza da parte di coloro che parlano delle ricchezze delle colonie italiane, mentre i sintomi della miseria son più che apparenti nelle case e nella vita di questi lavoratori, ove tutto invoca aiuto da ogni parte. Nulla è più triste che l'alleanza fra povertà e malattia.

Quando gli ottimisti citano le grandi somme di denaro che gli Italiani mandano ogni anno in Italia, come prova della loro prosperità, giudicano con lo stesso criterio di chi volesse arguire la loro ricchezza in base alla vistosità dei loro funerali e delle loro parate. Dimenticano cioè che dolorosamente i periodici invii di denaro, anzichè esser prova di ricchezza, quasi invariabilmente rappresentano il frutto delle più umilianti privazioni, di infiniti dolori, col conseguente deterioramento organico della razza.

I salari di cui vive nelle città la maggior parte delle famiglie italiane son tanto piccoli, mentre gli affitti di casa (che assorbono più che il 30 per cento dei loro guadagni) e i viveri son così cari, che sono costretti a lavorare tutto il giorno senza perdere un'ora, onde procurarsi i mezzi indispensabili all'esistenza. John Mitchell nel suo libro *Organized Labor*, a pag. 118, dichiara che occorrono non meno di 600 dollari all'anno nelle regioni carbonifere perchè una famiglia ordinaria di 5 o 6 persone possa vivere. La Commissione speciale dello *Standard of Living* (tenore di vita), nominata dall'ottavo Congresso degli Istituti di carità in New York nel novembre del 1907, e che estese la sua inchiesta a 56 famiglie italiane, fu d'opinione che il guadagno annuale di 6 a 700 dollari, riscontrato nella generalità, è insufficiente perchè una famiglia di 5 persone possa mantenere un adatto tenore di vita in Manhattan (parte centrale di New York ove sono compresi il quartiere italiano, quello cinese e quello ebraico). A parte le eccezioni, è chiaro che molte famiglie che vivono in Manhattan con 6 a 700 dollari all'anno debbono molto stentare. Anzi

la stessa Commissione riconobbe che un guadagno di almeno 7 a 800 dollari, permette appena ad una di tali famiglie di sostentarsi e anche questo purchè non debba far fronte a spese straordinarie causate da malattie, morti o da altre circostanze impreviste. Un arresto di lavoro, una crisi economica, come quella che abbiamo avuta quest'anno (1908), una malattia o una morte, bastano a gettare la famiglia nell'indigenza. Quindi 10 dollari settimanali di guadagno, che rappresentano in molti casi il guadagno medio di un lavoratore italiano, sono assolutamente insufficienti per sovvenire ai bisogni della vita nelle grandi città, tanto più quando si consideri che il lavoro non si mantiene regolare, e in inverno le interruzioni durano da 3 a 4 mesi.

Occorre dire che la povertà degli Italiani non è quella degli accattoni. Essi occupano una classifica molto bassa nelle statistiche ufficiali degli asili di beneficenza e ciò ha fatto credere a molti che la povertà non esiste nelle colonie italiane. Ciò avviene invece perchè sentono troppo la propria dignità o son troppo timidi per domandare aiuto. Se la povertà degli Italiani in America è nascosta, quindi ignorata nelle sfere ufficiali, ciò nonostante è effettiva e desolante.

Lo stretto nesso che esiste fra evoluzione fisica ed economica, fra povertà e tubercolosi, fra miseria e degenerazione fisica, è stato studiato e descritto ampiamente in questi ultimi anni, nè occorre ricordarlo di più. Ci basti constatare che la maggioranza degli italiani, nelle città del Nord-America, appartengono alle classi povere, onde applicare ad essi i risultati degli studi fatti da scienziati e sociologi.

Il problema delle abitazioni.

Sono note le condizioni antigieniche delle abitazioni in cui gli italiani vivono affollati nelle grandi città degli Stati Uniti. Ed è noto come essi alberghino nei quartieri più poveri, non perchè loro piaccia vivervi, ma perchè la loro povertà ve li obbliga. Difatti essi non hanno nulla di comune con quella popolazione di

vagabondi e di malfattori che vive nei laberinti reconditi e luridi, negli *slums* delle grandi città. Sovente vivono in tali laberinti perchè quivi è il loro lavoro. A New York li troviamo nelle vie traverse di Bowery, nel Mulberry Bend, nel Lung Block, nella vecchia Richmond Hill, nella Little Italy (piccola Italia) o su, su nei quartieri lontani di Bronx. A Boston li troviamo nel *North End* e nelle vicinanze di Hanover Square, nella parte centrale della vecchia città. A Chicago occupano principalmente il XIX distretto, South Clark Street, Deaborn Street, e West Madison Street. A New Orleans occupano il *Little Palermo* e il vecchio quartiere francese. E così via a Filadelfia, a Buffalo, a Denver, occupano sempre i peggiori quartieri.

Senza riferire per disteso i risultati delle inchieste fatte dal *Tenement House Department* di New York, dalla *South End House* di Boston, dall'*Octavia Hill Association* di Filadelfia, dalla *Hull House* e dalla *City Homes Association* di Chicago ed altri (1) i cui rapporti ognuno può consultare, voglio soltanto esporre alcuni dati recenti raccolti da me e dalla Commissione della *Congestion of Population*, dati che danno un'idea approssimativa delle condizioni quasi incredibili in cui la maggior parte degli Italiani di New York, vive.

La Commissione ha spinto le sue investigazioni fra gli abitanti di due blocchi tipici di case abitate da italiani e fra 174 famiglie italiane sparse nella parte bassa di Manhattan. Oltre a ciò, ho tenuto conto di circa 200 case visitate da me negli ultimi 2 anni per lo studio della tubercolosi o di altre malattie. Il primo dei due blocchi suddetti è quello situato in Harlem (vecchio sobborgo ora incorporato nella città) fra le seguenti strade, 112^a E, 113^a E, e fra la prima e la seconda Avenue. Il secondo blocco è nella

(1) Ricordiamo la relazione del dott. cav. Antonio Pastega, capitano medico della R. Marina: "Sulle condizioni igieniche del vecchio quartiere italiano dei Cinque Punti in New York rispettivamente alla tubercolosi", pubblicata negli *Ann. di med. nav.* - anno 1905, vol. I, pag. 760.

Nota del Commissariato.

Mr. Stellan aut. *conferenza*

città bassa fra le strade Houston, E. Prince, Mott ed Elizabeth. I risultati dell'inchiesta sono stati esposti con statistiche, fotografie e disegni nell'*Exhibit of Congestion of Population*.

Il 18 per cento delle famiglie esaminate occupavano una sola stanza e il 34.4 per cento solo due stanze. Tali condizioni erano molto inferiori alla media delle abitazioni del lato E della città, ove, in media, una famiglia consiste di 7 persone viventi in tre stanze e di cui 3 membri stanno in casa, 2 stanno a scuola e 2 lavorano. Nelle *Barracks*, come la polizia chiama la porzione di Elizabeth Street situata fra Houston Street e Prince Street, meno del 3 per cento delle famiglie vivono in 5 stanze. E come se una o due stanze per una famiglia fossero sovrabbondanti, circa un terzo delle famiglie davano alloggio a un subaffittuario, e 41 per cento a due, 16.5 per cento a tre, e 3.1 per cento a quattro! Così, contando due bambini al disotto di 12 anni come equivalenti a un adulto, un sesto delle camere davano ricovero a quattro adulti per ciascuna.)

(La maggior parte delle famiglie spendevano per l'affitto più del 25 per cento dei loro guadagni, ed alcune fin più del 50 per cento.) Nella maggioranza dei casi la cubatura delle camere da letto era, in confronto al numero degli occupanti, minore di quanto è prescritto negli ospedali e nelle carceri. E in alcuni casi benchè infrequenti, si aveva anche la mescolanza dei sessi nelle camere da dormire. In un caso si trovò che 5 uomini e 7 donne dormivano in 3 stanze, benchè riuscisse impossibile capire come dormivano.

(Delle 174 famiglie sparse nella parte bassa di Manhattan, soltanto 71 non erano sovraffollate; le altre contavano da 2 adulti con un bambino fino a 5 adulti per camera. Fra esse 32 avevano solo una stanza, 60 ne avean 2, 51 ne avean 3, 26 ne avean 4, e 5 ne aveano 5. Oltre a ciò, 135 aveano dei subaffittuari, alcune fino a 5 o 6. Tali condizioni morali di vita possono esser meglio immaginate che descritte.)

I risultati di altre mie ricerche personali erano altrettanto gravi. Nella terza Avenue, presso la 26^a Strada, una famiglia di

11 persone (4 adulti e 7 bambini) e 3 scrivani vivevano in una camera interna buia e in una gran camera sotto tetto, con una media di 7 persone per camera. (Nella zona di Bronx (a Nord di Manhattan) situata fra le strade 148^a E, 153^a E, Morris, Cortland e Park Avenue ho ritrovato gli stessi fatti.) In una bottega di stracci di Morris Avenue vivevano non meno di 18 persone fra uomini e donne: ivi lavoravano, mangiavano, e talvolta dormivano. E in un doppio *tenement* costruito secondo le prescrizioni della nuova legge, trovai 1100 persone distribuite in 130 appartamenti, senza contare tutti i subaffittuari.

Come può esser difesa la salute in tali condizioni?

L'intimo nesso che esiste fra quantità e qualità d'aria respirabile per ogni individuo e il numero dei casi di malattia e di morte che ne derivano è troppo evidente ed è stato dimostrato tante volte dagli igienisti, che mi pare superfluo intrattenervi sopra ulteriormente.

Non abbiamo dati precisi per la città di New York, come quelli raccolti dal Kőrosi per le città di Budapest e di Vienna o dal Niceforo per la città di Losanna, a confronto della mortalità con l'affollamento delle stanze; ma i risultati che se ne deducono a riprova dei danni dell'affollamento, han certo un valore generale applicabile ovunque.

Paul Juillerat, capo dell'Ufficio sanitario di Parigi, ha dimostrato nel Congresso internazionale del 1905 che la diffusione della tubercolosi varia quasi in ragione aritmetica con le condizioni di abitazione ed il Lagneau ha dimostrato, in base a statistiche raccolte in 662 città della Francia, che tanto maggiore è il numero dei casi di morte per tubercolosi quanto più la popolazione è densa. Infatti mentre la mortalità media per tubercolosi è dell'1.81 per mille nelle città di 5 mila abitanti, è del 2.16 in quelle di 10 mila, del 2.71 in quelle di 20 mila, del 2.88 in quelle di 30 mila, del 3.05 in quelle di 100 mila, del 3.63 in quelle di 450 mila e del 4.90 per mille a Parigi con più di 3 milioni di abitanti. Dal rapporto della Commissione per la salute delle città della Gran Bretagna, risulta che la percentuale dei tisici e degli

altri ammalati consimili aumenta nella città di Dundee (Scozia) con l'affollamento delle abitazioni. Posto il coefficiente 10 per le abitazioni di 4 stanze si trovò che per quelle di 3 stanze era 17, per quelle di 2, 20 e per quelle di una, 23. Lo stesso fatto è stato rilevato a Londra. Difatti, dalla relazione annuale dell'Ufficio di sanità di Londra per il 1898, risulta che nei rioni in cui l'affollamento era inferiore al 10 per cento (considerando come affollamento la percentuale della popolazione che vive in abitazioni composte di meno di 5 stanze con più di 2 persone per stanza) la mortalità media per tubercolosi era dell'1.10 per mille: nelle abitazioni in cui l'affollamento era inferiore al 15, 20, 25, 30, 35 per cento, la mortalità media per tubercolosi era del 1.43, 1.61, 1.80, 2.07, 2.42 per mille e in quelle in cui l'affollamento superava il 35 per cento era del 2.63.

Le tabelle pubblicate dal dottor Hermann Biggs del New York Health Department, nella relazione sui *tenements* in rapporto alla tubercolosi (vol. I) giungono alle stesse conclusioni.

Il problema dell'alimentazione.

Infine anche la deficienza di alimentazione degli immigranti Italiani prepara attivamente il terreno allo sviluppo dei germi tubercolari.

Già una importante inchiesta agraria (Roma, 1885) ha dimostrato all'evidenza l'insufficiente proporzione di composti azotati nella dieta del contadino italiano e la notevole differenza che nella qualità dell'alimentazione esiste fra i settentrionali e i meridionali. Questa deficienza di composti azotati si riscontra in grado ancor più marcato nella dieta degli immigranti d'America, ove l'eccesso di lavoro provoca un maggior consumo d'energia.

Da principio essi tentano, d'altronde, di sottomettersi ai lavori più gravosi pur continuando nella dieta vegetale usata in Italia, e quando compaiono i primi segni d'emaciazione, di anemia e di esaurimento (ciò che ordinariamente avviene nei primi sei mesi), decadono nel vorticoso movimento della vita industriale americana, scomponendo sempre più quell'equilibrio fra domanda ed offerta che regola il metabolismo somatico.

Se l'inchiesta italiana ha dimostrato che l'alimentazione dei contadini è deficiente in paesi in cui la perdita di energia è minore e dove il naturale compenso offerto dalla salubrità dell'aria, dal sole e dalla luce, fa più che da contrappeso al difetto di alimentazione, tanto più deve esser considerata come deficiente la loro alimentazione in America, ove le maggiori esigenze, sommate con l'insalubrità delle case, accompagnano la scarsità medesima di nutrizione.

Se accettiamo la teoria del Moleschott e i risultati ottenuti dagli esperimenti del Bunge, dell'Atwater, del Chittenden, del Celli, dell'Albertoni e di altri che concordano nel fissare il fabbisogno minimo per un lavoratore, in 130 grammi di albumina, 404 grammi d'idrati di carbonio e 85 grammi di grassi (cui corrisponde la razione del soldato italiano) dobbiamo riconoscere che la razione ordinaria dell'immigrante italiano in America è molto inferiore alla media.

Disgraziatamente non sono state ancora fatte ricerche scientifiche basate sull'analisi chimica, che valgano a comprovare tale asserzione. Pure, se accettiamo i dati stabiliti dal dott. Frank P. Underhill dell'Università di Yale, cui si è attenuta la Commissione predetta dello *Standard of Living*, e ne analizziamo le conclusioni in quanto riguardano gli Italiani, è giuoco forza ammettere che la loro alimentazione è insufficiente e deficiente.

Ciò risulta anche dalla tabella indicante la qualità e il prezzo dei viveri venduti agli Italiani negli accampamenti di lavoro e nei magazzini monopolizzati, tabella pubblicata nel *Bollettino* n. 72 dell'Ufficio del lavoro. Ivi, a pag. 478, è citato anche il caso di un sotto-capo operaio ferroviario che viveva con dollari 4.48 al mese spendendo per

36 pani a 8 soldi l'uno	doll.	2.88
7 libbre di lardo	„	0.90
10 libbre di maccheroni	„	0.70
		<hr/>
	Totale doll.	4.48
		<hr/> <hr/>

In base ai dati quivi riportati, la spesa media del vitto era di dollari 5.21, per persona.

Il vitto degli Italiani nei campi di lavoro, per qualità, quantità, varietà e prezzo, non uguaglia neppure quello degli Slavi e degli Ungheresi negli accampamenti e nelle pensioni (*boarding houses*) ed è molto inferiore alla media di quello dei lavoratori di altra nazionalità, sia Americani che d'origine forestiera (v. pagina 477 del *Bollettino* sopra citato).

Essendo stato fatto il calcolo della spesa necessaria per fornire 10,482 pasti ai lavoranti, in genere, di un accampamento, comprese le

provviste di viveri.	doll.	1371.14
spese di esercizio (personale, combustibile, illuminazione, ecc.)	"	<u>625.00</u>
	Totale doll.	<u>1996.14</u>

il costo di ogni pasto è risultato di 19 soldi a testa, pari cioè a dollari 3.99, diciamo pur 4, per settimana. Però è da tener conto che il personale di servizio (cuochi e camerieri) ed anche alcuni controllori e sorveglianti ricevono la razione gratuitamente. La quota mensile per ogni lavorante ascende quindi a dollari 18 compreso il vitto e l'alloggio.

Gli Italiani negli accampamenti vivono generalmente di pane, maccheroni, salume, formaggio e sardine. Però il salame, il formaggio e le sardine vengon dati alternativamente. Se si danno sardine, non si dà salame e così via. La spesa mensile per il vitto di un lavorante italiano al campo è in media la seguente:

25 pani a 8 soldi l'uno	doll.	2.00
30 libbre di maccheroni a 7 soldi l'una	"	2.10
formaggio, salame e sardine	"	1.50
lardo	"	<u>0.30</u>
	Totale doll.	<u>5.90</u>

La maggioranza degli Italiani spendono inoltre 3 dollari al mese in birra, sigari economici o tabacco. Se si aggiunge a ciò un dollaro al mese per il lurido affitto, si raggiungono dollari 9.90 per persona e per mese.

Dunque negli accampamenti di lavoro, per quel che riguarda il costo del vitto e dell'alloggio, si ha il seguente confronto:

lavoranti in genere . . .	doll.	18.00
lavoranti italiani . . .	„	<u>6.90</u>
	Differenza doll.	<u>11.10</u>

L'abitudine molto comune negli Italiani di far a meno di quella prima colazione (*breakfast*) di cui la pratica ha dimostrato agli Americani l'indispensabilità, e l'insufficienza di nutrimento nell'ora di mezzodi, quando la grande domanda dell'organismo esige una grande offerta, riduce questi lavoratori in uno stato d'inedia lentamente progressiva, e di conseguente arresto dello scambio materiale e dinamico, cui si associano alterazioni nella struttura interna dei tessuti. Così questi malnutriti finiscono coll'andare incontro a fenomeni di autocombustione, di autoconsunzione, per cui esauriscono i propri grassi, sprecano le albumine dei tessuti organici fino all'ultimo vestigio di energia, quando si spalancano le porte all'anemia, alla tubercolosi, alla morte prematura.

Nota del Commissariato. — A completare le suesposte osservazioni, conviene tener presente rispetto alla diffusione della tubercolosi fra gli Italiani negli Stati Uniti, anche il *problema dell'alcoolismo*.

Gli Italiani in America si mantengono immensamente sobri in confronto agli immigranti delle altre nazioni ed ai nativi del paese. Ciò non pertanto fanno molto maggior consumo di alcoolici, specialmente di liquori, di quel che non vi siano abituati nei loro paesi d'origine. Molti che in Italia non avevano mai bevuti liquori, acquistano purtroppo in America una tal quale familiarità col *whisky*, liquore più dannoso assai che non gli alcool vinici, come è ben noto, perchè contiene maggiore proporzione di alcool superiori nella serie degli alcool medesimi.

Da una inchiesta del Jousset è risultato che le popolazioni le quali fanno maggior consumo di carne e di vino o di alcool presentano anche una mag-

giore percentuale di tisi, mentre la tisi è rara fra quelle per cui la carne e i liquori son generi di consumo eccezionale. Gli Italiani, non abituati a mangiar carne e a bere liquori, che in America trasformano la dieta loro abituale in una dieta fatta di carne e di *whisky* passano perciò dalla categoria dei quasi refrattari a quella dei candidati alla tubercolosi.

Il Renault (*La tuberculose chez les Brétons* - Thèse de Paris, 1900) è anzi d'opinione che la mancanza d'igiene e la miseria stessa abbiano minore importanza che non l'alcoolismo come elementi di preparazione alla tubercolosi. Egli assicura difatti che fra i Brettoni la tubercolosi per il passato è stata sempre pochissimo diffusa, malgrado la loro grande miseria e il loro eccessivo difetto d'igiene, ma che, appena il Brettone si dà all'alcoolismo, poco o nulla resiste alla tubercolosi.

Il Lavarenne assicura che gli alcool dei liquori esercitano una influenza dominante nella produzione della tubercolosi. E il Boix, in base ad un referendum (*Arch. gén. de méd.*, 1903), dice che gli alcool adulterati esercitano una influenza eziologica preponderante sulla tubercolizzazione.

Secondo il Lancereaux, quando le lesioni tubercolari incominciano all'apice polmonare sinistro anteriormente, l'etisia è dovuta ad aereazione insufficiente; quando incominciano all'apice destro posteriormente, è dovuta ad alcoolismo.

Il Mignot, il Triboulet e il Mathieu (*Traité de l'alcoolisme*) riferiscono che la Francia ha una mortalità di 394 tubercolosi per 100 mila abitanti, mentre quella dell'Italia è di 136 tubercolosi per 100 mila abitanti, perchè la piaga dell'alcoolismo è molto diffusa in Francia, mentre è quasi sconosciuta in Italia.

Ma come pel Brettone, avviene per l'emigrante italiano, che iniziato ai misteri del *whisky*, non oppone quasi più alcuna resistenza alla tubercolosi.

CONCLUSIONI.

Quali i rimedi atti a frenare la diffusione della tubercolosi fra gli Italiani immigrati negli Stati Uniti?

In primo luogo si dovrebbero raccogliere dati statistici completi non solo circa la mortalità ma anche circa la morbilità da essi offerta.

Ciò potrebbe esser fatto a cura di una speciale commissione sanitaria aggregata al Consolato italiano oppure a qualche istituto competente quale il dispensario Morgagni per la cura dei tubercolotici, oppure l'ospedale italiano di New York.

Oltre a ciò:

1. Considerando che il numero degli Italiani ammalati di

tubercolosi che rimpatriano dagli Stati Uniti è in continuo aumento e che la diffusione di tali malattie a bordo dei piroscafi e nelle città di loro destinazione, si accresce con egual proporzione;

considerando che molti di questi ammalati, rimpatriando in seconda o in prima classe si sottraggono in gran parte alle necessarie misure di isolamento e di disinfezione,

si ritiene necessario:

A) Che a tutti gli Italiani rimpatrianti sia richiesto dal Governo Italiano un *certificato di sanità* debitamente legalizzato e che tutti i casi sospetti siano sottoposti a visita medica immediatamente prima e dopo dell'imbarco, non a scopo di reiezione, ma nell'intento di separare a bordo i casi infettivi dai non infettivi e di fornire alle autorità sanitarie del porto di destinazione un elenco esatto e completo di questi casi, elenco che sarebbe trasmesso (come già attualmente si pratica) alle autorità sanitarie dei comuni di residenza degli ammalati.

B) Che tutte le disposizioni sanitarie vigenti che si applicano ai passeggeri di terza classe siano rese obbligatorie anche per quelli di prima e di seconda.

2. Considerando che i fattori eziologici della diffusione della tubercolosi fra gli Italiani negli Stati Uniti dipendono principalmente da condizioni insite alle città congestionate e che la mancanza di opportune informazioni costituisce il motivo principale perchè gli immigranti si concentrano e gravitano sulle città più popolate,

si ritiene necessario:

che le clausole contenute nella legge sull'immigrazione circa il *contratto di lavoro* siano modificate nel senso di permettere ed incoraggiare, pur senza provocare un indebito eccitamento all'immigrazione, la diffusione nei paesi di provenienza degli immigranti, di esatte informazioni circa le risorse di questo paese, entro e fuori dei confini delle grandi città, che li raggiungano prima della loro venuta.

3. Considerando che la tubercolosi è largamente disseminata fra i lavoranti in oggetti di vestiario, in fiori artificiali, in tabacco ecc., i quali comprendono gran numero di Italiani maschi e femmine;

considerando che molti di questi operai, quando sono ammalati di tubercolosi continuano ciò nonostante a lavorare e a diffondere l'infezione nei laboratori e nelle officine anche quando la loro malattia ha già raggiunto uno stadio avanzato;

si ritiene necessario :

che questo congresso faccia voti onde siano accordati speciali poteri al *Board of Health* oppure al *Department of Labor* (ossia alla Polizia dello Stato) perchè gli operai dei laboratori e delle officine predette prima di essere ammessi al lavoro, siano sottoposti a una visita medica sistematica da rinnovarsi periodicamente ad intervalli prestabiliti, nell'intento di scoprire i casi di tubercolosi incipiente e di impedire il diffondersi dell'infezione.

N. B. Un ordine del giorno riproducente queste conclusioni è stato approvato dal Congresso per acclamazione.
