

L'ASSISTENZA SANITARIA

agli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

PUBBLICAZIONE BIMESTRALE

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA - Via Sallustiana N. 51 - ROMA



Sede Centrale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma, Via Sallustiana, 51

SOMMARIO

1. — Nuove provvidenze sanitarie a favore degli Assicurati dell'I. N. A.	Pag. 77	6. — Probabilità di morte parziali secondo alcune principali cause di morte	Pag. 92
2. — Prof. Dr. V. SERRA: Sulla prevenzione dell'angina di petto	» 78	7. — Prof. Dr. I. ROMANELLI: La Medicina Legale nella Assicurazione Vita.	» 93
3. — Alcune malattie infettive verificatesi nel Regno	» 79	8. — Dr. I. FORTUNATI: Diagnosi e prognosi delle glicosurie	» 103
4. — Capitali sinistrati per decesso nei primi quattro mesi dell'anno 1933 per le principali cause di morte	» 80	9. — La pagina del medico fiduciario	» 107
5. — Ricerche su contratti appartenenti ad assicurati maschi sinistrati per decesso nell'anno 1931	» 81	10. — Notiziario	» 110
		11. — Dai Libri e dalle Riviste	» 111
		12. — Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati dell'I. N. A.	» 114

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

Lavoratori di tutte le categorie

ricordate che con le **ASSICURAZIONI POPOLARI** senza visita medica a premi pagabili a rate mensili anche di sole L. 5, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha apprestato per voi e per le vostre famiglie la più semplice e più agevole forma di assicurazione, affinché possiate godere di tutti i vantaggi della previdenza.

Ricordate che le **ASSICURAZIONI POPOLARI** vi offrono, tra l'altro, i seguenti benefici speciali:

PAGAMENTO, oltrechè del capitale assicurato, di una somma eguale al capitale stesso, in caso di morte dell'assicurato dovuta ad infortunio, esclusa ogni concausa.

ESONERO dall'obbligo del versamento dei premi, pur lasciando il contratto in vigore, qualora l'assicurato venga colpito da invalidità totale.

SOSPENSIONE temporanea, anche per un biennio, dall'obbligo del pagamento dei premi, se l'assicurato presta servizio militare o è disoccupato.

PARTECIPAZIONE agli utili dell'Azienda.

L'ASSISTENZA SANITARIA

agli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA - Via Sallustiana N. 51 - ROMA

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

MILANO

1. — *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione, del prof. Giovanni Galli, in Milano, Foro Bonaparte, 51:* A tutti gli assicurati sia in forma ordinaria che collettiva o popolare riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le competenze professionali che per tutte le cure che ivi si praticano.

PISA

2. — *Stabilimenti Termali di S. Giuliano:* a) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, e del 30 % sulle tariffe-pensioni praticate dal Grande Albergo delle Terme; b) agli assicurati in forma popolare riduzione nella medesima percentuale praticata agli assicurati della Cassa Naz. per le Assicurazioni Sociali, e cioè L. 18 giornaliero per la pensione completa, comprensiva di vitto, alloggio, cura e assistenza sanitaria, servizio, ecc.

Utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica distribuiti dall'I. N. A.

1° Semestre 1931	29,15 %	dei Buoni distribuiti
2° Semestre 1931	34,35 %	» » »
1° Semestre 1932	35,85 %	» » »
2° Semestre 1932	44,90 %	» » »
1° Bimestre 1933	48,50 %	» » »
2° Bimestre 1933	62,10 %	» » »

Sulla prevenzione dell'angina di petto

Due autori americani, Greene e Burton, hanno raccolto una serie di casi, occorsi alla loro osservazione, decorrenti e terminanti con attacchi di angina di petto (*J. Amer. Med. Assoc.*, vol. 100, n. 7, 1933).

Essi giustamente ritengono che, di fronte a questa malattia, alle sue crisi improvvise e apparentemente senza motivo, si sia venuto affermando un concetto di fatalismo, di rassegnazione, che è molto dannoso ai malati, ed ostacola l'adempimento di ogni misura preventiva.

Quasi sempre infatti la crisi è stata scatenata da qualche causa occasionale: conoscere — anche qui, come in ogni campo della medicina — vuol dire prevenire; ora se è vero che talvolta l'angina non è che l'ultimo episodio di una esistenza ormai avanzata e resa dolorosa e inutile dalle lesioni progressive arteriosclerotiche, in molti casi essa spezza una vita ancora operosa, interrompe un'attività feconda.

In base alle loro ricerche sistematicamente compiute, gli A.A. distinguono le seguenti cause che precedettero una crisi fatale di *angina pectoris*:

1) Gli sforzi fisici inusitati: lavori di giardinaggio, escursioni in montagna, sollevamento di pesi, sforzi per spingere una automobile restata in panne, ecc. — È necessario quindi che il medico consigli il malato sul modo con cui regolarsi di fronte ad evenienze di questo genere.

2) Il lavoro eccessivo — specie se implica una perdita di sonno e si associa a preoccupazioni. — Un industriale, per far fronte alla critica situazione del suo opificio, licenziò alcuni impiegati e ne assunse egli stesso le mansioni, raddoppiando le sue ore di lavoro, malgrado avvertisse una cre-

scente fatica; morì di colpo, mentre lavorava.

Il senso di fatica deve essere rispettato come indice che non si deve andare più in là: i malati di angina dovranno arrestarsi nel loro lavoro, appena si sentano stanchi, ed alterneranno regolarmente ore di lavoro a periodi di riposo.

3) Persistenza in attività che hanno già provocato attacchi di angina. Non di rado accade che, superata una crisi anginosa, il malato torni gradatamente alla sua attività di prima, aiutandosi contro i primi accenni del male con una medicazione ambulatoria a base di nitriti ecc.; nulla di più dannoso che questo cosiddetto «compenso» terapeutico; l'anginoso non deve ricorrervi che in casi estremi, ma deve invece evitare quel genere di vita che lo rende necessario.

È assai più utile cambiare regime di vita, che proseguirlo con le pillole di trinitina in tasca!

4) I viaggi — specie se lunghi — accompagnati da perdita di sonno, pranzi disordinati e qualche sforzo (sollevamento di valige pesanti ecc.).

5) Le emozioni. — John Hunter diceva che «la sua vita era nelle mani del primo mascalzone che avesse deciso di aggredirlo». — Non è raro (e ne abbiamo avuto esempi anche in Italia) che soggetti sofferenti di angina muoiano all'improvviso durante un'appassionante partita di calcio.

Nella stessa categoria rientrano le angine che fulminano gli oratori durante una discussione animata — specie se si tratta di persone emotive o che per la prima volta parlavano in pubblico.

6) Gli eccessi nel bere e nel mangiare.

Si noti a questo proposito che non solo il mangiar troppo, ma anche il

mangiar troppo poco (digiuno), può scatenare un'angina di petto; gli AA. riferiscono di un signore che si tenne per due giorni — in seguito a leggeri disturbi intestinali — quasi a digiuno: al termine del 2°, scoppiò l'attacco.

7) Le malattie infettive acute. — Quando una di queste, anche di modica gravità, un'angina ad es., compare in un anginoso, il medico deve considerarla come un evento pericoloso.

8) Gli interventi chirurgici e alcune medicazioni opoterapiche, per es. quelle a base di estratti tiroidei: non è detto però che un anginoso non possa sopportare alcun intervento chirurgico; si ricordi soltanto che l'operazione presenta un pericolo di più.

9) L'eccesso di attività sessuale.

Infine talora il paziente è stato assicurato dal medico che non ha nulla e che può vivere come vuole; in tale caso, il malato è lasciato libero di correre uno qualunque dei pericoli che si sono prima accennati.

In conclusione gli A. A. ritengono che i malati di angina di petto debbano regolare il loro regime di vita quotidiana, basandosi appunto sulla conoscenza di queste che sono le cause più frequenti di un nuovo attacco: e il medico che li ha in cura dovrà prevenirli sui pericoli in cui incorrono trascurandole e trasgredendole.

V. SERRA.

Alcune malattie infettive verificatesi nel Regno dal 19 dicembre 1932 al 15 gennaio 1933-XI.

REGIONE	Febbre tifoidea	Scarlattina	Difterite	Pustola maligna
	Numero dei casi denunciati			
Piemonte	65	94	195	1
Liguria	41	63	102	—
Lombardia	171	126	414	—
Venezia Tridentina	26	43	126	—
Veneto	146	132	808	—
Venezia Giulia	39	91	159	—
Emilia	164	159	370	1
Toscana	99	74	202	2
Marche	83	20	113	—
Umbria	83	20	37	—
Lazio	154	380	269	7
Abruzzi e Molise	95	31	82	3
Campania	163	126	95	1
Puglie	69	44	23	8
Lucania	11	49	5	17
Calabria	43	72	30	6
Sicilia	139	113	119	4
Sardegna	25	55	31	6
TOTALI	1616	1692	3180	56

Capitali sinistrati per decesso nei primi quattro mesi dell'anno 1933-XI per le principali cause di morte.

Portafoglio diretto - Assicurazioni ordinarie e collettive con visita medica

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI									Totali
	0-6 m.	6 mesi 1 anno	1-2 anni	2-3 anni	3-4 anni	4-5 anni	5-10 anni	10-15 anni	oltre 15anni	
Ogni forma di tubercolosi . . .	—	—	20.000	15.000	—	59.892	353.000	13.000	34.000	494.892
Altre malattie infettive e parassitarie	35.000	30.000	188.000	251.600	166.000	35.900	322.419	137.000	47.370	1.213.289
Tumori (neoplasie).	—	—	80.000	—	113.500	89.500	167.500	238.000	30.000	718.500
Apoplessia, trombosi, embolia cerebrale	—	10.000	59.870	22.000	—	10.000	50.600	45.200	61.000	258.670
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso. .	—	—	—	22.000	100.000	—	156.000	21.000	40.000	339.000
Malattie dell'apparato circolatorio.	2.250	5.000	99.891	135.000	12.300	62.850	493.870	402.000	151.598	1.364.759
Malattie dell'apparato respiratorio.	—	150.000	42.000	106.200	40.000	61.000	342.500	33.000	51.000	825.700
Malattie dell'apparato digerente .	—	16.000	65.000	72.000	—	10.000	72.750	25.500	32.000	293.250
Malattie dell'apparato genito urinario	—	25.000	250.968	40.705	—	5.000	197.414	20.500	35.500	575.087
Suicidi	6.375	150.000	360.832	6.865	—	107.113	644.107	20.000	26.000	1.321.292
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	100.000	50.000	—	40.000	10.000	15.000	111.740	—	8.000	334.740

Ricerche sui contratti appartenenti ad assicurati maschi, sinistrati per decesso nell'anno 1931 - IX

Portafoglio diretto - Assicurazioni ordinarie e collettive in caso di morte con visita medica

a) Contratti ripartiti secondo le cause di morte e i gruppi di età all'ingresso

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1930	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI
		15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni	
1	Febbre tifoidea (tifo addominale) e paratifi	14	9	6	29
5	Scarlattina.	—	1	—	1
7	Difterite	—	1	—	1
8	Influenza	17	50	45	112
9	Dissenteria	1	—	—	1
11	Tubercolosi dell'apparato respiratorio	54	73	11	138
12	Ogni altra forma di tubercolosi	9	19	7	35
14	Infezione purulenta e setticemia	3	28	7	38
15	Malaria.	1	—	—	1
16	Malattie dovute a protozoi o elminti	1	1	—	2
17	Altre malattie infettive e parassitarie	4	5	2	11
		104	187	78	369
18	Cancro ed altri tumori maligni	10	84	72	166
19	Tumori non maligni.	1	7	3	11
		11	91	75	177
20	Reumatismo articolare acuto	—	4	1	5
21	Reumatismo cronico e gotta	—	1	—	1
22	Diabete mellito	—	11	9	20
23	Avitaminosi	—	1	—	1
24	Malattie della ghiandola tiroide	—	1	—	1
25	Altre malattie generali	1	—	1	2
		1	18	11	30
26	Anemie perniciose ed altre.	1	—	1	2
27	Leucemie, aleucemie ed altre malattie del sangue	2	9	1	12
		3	9	2	14

Segue: Contratti ripartiti secondo le cause di morte e i gruppi di età all'ingresso

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1980	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI
		15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni	
28	Alcoolismo acuto e cronico.	—	1	—	1
29	Avvelenamenti cronici	1	—	—	1
		1	1	—	2
30	Meningite semplice	5	7	—	12
31	Atassia locomotrice progressiva	—	1	—	1
32	Emorragia cerebrale, embolia, trombosi cerebrale	6	59	59	124
33	Paralisi progressiva degli alienati	1	10	6	17
34	Demenza precoce ed altre psicosi.	1	2	—	3
35	Epilessia	—	2	—	2
36	Altre malattie del sistema nervoso	2	3	3	8
37	Malattie dell'occhio, orecchio e annessi.	1	4	—	5
		16	88	68	172
39	Endocardite acuta	1	3	1	5
40	Endocardite cronica compr. le affezioni valvolari	4	18	5	27
41	Malattie del miocardio	3	16	13	32
42	Altre malattie delle arterie coronarie e angina pectoris	6	27	34	67
43	Altre malattie del cuore	5	23	11	39
44	Aneurisma, escluso l'aneurisma del cuore	1	5	8	14
45	Arteriosclerosi	1	23	37	61
46	Altre malattie dell'apparato circolatorio.	—	9	12	21
		21	124	121	266
47	Bronchiti	1	3	2	6
48	Polmoniti	9	58	51	118
49	Pleuriti	4	7	2	13
50	Altre malattie dell'apparato respiratorio esclusa la tubercolosi	4	14	12	30
		18	82	67	167
51	Ulcera dello stomaco e del duodeno	7	18	9	34
53	Enteriti e ulcere intestinali (2 anni ed oltre)	2	3	7	12

Segue : Contratti ripartiti secondo le cause di morte e i gruppi di età all'ingresso

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1930	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI
		15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni	
54	Appendicite	7	23	7	37
55	Ernia, occlusione intestinale	3	13	2	18
56	Cirrosi del fegato	2	22	23	47
57	Altre malattie del fegato e delle vie biliari	4	17	7	28
58	Altre malattie dell'apparato digerente	1	9	11	21
		26	105	66	197
59	Nefriti	6	42	29	77
60	Altre malattie dei reni	2	5	3	10
61	Calcolosi delle vie urinarie	1	6	3	10
62	Malattie della vescica, esclusi i tumori	—	—	3	3
63	Malattie dell'uretra, ascesso urinoso	—	1	—	1
64	Malattie della prostata	—	1	7	8
		9	55	45	109
71	Malattie della pelle e del tessuto cellulare	2	4	3	9
		2	4	3	9
78	Senilità	—	—	3	3
		—	—	3	3
79	Suicidio	10	82	33	125
80	Omicidio	2	9	1	12
81	Morti accidentali	24	36	21	81
82	Altre morti violente di cui la natura è sconosciuta	8	4	—	12
83	Ferite di guerra	—	1	—	1
		44	132	55	231
85	Cause non specificate o mal definite	10	36	44	90
		10	36	44	90
	TOTALI	266	932	638	1.836

b) Ripartizione percentuale delle cause di morte per ogni gruppo di età all'ingresso.

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1980	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso		
		15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni
1	Febbre tifoidea (tifo addominale e paratifi) .	5,26	0,97	0,94
5	Scarlattina	—	0,11	—
7	Difterite	—	0,11	—
8	Influenza	6,39	5,36	7,06
9	Dissenteria	0,38	—	—
11	Tubercolosi dell'appar. respiratorio	20,30	7,83	1,72
12	Ogni altra forma di tubercolosi	3,38	2,04	1,10
14	Infezione purulenta e setticemia	1,13	3 —	1,10
15	Malaria	0,38	—	—
16	Malattie dovute a protozoi o elminti	0,38	0,10	—
17	Altre malattie infettive e parassitarie	1,50	0,54	0,31
		39,10	20,06	12,23
18	Cancro ed altri tumori maligni	3,76	9,01	11,29
19	Tumori non maligni	0,38	0,75	0,47
		4,14	9,76	11,76
20	Reumatismo articolare acuto	—	0,42	0,16
21	Reumatismo cronico e gotta	—	0,11	—
22	Diabete mellito	—	1,18	1,40
23	Avitaminosi	—	0,11	—
24	Malattie della ghiandola tiroide	—	0,11	—
25	Altre malattie generali	0,38	—	0,16
		0,38	1,93	1,72
26	Anemie perniciose ed altre	0,38	—	0,16
27	Leucemie, aleucemie ed altre malattie del sangue	0,75	0,97	0,16
		1,13	0,97	0,32
28	Alcoolismo acuto e cronico	—	0,11	—
29	Avvelenamenti cronici	0,38	—	—
		0,38	0,11	—

Segue: Ripartizione percentuale delle cause di morte per ogni gruppo di età all'ingresso.

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1930	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso		
		15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni
30	Meningite semplice	1,87	0,75	—
31	Atassia locomotrice progressiva	—	0,11	—
32	Emorragia cerebrale, embolia, trombosi cerebrale	2,25	6,34	9,24
33	Paralisi progressiva degli alienati	0,38	1,07	0,94
34	Demenza precoce ed altre psicosi	0,38	0,21	—
35	Epilessia	—	0,21	—
36	Altre malattie del sistema nervoso	0,75	0,32	0,47
37	Malattie dell'occhio, orecchio e annessi	0,38	0,43	—
		6,01	9,44	10,65
39	Endocardite acuta	0,38	0,32	0,16
40	Endocardite cronica comprese le affezioni valvolari	1,50	1,93	0,78
41	Malattie del miocardio	1,13	1,72	2,04
42	Altre malattie delle arterie coronarie e angina pectoris	2,26	2,90	5,33
43	Altre malattie del cuore	1,87	2,46	1,72
44	Aneurisma, escluso l'aneurisma del cuore	0,38	0,54	1,25
45	Arteriosclerosi	0,38	2,47	5,80
46	Altre malattie dell'apparato circolatorio	—	0,97	1,89
		7,90	13,31	18,97
47	Bronchiti	0,38	0,32	0,31
48	Polmoniti	3,39	6,23	7,99
49	Pleuriti	1,50	0,75	0,31
50	Altre malattie dell'apparato respiratorio esclusa la tubercolosi	1,50	1,50	1,89
		6,77	8,80	10,50

Segue: Ripartizione percentuale delle cause di morte per ogni gruppo di età all'ingresso.

Nomenclatura nosologica internazionale a internaz. 1930	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso		
		15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni
51	Ulcera dello stomaco e del duodeno	2,63	1,93	1,42
53	Enteriti e ulcere intestinali (2 anni e oltre) .	0,75	0,32	1,09
54	Appendicite	2,63	2,47	1,09
55	Ernia, occlusione intestinale	1,13	1,89	0,32
56	Cirrosi del fegato	0,75	2,37	3,62
57	Altre malattie del fegato e delle vie biliari .	1,50	1,82	1,09
58	Altre malattie dell'apparato digerente . . .	0,38	0,97	1,72
		9,77	11,27	10,35
59	Nefriti.	2,25	4,50	4,55
60	Altre malattie dei reni	0,75	0,54	0,47
61	Calcolosi delle vie urinarie	0,38	0,64	0,47
62	Malattie della vescica esclusi i tumori . . .	—	—	0,47
63	Malattie dell'uretra, ascesso urinoso . . .	—	0,11	—
64	Malattie della prostata,	—	0,11	1,09
		3,38	5,90	7,05
71	Malattie della pelle e del tessuto cellulare .	0,75	0,43	0,47
		0,75	0,43	0,47
78	Senilità	—	—	0,47
		—	—	0,47
79	Suicidio	3,76	8,80	5,17
80	Omicidio	0,75	0,97	0,16
81	Morti accidentali	9,02	3,85	3,28
82	Altre morti violente di cui la natura è sconosciuta	3 —	0,43	—
83	Ferite di guerra	—	0,11	—
		16,53	14,16	8,61
85	Cause non specificate o mal definite . . .	3,75	3,86	6,90
		3,75	3,86	6,90
	TOTALI . . .	100	100	100

o) Contratti sinistrati per le principali cause di morte, ripartiti secondo le età all'ingresso e le antidurate dei contratti.

Antidurata dei contratti	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI
	15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni	

I n f l u e n z a				
0 — 1 anni.	2	5	6	13
1 — 2 »	1	1	5	7
2 — 3 »	2	3	7	12
3 — 5 »	3	11	6	20
5 — 10 »	5	15	9	29
oltre 10 anni	4	15	12	31
TOTALI	17	50	45	112

T u b e r c o l o s i				
0 — 1 anni.	6	8	—	14
1 — 2 »	2	6	—	8
2 — 3 »	4	8	3	15
3 — 5 »	13	21	7	41
5 — 10 »	25	37	7	69
oltre 10 anni	13	12	1	26
TOTALI	63	92	18	173

C a n c r i e d a l t r i t u m o r i m a l i g n i				
0 — 1 anni.	—	3	6	9
1 — 2 »	—	11	8	19
2 — 3 »	2	2	9	13
3 — 5 »	—	8	9	17
5 — 10 »	3	22	17	42
oltre 10 anni	5	38	23	66
TOTALI	10	84	72	166

Segue: Contratti sinistrati per le principali cause di morte, ripartiti secondo le età all'ingresso e le antidurate dei contratti.

Antidurata dei contratti	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI
	15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni	
Emorragia cerebrale - Embolia e trombosi cerebrale				
0 — 1 anni	—	4	7	11
1 — 2 »	—		3	3
2 — 3 »	—	2	4	6
3 — 5 »	2	7	8	17
5 — 10 »	2	22	15	39
oltre 10 anni	2	24	22	48
TOTALI	6	59	59	124
Malattie del cuore				
0 — 1 anni.	1	5	10	16
1 — 2 »	2	5	7	14
2 — 3 »	1	4	2	7
3 — 5 »	2	7	9	18
5 — 10 »	5	13	16	34
oltre 10 anni	8	53	20	31
TOTALI	19	87	64	170
P o l m o n i t i				
0 — 1 anni.	1	4	7	12
1 — 2 »	—	2	9	11
2 — 3 »	3	5	2	10
3 — 5 »	—	7	9	16
5 — 10 »	4	20	10	34
oltre 10 anni	1	20	14	35
TOTALI	9	58	51	118

Segue: Contratti sinistrati per le principali cause di morte, ripartiti secondo le età all'ingresso e le antidurate dei contratti.

Antidurata dei contratti	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI
	15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni	
N e f r i t i				
0 — 1 anni.	1	1	2	4
1 — 2 »	—	1	4	5
2 — 3 »	2	4	1	7
3 — 5 »	—	6	8	14
5 — 10 »	—	10	10	20
oltre 10 anni	3	20	4	27
TOTALI	6	42	29	77
S u i c i d i o				
0 — 1 anni.	—	6	5	11
1 — 2 »	—	7	3	10
2 — 3 »	1	7	4	12
3 — 5 »	2	5	8	15
5 — 10 »	6	30	9	45
oltre 10 anni	1	27	4	32
TOTALI	10	82	33	125
M o r t i a c c i d e n t a l i				
0 — 1 anni.	4	4	4	12
1 — 2 »	5	5	3	13
2 — 3 »	—	4	1	5
3 — 5 »	8	8	6	22
5 — 10 »	5	5	4	14
oltre 10 anni	2	10	3	15
TOTALI	24	36	21	81

d) Contratti sinistrati per morti violente e accidentali ripartiti secondo la causa di morte e le età all'ingresso.

Nomenclatura nosologica dettagliata internaz. 1980

CAUSE DI MORTE		Gruppi di età all'ingresso			TOTALI
		15-29	30-44	oltre 4 anni	
Suicidi					
163	Suicidi per veleni.	—	11	2	13
164	» da gas tossici	1	—	—	1
165	» per impiccamento e strangolamento . .	1	5	1	7
167	» per arma da fuoco	8	45	17	70
168	» per arma da punta e taglio	—	3	3	6
169	» per precipitazione da un luogo elevato.	—	5	4	9
170	» per schiacciamento	—	—	1	1
171	» per altri mezzi	—	13	5	18
TOTALI		10	82	33	125
Morti accidentali					
177	Avvelenamenti da alimenti guasti.	—	1	—	1
181	Ustioni accidentali (diverse da quelle per incendio)	—	—	1	1
183	Per annegamento accidentale	4	3	2	9
184	Per trauma accidentale (da arma fuoco). . .	1	4	5	10
186	Per lesioni accidentali da caduta, schiacciamento e frana:				
	mezzi di trasporto { tramwais e ferrovie	4	1	1	6
	{ automobili e motociclette	7	16	3	26
	{ altro mezzo trasporto terra.	3	1	2	6
	{ trasporti aerei.	1	—	—	1
	macchine	1	1	—	2
	caduta	—	7	4	11
		16	26	10	52
190	Per freddo eccessivo	1	—	—	1
191	Per caldo eccessivo	—	—	1	1
193	Per accidenti di corrente elettrica.	1	1	2	4
194	Per altri accidenti	1	1	—	2
TOTALI		24	36	21	81

e) Contratti ripartiti secondo alcune principali cause di morte e i gruppi di costituzione somatica.

CAUSE DI MORTE	ETÀ ALL'INGRESSO: 15-29 ANNI			ETÀ ALL'INGRESSO: 30-44 ANNI			ETÀ ALL'INGRESSO: oltre 45 ANNI		
	Gruppi di costituzione somatica			Gruppi di costituzione somatica			Gruppi di costituzione somatica		
	Sottopesi	Normali	Sovrappesi	Sottopesi	Normali	Sovrappesi	Sottopesi	Normali	Sovrappesi
Influenza	7 (5,19)	9 (10,34)	1 (3,44)	12 (7,36)	20 (5,06)	16 (5,13)	7 (8,97)	21 (9,17)	13 (4,61)
Ogni forma di tubercolosi	37 (27,41)	22 (25,28)	2 (6,90)	34 (20,86)	38 (9,62)	15 (4,81)	8 (10,26)	7 (3,06)	1 (0,35)
Cancro	2 (1,48)	5 (5,75)	3 (10,34)	16 (9,82)	39 (9,87)	24 (7,69)	18 (23,08)	29 (12,66)	20 (7,09)
Emorragia cerebrale	1 (0,74)	4 (4,60)	1 (3,45)	4 (2,45)	19 (4,81)	32 (10,26)	4 (5,13)	26 (11,36)	26 (9,22)
Malattie di cuore	1 (0,74)	7 (8,05)	5 (17,24)	19 (11,66)	48 (12,15)	45 (14,42)	8 (10,26)	34 (14,85)	71 (25,18)
Polmoniti	4 (2,96)	3 (3,45)	2 (6,90)	13 (7,98)	28 (7,09)	14 (4,49)	10 (12,82)	16 (6,99)	20 (7,09)
Nefriti	—	6 (6,00)	—	1 (0,61)	15 (3,80)	19 (6,09)	1 (1,28)	11 (4,80)	14 (4,96)
Suicidi	6 (4,44)	2 (2,29)	—	9 (5,52)	28 (7,09)	36 (11,54)	3 (3,85)	11 (4,80)	19 (8,74)
Morti accidentali	20 (14,82)	—	1 (3,45)	11 (6,75)	15 (3,80)	9 (2,88)	4 (5,13)	6 (2,62)	10 (3,56)
Altre malattie	57 (42,22)	29 (33,34)	14 (48,28)	44 (26,99)	145 (36,71)	102 (32,69)	15 (19,22)	68 (29,69)	88 (31,20)
TOTALI	135 (100)	87 (100)	29 (100)	163 (100)	395 (100)	312 (100)	78 (100)	229 (100)	282 (100)

Nota. — Per 15 contratti i dati somatici sono incompleti.

Nota. — Per 63 contratti i dati somatici sono incompleti.

Nota. — Per 49 contratti i dati somatici sono incompleti.

f) Contratti sinistrati nell'anno 1931 per decesso, ripartiti secondo la professione e l'età all'ingresso degli assicurati (maschi).

Gruppi di Età	CLASSI DI PROFESSIONI												TOTALI
	I. Agricoltori di ogni specie	II. Industriali e commercianti	III. Venditori e Rappresentanti	IV. Operai	V. Addetti a Servizi di trasporti e affini	VI. Persone di servizio e di fatica	VII. Personale subalterno dello Stato ed altri Enti Pubblici	VIII. Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubblici	IX. Impiegati ed Ufficiali	X. Culto, professioni ed arti liberali	XI. Proprietari e benestanti	XII. Condizioni non professionali e non precisate	
15-29	9	56	18	28	11	3	6	9	60	51	6	9	266
30-44	33	195	110	80	28	15	16	25	198	183	35	14	932
oltre 45	23	118	59	38	11	17	11	14	151	155	37	4	688
Totali	65	369	187	146	50	35	33	48	409	389	78	27	1.836

Probabilità di morte parziali secondo alcune principali cause di morte

Assicurati di entrambi i sessi con visita medica all'ingresso osservati nel quinquennio 1927-1931

($q \propto \text{‰}$ - cifre approssimate)

E T À	Ogni forma di tubercolosi	Tumori	Emorragie cerebrali, trombosi, embolie	Malattie di cuore	Malattie della circolazione	Nefriti	Suicidi
32 anni	7,01	1,49	0,62	1,49	0,18	1,15	2,07
37 »	7,80	2,38	1,46	2,13	0,18	1,91	2,44
42 »	7,68	6,34	3,51	4,99	1,02	2,96	3,16
47 »	7,29	8,14	6,92	6,69	1,92	6,15	4,26
52 »	10,63	17,30	15,20	12,74	6,39	8,83	7,73
57 »	5,53	24,22	20,03	18,81	13,37	10,88	7,18
62 »	7,92	31,65	38,55	33,31	27,68	10,37	3,95

La Medicina Legale nella Assicurazione vita

Relazione al Congresso di Medicina Legale Generale e di Medicina Legale delle Assicurazioni

Roma 1-4 giugno 1933 - XI

È la prima volta che in Italia la medicina delle Assicurazioni Vita partecipa ad un Congresso insieme ad altre branche della medicina ben note e tradizionalmente coltivate da maestri italiani.

Vi sono stati è vero importanti Congressi internazionali di medicina delle assicurazioni, di cui il primo fu tenuto a Bruxelles nel 1899 e l'ultimo, quarto della serie, nel 1906 a Berlino, nei quali la medicina delle assicurazioni vita fu ampiamente trattata, costituendo anzi la materia principale di quei Congressi.

Ma l'Italia a quella attività ha scarsamente contribuito, poichè la industria delle assicurazioni vita nel nostro paese era principalmente esercitata dalle Compagnie estere, e le poche e gloriose Compagnie italiane non avevano uno sviluppo tale da consentire la utilizzazione di dati e di energie a scopo scientifico.

Con la creazione ed il consolidamento dell'Ente di Stato italiano sorto per proteggere e stimolare la previdenza, l'assicurazione sulla vita umana ha avuto un rigoglioso sviluppo anche nel nostro paese, come lo dimostra il milione circa di italiani assicurati dall'I. N. A. e la floridezza delle numerose attuali Compagnie nazionali.

Lo sviluppo dell'industria assicurativa ha permesso quindi di dedicare una parte delle energie allo studio ed alle ricerche, allo scopo di migliorarla, e di permettere a quanti più è possibile di usufruire della benefica previdenza assicurativa.

In questo Congresso nazionale, sedendo accanto ai nostri Maestri, siamo ben lieti di affermare lo sviluppo della medicina delle assicurazioni vita in Italia. Essa ha le sue basi fondamentali

nella clinica e nella statistica medica, le quali insieme ci danno le norme per la valutazione dei rischi da assumere. Ma in questo Congresso, che è di medicina legale, accenneremo solo alle principali questioni di medicina legale nell'assicurazione vita: questioni sempre importanti e di attualità.

Già nel primo Congresso internazionale di Bruxelles del 1899, cui ho già accennato, ed al quale aderirono per l'Italia l'«Alleanza», la «Compagnia di Milano» e la «Fondiarìa» rappresentata dal compianto prof. Grocco, clinico di Firenze, che fu uno dei Vice Presidenti onorari del Congresso, si discussero anche temi di medicina legale. Infatti il dott. Weill Mantou, medico della Compagnia «Le Phénix» di Parigi, presentò una relazione sulla frode dell'assicurazione vita, il dott. J. Van Genns medico capo della «Allgemeine» di Amsterdam, trattò del segreto del medico nell'assicurazione vita, il dott. Houzé, dell'Università di Bruxelles, dell'antropometria nell'assicurazione vita, ecc.

Questo dimostra che i problemi di medicina legale hanno sempre avuto, come hanno anche oggi, grande importanza per i medici delle direzioni degli Enti di assicurazione vita.

Il compito della medicina legale è specialmente quello di illustrare le questioni mediche in rapporto all'applicazione della legge, e di intervenire quindi in tutte le questioni forensi in cui è necessario lumeggiare un problema di medicina.

Questo compito spetta ai medici delle direzioni delle Compagnie.

Molte delle questioni legali che riguardano l'assicurazione vita hanno bisogno dell'opera del medico, poichè il contratto di assicurazione vita è un con-

tratto di buona fede, emesso in base alle dichiarazioni sinceramente rese dall'assicurando circa le proprie condizioni di salute. E poichè trattasi di notizie che riguardano la salute, il medico, che deve valutarle per l'accettazione del rischio, è la persona più adatta per illustrarle.

Le assicurazioni sulla vita umana costituiscono invero una parte notevole e pregiata dell'attività umana, perchè provvedono all'avvenire, e le leggi si occupano di esse per la tutela della previdenza. Vi sono diritti e doveri dell'assicurato e dell'Ente assicuratore, e nelle mutue, come negli Enti che chiamano gli assicurati a partecipare agli utili dell'Azienda, i diritti dell'Ente sono anche diritti di tutti gli assicurati.

La caratteristica dell'assicurazione vita di essere un contratto di buona fede, basato sulle dichiarazioni rese sinceramente dall'assicurando circa la propria salute, fa assumere alle questioni medico-legali, che possono sorgere, un aspetto speciale e caratteristico, proprio di questa funzione previdenziale.

Perciò il medico dell'assicurazione vita è chiamato ad intervenire tutte le volte che agli uomini di legge, i quali si occupano anche dell'assicurazione vita, si devono illustrare, oltre ai comuni problemi di medicina legale che eventualmente possono presentarsi, anche questioni proprie della medicina delle assicurazioni vita.

Naturalmente io desidero qui accennare solo a queste ultime, che costituiscono la caratteristica della medicina legale nell'assicurazione vita.

* * *

L'assicurazione vita è una benefica istituzione sociale, sorta dal bisogno sentito dall'uomo civile di provvedere alle persone a lui care, le quali sarebbero danneggiate anche materialmente,

da una eventuale morte prematura di lui.

La morte è una fase certa della vita, che colpisce tutti gli uomini, ma di cui la data è indipendente dalla volontà umana, nè può essere preveduta.

Una morte prematura, che colpisca un uomo prima che egli abbia potuto provvedere all'avvenire delle persone a lui care, è apportatrice di gravi danni, oltrechè morali, anche materiali.

Un sentimento di alta solidarietà umana spinge gli uomini di intelletto e di cuore ad unirsi insieme per alleviare i danni della morte prematura, distribuendo su più larga base l'onere che ne deriva.

La esperienza raccolta dalla statistica dimostra che un gruppo di persone di una stessa età ha un determinato coefficiente di mortalità. Se per esempio teniamo in osservazione un gruppo di mille persone tutte della età di 45 anni, osserveremo che molto probabilmente 10 di esse non raggiungeranno il 46° anno di vita, ma nessuno potrà indicare a priori le 10 persone che saranno colpite dalla morte prematura. Il coefficiente di mortalità a 45 anni è dunque del 10 per mille.

Se queste mille persone soggette alla morte stabiliscono di alleviare le conseguenze economiche che da tale evento possono derivare alle loro famiglie, con una somma, supponiamo, di lire diecimila a ciascuna delle famiglie colpite dalla perdita di una di essi, sarà sufficiente che ciascuno dei mille versi una somma di sole lire cento.

In tal modo essi con minimo sforzo hanno messo insieme la somma di lire centomila necessaria per indennizzare, con lire diecimila, ciascuna delle dieci famiglie colpite dalla perdita di quei dieci di essi, che secondo la esperienza data dalla statistica, probabilmente non raggiungeranno il 46° anno di età.

In tal modo essi hanno distribuito su più larga base, e reso quindi più lieve, il danno che ha colpito pochi, e dal quale tutti erano minacciati.

Il contratto di assicurazione vita, basato sul concetto della previdenza e della solidarietà umana, ha perciò finalità sociali altissime, ed era naturale che fosse tutelato dalle leggi.

Se i contratti di assicurazione sulla vita fossero obbligatori per tutti indistintamente i nati, e fossero stipulati tutti per la stessa somma, ed alla stessa età, l'opera del medico sarebbe superflua per l'accettazione dei rischi, e non sorgerebbero speciali questioni di medicina legale, all'infuori delle comuni a tutti i contratti.

Ma le assicurazioni vita, poichè sono destinate specialmente alle classi medie, e quindi alle classi più evolute ed intelligenti, sono assicurazioni facoltative. Ciascuno stabilisce i bisogni dei superstiti in base ai propri vari coefficienti. Gli assicurandi perciò chiedono contratti per somme di varie entità; e ne stipulano nelle varie età, a seconda delle loro diverse condizioni economiche e delle loro aspirazioni.

Ne consegue la necessità di una selezione allo scopo di evitare che il contratto di buona fede, stipulato per tutelare i superstiti dal danno della morte, non divenga una speculazione in contrasto con i concetti fondamentali, che costituiscono la caratteristica dell'assicurazione vita, basata sulla previdenza e la solidarietà umana.

* * *

I primi contratti furono selezionati direttamente dal Consiglio di amministrazione delle Società assicuratrici, poichè gli assicurandi dovevano presentarsi a quei Consiglieri, i quali giudicavano dell'accettazione di un rischio in base ai concetti empirici di medicina, che fanno parte del patrimonio degli uomini colti.

Il loro giudizio era basato sulla impressione che essi ricevevano dall'aspetto dell'assicurando, e sulle risposte che ottenevano a determinate domande,

suggerite dalla esperienza e dal buon senso.

E appunto la esperienza fece compilare una lista di domande cui gli assicurandi dovevano rispondere, e col moltiplicarsi degli uffici delle Società assicuratrici, si sentì il bisogno di ricorrere all'opera di un medico di fiducia della Società, cui furono deferiti parte dei poteri del Consiglio.

Egli aveva, come attualmente ha, il compito di rivolgere all'assicurando domande sul passato patologico di lui, allo scopo di valutare dal punto di vista medico le risposte e in base ad esse giudicare della probabile longevità di lui e consigliare l'accettazione o il rifiuto del rischio.

Un contratto quindi di assicurazione è un contratto di buona fede basato anche attualmente sulle dichiarazioni che all'ingresso in assicurazione, l'assicurando rende circa le predisposizioni morbose della famiglia cui appartiene, e circa il proprio passato patologico.

Si è aggiunto più tardi, è vero, un esame obiettivo dell'assicurando, fatto dal medico di fiducia, ma questo esame obiettivo costituisce una perizia di parte, voluta dall'Ente assicuratore allo scopo di meglio valutare le dichiarazioni rese dall'assicurando: per esempio se un reumatismo articolare ha avuto localizzazioni endocardiche non note all'assicurando, se una angina follicolare ha determinato una nefrite, ecc.

Nè si può ammettere che la visita medica possa esonerare l'assicurando dal fare tutte le dichiarazioni richieste dal modulo; è facile dimostrare infatti come nell'esame obiettivo possa facilmente sfuggire una lesione polmonare iniziale, un vizio valvolare cardiaco quando non vi siano segni molto evidenti, ed altre affezioni.

Che dire poi di quelle affezioni che hanno manifestazioni periodiche, e, finchè non si stabiliscono lesioni permanenti, danno, nei periodi intervallari, un esame obiettivo perfettamente normale?

Infatti chi può pretendere che un medico faccia diagnosi di asma bronchiale nel periodo di intervallo fra un accesso e l'altro, quando non si sono stabiliti segni di enfisema polmonare? Ovvero di epilessia, quando non vi siano turbe mentali, e le eventuali cicatrici vengano attribuite dall'assicurando a traumi occasionali? Ovvero che faccia diagnosi di ulcera duodenale, ecc., se l'assicurando tace le proprie sofferenze?

Nè si può pretendere che un esame obiettivo sveli in ogni caso alterazioni o disfunzioni di organi, se l'assicurando tace i disturbi subiettivi sofferti, o di cui soffre. Se per esempio l'assicurando ha avuto un attacco di angina pectoris che tace al medico, come si può pretendere che il medico ne faccia la diagnosi?

E' per questa ragione che i moduli di visita medica dopo le domande del questionario portano una dichiarazione, che gli assicurandi devono firmare. Con tale dichiarazione essi riconoscono che il contratto di assicurazione sarà emesso in base alle dichiarazioni fatte; ed a tutela dell'Ente assicuratore, come a dimostrazione della perfetta buona fede, essi prosciogliono dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averli curati o visitati, e le altre persone alle quali l'Istituto assicuratore credesse, in ogni tempo, rivolgersi per informazioni.

*
* *

Stabilito questo dato fondamentale del contratto di assicurazione sulla vita umana, che cioè esso è un contratto di buona fede, basato sulle dichiarazioni rese dall'assicurando all'ingresso in assicurazione, ne deriva la necessità dell'intervento del medico in tutte le questioni legali che si riferiscono a quelle dichiarazioni che devono essere rese sinceramente ed in buona fede.

Infatti i dati, in base ai quali il medico emette il suo giudizio per l'accettazione del rischio sono:

1) I dati dell'anamnesi gentilizia: essa fa rilevare al medico: a) la longevità nella famiglia; b) il frequente ripetersi di determinate cause di morte, e specialmente di quelle così dette ereditarie; c) la convivenza con persone affette da malattie contagiose.

2) I dati dell'anamnesi personale. Nell'anamnesi personale sono importanti per il medico: a) le malattie che guariscono ma possono recidivare; b) le malattie che guariscono apparentemente, ma che possono dare più o meno frequenti manifestazioni della loro persistenza; c) le malattie che guariscono lasciando alterazioni permanenti; d) lo stato funzionale dei diversi organi e sistemi; e) la professione; f) le abitudini di vita, ed in ispecial modo l'uso o l'abuso di sostanze tossiche o comunque nocive.

Principalmente in base a questi elementi di giudizio il medico esprime il proprio parere circa l'accettabilità del rischio.

*
* *

Vi possono essere peraltro reticenze o dichiarazioni erronee rese dall'assicurando in perfetta buona fede. Perciò, a tranquillità dell'assicurato, tutti gli Enti di assicurazione hanno stabilito un periodo più o meno breve di tempo, dopo il quale il contratto di assicurazione non può più essere infirmato per reticenze o per erronee dichiarazioni.

Peraltro tutti gli Enti di assicurazione vita, in ogni tempo, hanno fatto salvo il caso di malafede; e per malafede, come è stato dimostrato al secondo Congresso delle Scienze di Assicurazione tenutosi in Trieste dal 5 al 9 novembre 1932, si devono intendere le reticenze di deliberato proposito, e le dichiarazioni scientemente difforni dal vero.

Infatti è in mala fede colui che tace al fiduciario delle assicurazioni la convivenza con un malato di tubercolosi, una ematemesi da ulcera duodenale, una violenta colica appendicolare, accessi di asma bronchiale, di epilessia, di angina pectoris, ecc. Ed è in mala fede colui che vuol far passare per fatti lievi malattie gravi che hanno la loro influenza sulla longevità, facendo dichiarazioni scientemente difformi dal vero, come per esempio la denuncia di disturbi nervosi da superlavoro, che nascondono invece disturbi mentali ciclici per cui è stato ricoverato in casa di salute, ecc.

E le dichiarazioni non vere possono variare con una gamma che va dalla cruda menzogna ad una fine dichiarazione subdola, che può fare intendere, e non affermare.

Esse possono riguardare:

1) L'età dell'assicurando. Vi sono degli assicurandi che non dichiarano la loro età, sia per le stesse ragioni per cui in società alcuni si offendono se non si attribuisce loro una età inferiore alla reale sia allo scopo di pagare un premio minore.

2) I dati del gentilizio.

Le dichiarazioni non rispondenti al vero possono consistere nel negare casi verificatisi di malattie che facilmente si ripetono nei discendenti e collaterali o nel dichiarare come cause di morte un episodio, terminale o concomitante, invece della malattia fondamentale (per esempio dichiarare morto per setticemia un diabetico, di parto, una affetta da tubercolosi polmonare, ecc.). Ovvero denunciare la causa di morte tacendo la natura della malattia (per esempio dichiarare la morte per broncopolmonite tacendo che essa era di natura tubercolare).

3) I dati dell'anamnesi personale, sia per quanto riguarda le malattie pregresse, sia per i disturbi in atto che per le abitudini di vita.

Troppo lontano ci porterebbe un esa-

me minuto delle false dichiarazioni in questo campo.

Desidero solo accennare alla mentalità di alcuni assicurandi, che per falso pudore non vogliono far conoscere malattie sofferte, per esempio la sifilide. Dichiarazioni reticenti o scientemente diverse dal vero si hanno spesso circa le abitudini di vita. È difficile che un bevitore confessi l'abuso del vino, e tanto meno un morfinomane l'uso della droga.

Anche circa i disturbi subiettivi gli assicurandi spesso, al momento delle dichiarazioni al medico, sono invasi da un senso di euforia.

Nella pratica dell'assicurazione vita si verifica spesso il contrario di quanto si constata per esempio nelle assicurazioni infortuni.

Negli infortuni vi è da parte di alcuni assicurati la tendenza ad esagerare le proprie sofferenze.

Nell'assicurazione vita si può verificare più spesso il caso inverso: la tendenza cioè a sminuire la importanza dei propri disturbi, ed ostentare invece una salute florida.

Provatevi infatti ad applicare un soprapremio ad un giovane assicurando che ha sofferto per esempio di pleurite tubercolare. Egli vi risponderà meravigliandosi, perchè è perfettamente guarito dalla malattia sofferta, ed ormai passata. Se invece quella pleurite si fosse manifestata dopo un trauma da infortunio sul lavoro, ben diversa sarebbe la condotta di quell'assicurato.

Lo stesso cardiopaziente, cui si applica il soprapremio sanitario, risponde che il suo vizio di cuore è perfettamente compensato, e perciò non merita alcun soprapremio.

Questa è in genere la mentalità dell'assicurato: ostentare una sanità, anche quando è entrato a far parte del gruppo dei pazienti.

* * *

Vi è poi da tener presente la mentalità di alcuni assicurandi, i quali ri-

tengono che ingannare un Ente di assicurazione non è la stessa cosa che ingannare una persona. Mentre costoro non sarebbero capaci di frodare un singolo, quando si tratta invece di un Ente, specie se di diritto pubblico, e se lo si ritiene economicamente potente, non si peritano di ricorrere magari a delle sfumature sottili tra la verità e la menzogna, che servono a dire e non dire, ma certamente ad ingannare.

In qualche caso l'assicurando può sentire la necessità di possedere un contratto di assicurazione. Per esempio nei casi in cui esso serva per ottenere un prestito. In tal caso la mente dell'assicurando è talmente preoccupata dal bisogno del prestito che dimentica ogni altra circostanza, specialmente poi quando questo ricordo può mettere in pericolo la concessione del contratto di assicurazione vita, indispensabile per ottenere il prestito di cui ha bisogno.

Vi può essere anche una terza persona, per esempio un beneficiario, che ha interesse alla stipulazione del contratto, ed agisce suggestionando l'assicurando a tacere circostanze, che si sforza di far ritenere inutili o poco importanti.

Qualche volta è l'amor proprio, offeso da un rifiuto opposto da una Compagnia, che spinge l'assicurando a proporre subito un contratto ad altro Ente, e dimenticare per l'occasione tutto quanto egli ritiene sia stata la causa del primo rifiuto.

Accade spesso di esaminare rapporti connessi ad assicurazioni anche importanti, dai quali risulta che l'assicurando è perfettamente sano, ed immune da tare sia gentilizie che personali.

Solo lo scambio di informazioni tra i vari Enti di assicurazioni avverte di un rifiuto da parte di altro Ente. L'esame di quel rapporto dimostra dati patologici importanti, denunciati la prima volta sinceramente dall'assicurando, che per l'occasione ha dimenticato quei dati la seconda volta. Qualche volta si assiste a spettacoli di questo

genere: assicurandi rifiutati per colica appendicolare recente, vogliono far passare quella colica per semplice disturbo da indigestione; e in qualche caso, in cui è stato applicato un soprapremio per obesità che l'assicurando ritiene eccessivamente oneroso, si ricorre alla denuncia, per l'occasione, di un peso corporeo inferiore al reale, che da un fiduciario in buona fede può essere anche accolto senza controllo.

* * *

Si deve peraltro riconoscere che i tentativi di frode sono fatti da una scarsa minoranza di assicurandi; ma questo non esime dalla lotta contro la frode, sia per ragioni di moralità, e sia allo scopo di ridurre quella minoranza sempre più esigua. Nelle Mutue poi e negli Enti che chiamano gli assicurati a partecipare agli utili dell'Azienda, gli interessi dell'Azienda sono interessi di tutti gli assicurati, i quali hanno diritto di sentirsi tutelati.

E qui sorge l'idea di una ricerca da farsi su materiale vasto quale può essere quello dell'I.N.A. circa le caratteristiche fisiche e psichiche di quegli assicurati, per i quali è stata accertata dopo la morte che essi, avendo la coscienza di fatti morbosi importanti, li hanno taciuti, allo scopo di carpire un contratto di assicurazione sulla vita.

* * *

In contrapposto a questa mentalità, orientata coscientemente ed incoscientemente verso la frode, vi è qualche caso di assicurando che non ha saputo resistere alle pressioni dell'Agente produttore, ed ha sottoscritto la proposta di assicurazione, ma subito dopo si è pentito di avere assunto degli impegni, e cerca quindi di liberarsene facendo al medico dichiarazioni gravi e non rispondenti al vero circa la propria salute, allo scopo di essere rifiutato.

Questi casi peraltro sono molto rari.

* * *

Ad ogni modo le questioni medico legali nell'assicurazione vita si imperniano principalmente sulle dichiarazioni rese dall'assicurando, sia nella proposta che nel rapporto del medico, fiduciario.

Il modulo di proposta che contiene tutti i dati legali ed amministrativi, per esempio il capitale assicurato, la forma di assicurazione, il beneficio, quando e da chi e per quanto tempo saranno pagati i premi, ecc. contiene anche qualche breve domanda circa la salute dell'assicurando. Ma tutte le richieste circa la salute sono elencate nel modulo di visita medica.

Alcuni Enti di assicurazione adottano due moduli distinti: uno per le dichiarazioni dell'assicurando: l'altro per l'esame obiettivo dell'assicurando. Comunque le dichiarazioni dell'assicurando portano sempre la firma di lui alla presenza del medico.

Quelle dichiarazioni riguardano:

- a) i dati patologici del gentilizio;
- b) le malattie sofferte dall'assicurando
- c) lo stato di salute attuale, ivi compresi naturalmente gli eventuali disturbi funzionali di cui soffre l'assicurando;
- d) la professione e le abitudini di vita di lui.

Egli deve rispondere a tutte le domande contenute nel modulo.

Quelle domande sono state compilate tenendo conto della esperienza clinica, e scritte in termini che in genere sono alla portata di tutti.

Ad ogni modo, poichè quelle dichiarazioni sono fatte alla presenza del medico, l'assicurando può sempre chiedere spiegazioni circa qualche termine tecnico a lui non perfettamente noto.

* * *

E qui mi pare utile accennare alla responsabilità morale del fiduciario nella raccolta dell'anamnesi.

Dico responsabilità morale, poichè la responsabilità legale non può essere se non dell'assicurando che firma le dichiarazioni.

Ma il medico assume una notevole responsabilità morale, e verso l'assicurando e verso l'Ente assicuratore. È noto come sia difficile in clinica raccogliere una buona anamnesi, pur trovandosi colà il medico di fronte ad un paziente che ha interesse a raccontare tutte le sue anche minime sofferenze, nell'interesse della propria salute, poichè aspetta dal medico la guarigione.

Nell'assicurazione vita, la raccolta dell'anamnesi è ancora più difficile, poichè la mentalità dell'assicurando non è orientata nel senso di dover raccontare al medico tutti i disturbi passati.

Alla formazione della speciale mentalità degli assicurandi contribuiscono qualche volta anche alcuni produttori novellini di assicurazione. Costoro temendo le difficoltà che le dichiarazioni dell'assicurando possono apportare alla rapida conclusione dell'affare, ovvero per superare la riluttanza che alcuni assicurandi hanno per la visita medica, fanno credere che quella visita è una pura formalità.

Cercano di persuadere l'assicurando che il medico non ha altro compito che di constatare il colorito del volto e tutt'al più lo stato della lingua e del polso, quasi allo stesso modo che ai tempi delle grandi epidemie di manzoniana memoria. Infatti, per dare minor disturbo all'assicurando, fissano l'appuntamento per la visita medica in qualsiasi luogo, spesso il meno adatto per una visita medica, ed in qualsiasi ora.

E l'assicurando si orienta verso una visita medica fatta per pura formalità, e al contrario di quello che fa il paziente che deve recarsi dal medico, egli non fa mente locale per ricordare i dati patologici passati, da denunciare al medico.

Perciò il fiduciario ha il compito di

richiamare l'assicurando alla realtà delle cose, realtà che è contenuta nelle dichiarazioni che l'assicurando deve firmare alla presenza del medico, e che è redatta nei seguenti termini:

« Dichiaro di aver lette le risposte « soprascritte, e di trovarle tutte conformi a quelle da me date.

« Dichiaro inoltre ad ogni effetto di « legge, ed a cautela dell'Istituto assicuratore, che le suaccennate informazioni e risposte sono veritiere ed « esatte, e che non ho taciuta, omessa « od alterata alcuna verità in rapporto « coi questionari contenuti nel presente « documento, dati e notizie che riconosco quali elementi fondamentali e « necessari alla valutazione del rischio « da parte dell'Istituto assicuratore.

« Proscioglio dal segreto professionale « e legale tutti i medici che possono « avermi curato o visitato, e le altre « persone alle quali l'Istituto credesse « di rivolgersi in ogni tempo per informazioni ».

Il fiduciario assume una responsabilità morale in quanto egli deve illustrare le varie domande contenute nel modulo e indurre l'assicurando a ricordare e precisare bene tutti i dati richiesti.

* * *

Altra responsabilità che assume il fiduciario è quella della identità personale dell'assicurando.

La storia dell'assicurazione non è priva di casi di sostituzione di persone. Si può ottenere facilmente una polizza di assicurazione presentando una persona sana che sostituisce per l'occasione un malato che sarebbe certamente rifiutato. Emesso e perfezionato il contratto, il malato, cui è intestata la polizza, muore, ed i beneficiari sperano di intascare l'illecito guadagno.

La sostituzione di persona si può avere in contratti per grosse somme, ma più facilmente per piccole somme, poichè si ritiene che l'Ente di assicu-

razione sia meno oculato nel concedere le piccole polizze.

* * *

Ma vi sono dei casi in cui lo stato mentale dell'assicurando non è perfetto, pur non presentando ancora segni certi per una diagnosi di malattia mentale iniziata. Ed accenno qui ad una questione medico-legale di somma importanza, e non facile a risolvere, circa il valore delle dichiarazioni di un assicurando in quelle condizioni mentali, e di cui il fiduciario non può rendersi esatto conto.

* * *

Qualche volta è l'assicurando che ha ommesso dichiarazioni al fiduciario, ed avendo ottenuta la polizza alle condizioni richieste, pensa alle responsabilità delle mancate denunce. Scrive quindi all'Ente assicuratore per completare le dichiarazioni rese al momento della visita medica.

Sorge il quesito se egli ha diritto a mantenere in vigore il contratto perfezionato, ed in caso affermativo se può essere mantenuto alle stesse condizioni a cui fu emesso.

È compito del medico valutare le nuove dichiarazioni, ed illustrarne la portata.

Ma questo compito del medico è ancora più importante quando l'Ente assicuratore avendo saputo, subito dopo l'emissione del contratto e ad ogni modo nel periodo di tempo consentito, che l'assicurando ha taciuto od alterato circostanze importanti per la valutazione del rischio, convoca innanzi al magistrato l'assicurato per la rescissione del contratto.

Il medico in tal caso ha il compito di illustrare agli uomini di legge la importanza dei nuovi dati acquisiti dall'Ente, ed il valore di essi per il giudizio sul rischio.

Ed a proposito di responsabilità morali, non si deve dimenticare che ne assume anche il medico curante dell'assicurando quando viene richiesto di informazioni dall'Ente assicuratore. Abbiamo già visto che l'assicurando, dopo le notizie circa la propria salute, firma una dichiarazione, con la quale esplicitamente esonera dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato o visitato, e le altre persone alle quali l'assicuratore credesse di rivolgersi in ogni tempo per informazioni.

Tale dichiarazione è una logica conseguenza della caratteristica del contratto di assicurazione, che è un contratto di buona fede.

Il medico curante nel dare le informazioni richieste, aiuta il suo cliente nel rendere le dichiarazioni circa la salute, in base alle quali si deve emettere il contratto.

Se il curante tace circostanze importanti, egli può essere la causa per cui l'atto di previdenza che si voleva compiere venga sciupato ed annullato quando, come sempre avviene, l'Ente di assicurazione acquisirà da altra fonte quelle notizie.

Ecco perchè il medico curante assume una responsabilità morale verso il suo cliente se non dichiara tutta la verità a lui nota, e rischia di apparire un complice per estorcere un contratto non giusto.

* * *

Assai più frequentemente viene richiesta l'opera del medico per illustrare le questioni mediche che sorgono in caso di sinistri per morte.

Avvenuta la morte dell'assicurato, il medico deve giudicare, in base ai documenti ottenuti, della causa di morte.

Fu essa una morte naturale? Fu una morte violenta? Per suicidio? Per omicidio? Per disgrazia accidentale?

Basta semplicemente accennare a questi punti per dimostrare quante

questioni medico-legali sorgono in caso di sinistro.

Ma esse non sono speciali dell'assicurazione vita, poichè queste questioni possono essere solamente aggravate dal fattore economico inerente al capitale assicurato, e quindi dell'interesse che può spingere alla determinazione della morte.

Ma vi sono altre questioni che sono più proprie dell'assicurazione vita, poichè il medico dell'assicurazione, in base al certificato di morte ed a tutti gli altri elementi che egli deve procurarsi, deve rifare tutta la storia clinica del sinistrato, e risalire dalla morte al periodo che precede l'assicurazione. Egli deve stabilire se vi è un rapporto diretto od indiretto tra le condizioni di salute dell'assicurato all'ingresso in assicurazione, e la causa di morte. Egli deve ricercare ed illustrare se eventualmente vi furono delle circostanze che, se fossero state dichiarate, avrebbero influito sul giudizio del rischio, e che invece sono state taciute dall'assicurando, e se vi è un rapporto di causalità tra queste circostanze e la causa di morte.

Sorgono quindi in questa sede numerose questioni medico-legali che sarebbe assai lungo enumerare. Esse devono essere bene illustrate dal medico, perchè quella illustrazione deve servire agli uomini di legge per stabilire il diritto del beneficiario a riscuotere la somma assicurata.

* * *

Le assicurazioni vita oltre al caso di morte possono contemplare anche il caso d'invalidità.

La maggior parte delle Compagnie emette allegati alla polizza vita per il rischio della invalidità totale presumibilmente permanente.

Quando si verifichi tale evento, l'assicurato è esonerato dall'ulteriore pagamento di premi, pur rimanendo assicurato in caso di morte per la stessa

somma ed alle stesse condizioni patuite all'emissione del contratto.

Naturalmente spetta al medico della direzione dell'Ente di assicurazione pronunciarsi sulla invalidità totale permanente dell'assicurato, esaminando il rapporto del medico fiduciario.

Il fiduciario deve infatti redigere un rapporto secondo il modulo in uso, in cui sono contenute le domande e le risposte dell'assicurato circa il passato patologico di lui, e circa la data ed il modo di insorgere e di svolgersi dell'affezione morbosa che ha determinato la invalidità dell'assicurato.

Inoltre sul modulo il fiduciario deve riportare i dati obiettivi in base ai quali egli ha fatto la diagnosi e deve esprimere il suo giudizio se la invalidità deve considerarsi totale e presumibilmente permanente.

Il medico della direzione deve esaminare le dichiarazioni attuali, e metterle in raffronto con quelle rese dall'assicurato all'ingresso in assicurazione. Deve valutare se vi è un rapporto di causalità diretto o indiretto tra lo stato attuale e il passato patologico noto alla stipulazione del contratto, e se l'assicurato ha taciuto in quel tempo dichiarazioni importanti, che avrebbero fatto giudicare diversamente il rischio, o non avrebbero permesso di accettare l'extra rischio d'invalidità.

Poichè l'allegato d'invalidità non si concede automaticamente a tutti gli assicurati in caso di morte, la concessione dell'allegato di invalidità è subordinata al giudizio del medico sul rischio.

Per esempio non si concede l'allegato di invalidità ai rischi tarati, ed è facile comprenderne le ragioni pensando che attualmente sono accettati in assicurazione come rischi tarati cardiopazienti, guariti di tbc. polmonare, albuminurici, gottosi, glicosurici, ecc.

Accertato lo stato di invalidità, e la buona fede dell'assicurato nelle dichiarazioni fatte alla stipulazione del contratto, il medico della Direzione

deve giudicare se la invalidità risponde a quella contemplata nelle condizioni di polizza per la quale solamente si può esonerare l'assicurato dall'ulteriore pagamento di premio.

Abitualmente le Compagnie di assicurazione vita considerano la invalidità generica a qualsiasi lavoro, e non la invalidità specifica a quel determinato lavoro denunciato come professione dell'assicurato all'ingresso.

Un esame della definizione di invalidità adottata dai vari Enti di assicurazione ci porterebbe molto lontani dal nostro compito, che è quello di accennare solamente alle varie questioni medico-legali della medicina dell'assicurazione vita.

Riporto qui la definizione di invalidità adottata dall'I.N.A., perchè essa facilmente fa intravedere quante questioni medico legali ne risultano. Essa infatti è la seguente:

« Si intende per invalido ai sensi e
« per gli effetti del contratto stipulato
« con l'I.N.A. colui che per sopravvenuta malattia o lesione fisica qualsiasi, purchè l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà e oggettivamente accertabili, abbia perduto
« in modo presumibilmente permanente
« e totale la capacità all'esercizio della sua professione o mestiere, ed abbia perduto altresì la capacità ad
« ogni altro lavoro confacente alle sue
« attitudini ed abitudini ».

Il giudizio del medico dell'Ente circa la validità residua dell'assicurato può non essere accettato dall'interessato. E' prevista dall'Allegato la costituzione di un collegio arbitrale.

* * *

Ancora più delicato ed oneroso è il compito del medico quando con l'allegato di invalidità si concede non solo l'esonero dal pagamento dei premi, ma anche una rendita di invalidità.

Da poco tempo l'I.N.A. emette contratti con allegato di invalidità per

cui si concede all'assicurato divenuto del tutto, e presumibilmente sempre inabile a qualsiasi lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini, una rendita fino alla scadenza del contratto, ad ogni modo non più tardi del 65° anno di età.

Le rendite di invalidità hanno dato luogo a tali e tante questioni medico-legali per cui in alcuni paesi le Compagnie che emettevano tali allegati oggi li hanno soppressi, e non accettano più contratti con allegati che contemplino il caso di rendite di invalidità.

* * *

Ma oltre alla invalidità totale presumibilmente permanente, oggi l'I.N.A. emette allegati per rendita di invalidità temporanea sia totale che parziale.

Le definizioni adottate sono le seguenti:

« Si intende per invalido temporaneo « totale colui che, per sopravvenutagli « malattia organica, o lesione fisica « qualsiasi, purchè l'una come l'altra « indipendenti dalla sua volontà ed « oggettivamente accertabili, abbia perduto temporaneamente ogni capacità

« a qualsiasi lavoro, in modo da essere costretto a tenere il letto o restare in casa ».

« Si intende per invalido temporaneo « parziale colui che, immediatamente « dopo un periodo di invalidità temporanea totale, riconosciuta dall'Istituto, in conseguenza di detta invalidità, sia in condizioni tali da non « poter riprendere senza serio pregiudizio della propria salute, l'esercizio « della professione o mestiere dichiarati dall'I.N.A. ».

* * *

Da questo rapido sguardo si intravede quante questioni di medicina legale suscita l'assicurazione sulla vita umana.

Esse hanno bisogno di essere seriamente studiate ed illustrate.

In Italia la medicina delle assicurazioni vita è sorta più tardi che altrove, peraltro la potenzialità cui sono assurti i nostri Enti di assicurazione e le notevoli energie che ad essi si dedicano, danno sicuro affidamento che anche la parte medico-legale della medicina delle assicurazioni vita sarà coltivata con intelletto ed amore.

I. ROMANELLI.

Diagnosi e prognosi delle glicosurie

Il contenuto di idrati di carbonio delle urine normali si può considerare praticamente nullo. I comuni reagenti usati a scopo clinico, la fermentazione e la polarizzazione non riescono a mettere in evidenza le tracce di glucosio inferiori all'1 ‰ che possono essere contenute nelle urine molto concentrate.

La presenza di zucchero nelle urine indica perciò nella grande maggioranza dei casi uno stato patologico. Nella maggioranza e non nella totalità dei casi, perchè alcune melliturie non ri-

vestono il carattere di malattia e per altre il passaggio dal campo fisiologico in quello patologico avviene attraverso una scala di gradazioni di cui è difficile conoscere il limite che segna il passaggio.

Esempio di mellituria non patologica è la lattosuria che si verifica talora negli ultimi mesi della gravidanza e nel puerperio a causa del riassorbimento di lattosio dalle glandole mammarie. Lo zucchero entrato nella via circolatoria raggiunge il rene senza

attraversare il fegato e si elimina senza subire alcuna modificazione.

Altre forme che vanno distinte dalle glicosurie e che di per sè stesse non assumono particolare importanza sono i rari casi di levulosuria, messi in rapporto a malattie del fegato od anche ad eredità diabetica, forma lieve che richiede solo l'esclusione del levulosio dalla dieta; la maltosuria, anche più rara, osservata in affezioni del pancreas, e la pentosuria, del tutto innocua.

Le melliturie alimentari si producono con l'ingestione esagerata di zuccheri al di sopra del limite di tolleranza che varia da individuo a individuo e a seconda della specie dello zucchero. Secondo v. Noorden questo limite è per il glucosio di 150-180 gr., per il saccarosio 150-200 gr., per il levulosio o fruttosio 120-150 gr., per il lattosio 120 grammi, per il galattosio 20 grammi.

La glicosuria che si verifica dopo ingestione di amido ha sempre un significato patologico non esistendo praticamente per questo idrato di carbonio un limite di tolleranza.

Le condizioni etiologiche determinanti le glicosurie sono varie. Scarso interesse hanno nelle forme transitorie che si osservano nelle malattie infettive, nelle intossicazioni, nell'asfissia, nell'apoplezia, nei traumatismi, ecc.

In tali casi infatti la glicosuria rappresenta solo un sintomo di uno stato morboso facilmente individuabile. Ben altra importanza acquistano invece le nozioni etio-patogenetiche nei casi in cui la glicosuria da sola diviene l'esponente dello stato di malattia.

Il determinismo delle glicosurie non si può attribuire sempre ed unicamente ad un solo fattore, cioè alla deficienza della secrezione interna pancreatica, come sembrò dovesse avvenire immediatamente dopo la scoperta dell'insulina. E d'altra parte pur ammettendo la notevole importanza che, oltre al pancreas, hanno il fegato, il rene, le ghiandole a secrezione interna (tiroide, ipofisi, surreni, gonadi) ed il sistema

nervoso nella regolazione del metabolismo idro-carbonato, non è possibile sempre richiamare all'alterata funzione di uno solo di questi fattori la genesi della glicosuria.

Il Pende definisce il diabete come: «una distrofia pluriglandolare endocrino-simpatica con predominio dell'insufficienza del pancreas ed in individui costituzionalmente predisposti».

La caratteristica più importante che porta ad una distinzione netta fra le glicosurie è costituita dal rapporto di queste col tasso glicemico: glicosurie con iperglicemia, glicosurie senza iperglicemia.

La glicosuria senza iperglicemia, detta glicosuria renale o impropriamente diabete renale, secondo la maggioranza degli autori deriverebbe soltanto da un abbassamento della soglia renale di eliminazione del glucosio. La soglia dall'1,70-1,80 ‰, come di norma, si abbassa in alcuni individui fino a poter raggiungere un limite che può essere inferiore a quello della glicemia normale. Per il Minkowsky la patogenesi sarebbe più complessa, dovuta cioè ad un particolare stato del glucosio nel sangue. Per il Pende l'abbassamento della soglia sarebbe dovuto a vagostenia renale in individui con turbe endocrino-simpatiche.

La diagnosi di questa forma non presenta in genere difficoltà quando si pratici la ricerca della glicemia e si possa disporre di un certo periodo di osservazione.

Riguardo alla prognosi sebbene tutti gli autori ne ammettano la relativa benignità, i pareri non sono del tutto concordi.

Mentre Micheli ed il Moracchini affermano l'assoluta benignità di questa forma di glicosuria, Zoja è più riservato.

Powelson e Wilder in 82 casi accertati tenuti in osservazione per due anni non hanno visto mai svilupparsi un diabete. Tuttavia questi autori concludono che i casi di «diabetes innocens»

dovrebbero essere considerati dal punto di vista prognostico come un vero diabete, finchè un lungo periodo di osservazione non li abbia fatti riconoscere veramente «innocenti». Parkes Weber ha pubblicato recentemente la casistica di una famiglia di glicosurici normoglicemici, composta della madre e quattro figli. La madre ne era affetta da quarantaquattro anni senza averne alcun disturbo.

Nella glicosuria renale accertata è perciò lecito fare un prognostico favorevole nelle forme lievi, mentre nelle forme gravi per il decadimento conseguente alla ingente glicosuria è necessario essere più guardinghi e vagliare bene tutti gli elementi che potrebbero far pensare all'esistenza di altre condizioni morbose specialmente a carico del sistema nervoso.

Le glicosurie con iperglicemia si possono dividere con il Labbé in due classi: quelle da diabete vero e quelle da stati paradiabetici.

I criteri che servono a porre la diagnosi di diabete sono ben noti. Essi si fondano sul quadro sintomatologico e sui vari esami di laboratorio (glicemia a digiuno, curva glicemica dopo carico di glucosio, prove di tolleranza verso gli idrati di carbonio, prove di Staub, Radoslaw, ecc.). Il giudizio di gravità viene basato sull'apprezzamento di vari fattori di cui i più importanti sono l'età, la costituzione, il grado di deviazione del ricambio idro-carbonato e le altre eventuali alterazioni organiche.

Per stati paradiabetici si intendono quelle particolari condizioni di alterato ricambio degli idrati di carbonio che si ha occasione di osservare nell'obesità, nelle malattie del fegato, nella gravidanza, nelle malattie delle ghiandole a secrezione interna e nelle lesioni del sistema nervoso e neurovegetativo.

Fra gli obesi è frequente trovare dei glicosurici, che secondo Kish raggiungerebbero la cifra del 15 % nella forma acquisita e del 50 % nell'obesità ere-

ditaria. È una glicosuria di scarsa entità che non si accompagna ad elevata iperglicemia ed è facilmente correggibile con le restrizioni alimentari. Comporta quindi una prognosi più favorevole di quella del diabete vero nei riguardi della glicosuria. Tuttavia nei riguardi della sopravvivenza dell'individuo è necessario fare qualche riserva a causa della scarsa resistenza che può opporre contro una eventuale infezione intercorrente questo infermo doppiamente tarato.

La glicosuria epatica, detta anche diabete epatico, diabete da anepatia (Gilbert, Weil, Lereboullet) è causata dalla disfunzione glicogenetica e glicoregolatrice epatica conseguente ad alterazioni prodotte da malattie organiche, da intossicazioni ed anche nei forti bevitori. Nelle urine oltre alla presenza di glucosio si riscontra urobilina. In questa forma non si ha iperglicemia permanente, i valori glicemici dopo carico di glucosio si mantengono più bassi che nel diabete vero. Questi malati beneficiano scarsamente della restrizione della dieta idro-carbonata. La prognosi è migliore che nel diabete, però almeno per una parte dei casi questa forma di glicosuria va considerata come fase premonitrice del diabete (M. Garnier). Comunque sul giudizio prognostico pesa il valore della malattia determinante.

Le glicosurie da disfunzione di ghiandole a secrezione interna sono allo stato attuale ancora mal note e difficilmente individuabili.

Una glicosuria di origine ipofisaria viene ammessa da molti e sembra confermata dal fatto che si può avere nel corso di un tumore dell'ipofisi e nell'acromegalia.

A dar valore all'origine ipofisaria (lobo anteriore) di alcune glicosurie, si è dimostrato come gli estratti ipofisari abbiano un'azione antagonista manifesta di fronte all'insulina, ottenendo di elevare la glicemia.

Azione ipoglicemizzante viene eser-

citata in animali normali da iniezioni di sangue di animali ipofisoprivi.

Per queste ed altre ragioni, recentemente R. J. Cowley ha tentato di opporre alla teoria dell'origine pancreatica del diabete una teoria ipofisaria.

Altri A.A. non ammettono un'azione antagonistica alla insulina degli ormoni ipofisari.

La glicosuria ipofisaria sarebbe lieve con alta tolleranza di idrati di carbonio, con scarsa iperglicemia, indipendente dalla dieta e poco influenzabile dall'insulina.

Blum e Schwab hanno pubblicato nel 1923 un caso di diabete associato ad acromegalia trattato con insulina, potendo osservare in questo caso un comportamento identico a quello del diabete pancreatico.

L'origine surrenale di una glicosuria sarebbe dimostrata dal fatto che l'adrenalina favorisce l'eliminazione di glucosio con le urine e diminuisce la tolleranza verso gli idrati di carbonio; inoltre dalla presenza di ipoglicemia nel morbo di Addison.

Però negli individui affetti da adenomi surrenali con aumento delle cellule cromaffini in cui si dovrebbe constatare sempre aumento del tasso glicemico, non lo si osserva costantemente.

Il morbo di Flajani-Basedow si accompagna quasi sempre ad alterazioni più o meno evidenti del metabolismo idro-carbonato, ma non sempre con un uguale comportamento della glicemia e della glicosuria, potendosi osservare eliminazione di glucosio con soglia renale sia più bassa che più alta del normale.

Il meccanismo patogenetico è ancora oscuro.

In complesso i casi di glicosuria da alterata funzione di ghiandole endocrine allo stato attuale non sono facilmente

diagnosticabili se non offrono evidenti manifestazioni sintomatiche della malattia determinante. Ed anche in questi casi è difficile poter escludere con sicurezza una eventuale partecipazione del pancreas.

Glicosurie per lesione del sistema nervoso, astraendo dalle alterazioni traumatiche e dall'apoplezia, si sono osservate nella tabe dorsale e nella paralisi progressiva, nella sclerosi a placche, nell'epilessia, nelle lesioni del globus pallidus e nei tumori della regione bulbo-protuberanziale. È stata ammessa e constatata anche sperimentalmente una glicosuria emotiva. Alcune di queste glicosurie sono dipendenti direttamente dalla lesione regionale, per altre sembra doversi ammettere un'influenza esercitata dal sistema nervoso sulle ghiandole endocrine per opera dell'innervazione vaso-motrice.

Secondo alcuni sarebbe possibile anche una glicosuria da fatica (Gobbi) e da raffreddamento (Glaesner).

* * *

Dalle molteplici possibilità etiologiche risulta che alla presenza di una glicosuria non sempre è agevole emettere un giudizio diagnostico che presenti molte probabilità di esattezza.

Le difficoltà che si incontrano per potere classificare una glicosuria iperglicemica non accompagnata dal corteo sintomatologico del diabete insulare, sono spesso insormontabili ad onta di tutti i sussidi offerti dal laboratorio.

È questa ragione che induce ad essere molto cauti nel fare la diagnosi di glicosuria non diabetica, salvo i casi, per altro molto rari, in cui una etiologia extra-pancreatica sia sicuramente dimostrabile.

I. FORTUNATI

LA PAGINA DEL MEDICO FIDUCIARIO

Consigli per l'esame del sistema circolatorio

(Dalle istruzioni ai fiduciari della New-York Life Insurance Co.). (Marzo 1930).

Dopo aver esaminato il cuore allo stato di riposo è opportuno far praticare delle flessioni all'assicurando. Ciò farà rilevare parecchi rumori che altrimenti non potrebbero essere messi in evidenza.

Trasmissione dei rumori. — Indicate con una freccia sul diagramma del cuore se il rumore alla punta viene trasmesso verso l'ascella o il dorso o nei rumori della base verso i vasi del collo o attraverso lo sterno alla parte opposta. Se un rumore non ben netto è notato, ascoltate a paziente in posizione distesa in apnea e in ispirazione ed espirazione massima.

Ipertrofia cardiaca. — Praticate la percussione ad assicurando in posizione eretta e notate il punto di massima intensità del battito puntale. Se il limite sinistro del cuore sorpassa la linea mammillare esiste una certa ipertrofia se contenuto entro la linea mammillare il limite è normale. Siate cauti nel segnalare una lieve ipertrofia.

Storia di malattia infettiva acuta. — Notate l'esatta epoca di ogni forma reumatica acuta, tonsillite o qualunque altra malattia che possa costituire un fattore etiologico.

Ricerca della pressione arteriosa. — Questa non dovrebbe esser presa se l'assicurando è eccessivamente nervoso o apprensivo allo scopo di eliminare qualunque elemento psichico. È consigliabile di distrarre l'assicurando con la conversazione. Se la pressione è più elevata del normale ripetete l'osservazione. Accertatevi che non vi sia nessun falso rapporto fra l'apparecchio ed

il fonendoscopio e che il braccio non sia contratto perchè ciò potrebbe disturbare l'ascoltazione. Un lieve aumento della pressione si nota spesso nella insufficienza mitralica, un aumento netto nell'insufficienza aortica. Con tale reperto si consiglia di ascoltare nuovamente il cuore.

Caratteri e frequenza del polso. — Accertatevi che la frequenza del polso al di sopra di 88 non sia dovuta ad eccitazione psichica; ripetete l'osservazione. Se persiste la frequenza indagate per l'eventuale presenza di febbre o di affezioni polmonari o di gotta. Contate il numero delle intermittenze o irregolarità per un intero minuto, notate se il polso sia a tensione elevata, dicroto, o del tipo di Corrigan, o molle e filiforme. Fate la diagnosi di miocardite solo quando siano presenti i segni ben noti: estrema irregolarità o aritmia, polso alternante, rumori cardiaci deboli e lontani, tensione bassa etc.

La pressione arteriosa

(Dalle istruzioni ai fiduciari della New-York Life Insurance Co.). (Dicembre 1932).

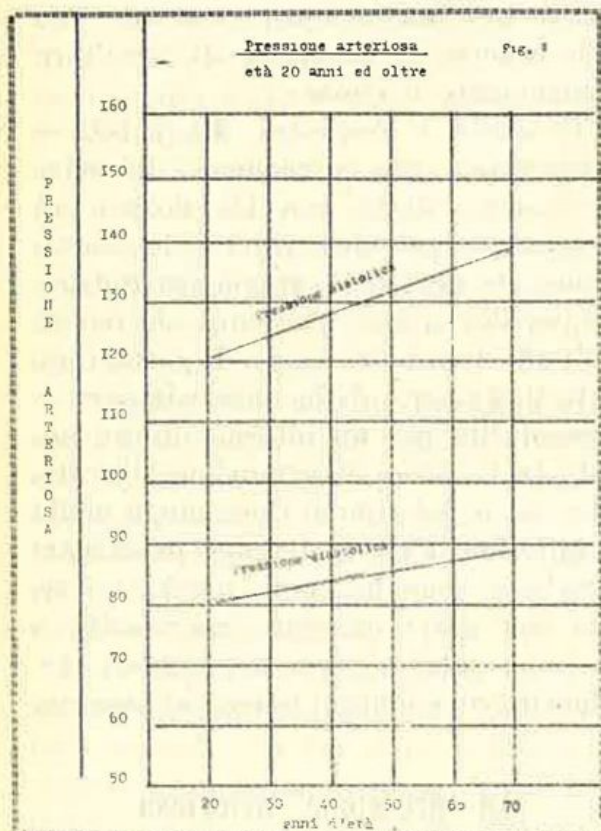
Per l'attuale aumento dell'interesse alle malattie ipertensive ed alle anomalie della pressione arteriosa, abbiamo preparato i seguenti grafici per illustrare la pressione arteriosa su 545 mila casi di individui assicurati.

La figura n. 1 illustra la media della pressione arteriosa, sia sistolica che diastolica, dall'età di 20 anni a 70. Si noterà che la media della pressione arteriosa è inferiore a quella che molti credono. La vecchia idea che la pressione sistolica dovrebbe essere 100 più l'età è errata. La pressione sistolica è più accuratamente espressa dalla formula $113 \text{ più } \frac{\text{età}}{3}$ per le età dai 20 anni in poi. La pressione diastolica può es-

sere valutata dalla formula $75 \text{ più } \frac{\text{età}}{5}$ per l'età dai 20 anni in poi.

La pressione sistolica del sangue è la seguente:

a 20 anni . . .	120
» 30 » . . .	122
» 40 » . . .	125
» 50 » . . .	129
» 60 » . . .	134
» 70 » . . .	138



e la pressione diastolica nella 5ª fase è:

a 20 anni . . .	79
» 30 » . . .	81
» 40 » . . .	83
» 50 » . . .	85
» 60 » . . .	87
» 70 » . . .	89

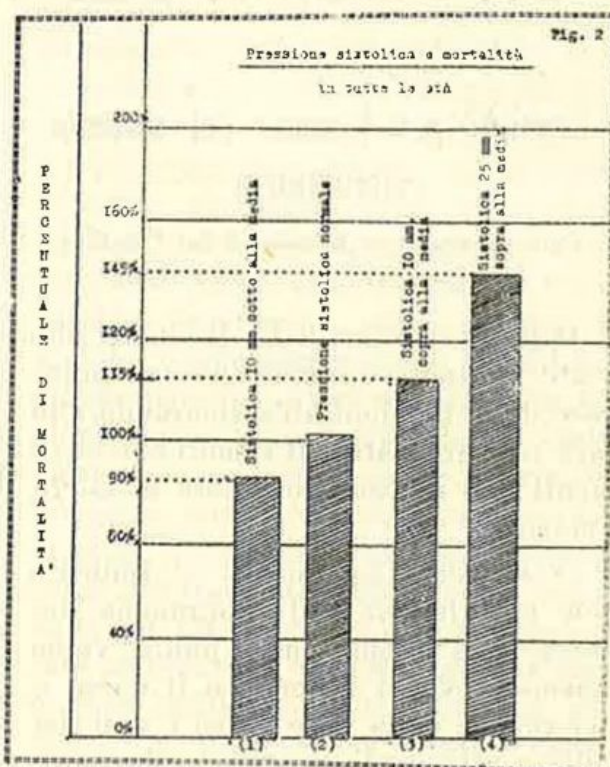
Studi seguenti sembrano indicare che la pressione diastolica è probabilmente un poco inferiore.

La figura n. 2 illustra i rapporti tra le variazioni della pressione sistolica e la mortalità.

La colonna n. 1 indica che una pressione del sangue sistolica inferiore di 10 mm. alla media, ha dato un saggio di mortalità migliore del 10% sul previsto.

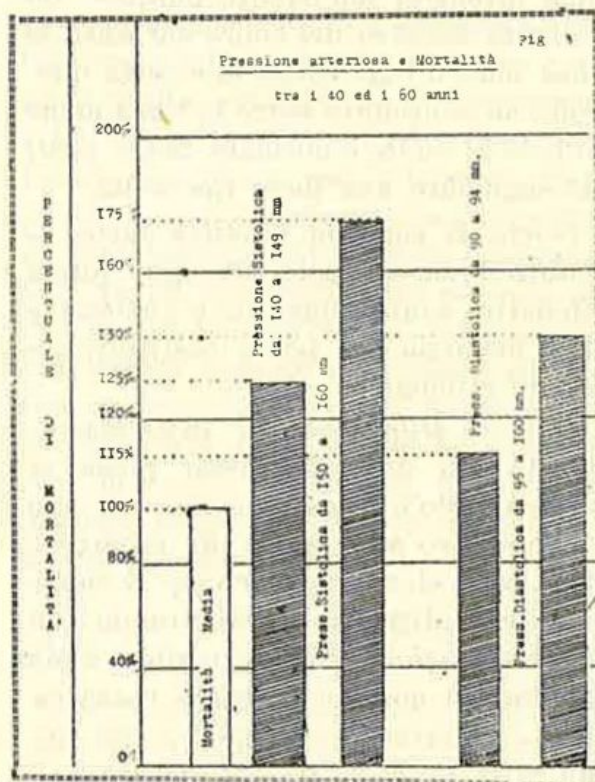
La colonna n. 3 indica che una pressione sistolica superiore di 10 mm. alla

media, ha dato un aumento di mortalità del 15%.



La colonna n. 4 indica che una pressione sistolica superiore di 25 mm. alla media, ha dato un aumento di mortalità del 45%.

La figura n. 3 indica gli effetti sulla mortalità delle pressioni sistoliche e



diastoliche al disopra della media. Si noterà che:

una pressione sistolica di 140 a 149 mm.
ha dato un aumento di mortalità
del 25 %.

una pressione sistolica di 150 a 160 mm.
ha dato un aumento di mortalità
del 75 %.

una pressione diastolica di 90 a 94 mm.
ha dato un aumento di mortalità
del 15 %.

una pressione diastolica di 95 a 100 mm.
ha dato un aumento di mortalità
del 30 %.

Angina pectoris e malattie delle arterie coronarie

(Dalle istruzioni ai fiduciari della New-York Life Insurance Co.) - (maggio 1932).

Su 4.172 casi di morte avvenuti fra gli assicurati nei primi tre mesi del corrente anno, 736 ossia il 17 % morirono per malattie di cuore. Inoltre vi furono altri 266 per apoplezia, 192 per nefrite, 627 per malattie della circolazione. Ciò costituisce un totale di 1.321 morti per malattie cardio vascolari e renali, cifra che raggiunge il 31 % delle morti complessive. Il problema delle malattie di cuore è della massima importanza per le organizzazioni della salute pubblica e per le Compagnie di Assicurazione Vita. Negli Stati Uniti annualmente su 6 morti 1 è causata da malattie di cuore, queste rappresentano una causa di mortalità doppia rispetto ad ogni altra malattia.

In assicurazione vita alla visita medica si dovrebbero rilevare da parte di un esaminatore attento ed sperimentato la maggior parte delle tare cardiache. Invece vi sono alcune altre malattie di cuore e precisamente l'angina pectoris e le malattie delle arterie coronarie che offrono difficoltà notevoli alla diagnosi. Queste malattie sfortunatamente sono in progresso per ambo i sessi. Esse causano molta preoccupazione per gli istituti assicuratori a causa

della crescente mortalità e dei casi d'invalidità.

Il quadro classico dell'angina pectoris o della trombosi delle arterie coronarie è facilmente riconosciuto dal medico sperimentato. Però la maggior parte dei casi sono atipici e la storia spesso non illumina a meno che l'interrogatorio non sia fatto con molta abilità e sia seguito da una visita coscenziosa. È nostra opinione che tutti quei casi che presentano una storia di dolori precordiali, senso di oppressione, palpitazione, tachicardia parossistica, dispnea non causata da sforzo, dovrebbero essere investigati a fondo cercando di ottenere il beneficio di ogni informazione possibile. Ricordate che il dolore al di sotto del diaframma non significa di necessità che la malattia sia intra-addominale. Le malattie di cuore hanno spesso la maschera della gastropatia. Prima di accettare dei rischi aventi questi elementi nell'anamnesi, riteniamo necessario escludere la presenza di malattie organiche di cuore.

Ad alcuni segni fisici si dà molta importanza quando si associano ai sintomi summenzionati. Questi sono: battiti di cuore deboli o sdoppiati, ritmo di galoppo, rumore sistolico anorganico al di là dei 40 anni di età, aritmia, anche se questi sintomi compaiono dopo sforzo, ipertensione, lieve dilatazione del cuore, presenza di arterio-sclerosi periferica. Tutti questi segni sono da ricercare in ogni assicurando che abbia la storia di una malattia cardiaca. Quando uno di essi viene trovato, senza storia ben definita, si dovrebbe interrogare ripetutamente su ciascuno dei sintomi sfavorevoli sopra indicati. Se l'assicurando è stato sottoposto ad esame elettro-cardiografico dovremmo esserne informati e forniti dei dati dell'esame e del nome del cardiologo che l'ha praticato. È molto utile domandare quali medicinali ha usato il paziente. Dalla descrizione di un profano può essere riconosciuto l'uso del nitrito di amile o delle perle di nitro-glicerina o

della digitale, e ciò può mettervi sulla giusta traccia. Non dimenticate che spesso la sifilide costituisce il fattore etiologico; esaminate i riflessi durante l'esame. Una abilità nel riconoscere gli

indizi incerti e la rapidità nel raccogliere esattamente l'anamnesi sono le qualità che fanno primeggiare il lavoro del medico esaminatore che sa diagnosticare correttamente questi casi.

NOTIZIARIO

Congresso di Medicina Legale Generale e di Medicina Legale delle Assicurazioni

Dal 1° al 4 giugno si è tenuto in Roma il Congresso Nazionale di Medicina Legale Generale e di Medicina Legale delle Assicurazioni.

Da tutte le parti del Regno sono intervenuti i più alti esponenti della Medicina Legale Italiana ed i più autorevoli medici che si occupano di Medicina delle Assicurazioni.

Il Congresso è riuscito quanto mai fecondo di buoni risultati sia per i temi esaurientemente svolti nelle importanti relazioni e nelle numerose comunicazioni, sia per le interessanti ed utili discussioni fatte.

Una seduta del Congresso è stata tenuta all'Ospedale Sanatoriale «Benito Mussolini» dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale ed un'altra nella Sede dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni; i Congressisti hanno inoltre visitato, con molto interesse, l'Istituto Medico Legale annesso al Ministero dell'Aeronautica.

Il Presidente del Comitato organizzatore, prof. Salvatore Ottolenghi, è riuscito a riunire per la prima volta, in un Congresso nazionale, i Cattedratici della medicina legale ed i medici che si occupano delle applicazioni della legislazione sociale e della previdenza assicurativa.

E di ciò glie ne va data la più ampia lode perchè solo da uno scambio di idee e dal contrasto delle discussioni, possono scaturire norme direttive feconde di utili applicazioni.

Per l'assicurazione vita è stata trattata, in tema di relazione, «la medicina legale nell'assicurazione vita» e, in sede di comunicazione, la «valutazione

di alcune tare organiche agli effetti assicurativi», «nuovi concetti medico-legali sulla demenza paralitica specialmente in rapporto all'assicurazione vita», «il compito e le responsabilità del medico fiduciario nella raccolta dell'anamnesi», «il suicidio nell'assicurazione vita», e «il rischio di invalidità nell'assicurazione vita».

Sono intervenuti al Congresso numerosi medici fiduciari del nostro Istituto che hanno visitato i Laboratori e gli Uffici del Servizio Sanitario della Direzione dell'I. N. A.

Visita ai nostri luoghi di cura

Nei precedenti numeri di questo periodico abbiamo annunciato il progettato viaggio, che permetta ai nostri medici fiduciari sia italiani che degli Stati ove l'I. N. A. esercita, di visitare i luoghi di cura che concedono facilitazioni ai nostri assicurati.

Sono stati presi accordi con una delle migliori Compagnie di turismo italiane e in questi giorni sarà definito il programma che si presenta attraentissimo, consentendo la visita delle più belle località della Penisola.

I nostri sanitari sono pregati di affrettare l'invio delle prenotazioni che dovranno pervenire, non oltre il 15 luglio prossimo.

Si tenga presente che tale termine non potrà essere prorogato, per non essere costretti a rimandare il viaggio ad epoca, che sotto molti aspetti, sarebbe evidentemente meno adatta di quella prescelta.

DAI LIBRI E DALLE RIVISTE

H. SCHEIDEL. — **Etiologia, decorso ed esito dei vizi valvolari** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, n. 8, 15 aprile 1933).

L'A. basa le sue interessanti osservazioni su un largo numero di storie cliniche e di protocolli d'autopsia, raccolti in oltre 15 anni nella Clinica medica di Heidelberg.

Circa la metà dei casi osservati erano di origine reumatica, l'8,1 % di origine luetica; gli altri di natura varia.

Il periodo della vita in cui l'acquisizione dei vizi è più frequente, è il secondo decennio; dopo i 40 anni, diventa difficile e rara.

I vizi combinati sono quelli che più facilmente si scompensano; i vizi isolati si conservano invece più a lungo compensati. Lo scompenso può manifestarsi subito dopo la formazione del vizio (in 2/5 dei casi) o può comparire da 10 a 20 anni dopo.

I vizi aortici sono più frequenti nel sesso maschile, i tricuspидali e le stenosi della mitrale nel femminile; il vizio più frequente ad osservarsi è stata la stenosi-insufficienza mitralica, poi l'insufficienza mitralica, poi la combinazione di vizi aortici e mitralici.

La durata maggiore di vita si è osservata nell'insufficienza aortica: ma una volta scompensati, gli aortici si riprendono con difficoltà; tra l'inizio dello scompenso sinistro e la morte può passare da 1 mese a 16 anni. La stenosi mitralica è il vizio che dà più spesso aritmia completa.

In qualche caso di stenosi mitrale, il quadro dello scompenso è stato caratterizzato dall'assenza di edemi.

La durata della vita è condizionata dalle abitudini, dalle fatiche e dal tenore di vita dei malati, prima della morte in molti casi si sono osservate turbe psichiche. Nel 26 % dei casi i malati morirono improvvisamente.

In molti casi l'autopsia non confermò del tutto la diagnosi clinica: in genere si trattava di vizi isolati, accanto a vizi composti, che erano sfuggiti all'osservazione semeiotica.

(*Cuore e Circolazione*, N. 5, maggio 1933-XI).

DOTT. PINO FOLTZ (*Vice Direttore dell'Istituto Riberi e Baldi dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni di Torino*). **La sierologia della sifilide.** Valore comparativo delle reazioni di Wassermann, Meinicke (M. T. R.) e Kahn su 8000 sieri (*Minerva Medica* 28 aprile 1933 - XI).

L'A. premette alcune considerazioni di ordine generale ed esposti dei dettagli sulla tecnica usata, riporta ed illustra i grafici ottenuti vagliando i risultati della contemporanea esecuzione delle reazioni di Wassermann, Meinicke (M. T. R.) e Kahn su 8000 sieri, di cui 2410 sicuramente luetici e 5590 non luetici. L'A. discute dettagliatamente i risultati ottenuti, deducendo per ciascuna delle tre reazioni il diverso grado di sensibilità e di specificità, che press'a poco concorda con i dati riferiti da altri A. A.

In un secondo quadro sono riportati i risultati ottenuti nei diversi stadi della sifilide.

L'A. conclude: « La reazione di Kahn « ha raggiunto i valori percentuali più « alti per specificità ed anche per sensibilità. Questa superiorità in sensibilità si rileva specialmente in rapporto alla lue latente ed alla forma « primaria e terziaria.

« La reazione di Meinicke (M. T. R.) « occupa il secondo posto, subito dopo « la Kahn, per specificità e sensibilità: « anche questa prova si è dimostrata « specificatamente sensibile, per quanto « in un grado alquanto inferiore alle

« precedenti, nella sifilide terziaria e
 « nella lue latente, nello stadio prima-
 « rio dell'infezione luetica e nella forma
 « congenita i risultati forniti da queste
 « reazioni sono inferiori a quelli otte-
 « nuti con le altre reazioni

« La reazione di Wassermann ha di-
 « mostrato qualità alquanto inferiori
 « alle precedenti per specificità. La sua
 « sensibilità maggiore si è manifestata
 « nella sifilide primaria e nella conge-
 « nita; in questi due stadi della ma-
 « lattia la reazione di Wassermann ha
 « dimostrato una evidente superiorità
 « nelle prove precedenti. Viceversa
 « meno sensibile della Kahn e della
 « Meinicke (M. T. R.) risultò nella sifi-
 « lide terziaria e soprattutto nella lue
 « latente; nella valutazione dei risul-
 « tati della reazione di Wassermann
 « abbiamo potuto constatare come l'uso
 « di antigene addizionato a colesterina
 « rende la prova alquanto più sensi-
 « bile e specifica ».

I. F.

L'aumento degli infortuni stradali in Olanda

(*The Review*, 3 marzo 1933)

Una Compagnia di assicurazione vita, la « Nazionale », ha pubblicato una interessante statistica dalla quale risulta che il numero degli infortuni stradali in quattro grandi città dell'Olanda si è più che raddoppiato dal 1923 al 1930, essendo passato da 7.623 a 16.895. La quota media degli infortuni per 100 abitanti è salita da 44 a 88, ma fortunatamente l'aumento si è verificato quasi solo negli infortuni lievi. La statistica mostra che gli accidenti fatali raggiunsero un massimo dell'1 % (del numero totale degli accidenti), nel 1925, scendendo al 0,7 % nel 1930. Il numero degli infortuni gravi è caduto dall'88 % del totale nel 1924, al 6,2 % nel 1929, per risalire al 6,8 % nel 1930. L'indagine mostra che il numero degli accidenti in cui era responsabile il conducente di veicoli è pas-

sato dal 51,7 % al 68,3 %; quello degli accidenti in cui era responsabile il pedone, dall'11,2 % al 10,2 %.

(Dal *Bollettino della Biblioteca dell'I. N. A.*, 10 aprile 1933).

Frequenza degli accidenti stradali in Gran Bretagna, nel 1932

(*Post Magazine*, 18 febbraio 1933)

Ecco alcuni dati preliminari degli accidenti stradali denunciati alla polizia britannica durante il 1932, derivati da veicoli o cavalli e che ebbero esito letale o danneggiarono in qualunque modo le persone.

Il numero totale di tali accidenti registrati in Gran Bretagna fu 184.268, dei quali 6.473 cagionarono la morte di una o più persone. Le cifre corrispondenti del 1931 furono 181.077 e 6.499, rispettivamente.

Il numero delle persone uccise nel 1932 fu 6.651 e delle ferite 206.410, contro 9.691 e 202.119 del 1931. Mentre, pertanto, nel 1932 fu registrato dalla polizia un aumento sul numero totale degli accidenti comunque recanti danno alle persone, vi fu una lieve flessione — nei confronti col 1931 — del numero degli accidenti ad esito letale.

(Dal *Bollettino della Biblioteca dell'I. N. A.*, 30 aprile 1933, n. 6).

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Prof. Ettore Marchiafava. — *Sulla malaria maligna spontanea e provocata*. Estratto dal « Policlinico » (Sezione Pratica), anno XL, 1933.

Prof. Attilio Ascarelli. — *Traumi esterni lievi ed esiti letali*. Estratto dalla « Giustizia Penale » Parte I. « I Presupposti del diritto e della procedura penale », anno XXXVIII, 1932 (VIII della 4^a serie), Fasc. I-II.

Prof. Attilio Ascarelli. — *Periti medici e consulenti tecnici*. Estratto dalla « Giustizia Penale » Parte I. « I Presupposti del diritto e della procedura penale », anno XXXIX, 1933 (IX della 4^a serie), Fasc. I-III.

Dott. Giovanni Cataldi. — *Sull'occlusione lenta delle arterie coronarie. Contributo clinico ed anatomo-patologico.* Estratto dal « Policlínico » (Sezione Medica), anno XXXIX, 1932.

Dott. Giovanni Cataldi. — *Nuovo dispositivo per la registrazione del polso in Clinica.* Estratto dal periodico « Cuore e Circolazione », anno XVI (Nuova Serie).

Dott. Giovanni Cataldi. — *Tachicardia parossistica nodale da emorragia subendocardica.* Estratto da « Minerva Medica », anno XXIII, Vol. II, n. 41 (13 ottobre 1932).

Dott. Giovanni Cataldi. — *Ricerche cliniche ed anatomiche su di un particolare caso di splenomegalia ad aree di Gamna.* Estratto dalla « Clinica Medica Italiana », N. S., anno LXIII, n. 6, 1932.

Dott. Giovanni Cataldi. — *Considerazioni cliniche ed anatomo-patologiche sopra uno speciale caso di malattia di Palttauf-Sternberg a tipo blastomatoso.* Estratto dalla « Clinica Medica Italiana », N. S., anno LXIV, n. 3, 1933.

Dott. Italo Stanislao Pedrazzini. — *L'igiene alla portata di tutti.* Terza Edizione.

Dott. V. Serra. — *Ricerche sul solfato doppio di Chinino e Berberina (Chinober).*

Dr. G. Gortan - Dr. L. Winternitz. — *Sui tumori del polmone.* (Estratto dagli atti della IV Riunione del gruppo dei Radiologi delle Tre Venezie della S. I. R. M. Trieste, 17 novembre 1929, VIII).

Dr. Smolenski - Dr. L. Winternitz. — *Costituzione e mortalità.* « Metron », Rivista Internazionale di Statistica.

Dr. L. Winternitz. — *La clinica dei carcinomi del polmone.* (Archivio di patologia e clinica medica).

Dr. L. Winternitz. — *Sui fattori ereditari nella genesi delle malattie del sangue con particolare riguardo all'anemia perniciosa.* (Estratto « Haematologica », Vol. XIII, fasc. II, 1932).

Dr. L. Winternitz. — *Beitrag zur diagnose des Cholelithusverschlusses.*

Dr. L. Winternitz. — *Considerazioni sulla recente epidemia influenzale.* (Estratto dal « Bollettino dell'Associazione Medica Triestina », annata XX^a e XXI^a, 1928-1929, 1929-1930).

Dr. L. Winternitz. — *Concetto e patogenesi della gotta.* (Estratto dal « Bollettino dell'Associazione Medica Triestina », annata XX^a e XXI^a, 1928-1929, 1929-1930).

Dr. L. Winternitz. — *Contributo all'immunoterapia della tubercolosi polmonare.* (Estratto della « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », n. 7, anno 1927).

Dr. L. Winternitz. — *Di un nuovo dietario per la refezione scolastica nelle Scuole Materne di Trieste.* (Estratto dall' « Igiene moderna », Rivista d'Igiene e Ingegneria Sanitaria, anno XXII, n. 5, maggio 1929).

Dr. L. Winternitz. — *Contributo sulla conoscenza dell'emoglobinuria parossistica a frigore.* (Estratto da « Minerva Medica », anno XXI, n. 45, 10 novembre 1930).

Dr. L. Winternitz. — *Lo stato attuale del proplema dei pigmenti biliari.* (Estratto dal « Bollettino dell'Associazione Medica Triestina », annata XX^a e XXI^a, 1928-1929, 1929-1930).

Dr. L. Winternitz. — *Di un nuovo preparato per la cura del Parkinsonismo postencefalitico.* (Estratto dal « Bollettino dell'Associazione Medica Triestina », annata XX^a e XXI^a, 1928-1929, 1929-1930).

Dr. L. Winternitz. — *Sui rapporti fra ulcera gastrica e neurosi gastrica.* (Estratto dal « Bollettino dell'Associazione Medica Triestina », annata XX^a e XXI^a, 1928-1929, 1929-1930).

Dr. L. Winternitz. — *Novasurolstudien.* (Sonderdruck aus Klinische Wochenschrift, 1928).

Dr. L. Winternitz. — *Sopra un caso di ittero emolitico probabilmente di origine malarica.* (Estratto dal « Bollettino dell'Associazione Medica Triestina », annata XX^a e XXI^a, 1928-1929, 1929-1930).

Dr. L. Winternitz. — *Contributo alla diagnosi differenziale fra ittero epatico e ittero da occlusione del coledoco.* (Estratto da « Minerva Medica », anno XXIII, Vol. II, n. 48, 1 dicembre 1932).

Dr. L. Winternitz. — *La cura dell'itterizie mediante il glucosio.* (Estratto dal « Policlínico », Sez. Med., anno XXXIX, 1932).

Dr. L. Winternitz. — *Il diabete secondo i concetti moderni.* (Estratto dai verbali dell'Associazione Medica Triestina, Sedute scientifiche del 4-13 maggio 1925).

Dr. L. Winternitz. — *Studi sul ricambio idrico in rapporto con la struttura colloidale dei liquidi organici.* (Estratto dal « Bollettino dell'Associazione Medica Triestina », annata XIX, 1928).

Dr. L. Winternitz. — *L'importanza della statistica per la medicina.* (Estratto da « Minerva Medica », anno IX, n. 2, 13 gennaio 1929).

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

a favore degli assicurati in forma normale e collettiva

Visite mediche periodiche gratuite — Analisi mediche gratuite — Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche — Facilitazioni per cure termali — Facilitazioni presso ospedali e case di cura — Facilitazioni per sanatori, convalescenziari e consultori materni — Facilitazioni per cure odontoiatriche — Facilitazioni per cure oculistiche — Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.

A) Visite periodiche - Analisi mediche - Prestiti senza interessi.

1. Concessione di un buono di visita medica gratuita ogni due anni, agli assicurati in regola con i pagamenti che siano possessori di polizze di assicurazione in forma ordinaria con visita medica per un capitale superiore alle L. 20.000 ed emesse senza sopra-premio sanitario. Gli assicurati hanno facoltà di scegliere il medico, e questi è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

2. Agli assicurati per somme superiori alle L. 20.000 in regola coi pagamenti, la Direzione dell'Istituto concede gratuitamente ogni due anni presso il proprio laboratorio centrale in Roma, via Sallustiana, 51:

a) un esame completo chimico e microscopico delle urine;

b) un esame del sangue: per la ricerca della glicemia;

c) un esame del sangue: per la ricerca della azotemia;

d) un esame del sangue: per la reazione di Kahn;

e) la misurazione della pressione arteriosa.

3. Concessione di prestiti senza interessi ad assicurati che abbiano bisogno di sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia.

B) Facilitazioni per cure termali (elenco per ordine alfabetico di città).

BERGAMO

1. *Stabilimenti termali di S. Pellegrino*: Riduzione del 30 %, sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

LECCE

2. *Stabilimenti termali di S. Cesarea (Lecce)*: Riduzione del 25 %, sulle tariffe in vigore, sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

NAPOLI

3. *Stabilimenti termali di Agnano -- Napoli*: Riduzione del 50 %, sull'importo del diritto di ammissione, e del 25 % sull'importo degli abbonamenti alle cure Termali (bagni, stufe e fanghi). Inoltre l'albergo « *Hôtel Terme* » di Agnano concede la riduzione del 30 % dal 16 settembre al 31 maggio e del 20 % dal 1° giugno al 15 settembre sui prezzi della pensione completa.

PADOVA

4. a) *Stabilimento Hôtel Trieste & Vittoria di Abano*: riduzione del 50 % sull'importo della visita medica per l'inizio della cura; riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che

ivi si praticano; riduzione del 20 % sull'importo della pensione giornaliera, escluso servizio e tassa soggiorno.

b) *Uniche Premiate Terme Preistoriche di S. Pietro in Montagnon*: riduzione del 20 % sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe; riduzione del 15 % sull'importo della pensione di 3^a classe. Nella pensione oltre all'alloggio, vitto (vino compreso), servizio, è compresa anche la cura (fango o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno lire 10 per la 1^a e 2^a classe e lire 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di lire 10 per la 1^a e 2^a classe e lire 5 per la 3^a classe.

PARMA

5. *Stabilimenti termali di Salsomaggiore*: Riduzione del 20 % sulla tariffa generale in vigore sia per l'ammissione alle cure che per qualsiasi cura ivi si pratici. Inoltre gli alberghi « Porro » e « Valentini » di Salsomaggiore praticeranno lo stesso trattamento per vitto ed alloggio che quegli alberghi praticano ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. Esercito, alla M.V.S.N. ed ai Corpi Armati dello Stato.

PISA

6. *Stabilimenti termali di S. Giuliano*: riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, e del 30 % sulle tariffe-pensioni praticate dal Grande Albergo delle Terme.

TRENTO

7. *Stabilimenti termali di Levico Vetriolo*: Riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

VICENZA

8. *Stabilimenti termali di Recoaro*: Riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

9. *Stabilimenti termali della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali di: Sirmione sul Garda - Salsomaggiore - Battaglia Terme e S. Giuliano Bagni*: Forfait di L. 300,— per ogni turno di giorni 15.

C) Facilitazioni presso Ospedali e Case di cura (*Elenco per ordine alfabetico di città*):

BARI

1. *Clinica privata del prof. Florenzo d'Erchia*, via M. Signorile, n. 2: riduzione del 30 % (trenta per cento) sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica Reöntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

BOLOGNA

2. a) *Ospedale « Benito Mussolini »* della Cassa Nazionale Infortuni: tutti gli assicurati che facessero ricorso a quell'Ospedale per cure chirurgiche, ortopediche ed oculistiche, oppure per applicazioni sia ambulatorie che in degenza, di terapia fisica, Raggi X e Radium, riduzione del 20 % se usufruiranno della 1^a e 2^a classe, e del 10 % se usufruiranno della 3^a classe, sia per le rette che per gli onorari medici.

b) *Case di salute « Policlínica »*, Piazza Umberto I, n. 9 — « Villa Verde », Via Mamolo, num. 45 — « Villa Rosa », Via Castiglione, n. 103: Riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per applicazione di terapia fisica, raggi X e radium.

CAGLIARI

3. *Casa di Cura prof. Gino Baggio*, Piazza S. Benedetto: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le

rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazione di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

COSENZA

4. *Casa di salute Catalani « Villa Amelia »*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

FIRENZE

5. *Casa di salute « Villa Savoia »*, Via Andrea del Castagno, n. 6: Riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per le applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, Röntgen diagnostica, che verranno praticate nella clinica.

FIUME

6. *Casa di Cura dott. Horvat in Abbazia*: riduzione del 30 % sull'importo delle rette in vigore, e del 50 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali, che per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, elettrica e di idroterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

FOGGIA

7. *Clinica Troiano in Sansevero*, Viale della Stazione: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Tera-

pia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

GENOVA

8. *Casa di Salute per operazioni chirurgiche prof. Catterina*, Via Borgoratti, 84: riduzione del 50 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

MILANO

9. a) *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Eugenio Carpi, n. 30: Riduzione del 30 % sulla tariffa in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, come pure sulle tariffe in vigore per le consultazioni cliniche che verranno praticate sia nello studio clinico di via Verzieri, 23, Milano — sia nella clinica stessa.

b) *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione*, del prof. Giovanni Galli, in Milano, Foro Bonaparte, 51: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali che per tutte le cure che ivi si praticano.

MODENA

10. *Casa di Cura chirurgica prof. Marchetti*, Via Giardini, 20: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

NAPOLI

11. a) *Centro di accertamento diagnostico per il cancro*: Prestazione gratuita della propria opera agli assicurati che si presentano all'ambulatorio di detto Centro. Le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche da quei sanitari ritenute necessarie, saranno eseguite gratuitamente. Gli assicurati che avessero bisogno di essere ivi ricoverati o per accertamenti diagnostici, o per subire atti operativi, pagheranno la sola diaria e saranno esenti da qualsiasi altra spesa.

b) *Casa di salute Grimaldi & Principe*, Piazza Gesù e Maria, n. 24: Riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi, e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium-terapia, che verranno praticate nella Casa di salute.

NOVARA

12. *Casa di Cura per malattie polmonari «Eremo» in Miazzina*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

PADOVA

13. *Casa di cura «La Salutare»* (Località Altichiero): Riduzione del 20 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per ricerche diagnostiche e per tutte le cure che ivi si praticano. Nella retta è compresa l'assistenza sanitaria completa e cioè: medico, medicine comuni, cure fisiche e idroterapiche ed eventualmente la visita del consulente.

PALERMO

14. *Clinica Candela*, Via Villareale, 30: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

PARMA

15. *Casa di cura di Ramiola* in Ramiola: Riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per applicazioni di terapia fisica, raggi X, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, e Röntgendiagnostica che verranno praticate nella Casa di cura.

PAVIA

16. a) *Casa di cura prof. Eugenio Morelli*, Piazza 24 Maggio: Riduzione del 30 % (trenta per cento) sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

b) *Casa di Cura chirurgica prof. Marsnata in Stradella*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

REGGIO CALABRIA

17. *Ospedali Riuniti «Giuseppe Melacchino» e «Francesco Bianchi»*: Riduzione del 20 % per gli ammessi alle corsie comuni (retta di terza classe), e del 30 % (trenta per cento) sia per le cure ambulatorie che per gli ammessi

alle rette di prima e seconda classe. La riduzione del trenta per cento (30 %) sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate in detti ospedali.

ROMA

18. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la ricerca e la cura del cancro): Gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Röntgen-terapia, anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operativi o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35,— per l'Istituto Regina Elena e di L. 28,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Galliano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e Röntgenterapia, ecc. ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno solo o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50 % dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e Röntgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50 % va applicata alla tariffa più bassa.

SONDRIO

19. *Primo Sanatorio italiano A. Zubiani* in Pineta di Sortenna: Riserva agli assicurati fino a dieci posti, e concede:

riduzione del 10 % sulla pensione compreso il servizio sanitario ordinario;
riduzione del 10 % sul prezzo della camera fino a L. 15;

riduzione del 20 % sul prezzo della camera oltre L. 15;

riduzione del 30 % sulle prestazioni sanitarie straordinarie (interventi chirurgici, pneumo-torace, ecc.).

TORINO

20. *Istituto di medicina preventiva*, Via Principe Amedeo, n. 16: Riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia e Röntgendiagnostica che verranno praticate nella clinica, come pure per le consultazioni cliniche.

TREVISO

21. a) *Casa di cura prof. Piero Brisotto*, Ponte Garibaldi: Riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

b) *Casa di cure chirurgiche « Villa Bianca »*, Prof. Dr. A. Grollo: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica. Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cure chirurgiche.

VARESE

22. *Clinica privata « La Quiete »*: Riduzione del 30 % (trenta per cento) sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-

clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

VENEZIA

23. *Istituto del prof. Ceresole*, Via Santa Maria, n. 6039: Riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore per le cure che si praticano in detto Istituto e per le ricerche diagnostiche.

D) Facilitazioni per sanatori, convalescenziari e consultori materni della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

1. *Sanatori* di: Camerlata (Como), Bioglio (Biella), Vialba (Milano), Galliera Veneta (Padova), Abetina di Sondalo (Sondrio), Istituto « Benito Mussolini » in Roma: Gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

2. *Convalescenziari* di: Orio Canavese (Torino), Asso (Milano), S. Pietro in Caltagirone (Catania), Loreto (Ancona), Regina Margherita in Firenze: Gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

3. *Consultori materni* di: Bergamo, Bologna, Biella, Brescia, Como, Fanegrò, Firenze, Gavardo, Lecce, Livorno, Milano, Novara, Palermo, Palazzolo sull'Oglio, Ponte Nuovo di Magenta, Terni, Torino, Varese, Villanova: Le assicurate pagheranno un onorario di L. 5 per ogni volta.

E) Facilitazioni per cure odontoiatriche.

Riduzione del 30 % sulle tariffe delle cure odontoiatriche praticate dai medici dentisti scelti dall'assicurato nell'elenco fornito dal Sindacato Nazionale Medico Fascista.

F') Facilitazioni per cure oculistiche.

Riduzione del 30 % sulle tariffe delle cure praticate dai medici oculisti scelti dall'assicurato nell'elenco fornito dal Sindacato Nazionale Medico Fascista.

G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.

Riduzione del 30 % sulle tariffe delle cure praticate dai medici otorinolaringoiatri scelti dall'assicurato nell'elenco fornito dal Sindacato Nazionale Medico Fascista.

◇ ◇

Per ottenere le facilitazioni predette gli assicurati dovranno presentare l'ultima quietanza di premio pagato per dimostrare che sono in regola con i pagamenti, ed un documento di identità personale.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale della Cassa in Roma, Corso Umberto n. 239, giacchè la concessione è subordinata alla disponibilità dei posti nei predetti Istituti di cura, ed alla dichiarazione con la quale gli assicurati si impegnano ad osservare tutte le norme che regolano il funzionamento interno degli Istituti stessi.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

a favore degli assicurati in forma popolare

A) Facilitazioni per cure termali (elenco per ordine alfabetico di città).

BERGAMO

1. *Stabilimenti termali di S. Pellegrino*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

NAPOLI

2. *Stabilimenti termali di Agnano* — Napoli: riduzione del 50 % sull'importo del diritto di ammissione e del 25 % sull'importo degli abbonamenti alle cure termali (bagni, stufe, fanghi). Inoltre l'albergo « Hôtel Terme » di Agnano concede la riduzione del 30 % dal 16 settembre al 31 maggio e del 20 % dal 1° giugno al 15 settembre, sui prezzi della pensione completa.

PADOVA

3. *Uniche premiate Terme Preistoriche di S. Pietro in Montagnon*: riduzione del 20 % sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe, riduzione del 15 % sull'importo della pensione di 3^a classe. Nella pensione oltre all'alloggio, vitto (vino compreso), servizio, è compresa anche la cura (fango o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno lire 10 per la 1^a e 2^a classe, e lire 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di lire 10 per la 1^a e 2^a classe e di lire 5 per la 3^a classe.

PISA

4. *Stabilimenti Termali di S. Giuliano (Pisa)*: riduzione nella medesima percentuale praticata agli assicurati

della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, e cioè L. 18 giornaliero per la pensione completa, comprensiva di vitto, alloggio, cura e assistenza sanitaria, servizio, ecc.

VICENZA

5. *Stabilimenti termali di Recoaro*: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

* * *

6. *Stabilimenti termali della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali in: Sirmione sul Garda, Salsomaggiore, Battaglia Terme e S. Giuliano Bagni*: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

B) Facilitazioni presso ospedali, case di cura e policlinici (elenco per ordine alfabetico di città).

BARI

1. *Clinica privata prof. Florenzo d'Erchia* - Via M. Signorile, n. 2: riduzione del 30 % (trenta per cento) sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Clinica.

CAGLIARI

2. *Casa di cura Prof. Gino Baggio* - Piazza S. Benedetto: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica

e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

CATANIA

3. *Istituto Medico del Lavoro* - Via De Felice, 37: gli assicurati potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di L. 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni dell'Istituto Medico mediante la corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

COSENZA

4. *Casa di Salute Catalani « Villa Amelia »*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

FIUME

5. *Casa di Cura Dott. Horvat in Abbazia*: riduzione del 30 % sull'importo delle rette in vigore, e del 50 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali, che per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, elettrica e di idroterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

FOGGIA

6. *Clinica Troiano in Sansevero* - Viale della Stazione: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

GENOVA

7. a) *Policlinico del Lavoro* - Via Benedetto XV: gli assicurati potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa, ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di lire 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro mediante corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

b) *Casa di Salute per operazioni chirurgiche Prof. Catterina* - Via Borgoratti, 84: riduzione del 50 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

MILANO

8. *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione del Prof. Giovanni Galli, in Milano* - Foro Bonaparte 51: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali che per tutte le cure che ivi si praticano.

MODENA

9. *Casa di Cura Chirurgica Prof. Marchetti* - Via Giardini, 20: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

NAPOLI

10. a) *Centro di accertamento diagnostico per il cancro*: prestazione gratuita della propria opera a tutti gli assicurati che si presentino all'ambulatorio di detto Centro in Napoli. Le ricerche di clinica e di laboratorio e radiografiche da quei sanitari ritenute

necessarie per la diagnosi sono eseguite gratuitamente. Gli assicurati che a giudizio di detto Centro avessero bisogno di essere ivi ricoverati o per accertamenti diagnostici ovvero per subire atti operativi, pagheranno solo la diaria e saranno esenti da qualsiasi altra spesa.

b) *Casa di Salute Grimaldi & Principe*, Piazza Gesù e Maria, n. 24: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi, e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium-terapia, che verranno praticate nella Casa di salute.

NOVARA

11. *Casa di Cura per malattie polmonari « Eremo » in Miazzina*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

PADOVA

12. *Casa di cura « La Salutare »* (Località Altichiero): riduzione del venti per cento sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per ricerche diagnostiche e per tutte le cure che ivi si praticano. Nella retta è compresa l'assistenza sanitaria completa e cioè: medico, medicine comuni, cure fisiche e idroterapiche, ed eventualmente la visita del Consulente.

PALERMO

13. *Clinica Candela*, Via Villareale, 30: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

PARMA

14. *Casa di cura di Ramiola* in Ramiola: riduzione del trenta per cento sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per applicazioni di terapia fisica, raggi X, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia e Röntgendiagnostica che verranno praticate nella Casa di cura.

PAVIA

15. a) *Casa di cura del Prof. Eugenio Morelli* - Piazza XXIV Maggio: riduzione del 30 % (trenta per cento) sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia, che verranno praticate nella Casa di Cura.

b) *Casa di Cura Chirurgica Prof. Masnata in Stradella*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

REGGIO CALABRIA

16. *Ospedali Riuniti « Giuseppe Melacrino » e « Francesco Bianchi »*: riduzione del 20 % (venti per cento) per gli ammessi alle corsie comuni (retta di terza classe), e del 30 % (trenta per cento) sia per le cure ambulatorie che per gli ammessi alle rette di prima e seconda classe. La riduzione del 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate in detti ospedali.

ROMA

17. a) *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di S. Maria e S. Gallicano - Istituto Regina Elena per le ricerche e la cura del cancro): gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite e cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Röntgen-terapia, anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operatori o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35 per l'Istituto Regina Elena e di L. 28,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni applicazioni di radium e Röntgen-terapia ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno solo o per due infermi pagheranno la intera retta corrispondente ed il cinquanta per cento dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e Röntgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora la tariffa degli Istituti fisioterapici non fosse inferiore a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del cinquanta per cento va applicata alla tariffa più bassa.

b) *Clinica Odontoiatrica della R. Università di Roma*: gli assicurati che si recheranno per la cura e la protesi dentaria presso l'ambulatorio di detta Clinica, usufruiranno di una riduzione del venti per cento sui prezzi stabiliti per i meno abbienti.

c) *Policlinico del Lavoro* via Ripetta, 180: gli assicurati che si presenteranno al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio al 31 dicembre 1933 potranno usufruire gratuitamente, per una volta nell'anno, di una visita completa, ivi compresi tutti gli esami clinici

e di laboratorio che dai medici saranno ritenuti opportuni; potranno inoltre usufruire gratuitamente in ogni tempo, durante il 1933, delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro.

TORINO

18. a) *Istituto di Medicina Preventiva*: riduzione del quaranta per cento sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per le applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia e Röntgen-terapia che verranno praticate nell'Istituto, come pure per le consultazioni cliniche.

b) *Clinica delle malattie professionali della R. Università*: gli assicurati potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio pagando un onorario di lire 11; potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni della Clinica, mediante corresponsione di un onorario di L. 5,50 per ogni volta.

TREVISO

19. a) *Casa di cura prof. Piero Brisotti* - Ponte Garibaldi: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica Röntgendiagnostica e Röntgen terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

b) *Casa di Cure chirurgiche «Villa Bianca», Prof. Dr. A. Grollo*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cure chirurgiche.

VARESE

20. *Clinica privata « La Quietè »*: riduzione del 30 % (trenta per cento) sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Clinica.

VENEZIA

21. *Ospedale al Mare (Lido)*: accetta sia nella Sezione profilattica che in quella curativa gli assicurati, facendo loro lo stesso trattamento economico che vien praticato agli assicurati della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

C) Facilitazioni per ricovero in sanatori, convalescenziari e consultori materni della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

1. *Sanatori* di: Camerlata (Como), Bioglio (Biella), Vialba (Milano), Galliera Veneta (Padova), Abetina di Sondalo (Sondrio), Istituto « Benito Mussolini » in Roma: gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

2. *Convalescenziari* di: Orio Canavese (Torino), Asso (Milano), S. Pietro in Caltagirone (Catania), Loreto (Ancona), Regina Margherita in Firenze: gli as-

sicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

3. *Consultori materni* di: Bergamo, Bologna, Biella, Brescia, Como, Fanegrò, Firenze, Gavardo, Lecce, Livorno, Milano, Novara, Palermo, Ponte Nuovo di Magenta, Terni, Torino, Varese, Villanova, Palazzolo sull'Oglio: le assicurate pagheranno un onorario di L. 5 per ogni volta.

◇ ◇

Per ottenere le facilitazioni predette gli assicurati dovranno presentare l'ultima quietanza di premio pagato per dimostrare che sono in regola con i pagamenti, ed un documento di identità personale.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale della Cassa in Roma, Corso Umberto n. 239, giacchè la concessione è subordinata alla disponibilità dei posti nei predetti Istituti ed alla dichiarazione con la quale gli assicurati si impegnano ad osservare tutte le norme che regolano il funzionamento interno degli Istituti stessi.

Prof. Dott. I. ROMANELLI direttore responsabile

Roma, 1933-XI — Società Tipografica Castaldi — Piazza S. Croce in Gerusalemme, 49

Istituto Nazionale delle Assicurazioni

LE ASSICURAZIONI COLLETTIVE

che si ispirano al principio di cooperazione sancito dalla Carta del Lavoro, pongono i

DATORI DI LAVORO

nella condizione di provvedere nel modo più semplice e conveniente, nel riguardi delle loro Amministrazioni, al trattamento economico del personale dipendente, nei casi di **licenziamento, dimissioni, disoccupazione, invalidità, premorienza.**

LE ASSICURAZIONI COLLETTIVE

rispondono agli interessi dei **DATORI DI LAVORO** e dei **PRESTATORI D'OPERA**; dei **Prestatori d'opera**, i cui diritti non potrebbero essere meglio tutelati, in quanto le Polizze dell'Istituto sono garantite, oltre che dalle imponenti riserve ordinarie e straordinarie dell'Ente, anche dal Tesoro dello Stato; dei **Datori di Lavoro**, perchè i bilanci delle loro Aziende portando a spesa annua sotto forma di premio d'assicurazione il carico relativo agli obblighi legali derivanti dal contratto di impiego, si liberano da un debito larvato, in quanto per esso non sono predisposte le necessarie riserve, e che può assumere proporzioni notevoli.

Partecipazione agli **utili dell'Azienda** — Beneficio di speciali **provvidenze sanitarie.**

La Direzione Generale e le Agenzie dell'Istituto forniscono gratuitamente informazioni, preventivi, consultazioni.

*Società collegate con l'Istituto
Nazionale delle Assicurazioni*

LE ASSICURAZIONI D'ITALIA

SOCIETÀ ANONIMA PER AZIONI

ASSICURAZIONI

**CONTRO I DANNI DELL'INCENDIO - DELLE DISGRAZIE ACCIDENTALI
DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE - DELLA GRANDINE - DEI TRASPORTI
DEI FURTI - DELL'AVIAZIONE**

Capitale sociale interamente versato L. 15.000.000

Monte Premi, al 31 Dicembre 1931-X L. 225.000.000

Riserve totali, al 31 Dicembre 1931-X L. 26.000.000

DIREZIONE GENERALE - ROMA - Largo Chigi, N. 19

Agenzie Generali: In tutte le Città e Capoluoghi di Provincia

Agenzie Locali: In tutti i Comuni del Regno

Società Anonima di Assicurazioni e Riassicurazioni "FIUME,,

Sede e Direzione Generale in FIUME - Corso Vitt. Eman., 39

RAMI ESERCITI:

**Incendio - Furti - Disgrazie accidentali - Responsabilità civile,
terzi e operai - Tutti i Rischi - Aeronautica - Trasporti.**

AGENZIE GENERALI, in tutti i capoluoghi di Provincia. AGENZIE PRINCIPALI,
in tutti i capoluoghi di Mandamento.

RAPPRESENTANZE ALL'ESTERO. — *Albania*: Sede della rappresentanza a Tirana,
Via Dibra, 90. — *Austria*: Sede della rappresentanza a Vienna, 1, Kärntnerstrasse, 51.
— *Grecia*: Sede della rappresentanza in Atene, Rue de l'Université, 53. — In
Ungheria la « Fiume » lavora attraverso la propria Società « Astra » S. A. di
Assicurazioni, Sede a Budapest, IV Eskü út 6.

Società Anonima Riassicurazioni e Capitalizzazioni "Praevidentia,,

Sede e Direzione Generale - ROMA - Via Nazionale, 230

Capitale sociale L. 15.000.000 — Versato L. 7.500.000

La *Praevidentia* si propone come scopo fondamentale l'esercizio e la diffusione delle forme di capitalizzazione, largamente sviluppate in parecchie Nazioni estere e finora poco note in Italia. La Società si impegna contro versamento di un premio unico, o di una successione di premi annuali, di pagare a scadenza somme prestabilite che rappresentano appunto la capitalizzazione (montante) del premio o dei premi al convenuto tasso di interesse.