

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. Ventennale dell'I. N. A. | Pag. 125 | 10. Ripartizione degli assicurati con visita medica negli anni 1928, 1929 e 1930 | Pag. 135 |
| 2. Nuove provv. sanitarie a favore degli Assicurati. | 126 | 11. Spese dell'I. N. A. per visite mediche nel 1932. | 135 |
| 3. Alcuni consigli ai gottosi | 126 | 12. Alcuni criteri per l'esame e la prognosi delle circolazioni sanguigne (Dott. W. GALLI) | 136 |
| 4. Casi di febbre tifoidea verificatisi nel Regno | 128 | 13. L'influenza della malarioterapia nel decorso, nella prognosi e nei criteri di valutazione medico-legale della demenza paralitica | 145 |
| 5. Utilizzazione dei Buoni gratuiti | 129 | 14. La pagina del medico fiduciario | 156 |
| 6. Capitali sinistrati per decessi nel 1° semestre dell'anno 1933 | 130 | 15. Notiziario | 158 |
| 7. Le cause di morte degli assicurati dell'I. N. A. nel 1° semestre dell'anno 1933 | 131 | 16. Dai Libri e dalle Riviste | 158 |
| 8. Le cause di morte degli assicurati in forma popolare negli anni 1930 e 1931 | 132 | 17. Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati dell'I. N. A. | 162 |
| 9. Le cause di morte degli assicurati delle Compagnie che cedono la quota legale all'I. N. A. | 134 | | |

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, affinchè 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

VENTENNALE DELL'I. N. A.

1913-1933

«Camerati,

«Sono molto lieto di vedervi raccolti in masse compatte attorno a questo vostro potente Istituto, che è un vanto e una forza del Regime Fascista. L'entusiasmo che sgorga dai vostri cuori mi dice che voi non siete soltanto dei funzionari — disciplinati e attivi come è e come deve essere ogni funzionario fascista — ma siete anche dei collaboratori e dei propagandisti.

C'è una differenza tra l'uomo selvaggio e l'uomo civile: il selvaggio taglia l'albero per cogliere il frutto: l'uomo civile aspetta che il frutto sia maturo e, intanto, cura l'albero.

«Avete l'obbligo morale, italiano e fascista di far sentire a strati sempre più vasti della popolazione che la previdenza è la forza di un popolo civile».

Con queste parole pronunziate dal balcone centrale del palazzo dell'Istituto, e salutate dai frenetici alalà della folla dei funzionari e produttori rac-

colti nel sottostante piazzale, il Capo del Governo e Duce del Fascismo chiuse la celebrazione ufficiale del ventennale.

Poco prima nel salone delle Assemblee si era svolta la cerimonia ufficiale.

Il Senatore Beviere, Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'I. N. A., nel suo magistrale discorso commemorativo, pieno di dati e riferimenti, pose in evidenza l'enorme cammino percorso da questo Ente, unico in Europa, indicando le mete raggiunte e le finalità che persegue, volte tutte ad altissimi scopi umani e sociali.

Egli, a tale riguardo, così si esprime:

«Nel campo sociale, un compito di «grande importanza l'Istituto oggi si «è proposto e assolve con impegno e «larghezza di mezzi: la tutela della «salute degli assicurati, in armonia «colle direttive fondamentali del Regime per la salute del popolo.

«Gli assicurati attuali ascendono a «un milione; è quindi già una massa «enorme quella alla quale l'Istituto «Nazionale rivolge le sue cure; ma «fra non molti anni il numero sarà «fortemente accresciuto, specialmente



«attraverso le assicurazioni popolari.
«E allora l'Istituto potrà affermare di
«collaborare direttamente col Regime
«per la tutela della salute del popolo
«italiano.

«Alle provvidenze sanitarie finora
«adottate a favore degli assicurati
«altre provvidenze sono in prepara-
«zione e saranno attuate al più pre-
«sto, come la pubblicazione e larga
«diffusione di pratici libri di propa-
«ganda d'igiene per le persone colte
«e per i ceti popolari, mentre si studia
«come meglio risolvere attraverso le

«forme assicurative il problema dei
«premi nuziali e di natalità».

Terminato il discorso del senatore Bevione, S. E. il Capo del Governo pronunciò parole di vivo compiacimento all'indirizzo del Presidente e dei collaboratori tutti e aggiunse di ritenere l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni come una forza finanziaria dello Stato Fascista, formulando l'augurio che anche nel campo assicurativo l'Italia sia all'avanguardia delle Nazioni.

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

CAGLIARI

1. — *Stabilimenti termali di Sardara*; a tutti gli assicurati sia in forma ordinaria che collettiva o popolare: riduzione del 25 % (venticinque per cento) sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione alle cure che per tutte le cure che ivi si praticano.

PAVIA

2. — *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia*; a tutti gli assicurati sia in forma ordinaria che collettiva o popolare: riduzione del 30 % (trenta per cento) sia per le cure ambulatorie che per le rette di qualsiasi genere. La riduzione del 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgen diagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

Alcuni consigli ai gottosi

Nei tempi più antichi, già fra i Greci ed i Romani, troviamo notizie sulla gotta. Celso Aureliano, dell'epoca di Augusto, attribuiva questa malattia all'eredità ed agli eccessi alimentari.

Tali cause ancor oggi non hanno perduto nulla del loro valore. E' certo che la gotta è una malattia ereditaria; essa si osserva e si ripete nella stessa

famiglia, per lo più trasmettendosi fra i maschi. Le consuetudini igieniche e dietetiche hanno un'importanza notevolissima sia nel determinare l'accesso acuto che nello stabilire il carattere di gravità della malattia.

La vita sedentaria, pigra, comoda, è oltremodo dannosa, maggiormente per chi è già predisposto dalla nascita.

HARDZKLE

IL COTTO SÌ DEVE ESSERE TEMPERANTE

Questo concetto lo troviamo diffuso anche tra il popolo che ritiene che il moto e gli esercizi fisici, possano riuscire di grande giovamento.

A questi malati non è concesso godere largamente dei piaceri della mensa. Non soltanto è necessario che si astengano dai cibi ricchi di purine, ma che limitino anche l'alimentazione globale. In tal modo oltre a ridurre l'apporto di acido urico dall'esterno si ottiene di limitarne considerevolmente la produzione endogena.

La dieta deve essere costituita da idrati di carbonio, grassi, e dalle sostanze proteiche del latte e suoi derivati, delle uova e dei vegetali. Delle carni, nei casi lievi, si può permettere un uso limitato: 150 grammi non tutti i giorni; nei casi gravi è necessario escluderle.

In tutti i casi non sono concessi i cibi ricchi di corpi purinici.

Un elenco sommario di questi è il seguente:

Carni: piccione, fagiano, capriolo, maiale.

Interiori: fegato, reni, animelle, polmone, milza, lingua.

Pesci: alici, sarde, sardine all'olio, carpione, trota, asello, merluzzo, tinca.

Legumi: lenticchie, piselli, fagioli.

Verdure: spinaci, asparagi, rape, ronzoli.

Funghi.

Un largo uso delle frutta riesce invece utile.

Delle bevande la migliore è l'acqua, sia pure minerale di tipo alcalino o diuretico.

I liquori ed i vini vanno banditi dalla mensa. Eccezionalmente si può concedere una piccola quantità di vino leggero, un bicchiere come massimo nella giornata.

Il tè ed il caffè possono essere usati molto moderatamente.

I. FORTUNATI.

Casi di febbre tifoidea verificatisi nel Regno dal 16 gennaio al 12 marzo 1933.

(Dal Bollettino delle malattie infettive nel Regno - Ministero Interno)

REGIONI	N. dei casi denunciati	REGIONI	N. dei casi denunciati
Piemonte	120	<i>riporto</i>	1.005
Liguria	35	Umbria	61
Lombardia	226	Lazio	157
Venezia Tridentina	37	Abruzzi - Molise	79
Veneto	221	Campania	198
Venezia Giulia	49	Puglie	114
Emilia	152	Lucania	24
Toscana	85	Calabria	34
Marche	80	Sicilia	193
		Sardegna	28
<i>a riportare</i>	1.005	TOTALE	1.893

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° Semestre 1933	53,90 %	» » »

Distribuzione dei buoni gratuiti di visita medica periodica (Cifre percentuali)

Agenzie	Anno 1931	Anno 1932	1° Semestre 1933
Piemonte	3,85	6,22	8,96
Lombardia	24,85	17,21	13,86
Tre Venezie	7,33	8,16	11,53
Liguria	6,09	6,46	7,73
Emilia	2,11	5,05	6,13
Toscana	11,43	7,93	6,75
Marche	1,24	1,70	1,96
Umbria	0,25	0,53	0,86
Lazio	10,93	13,62	19,14
Abruzzi	0,87	0,29	1,72
Campania	4,97	3,29	8,59
Puglie	6,46	2,35	3,80
Lucania	0,13	0,06	0,99
Calabria	0,99	1,59	1,60
Sicilia	18 —	23,13	6,13
Sardegna	0,50	2,41	0,25
	100	100	100

Capitali sinistrati per decesso nel primo semestre 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 . . .	—	—	91.000	55.000	—	84.892	361.000	85.000	34.000	710.892
Altre malattie infettive e parassitarie	140.000	190.000	263.000	276.600	176.000	45.900	451.581	231.500	57.370	1.831.951
Tumori (neoplasie).	—	97.419	410.220	4.000	168.500	125.216	591.431	262.762	63.000	1.722.548
Apoplessia, trombo- si, embolia cerebrale	1.134	10.000	64.181	87.427	11.281	10.000	133.073	101.200	76.000	494.296
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso. .	10.000	—	50.000	22.000	150.000	10.000	266.000	21.000	40.000	569.000
Malattie dell'apparato circolatorio.	102.250	13.100	106.691	183.000	82.300	142.850	1.001.261	454.500	176.098	2.262.050
Malattie dell'apparato respiratorio.	184.000	160.000	59.000	136.200	96.500	61.577	391.042	90.000	154.000	1.332.319
Malattie dell'apparato digerente .	5.000	16.000	273.800	142.000	10.000	10.000	142.292	95.500	34.000	728.592
Malattie dell'apparato genito urinario	—	25.000	250.968	95.705	25.000	25.000	433.257	80.500	44.420	979.850
Suicidi	6.375	150.000	360.832	6.865	25.000	107.113	751.451	20.000	38.875	1.466.511
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	100.000	50.000	120.000	40.000	30.000	60.000	121.740	—	8.000	529.740

Le cause di morte degli assicurati dell'I. N. A. nel 1° semestre 1933

Portafoglio Diretto - Assicurati con visita medica all'ingresso

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	TOTALI		GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE											
			0-24		25-34		35-44		45-54		55-70		oltre 70	
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
Ogni forma di tubercolosi. . .	25	1	2	—	4	—	11	1	5	—	3	—	—	—
Altre malattie infettive e parassitarie.	52	4	—	—	6	1	17	2	20	—	8	1	1	—
Tumori (neoplasie).	30	3	—	—	1	1	2	—	10	1	16	1	1	—
Malattie reumatiche, della nutrizione delle ghiandole endocrine e altre mal. generali	5	1	—	—	—	—	1	—	3	—	1	1	—	—
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici . . .	4	2	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	—	—
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	29	4	—	—	—	—	2	—	4	1	21	1	2	2
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso	13	—	—	—	3	—	4	—	5	—	1	—	—	—
Malattie dell'apparato circolatorio	46	8	—	—	—	3	10	—	14	2	20	2	2	1
Malattie dell'apparato respiratorio.	40	2	1	—	5	—	11	—	14	2	8	—	1	—
Malattie dell'apparato digerente	21	—	—	—	1	—	4	—	10	—	6	—	—	—
Malattie dell'apparato genito-urinario	18	2	—	—	—	—	3	1	6	—	6	1	3	—
Suicidi	13	—	—	—	1	—	2	—	7	—	3	—	—	—
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	11	—	—	—	3	—	3	—	4	—	1	—	—	—
Altre cause di morte e cause non specificate	24	—	—	—	1	—	5	—	5	—	9	—	4	—
TOTALI	331	27	3	—	25	5	76	5	109	6	104	8	14	3

N. B. — Le cifre sopra indicate sono provvisorie, poichè si riferiscono solo ai decessi denunciati entro il 1° semestre dell'anno.

Le cause di morte degli assicurati in forma Popolare presso l'I. N. A. nell'anno 1930-VIII

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	TOTALI		GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE											
			0-24		25-34		35-44		45-54		55-69		oltre 70	
	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.
Ogni forma di tubercolosi	56	15	7	3	19	7	22	4	8	—	—	1	—	—
Altre malattie infettive e parassitarie	25	10	4	5	3	1	9	3	8	1	1	—	—	—
Tumori (neoplasie).	10	4	—	1	1	—	3	2	3	1	3	—	—	—
Malattie reumatiche, della nutrizione delle ghiandole endocrine ed altre malattie generali	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	3	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Emorragie, trombosi, ed embolie cerebrali	15	5	—	—	—	—	2	3	6	2	6	—	1	—
Malattie del sistema nervoso e degli organi del senso	12	2	1	—	1	—	6	1	3	1	1	—	—	—
Malattie dell'apparato circolatorio	15	2	—	—	3	—	7	1	4	—	1	1	—	—
Malattie dell'apparato respiratorio	23	5	2	1	6	1	5	1	6	2	4	—	—	—
Malattie dell'apparato digerente	27	10	4	5	2	—	8	—	9	5	4	—	—	—
Malattie apparato genito-urinario	6	5	—	—	1	—	4	1	—	2	1	2	—	—
Suicidi	4	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	21	1	5	1	6	—	7	—	3	—	—	—	—	—
Altre cause di morte e cause non specificate	6	4	1	—	—	1	2	2	2	1	1	—	—	—
TOTALI	225	63	24	16	44	10	78	18	56	15	22	4	1	—

Le cause di morte degli assicurati in forma Popolare presso l'I. N. A. nell'anno 1931-IX

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	TOTALI		GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE											
			0-24		25-34		35-44		45-54		55-69		oltre 70	
	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.
Ogni forma di tubercolosi	86	15	8	4	20	6	36	1	17	3	5	1	—	—
Altre malattie infettive e parassitarie	27	12	9	4	7	1	6	4	3	3	2	—	—	—
Tumori (neoplasie).	13	8	1	—	1	—	2	3	7	4	2	1	—	—
Malattie reumatiche, della nutrizione delle ghiandole endocrine ed altre malattie generali	2	2	—	—	—	1	—	—	1	1	1	—	—	—
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Emorragie, trombosi ed embolie cerebrali	11	2	—	—	—	—	2	—	5	2	4	—	—	—
Malattie del sistema nervoso e degli organi del senso	9	2	1	2	1	—	5	—	2	—	—	—	—	—
Malattie dell'apparato circolatorio	20	6	1	1	4	—	4	2	5	3	6	—	—	—
Malattie dell'apparato respiratorio	37	8	—	1	7	2	15	3	11	2	4	—	—	—
Malattie dell'apparato digerente	25	8	1	3	1	1	15	1	6	2	2	1	—	—
Malattie apparato genito-urinario	12	1	1	—	1	1	5	—	2	—	2	—	1	—
Suicidi	3	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	20	4	4	—	6	1	4	1	6	2	—	—	—	—
Altre cause di morte e cause non specificate	5	6	1	—	2	3	2	2	—	1	—	—	—	—
TOTALI	272	74	27	15	50	16	98	17	67	23	29	3	1	—

Le cause di morte degli assicurati delle Compagnie che cedono la quota legale all' I. N. A., nell'anno 1931-IX.

Assicurazioni con visita medica.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	TOTALI		GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE											
			0-24		25-34		35-44		45-54		55-69		oltre 70	
	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.
Ogni forma di tubercolosi	77	13	4	4	35	6	27	3	9	—	1	—	1	—
Altre malattie infettive e parassitarie	97	6	4	—	18	2	31	4	20	—	20	—	4	—
Tumori (neoplasie)	78	3	1	—	4	—	20	—	29	3	22	—	2	—
Malattie reumatiche, della nutrizione, delle ghiandole endocrine ed altre malat- tie generali	18	5	—	—	—	1	8	3	3	1	7	—	—	—
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	10	—	—	—	3	—	4	—	2	—	1	—	—	—
Apoplessia, trombosi, embo- lia cerebrale	40	4	2	—	4	—	10	—	14	2	10	1	—	1
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	21	—	—	—	2	—	7	—	4	—	7	—	1	—
Malattie dell'apparato circo- latorio	82	3	1	—	8	—	13	1	31	—	27	2	2	—
Malattie dell'apparato respi- ratorio	94	8	—	—	15	—	24	3	36	4	18	1	1	—
Malattie dell'apparato dige- rente	81	6	1	1	7	—	35	1	19	4	17	—	2	—
Malattie dell'apparato ge- nito-urinario.	42	8	1	1	6	1	9	2	11	1	14	3	1	—
Suicidi	51	1	1	—	6	1	19	—	15	—	8	—	2	—
Morti violente ed acciden- tali	61	3	5	—	18	1	18	1	15	1	5	—	—	—
Altre cause di morte e cause non specificate	140	53	18	32	20	4	29	6	33	5	19	1	21	5
TOTALI	892	113	38	38	146	16	254	24	241	21	176	8	37	6

Ripartizione degli assicurati con visita medica negli anni 1928-1929-1930 secondo l'età e la professione all'ingresso.

(Cifre percentuali)

Gruppi di età all'in- gresso	CLASSI DI PROFESSIONI												TOTALI
	I. Agricoltori di ogni specie	II. Industriali e commercianti	III. Venditori in genere rappresentanti	IV. Operai	V. Addetti a Servizi di trasporti e affini	VI. Persone di servizio e di fatica	VII. Personale subalterno dello Stato e di altri Enti Pubblici	VIII. Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubblici	IX. Culto, professioni e arti liberali	X. Ufficiali ed impiegati	XI. Proprietari e benestanti	XII. Condizioni non professionali	
15-19	7,51	12,21	9,92	15,85	2,17	2,70	0,70	5,16	4,05	17,78	5,05	19,90	100
20-24	4,49	14,93	9,44	15,24	4,18	1,76	0,73	6,87	12,05	23,19	4,98	2,14	100
25-29	4,35	14,87	8,26	13,43	5,73	1,56	0,91	3,84	18,80	24,00	3,99	0,21	100
30-34	6,39	15,66	9,24	12,26	5,11	1,61	1,49	4,22	16,91	23,15	3,89	0,07	100
35-39	5,77	18,81	9,97	10,99	4,39	1,54	3,31	4,35	15,29	20,99	4,52	0,07	100
40-44	6,37	20,44	9,68	9,20	4,22	1,39	2,34	3,09	17,36	19,98	5,87	0,06	100
45-49	6,49	20,16	9,16	7,75	3,11	1,23	2,56	2,71	20,18	19,45	7,12	0,08	100
50-54	4,44	20,42	8,36	5,14	1,94	1,38	2,23	1,84	25,00	21,23	7,88	0,14	100
55-59	3,23	20,67	6,81	4,97	0,75	1,08	1,87	1,27	27,37	22,58	9,28	0,09	100
Totali	5,56	17,34	9,18	11,29	4,42	1,52	1,89	3,98	17,26	21,98	5,00	0,58	100

SPESE DELL' I. N. A.

per visite mediche per assunzione di nuovi contratti di assicurazione nell'anno 1932.

REGIONI		IMPORTI	REGIONI		IMPORTI
			<i>Riporto</i> . . . L.		842.026 —
PIEMONTE	L.	122.866 —	LAZIO	»	117.025 —
LOMBARDIA	»	267.465 —	ABRUZZI	»	46.150 —
TRE VENEZIE	»	127.390 —	CAMPANIA	»	114.479 —
LIGURIA	»	93.905 —	PUGLIE	»	63.889 —
EMILIA	»	90.885 —	LUCANIA	»	17.425 —
TOSCANA	»	92.090 —	CALABRIA	»	49.505 —
MARCHE	»	29.460 —	SICILIA	»	89.920 —
UMBRIA	»	17.965 —	SARDEGNA	»	30.040 —
<i>A riportare</i>	L.	842.026 —	TOTALE	L.	1.370.459 —

ISTITUTO CARDIOLOGICO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DELLE MALATTIE DELLA CIRCOLAZIONE
del Prof. GIOVANNI GALLI, in Milano

Alcuni criteri per l'esame e la prognosi della circolazione sanguigna negli assicurandi sulla vita

per il Dott. Walter Galli, aiuto

La premorienza per cause riferibili alla circolazione sanguigna rappresenta un massimo pericolo ed un peso finanziario assai grave per le società assicuratrici. Già nel primo anno di antidurata dei contratti le malattie cardiache (v. « Assistenza sanitaria per gli assicurati dell' I. N. A. », II, n. 2) causavano nell'anno 1931 una perdita di circa 700 mila lire; se a queste aggiungiamo le 200 mila perdute nello stesso primo anno per apoplezia ed embolia cerebrale ed una parte delle somme pagate per premorienza riferita nella statistica a malattie dell'apparato respiratorio, ma in sostanza, come si può fondatamente presumere, riuscite letali per stanchezza miocardica e paralisi vasomotoria, risulta che i sinistri di capitali nel primo anno di antidurata dei contratti, per motivi circolatori, sono di gran lunga superiori alle somme perdute per ogni altra causa di morte.

Se consideriamo poi la totalità dei capitali sinistrati per premorienza da malattie della circolazione sanguigna risulta che nel 1931 le perdite furono non minori di 8 milioni; somma enorme, come ognuno vede, la quale diminuirà in modo apprezzabile con il perfezionarsi dell'indagine cardiologica, con una migliore conoscenza del valore *quoad vitam* dei sintomi circolatori e conseguentemente con la maggiore esattezza del giudizio prognostico. Questo costituisce la quintessenza della visita medica ed il criterio sostanziale per l'accettazione, il rinvio od il rifiuto

del contratto e per stabilire un eventuale aumento del premio assicurativo.

Il giudizio prognostico risulta tanto più esatto, quanto più larga e fondata è la base diagnostica. Fidarsi di un sol sintomo può essere molto ingannevole; inoltre nel giudicare la resistenza dell'apparecchio circolatorio non dobbiamo mai considerarlo avulso dal resto del corpo, nè prescindere dalle condizioni ambientali.

La stessa lesione valvolare, ad es., ha prognostici affatto differenti in rapporto allo stato delle arterie, dei reni, dei polmoni, dell'apparecchio digestivo, ecc. e secondo la professione, le condizioni economiche, l'ereditarietà, in una parola, secondo l'ambiente particolare di ogni individuo. Specialmente quando si tratta di casi iniziali e dubbi, può essere motivo di inganno l'assenza di sintomi obbiettivi, rilevabili con la comune semeiotica; i segni patologici devono essere talvolta provocati con prove funzionali e messi in luce mediante uno strumentario apposito.

1. *Esame semeiotico.* — Mezzi classici per l'esame dell'apparato circolatorio sono l'ispezione e la palpazione, le quali non vengono sempre sufficientemente apprezzate, anche se ci possono dare segni molto importanti per giudicare le condizioni di salute o di malattia dell'assicurando. Per una proficua ispezione il torace deve essere completamente denudato ed in buona luce; mancando queste condizioni, possono

sfuggire fatti di grande valore. Da ben notare sono la sede dell'itto cardiaco, la sua forza ed ampiezza, la sua spostabilità nelle varie posizioni del corpo, la frequenza e il suo ritmo. Le pulsazioni epigastriche si possono già coll'ispezione riconoscere per la loro sede, se dipendenti dal ventricolo destro sfiancato ed abbassato, o da battito aortico; la palpazione accerterà facilmente la diagnosi.

Rialzi precordiali od avvallamenti in persone adulte con torace rigido fanno pensare subito a lesioni sottostanti di vecchia data (ingrandimento del cuore, aderenze pericardiche). Il rientramento sistolico quando è fisso in ogni posizione del corpo, senza itto puntale ed accentuato nell'inspirazione, si può ritenere patognomonico di aderenze pericardiche. Queste sono meno infrequenti di quanto si ritiene; ostacolano se di una certa estensione la sistole, con minorazione dell'efficienza cardiaca; mediante la cardiolisi (resezione delle costole precordiali) si ottengono ottimi risultati e si migliora il prognostico.

Altri fatti notabili con l'ispezione sono il battito al giugulo (rialzo dell'arco aortico), l'innalzamento delle succlavie (arteriosclerosi), la danza carotidea ed il polso capillare (insufficienza aortica), il turgore venoso, il polso delle giugulari (adinamia ventricolare, ristagno del cuore destro, tachicardia parossistica), la cianosi generale (vizi congeniti), le dita a bacchetta di tamburo (lesioni cardiache di vecchia data e congenite), il viso pallido (insufficienza aortica, rene grinzo, ipertensione), il viso congesto (policitemia, ingombro mediastinico).

Risultati assai notevoli per la diagnosi e la prognosi dell'apparato circolatorio può darci l'ispezione dell'occhio. Il *gerontoxon* prima dei 60 anni si accompagna con un precoce invecchiamento dell'apparato circolatorio; tra sclerosi della lente e anticipata senilità vi è una importante correla-

zione. L'attesa di vita per un uomo nella quarantina può variare, sino a 10 anni, in rapporto con l'integrità della lente e con il grado della presbiopia.

Dal modo con cui si vede respirare un soggetto si possono avere criteri importanti intorno alla sua resistenza circolatoria; una dispnea che si manifesta già con il solo parlare o per piccoli sforzi è di prognostico grave; quando sorge soltanto in seguito a sforzi muscolari prolungati per cessare con una certa prontezza, ha prognostico più favorevole. Caratteristico di una scarsa efficienza cardiaca è il bisogno di respirare con bocca aperta, ben inteso quando non esistono ostacoli meccanici nel naso e nelle vie aeree; depone per uno sfiancamento cardiaco il succedersi di inspirazioni a bocca semiaperta e di espirazioni sospirose od a bocca chiusa (nell'inspirazione a bocca semiaperta la trazione polmonare sul cuore è minore, e nell'*expirium* forzato con bocca chiusa si esercita una vantaggiosa compressione aerea sul cuore dilatato).

Edemi malleolo-tibiali di modico grado in dipendenza dello star in piedi e che scompaiono col riposo, sono sintomo di allarme al disotto dei 40 anni; oltre i 60 anni questi edemi hanno prognostico meno grave, e possono durare interi decenni senza ulteriori complicazioni. Un edema precoce è quello che si rileva alla regione sternale, che essendo povera di muscoli, non ha il sussidio di una *vis a tergo* da contrazione muscolare. Lo stetoscopio lascia facilmente in tali casi una fovea circolare, che scompare con lentezza.

Con la palpazione si ottengono dati sulla tonicità del cuore paragonabili a quelli che si hanno premendo tra le dita un muscolo, mentre si contrae. La mano va applicata a piatto sul precordio con il dito medio lungo il 5° spazio intercostale. Urto della punta che si solleva in pieno e vigorosamente,

per l'estensione di 2-3 cm., indica validità miocardica; se più esteso e meno sollevante, quasi impetuoso, ma di minor durata, la sua validità è solo apparente. Infatti in tali casi il polso si rileva debole, essendo la sistole intensa soltanto nella sua prima fase o preparatoria e perdendo di forza nella 2^a fase od espulsiva, quando dovrebbe immettere il sangue nell'aorta. Si ha perciò una minore gettata sanguigna con pressione insufficiente e polso debole. Questo tipo della punta impulsivo ed anormalmente rapido è la manifestazione di una patologica eccitabilità del miocardio, con forze di riserva diminuite e facilmente esauribili.

Con la palpazione possiamo rilevare l'urto sistolico della valvola mitrale alla punta, (stenosi mitralica), il *tac* diastolico delle valvole aortiche nel 2° spazio intercostale destro (ipertensione, sclerosi valvole aortiche), il *tac* diastolico delle valvole polmonari nel 2° spazio intercostale sinistro (aumento di tensione sanguigna nel polmone).

Altro rilievo importante è quello dei fremiti. Questi sono diversi per tempo e per sede; un fremito sistolico universale, su tutto il cuore e massimo al *centrum cordis*, indica un vizio congenito; un fremito sistolico localizzato alla punta, un' insufficienza mitralica; un fremito presistolico-sistolico alla punta con *tac* valvolare accentuato una stenosi mitralica, un fremito sistolico sull'aorta una sclerosi aortica, e se diffuso alle carotidi una stenosi aortica; un fremito diastolico alla base destra del cuore ed al giugulo un' insufficienza delle valvole aortiche.

La palpazione è molto importante per rilevare lo stato del fegato, che è uno dei primi organi ad indicare difetti circolari; eventuali modificazioni di volume, di forma e di sensibilità si devono ricercare di preferenza nel lobo sinistro, che essendo il più remoto manifesta i primi segni di insufficiente circolazione, dandoci così un criterio precoce della stanchezza miocardica.

Dalla percussione non si devono pretendere delimitazioni cardiache al millimetro; migliori risultati si hanno percuotendo negli spazi intercostali, poichè si evita così un'eccessiva risonanza del torace. La percussione leggera ci dimostra, se la piccola aia del cuore è scoperta o no e se i margini polmonari scorrono sul pericardio; rilievi importanti per giudicare se vi è enfisema o qualche aderenza pleuro-pericardica. Una percussione più forte dà la grandezza reale del cuore che possiamo ritenere normale, quando il diametro trasversale massimo è di 11-13 centimetri (secondo l'altezza e la corporatura dell'individuo). Il limite superiore sta sulla 3^a cartilagine sinistra, il più basso nel 5° spazio intercostale, il limite destro sulla marginale destra, il limite sinistro un cm. dentro la mamillare. Questi confini si trovano patologicamente ampliati o diminuiti; la diminuzione è molto manifesta e patologica nel cosiddetto « cuore a goccia », l'aumento nel cosiddetto « cor bovinum ». Più spesso gli ingrandimenti del cuore sono locali e cioè in basso e verso sinistra (insufficienza aortica, ipertensione), verso destra e trasversalmente (vizi mitralici), verso la spalla sinistra nel 3° spazio sinistro (dilatazione orecchietta sinistra).

Per una buona ascoltazione del cuore bisogna che il malato ed il medico siano nella posizione più comoda; l'uso di uno stetoscopio Bazzi-Bianchi facilita l'esame, permettendo al medico di star seduto. Avviene invece di vedere le posizioni più irrazionali e defatiganti; la tensione forzata dei muscoli e la congestione del capo ostacolano l'ascoltazione che riesce meno chiara e non può essere di durata sufficiente.

Con l'ascoltazione cardiaca noi possiamo riconoscere il cuore di un bambino, di un giovane, di un adulto o di un vecchio. Nei cuori giovani è caratteristica la nettezza dei toni, sia alla punta che alla base; pare di avere sott'occhi

la buona composizione istologica delle valvole, dei grossi vasi e del miocardio. Col progredire degli anni il primo tono alla punta va perdendo in sonorità e purezza; ciò dipende dalla diminuita elasticità della mitrale e dallo sviluppo anormale di tessuto connettivo e di grasso nel miocardio, per cui la sistole risulta meno decisa e meno uniforme. Del pari il primo tono aortico che è sostanzialmente dovuto al vibrare delle pareti vasali, per effetto dell'ondata ventricolare, va diventando impuro, oscuro ed anche rumoroso, sia per l'alterazione sclerotica delle tuniche aortiche con danno della loro elasticità, sia perchè il sangue scorre su un'intima meno levigata.

Caratteristica poi è la trasformazione del secondo tono aortico con l'età; esso diventa rude, più forte, a colpo di martello, metallico, risonante, prolungato ad eco e si può alla fine concludere in un vero rumore di reflusso.

Toni deboli e lontani sono indice di indebolimento miocardico, lo stesso si dica dei rumori; potendo rilevare con ascoltazione intervallata una progrediente diminuzione nell'intensità dei toni e dei rumori cardiaci, dobbiamo fare un prognostico molto riservato.

Segno di allarme prognostico è anche il rumore di galoppo alla punta, caratterizzato da un terzo tono che precede di un istante il primo; esso indica che il cuore compie uno sforzo anormale. Se il rumore di galoppo risulta permanente, la prognosi è grave.

Un altro punto importante di ascoltazione cardiaca è la diagnosi del soffio funzionale mitralico; criteri sostanziali per differenziarlo dal soffio organico sono la sua instabilità, la dolcezza acustica, come un alito di chi dorme tranquillo, la presenza contemporanea del tono mitralico mentre mancano il fremito sistolico alla punta e il rinforzo del secondo tono polmonare. Nell'insufficienza mitralica anorganica il volume del ventricolo sinistro è normale o lievemente aumentato; non si rile-

vano infine sintomi subbiettivi continui e caratteristici, specialmente dispnoici e di stasi polmonare e periferica. Il soffio funzionale è spesso dovuto a fatti anemici generali, oppure a turbe nervose e vasomotorie, che danno luogo ad alterazioni nutritive nei muscoli che governano la valvola mitrale. Non possiamo d'altra parte considerarlo « fisiologico », come riteneva Mackenzie. Ciononostante il suo prognostico è favorevole, essendo l'endocardio integro e perchè lo stesso soffio dopo un certo tempo, viene a scomparire definitivamente.

2. Esame strumentale. — Gli strumenti più utilizzati nella diagnosi dell'apparato circolatorio sono lo *sfigmomanometro*, lo *sfigmografo*, i *raggi X*, l'*elettrocardiografo*. Il primo è uno strumento oramai comune ad ogni medico. Dobbiamo accentuare che si possono fare ottime misurazioni coll'apparecchio originale del nostro Riva-Rocci e bisogna mettere in guardia contro strumenti complicati, talora infidi e sempre costosi, che ci vanno invadendo, compreso l'oscillometro Pachon. Fornito di un manicotto di 12 cm., il manometro a mercurio di Riva-Rocci, segna cifre esattissime, sia per la pressione massima che per la minima.

Una sola misurazione può essere erronea e dare cifre esagerate, per intervento di cause emozionali angiospastiche; un accertamento più sicuro si ottiene, eseguendo una seconda misurazione alla fine della visita od il giorno successivo alla stessa ora. La pressione sanguigna è più bassa alla mattina dopo il riposo notturno e si va innalzando nelle ore successive per toccare un massimo nel pomeriggio.

La pressione normale varia dentro limiti modesti (10-15-20 Hg.) secondo l'età, il sesso, la corporatura e per lo stesso individuo nelle differenti ore della giornata, secondo la posizione del corpo, lo stato d'animo, l'ambiente e così via. Per l'adulto si può considerare

normale una massima di 115-130 Hg. ed una minima di 75-90 Hg. Pressioni massime di 105-100 devono mettere in guardia. Sotto i 100 vi è una evidente ipotensione patologica, che ripetutamente constatata significa una scarsa efficienza del miocardio e dei vasi sanguigni. Una pressione massima di 140-150 indica una tendenza ipertensiva; a partire dai 150 si è già nel campo dell'ipertensione. Questa può toccare cifre enormi (250-300-320 Hg.).

Nel giudizio delle ipertensioni bisogna tenere ben presente anche la minima; quando questa permane alta, il sistema vasale si trova permanentemente sotto una tensione esagerata ed il cuore deve compiere uno sforzo continuo e più defatigante.

Dal punto di vista prognostico l'ipotensione comporta un giudizio più favorevole che l'ipertensione; gli ipotesici sono portati a risparmiarsi più degli ipertesi e vivono più a lungo. L'ipertensione stabilizzata, che non si modifica cioè col riposo e con le cure, dipende da lesioni anatomiche conclamate dei vasi renali, ed il suo prognostico è grave; quando invece si rileva un abbassamento pressorio alla mattina dopo il sonno della notte, o per effetto delle cure, vuol dire che il sistema nervoso rappresenta una parte notevole nella ipertensione e che le eventuali lesioni sono riparabili, per cui la prognosi diventa piuttosto favorevole. Le ipertensioni da disturbi endocrini (menopausa, ipertiroidismo) sono di regola transitorie e suscettibili di cura ed hanno un prognostico favorevole.

Non dobbiamo dimenticare che non tutti gli abbassamenti pressori sono desiderabili e di buon prognostico; talora si interviene con mano rozza a disturbare congegni di compenso naturale, ottenendo in realtà una riduzione della pressione, ma con peggioramento subiettivo ed obiettivo. Altre volte venendo a difettare la resistenza miocardica, la pressione diminuisce, con segni evidenti di scompenso circolatorio; se

le cure cardiotoniche non rialzano la pressione, bisogna fare un prognostico sfavorevole.

Con lo *sfigmografo* possiamo, com'è noto, ottenere grafiche del cuore e del polso arterioso e venoso. La frequenza sistolica e le aritmie cardiache risultano con questo mezzo nel modo più obiettivo. Le grafiche si possono conservare con facilità e se vengono prese periodicamente nella stessa persona rappresentano documenti importanti, che ci orientano benissimo sul comportamento dell'apparecchio circolatorio. La frequenza del cuore può aumentare in maniera più o meno accentuata per ragioni svariatissime. Durante la prima visita è facile constatare un aumento di frequenza cardiaca; avviene anche qui lo stesso fatto che si verifica, misurando la pressione sanguigna in un cliente nuovo ed impressionabile.

Il prognostico delle tachicardie è legato alle loro cause ed alla possibilità di cura; nell'ipertiroidismo, nel cuore a goccia, negli stati pretubercolari, nei vizi cardiaci, la prognosi è meno favorevole che nelle tachicardie causate da intossicazioni esogene, da abusi ed eccessi, da anemia, da irritabilità nervosa.

Frequenze cardiache accentuatissime, sino a 200-250, si hanno nella tachicardia parossistica; questa ha una prognosi grave se in persona oltre i 45-50 anni. Nell'età minori è possibile anche la guarigione ed un caso molto dimostrativo fu da Giov. Galli pubblicato con dettaglio nel cap. V di « *Neurosi del cuore e dei vasi sanguigni e loro cura* » (Società ed. libraria, Milano, 1930). La guarigione dura tuttora ed il soggetto si guadagna da anni la vita con il suo lavoro.

La frequenza sistolica può anche diminuire ed in misura diversa; vi sono adulti in perfetta salute ed in lodevole attività professionale con frequenza cardiaca di 55 ed anche 50. Queste cifre devono però indurre ad un esame più attento delle arterie, del cuore e

dei reni specialmente con le prove funzionali, senza dimenticare le ricerche sul sangue. Il prognostico diventa più riservato, con l'accentuarsi della bradicardia ed infausto, quando la rarefazione sistolica è permanentemente sotto i 30 battiti per minuto, pur verificandosi casi di guarigione anche in tali casi in seguito a cure specifiche.

Altro punto importante deve richiamare la nostra attenzione; ognuno ha normalmente un regime proprio e costante di frequenza cardiaca (65-70 polsi negli adulti in posizione seduta). Se constatiamo che questo regime subisce nel decorso di poche settimane un aumento permanente di 8-10 polsi, possiamo ritenere che la validità miocardica è in decadenza; non ripristinandosi con il riposo e le cure cardiotoniche la frequenza di prima, il prognostico diventa molto riservato.

L'*extrasistole* è la più frequente e la più capricciosa delle aritmie cardiache; talora costituisce motivo di allarme anche per il medico che la giudica rischio cattivo. Praticamente si osservano extrasistoli, avvertite o no dai soggetti, le quali durano decine d'anni senza alcun danno della salute generale. Si noti che l'*extrasistole* compare o si accentua, quando la frequenza cardiaca diminuisce come nella posizione sdraiata, mentre si attenua e scompare con l'aumento della frequenza cardiaca, come nell'attività muscolare. Quando l'*extrasistole* è l'unico sintomo riscontrabile, possiamo stabilire un prognostico assolutamente buono; se vi sono altri segni circolatori anormali, la prognosi si basa soltanto sul significato di questi.

Un'altra aritmia non di rado interpretata erroneamente come segno di lesione miocardica, si riscontra di solito nelle persone giovani, in dipendenza degli atti respiratori. Durante l'*inspiratione* il polso diventa più frequente e durante l'*expiratione* si rarefa; conoscen-

dosi questo rapporto genetico, è facile la diagnosi. Basta sospendere a titolo di prova il respiro per vedere cessare temporaneamente l'aritmia. Anche negli adulti si riscontra questa irregolarità, in unione di solito con una bradicardia accentuata specie dopo le malattie infettive e soprattutto nella convalescenza della polmonite. Riconoscere subito la natura di questa aritmia può essere importante per eliminare nervosità ed ansie, dovute ad inesatte interpretazioni; il prognostico è del tutto favorevole.

Molto più frequente di quanto si crede, è l'*alternanza del cuore*, vale a dire il succedersi alternativo di un battito forte e di uno debole, con la particolarità che il battito debole è vicino al susseguente forte, in opposizione al bigeminismo da extrasistole, in cui il battito debole ed extrasistolico è più vicino al battito precedente forte. Nei casi accentuati si può fare la diagnosi di alternanza con la semplice palpazione per questo succedersi alternativo di battiti deboli e forti e talora con l'ascoltazione è possibile sentire ad ogni seconda sistole un soffio mitralico di reflusso, perchè l'alternanza è insediata nei muscoli papillari. Nei casi meno evidenti le grafiche sfigmografiche permettono un esame più obiettivo e sicuro. Per rendere più chiari i casi latenti serve la compressione con un manicotto insufflato ad una pressione minore di quella necessaria per annullare completamente la circolazione nel braccio.

La presenza di una alternanza deve sempre mettere in guardia; essa indica che la contrattilità del miocardio è lesa da fatti tossici e per insufficiente irrorazione sanguigna. Pur verificandosi qualche volta anche una completa *restitutio ad integrum*, il prognostico è in genere molto riservato e del tutto cattivo se l'alternanza è duratura ed associata con altri segni di insufficienza miocardica.

Prognosi parimenti infausta dobbiamo stabilire per l'*aritmia* così detta *totale*, che determina un disordine massimo del ritmo cardiaco, il *delirium cordis* della vecchia medicina; però essendo anche qui possibile il ripristinarsi di una certa regolarità in qualche caso per l'azione di opportune cure, il pronostico può talvolta essere quindi meno sfavorevole.

I raggi X sono un altro importante ausilio alla migliore conoscenza dell'apparato circolatorio; una semplice radioscopia di 1-2 minuti ci dà informazioni preziose sulla grandezza, forma e situazione del cuore e dell'aorta, sul loro modo di pulsare ed anche sulla loro stessa conformazione anatomica e sulla loro sanguificazione (oscuramento sclerotico dell'aorta, cuore pallido). Con la radiografia a distanza o teleradiografia possiamo riprodurre sulla carta la forma, grandezza e situazione del cuore e dell'aorta in proporzioni molto vicine alle naturali e senza deformazioni; questo metodo però richiede strumentario e tecnica di un certo costo. Con l'*ortodiagrafo* invece possiamo in maniera più semplice disegnare sulla carta contorni molto esatti del cuore e dell'aorta e la loro situazione nel torace, col vantaggio di poter osservare contemporaneamente i movimenti del diaframma, gli spostamenti del cuore durante il respiro, il modo di pulsare, l'intensità delle ombre e altre importanti particolarità.

L'esame radioscopico ci permette di accertare con precisione l'ingrandimento dell'orecchietta sinistra, patognomicono della stenosi mitralica, come abbiamo già notato a proposito della percussione, gli altri ingrandimenti parziali e la grandezza totale del cuore. Constatando un ridotto volume di questo, si può essere portati ad un pronostico riservato, ma non si dimentichi che il criterio unico del volume può essere molto fallace. Vi

sono persone che resistono bene al lavoro anche con un cuore piccolo, anzi come già abbiamo detto per la prognosi dell'ipotensione ed ipertensione, i portatori di cuore piccolo si possono ritenere in genere più longevi di chi presenta cuore ingrandito e verosimilmente ingombro di grasso e di tessuto sclerotico.

Con i raggi X si rilevano gli spostamenti sistolici e diastolici del ventricolo sinistro, meglio visibili verso la punta e varianti tra 2 e 5 mm. Un cuore anche di proporzioni ridotte ma con arco ventricolare ben delineato e con spostamento bene apprezzabile dalla diastole alla sistole, si può ritenere del tutto valido. Questo giudizio prognostico sarà tanto più fondato, se l'ombra cardiaca risulterà in netto contrasto sul campo polmonare; quando le pareti del ventricolo sono sottili e poco sanguificate, e di conseguenza con scarsa validità, l'ombra cardiaca risulta pallida e con insufficiente contrasto sul campo polmonare. In questa ricerca bisogna naturalmente evitare l'uso di raggi troppo duri e penetranti, che possano darci la simulazione di un cuore pallido.

Noi possediamo infine un altro strumento molto importante per la diagnosi, l'*elettrocardiografo*, con il quale si ottengono grafiche caratteristiche sia nei casi normali che nelle diverse lesioni del miocardio. Soltanto per mezzo dell'elettrocardiografo è possibile diagnosticare il cosiddetto « blocco di branca »; diagnosi di « cardiopalmo e neurosi cardiaca », di « esaurimento nervoso » sono state riconosciute erranee, avendo l'esame elettrocardiografico dimostrato la presenza di alterazioni miocardiche. Del pari cuori ritenuti normali perchè le sistoli ventricolari erano ritmiche, con una frequenza di 75, si svelarono elettrocardiograficamente assai lesi, affetti cioè da tachicardia atriale con l'enorme frequenza di 300 sistoli (il cosiddetto *flutter*). L'elettrocardiografia

permette dunque di riconoscere alterazioni che nessun altro metodo di esame può rivelare, perfeziona inoltre e controlla la diagnosi ottenuta con altri mezzi, dà una più larga base al prognostico, illumina infine e guida la cura.

3. *Prove funzionali.* — Tra le molte prove escogitate per esaminare il funzionamento dell'apparato circolatorio, diamo la preferenza a quattro tra le più semplici e più attendibili. La prima si riferisce alla *conta del polso* prima e dopo un lavoro muscolare (10 flessioni sulle ginocchia, salire e scendere 50 scalini, una corsa di 50 metri). La frequenza aumenta nei casi normali di 10-30 e più pulsazioni, in rapporto con la resistenza cardiaca, con lo stato emozionale e con le abitudini stesse della persona esaminata. Quanto maggiore è l'aumento delle pulsazioni e più lungo il tempo per il ritorno alla frequenza di prima, tanto meno favorevole è il prognostico. In linea normale, il ripristino si effettua in 1-2 minuti.

Altra prova funzionale semplicissima è quella dell'*apnea*. Tenendo bocca e narici chiuse, un adulto con apparecchio circolatorio in perfetta efficienza può restare senza respirare 20-30 secondi. Se il bisogno di prendere aria si manifesta sotto i 10 secondi, il prognostico deve essere circospetto, e se l'apnea non dura 5 secondi, siamo di fronte a casi con prognosi molto riservata. Bisogna però notare che l'esercizio ed una profonda inspirazione prima della prova determinano un'allungamento del tempo di apnea volontaria.

Una terza prova si basa sul modo di prendere aria, mentre si *conta a voce alta* e cadenzata sino a 100. In linea normale un adulto sano mentre compie questa prova (che ha la durata di 50 secondi, così da pronunciare 2 cifre per ogni secondo), inspira da 7 a 10 volte.

Dopo uno sforzo muscolare di qualche entità non soltanto cresce la frequenza del polso, ma il bisogno di aria diventa imperioso; la respirazione è più frequente e si compie a bocca aperta anche nelle persone più vigorose, che in quel momento riproducono la situazione dello scompenso cardiaco; il parggio si compie però rapidamente come il ritorno del polso alla frequenza abituale. Quando la resistenza circolatoria si va riducendo per malattia o per ragione di età, con la prova della conta possiamo appunto rilevare che il bisogno di intervalli inspiratori diventa maggiore e la conta anzichè decorrere piana ed uniforme può assumere un andamento interciso ed ineguale. Ripetuta in periodi diversi, la prova ci dà un criterio sul decorso in meglio od in peggio di una stanchezza circolatoria.

Quarta prova funzionale è quella della *compressione del vago* (seno carotideo) all'interno dello sternocleido ed all'altezza della laringe. Il soggetto deve essere sdraiato e la compressione va fatta da una parte sola per volta. Si comincia dapprima con una compressione leggera, poichè vi sono casi in cui anche questa determina un rarefarsi allarmante dei battiti cardiaci e talora la sospensione stessa dell'attività cardiaca per diversi secondi (4-5, persino 8 secondi), cosicchè il cuore corre il rischio di una dilatazione acuta non indifferente (un vero *knocked-out*). Se la compressione leggera è senza effetti, si comprime più forte la carotide con il vago sul piano sottostante delle vertebre cervicali. Nelle lesioni miocardiche latenti la prova della compressione è di solito positiva in maniera più o meno accentuata e deve mettere in guardia sulla possibilità non remota di manifestazioni circolatorie gravi.

4. *Esame ambientale.* — La stessa lesione e lo stesso disturbo circolatorio

hanno dal lato prognostico valore affatto diverso nei vari individui. Una insufficienza mitralica ed aortica comportano in genere un prognostico meno grave di una stenosi mitralica ed aortica; eppure è tutt'altro che raro il caso di donne con stenosi mitralica accentuata, le quali in buone condizioni ambientali, vivono decenni in maniera più che discreta, diventando persino madri di più figli, e il caso di persone sedentarie con stenosi aortica che vivono più di altre con insufficienza aortica, ma addette a mestieri pesanti. Lo stato economico, le abitudini, la professione, il grado culturale, le possibilità di cura, l'ereditarietà, lo stesso temperamento e la ragionevolezza del soggetto — fatti questi che si possono raggruppare sotto il termine unico di ambiente individuale — esercitano una influenza notevolissima sulla resistenza circolatoria. Bisogna dunque nel giudizio prognostico tenere ben conto di tutte queste particolarità e può quindi essere molto utile vedere l'assicurando nel suo ambiente, visitandolo nella sua casa, per la possibilità di accertare meglio le sue caratteristiche ambientali.

Non molto addietro le aritmie del cuore ed i soffi cardiaci erano lo spavento delle società assicuratrici, le

quali in tali casi sistematicamente rifiutavano la polizza. Al fine strettamente economico delle assicurazioni si è andato in questi ultimi anni aggiungendo una meta più larga, quella sociale. « Oggi infatti possono ottenere una polizza di assicurazione coloro che sono guariti da una tubercolosi polmonare, che sono affetti da cardiopatia, da albuminuria, glicosuria, ecc. » (Comunicazione del prof. Romanelli all'VIII Congresso nazionale di igiene).

Il fatto stesso di aver ottenuto un'assicurazione tranquillizza e prolunga la vita; un cardiopaziente, un arteriosclerotico non accettato subisce un aggravamento dello stato di salute. Se — come ora sta facendo l'I. N. A. — si provvede poi alla salute degli assicurati con assistenze preventive e curative, il prolungamento della vita diventa ancor maggiore. Dato questo nuovo indirizzo che include un assai notevole aumento dei rischi, le visite mediche accurate con giudizio prognostico più che possibile esatto acquistano importanza ancor più grande, per stabilire con precisione l'entità del rischio, per prevederne le conseguenze e per indicare la parte del corpo che deve essere in modo speciale periodicamente controllata e sottoposta a cure opportune.

DOTT. FABIO MARSELLA

Ispettore Medico dell'I. N. A.

L'INFLUENZA DELLA MALARIOTERAPIA

nel decorso, nella prognosi e nei criterii di valutazione medico-legale
della demenza paralitica

Al recente Congresso di Medicina Legale Generale e Medicina Legale delle Assicurazioni mi sono occupato dei nuovi concetti prognostici e medico legali sulla demenza paralitica soprattutto in rapporto all'assicurazione vita. Nella comunicazione che ebbi l'onore di fare all'importante Congresso, esposi la nuova orientazione che oggi si va determinando nell'assunzione dei rischi assicurativi e nella valutazione dei sinistri di invalidità e di morte.

Intendo ora svolgere, in una trattazione generica, la grande influenza determinata dalla malarioterapia sul decorso, sulla prognosi e sui criterii di valutazione medico-legale della demenza paralitica.

La demenza paralitica, individuata come entità nosografica nel 1822 dal Bayle, che la chiamò aracnite cronica, comprendendovi come elementi essenziali il decadimento psichico e il disordine disartrico, fu sempre ritenuta una malattia grave e a decorso fatalmente progressivo.

Di qui la sua denominazione, fra le altre, di paralisi generale progressiva.

Il Tanzi la definiva: «una malattia cronica, mortale, con lesioni encefaliche, ben conosciute e con sintomi sommamente caratteristici, che riguardano principalmente le funzioni mentali e le motorie. Essa conduce gradatamente all'annientamento dell'intelligenza e del carattere».

Il Bianchi diceva: «anche quando la malattia può essere sorpresa al suo primo esordire dall'acuta indagine clinica, non può sorridere al clinico sperimentato, la speranza di guarigione».

La demenza paralitica è sempre stata oggetto di studio e di osservazione da parte degli specialisti di psichiatria e nevropatologia e anche dei medici generici.

Lo Strümpel nel suo Trattato di Patologia Medica, dice che quantunque il trattare delle malattie mentali non rientri a rigore nel piano della sua opera, pure deve fare una eccezione per una di esse soltanto, cioè per la cosiddetta paralisi progressiva degli alienati o demenza paralitica ed aggiunge: «Una tale eccezione è a ritenersi opportuna, dappoichè la più gran parte almeno dei sintomi della paralisi è di natura puramente somatica e anche perchè la conoscenza di questa malattia così comune e così grave nelle conseguenze, è della massima importanza per il medico pratico».

Lo stesso Strümpel dice che la prognosi della malattia «è, come quella di tutti gli stati degenerativi cronici del sistema nervoso centrale, del tutto infausta».

Anche la Medicina Legale ha dovuto sempre occuparsi della demenza paralitica come una di quelle malattie che più offrono il campo alle questioni medico-forensi. Grandi problemi e ampi dibattiti sono ognora sorti e si sono svolti circa l'imputabilità e responsabilità dei paralitici per reati compiuti e circa la loro capacità per gli atti giuridici.

Gravi questioni medico-legali si sono anche sempre presentate circa il giudizio di capacità lavorativa dei paralitici.

Il grande interesse che la demenza paralitica ha destato negli studiosi e nei pratici è dipeso soprattutto dal suo inizio e dal suo decorso.

La malattia suole infatti presentarsi con sintomi vaghi e indeterminati, che rimangono spesso disconosciuti e che precedono di parecchi mesi od anni la manifestazione palese del male.

Solo l'occhio e l'osservazione accurata del medico provetto e specializzato possono in quella fase formulare una diagnosi esatta.

I futuri paralitici seguitano per un certo tempo a compiere i loro doveri professionali, a comportarsi abbastanza bene in famiglia, dove vengono attribuiti a temporanei periodi di esaurimento nervoso, i cambiamenti di carattere, la facile emotività ed irascibilità, la diminuzione dei sentimenti affettivi, la pigrizia attenta, una certa trascuratezza dei propri interessi e dei propri doveri.

È questo il periodo prodromico della malattia detto anche « medico-legale » per le difficoltà e incertezze della diagnosi e per gli atti sia criminali che civili, la cui imputabilità e responsabilità o validità può dar luogo a gravi discussioni nel campo medico e medico-forense.

Si discute in tale periodo con esami retrospettivi, se vi è o vi è stata coscienza e libertà di azioni. La coscienza significa coscienza di se, della propria personalità, dell'ambiente e conoscenza degli atti e delle loro conseguenze. La libertà, significa normalità dell'atto volitivo, cioè possibilità di agire in un senso o nell'altro, a seconda del motivo determinate.

Nel nuovo codice penale italiano è stata apportata una opportuna chiarificazione nel concetto del delitto doloso, che è detto quello compiuto, « secondo l'intenzione » (Art. 43).

La definizione del dolo, dopo quella tramandataci dai famosi giureconsulti romani, è stata così per la prima volta introdotta nei Codici moderni. Dopo la rivoluzione francese, le leggi penali che dominarono nel mondo, imitarono quasi tutte il codice francese del 1810 nel tacere sull'elemento psichico dei reati.

Solo nel Codice austriaco era contenuta una frase relativa al dolo all'art. 1294 così concepito: « il danno volontario che si arreca con malvagio proposito ossia con dolo ».

Da noi si è adoperata la parola *intenzione*, espressione italianissima di un concetto italianissimo, giusta quanto ebbe a dire il Ministro Rocco (verbali della Commissione Parlamentare n. 11) che aggiungeva: Che cosa è l'intenzione? È la volontà, in quanto tende interiormente a uno scopo. Non è possibile concepire una volontà senza scopo, perchè non si può volere *simpliciter*, ma si deve volere un *quid* (un *bonum* che *nobis interest*) ciò che è lo scopo.

Tutti questi problemi si affacciano nello stabilire la responsabilità del paralitico nella fase iniziale. Viceversa di ben scarso interesse medico-giuridico è stata sempre la malattia nel suo periodo conclamato, quando del resto i paralitici vengono sottratti all'ambiente abituale e per lo più ricoverati in manicomi o case di salute. La malattia è allora caratterizzata dal decadimento manifesto e profondo dei poteri mentali, dall'annichilimento della volontà, dall'inerzia, dal disinteresse pel mondo esterno, dalle facili amnesie, dall'ottundimento del senso morale, dai disturbi della parola e della scrittura, dai frequenti deliri specialmente di grandezza non bene sistematizzati peraltro, ma fiacchi e pieni di contraddizioni, dai segni somatici caratteristici ben chiari.

È evidente che in un individuo in tali condizioni non può esistere coscienza e

libera volontà degli atti richiesta dal Codice Penale per la imputabilità e la capacità di provvedere ai propri interessi, contemplata dal Codice Civile.

Molto si è sempre discusso e si discute fra i psichiatri e i medici legali sulla valutazione delle condizioni psichiche delle persone affette da paralisi progressiva, nella fase iniziale. Quasi tutti peraltro sostengono che una volta assodata la diagnosi, anche con l'indagine retrospettiva, si deve ammettere la irresponsabilità.

Il Tanzi dice a proposito degli atti civili: « Certa la diagnosi, l'interdizione è giustificata ».

Il Tardieu diceva: « Anche nel periodo iniziale la paralisi progressiva apporta irrevocabilmente la incapacità civile ».

Hoffmann scrive nel suo *Trattato di Medicina Legale*: « Il riconoscere a tempo la malattia può risparmiare gravissimi danni e anche negli stadi primissimi si deve sollecitamente togliere al malato la facoltà di disporre dei propri beni ».

Lo stesso può dirsi per la imputabilità degli atti delittuosi.

Molte discussioni, che in passato sorgevano soprattutto per le incertezze della diagnosi, oggi si possono dire eliminate, possedendo noi ora dati semiologici, che in passato erano misconosciuti. Intendo parlare delle alterazioni umorali.

Sono queste il dato più importante e più sicuro per formulare o confermare la diagnosi di paralisi progressiva unitamente ai segni psichici e nevrologici.

Il complesso umorale caratteristico della malattia di cui ci occupiamo, consiste nelle modificazioni che si riscontrano nel sangue e nel liquido cefalo rachidiano. Nel sangue si trova la reazione di Wassermann quasi sempre positiva. Nel liquor si trova: aumento di pressione, W. quasi costantemente positiva, iperalbuminosi, aumento delle globuline, linfocitosi, reazioni chimico-colloidali, reazione del benzoino. Il principio su cui poggiano queste reazioni, è la capacità che il liquido c. r. acquista in date condizioni patologiche, di far precipitare delle sospensioni di natura colloidale.

Per la conferma o l'esclusione della diagnosi di paralisi progressiva, oggi s'impone l'esame del liquor e non bisogna fermarsi all'esame del sangue.

La reazione di Wassermann nel sangue, potrebbe essere negativa nel 2-3 % dei casi, il Salomon sopra 120 casi ne ebbe 13 con R. W. negativa.

Nei casi dubbi solo l'esame del liquor può chiarire la situazione e portare alla diagnosi precoce. È questa che interessa più che mai, sia dal lato medico-legale e sia per iniziare rapidamente la cura, di cui oggi fortunatamente disponiamo per arrestare, in un buon numero di casi, il progresso del male.

Ed ora passiamo a parlare delle remissioni che nella malattia di Bayle hanno destato sempre e oggi più che mai destano grandissimo interesse medico-legale.

La demenza paralitica nel suo « fatale andare » ha avuto sempre dei periodi di soste e di remissioni. Per soste si devono intendere quelle in cui i fenomeni morbosi sia psichici che somatici, rimangono stazionari per un periodo più o meno lungo. Per remissioni si intendono quelle in cui si ha l'attenuazione o anche la scomparsa temporanea di alcuni sintomi psichici o nevrologici.

Dagli autori si parlava di intermissione quando si aveva la scomparsa di tutti i sintomi morbosi da far credere a una vera guarigione.

Tali remissioni, apparentemente più o meno complete, si sono sempre avute anche spontaneamente nel decorso della d. p. e il Vallon stabiliva che si avessero nel 10 % dei casi e durassero da un mese a qualche anno, abitualmente mai più di due anni.

In tali periodi si aveva la scomparsa dei deliri, il ritorno apparente alla normalità del comportamento e delle azioni con ripresa anche delle ordinarie occupazioni.

Psichiatri e medico-legisti, si sono sempre molto occupati di tali remissioni, ma quasi tutti gli autori si dimostravano scettici sia pel prognostico futuro del male, sia pel loro valore medico-legale.

Legrand da Saulle diceva: «Sulle remissioni che attraversano frequentemente la paralisi generale, i malati non ricuperano che incompletamente le loro facoltà intellettuali. La loro capacità civile è distrutta».

Il Filippi dice di non avere mai visto delle remissioni vere, «ma solo momentanee soste nella veemenza del male».

Il Kraft-Ebing dice: «Le remissioni si verificano specialmente nei primi stadi della malattia e possono essere scambiati con le intermissioni e anche con la guarigione. Però si osservano sempre in essi i segni dell'indebolimento psichico».

Ziino, nel suo *Trattato di Medicina Legale*, così si esprime: «Quanto a me, casi di remissione vera e duratura in modo da lasciarmi dubbioso se persistesse o no la demenza, non ne ho veduti nè nella pratica civile o forense, nè tampoco nelle visite ai frenocomii».

La frase di Baillanger: «Nelle remissioni è dissipato il delirio, ma persiste la demenza» ha un significato altamente vero.

Il Tanzi dice che «anche nei casi migliori, cioè nelle remissioni massime, la mente è sempre indebolita» e aggiunge a proposito di riabilitazione: «a parte il difetto più o meno larvato che nella massima parte dei casi rimane, gli individui in fase di remissione sono sempre sotto la minaccia di una prossima ricaduta e non è prudente iniziare un procedimento del resto inutile, col rischio di vederlo attuato in tempo del tutto inopportuno quando la malattia avrà ripreso il suo corso».

Il Tamburini diceva: «Possono bensì verificarsi, e ciò solo nei primi stadi della malattia, delle soste e delle remissioni, che possono talora dare anche l'apparenza di temporanea guarigione, ma solo l'apparenza, perchè in esse, anche nei casi migliori, permangono sempre, oltre i segni fisici della malattia, più o meno riconoscibili, ma sempre persistenti, i segni caratteristici dell'indebolimento mentale».

L'Ottolenghi, occupandosi dell'argomento, diceva nel suo *Trattato di Psicopatologia forense* che «per lo studio della mentalità del soggetto devono essere presi in considerazione i caratteri individuali antecedenti alla malattia e l'effetto provocato dalla malattia sulla mentalità del soggetto» e dopo avere accennato alla grave questione dei lucidi intervalli, conclude col dire: «anche nei periodi di remissione e di intermissione di demenza paralitica, non si può mai considerare il soggetto come in stato normale qualunque siano le apparenze».

Questi i concetti che hanno sempre dominato fino a qualche anno fa in psicopatologia e in medicina legale, in tema di demenza paralitica.

Ma l'interesse per detta malattia non si svolgeva solo nel campo forense, ma anche in quello legale-amministrativo per quanto riguardava la permanenza o la riammissione in impieghi civili o nei corpi armati e di difesa dello Stato.

Il Tanzi diceva: «La paralisi progressiva, anche se in fase iniziale, è ragione sufficiente per il collocamento a riposo in uffici di ogni genere».

Io che ho esercitato la medicina sociale in una grande amministrazione statale — le Ferrovie dello Stato — fino al 1925, ricordo che la diagnosi di demenza paralitica in un ferroviere portava come conseguenza l'esonero definitivo dal servizio.

Per tale malattia era pienamente giustificato l'appellativo di «inemendabile» che si richiedeva per il collocamento in quiescenza. Ci si trovava imbarazzati invece nel proporre l'aspettativa per il paralitico, richiedendosi, per tale provvedimento, che la malattia desse fondata speranza di guarigione.

Nell'Esercito e nella Marina la diagnosi di p. p. implicava senz'altro l'esonero, rientrando fra le malattie contemplate dall'art. 17 dell'elenco delle infermità.

In tema di assicurazione, per il ramo invalidità, era ritenuto motivo più che sufficiente per un giudizio di invalidità assoluta e permanente. Nell'assicurazione vita venivano senz'altro esclusi gli individui affetti da demenza paralitica e anche oggi le norme vigenti presso gli Istituti assicuratori, sono per la non accettabilità dei p. p.

Le cose sono cambiate da qualche anno, dacchè si è diffusa la pratica della malarioterapia. È stato questo mezzo terapeutico a sfatare il dogma della inguaribilità della p. p. e a far modificare i criteri medico-legali sulla malattia, sia in rapporto al Codice Penale, che al Codice Civile e ai criteri di valutazione sulla idoneità al servizio dei militari e degli impiegati civili nelle varie amministrazioni statali, parastatali e private, e sia in materia assicurativa.

La malarioterapia è fra i moderni metodi di cura quello che, insieme all'insulina e al pneumotorace, è riuscito ad affermarsi con l'esperienza di vari anni.

Nessuna cura si era dimostrata in passato efficace per la demenza paralitica. Si sperò molto, dopo che furono assodati i rapporti etiologici con la sifilide (è nota la formula di Kraft Ebing: $\text{civilizzazione} + \text{sifilide} = \text{paralisi progressiva}$), dalle cure specifiche jodico-mercuriali prima, arsenicali dopo e bismutiche infine, ma le più amare delusioni seguirono alle concepite speranze. Qualche psichiatra ebbe a concludere che il decorso della demenza paralitica era meno grave quando nessuna cura speciale veniva praticata.

Il paralitico, una volta fatta la diagnosi, diventava un essere da compiangere, dato il suo inesorabile destino della lenta morte dello spirito prima, con l'annientamento del patrimonio psicologico, e del corpo poi. Più triste destino perchè la malattia soleva colpire le persone socialmente e psichicamente più evolute, i cui parenti nulla risparmiavano per assistenza e cura.

Mi sia consentito un breve cenno storico sulla malarioterapia. Anzitutto mi preme far notare che essa nel suo principio informatore, e nei dati di osservazione, è assai più antica di quello che non si creda, ma solo negli ultimi tempi ha avuto una sanzione sperimentale ben documentata e controllata.

Il padre della Medicina, Ippocrate osservò l'azione favorevole delle malattie acute febbrili intercorrenti sul decorso delle malattie mentali e nervose-quartana *ab aliis magnis morbis vindicat*.

Gli antichi romani raccomandavano le febbri intercorrenti soprattutto contro la epilessia.

A Luigi XI di Francia, affetto da epilessia, i medici non riuscendo a guarirlo, consigliarono di esporsi a contrarre la malaria come mezzo di cura del mal caduco. In quanto alla sifilide, che ha tanta parte nella demenza paralitica, Benvenuto Cellini racconta che dopo le febbri malariche guarì dalla sifilide e dice testualmente: « come se rinato fossi ».

Molti illustri medici fra cui Sydenam, Pinel, Chiarugi, Esquirol, parlarono della virtù curativa delle malattie febbrili in alcune forme mentali specialmente nella malinconia.

Il nostro Raggi nel 1867 avanzò l'idea di produrre ad arte negli alienati un processo febbrile. Nel 1887 il Wagner Jauregg iniziò le sue felici esperienze sulla terapia piretogenica, cominciandosi a servire della tubercolina di Koch. Nel 1913 il Mattaushek e Pilez su 4134 ufficiali austriaci sifilitici, seguiti per un ventennio, notarono che 198 cioè il 4,79 % erano stati colpiti da p. p. pur avendo compiute tutte le cure antiluetiche prescritte, ma senza avere avuto mai a soffrire di febbri

elevate per malattie di una certa importanza, mentre di altri 241 ugualmente luetici che avevano sofferto febbri elevate per polmonite, malaria, ecc. nessuno era andato soggetto alla p. p.

Molte altre osservazioni del genere furono fatte, e il nostro Colucci ricorda il caso di un soggetto alcoolista, fino al delirium tremens e luetico, che oltre 25 anni or sono presentò una sindrome paralitica, che in pochi mesi raggiunse lo sfacelo di una completa demenza con incontinenza degli sfinteri, piaghe di decubito, miosi, ecc. A questo punto fu colpito da una comune polmonite a destra. Al 5° giorno la febbre cadde e con un secondo brivido si stabilì una polmonite a sinistra. Da questo punto cominciò e si svolse gradatamente una vera resurrezione.

Dopo 3 o 4 mesi il soggetto era guarito di ogni disturbo e poté rivendicare l'azienda di rappresentanze che aveva perduta e riprendere il suo lavoro quotidiano, intelligente e produttivo, senza discontinuità di sorta per molti anni.

Dei sintomi somatici era rimasta la sola miosi a denotare la impronta della triste natura della malattia superata.

Queste peraltro erano osservazioni sporadiche cui non si dava in definitiva che una importanza per lo più puramente casuale.

È merito soprattutto del viennese Wagner Jauregg di avere introdotto, la piroterapia e malarioterapia nella cura della demenza paralitica. Egli nel 1917, dopo 30 anni di ricerche e di esperimenti principiate con le iniezioni di tubercolina Koch, come ho detto, si indusse ad inoculare a dementi paralitici, la malaria con sangue di individui affetti da febbre terzana. Dopo un tempo variabile da 6 a 36 giorni si ebbero i tipici accessi malarici che il Wagner troncava poi col chinino dopo 8-12 accessi.

I risultati furono soddisfacenti ed egli li comunicò nel 1919.

Da allora in tutto il mondo si sono ripetute ricerche ed esperimenti su vastissima scala.

L'Italia non è stata seconda alle altre Nazioni nel fervore degli studi e delle applicazioni del nuovo metodo di cura inteso a debellare una delle più gravi malattie, contro la quale vana era ognora riuscita l'opera del medico.

I primi risultati furono comunicati al Congresso di Napoli della Società Neurologica del 1923. Il tema fu poi ampiamente trattato al Congresso della Società Freniatrica Italiana tenuto a Trieste nel 1925.

In Italia è ben numerosa ed eletta la schiera dei medici che si sono occupati dell'argomento ed hanno pubblicato pregevoli lavori apprezzati anche all'estero. Cito fra gli altri Modena e De Paoli di Ancona, D'Abundo e Aguglia, Mingazzini, De Sanctis, Pisani, Colucci, Rizzo, Santangelo, Gorla, Zalla, Bravetta, Ferrio, Senise, ecc.

I casi osservati e curati con la malarioterapia si contano ormai a diverse migliaia. Si sono fatti anche larghi esperimenti con la ricorrenoterapia e con la piroterapia con mezzi chimici, ma pare che i risultati migliori si ottengano sempre con la malarioterapia.

E' da preferirsi quest'ultimo mezzo di cura anche perchè possediamo il rimedio adatto, il chinino, per poter attenuare o troncare al momento opportuno le febbri.

I giudizi favorevoli sull'efficacia della malarioterapia nella cura delle psicosi luetiche, fra cui primeggia la p. p., supera di gran lunga il numero di quelli che hanno ancora un atteggiamento scettico od avverso. La schiera di questi ultimi si va sempre più assottigliando di fronte all'evidenza dei risultati pratici. Può dirsi che non vi sia oramai al mondo alcun Ospedale psichiatrico dove tale metodo di cura non venga largamente praticato. Fino a qualche anno fa dal numero dei dimessi

e dei morti per paralisi negli Ospedali si argomentava se ivi veniva praticata o meno la malarioterapia.

Nell'Ospedale di Mombello e nei principali Ospedali psichiatrici del Regno si è notato che mentre prima dell'introduzione della malarioterapia nel movimento dei paralitici, il numero dei morti superava di gran lunga quello dei dimessi, ora il numero dei dimessi supera quello dei morti.

Nell'Ospedale di S. Anna di Parigi, si è notato che la durata media di permanenza dei paralitici è scesa da 240 a 124 giorni con un vantaggio economico per un solo reparto, quello dei dottori Leroy e Medakowitch, di 167.000 franchi.

Si sono fatte anche proposte di istituzioni di *centri di malarioterapia* che avrebbero il vantaggio di poter disporre di personale specializzato e del ceppo malarico sempre pronto per le inoculazioni.

Utili sarebbero anche i dispensari psichiatrici per scoprire al primo inizio del male i casi di paralisi progressiva da sottoporre alla malarioterapia.

Il Wagner Jauregg dice che se la malarioterapia si praticasse ai primi sintomi, la guarigione potrebbe essere del 100 %, ma che ordinariamente è dell'83 %.

Egli consiglia la malarioterapia anche come misura profilattica e dice che se si adottasse per tutti i sifilitici allo stato latente tardivo con reazione positiva del l. c. r. i psichiatri non dovrebbero più occuparsi di demenza paralitica.

L'affermazione del benemerito medico viennese è forse un po' ardita e può essere anche l'effetto della sua grande pratica ed abilità diagnostica nello scoprire il male all'inizio e terapeutica nell'applicare il metodo donde la grande fiducia nel metodo di cura che da lui prende il nome.

E' da osservare peraltro che praticamente non si hanno i risultati da lui annunciati anche perchè i paralitici molte volte si decidono alla m. t. dopo avere esperito invano le diverse cure specifiche che ne hanno stroncati il cuore e i reni.

Il plasmodio in tal caso trova un terreno saturo di tossici dove non può svolgere le sue tipiche manifestazioni febbrili.

Prescindendo da quanto opina ed auspica il Wagner, possiamo dire oggi che le statistiche dei vari autori e sperimentatori che si sono occupati della malarioterapia in tutto il mondo nella cura della demenza paralitica si accordano nell'ammettere una percentuale di casi di remissione completa del 30 %. Possiamo avere cinque gruppi di paralitici malarizzati.

1. — Remissione completa 30 %. Per remissione completa e *Volleremissionem* si intende quando si ha il ritorno alla ragione e al normale esercizio delle facoltà mentali, e non esiste più alcun sintomo apprezzabile della malattia o se esiste è così lieve, che solo l'esame accurato di uno specialista, messo sull'avviso, può riuscire a metterlo in evidenza. Può anche in questi casi permanere qualche sintomo somatico come la mancanza dei riflessi tendinei o l'anisocoria o un piccolo disturbo disartrico della parola; ma a tali fatti non si deve attribuire soverchia importanza, quando gli individui reintegrati psichicamente possono tornare ad attendere scrupolosamente al disimpegno dell'ordinario lavoro.

2. — Vi sono poi i casi di remissioni effettive di grado elevato, ma incomplete, nei quali rimane un leggero *deficit* mentale, ma di grado così limitato da non vietare il ritorno ad una occupazione però limitata — questi sarebbero nella proporzione del 20 %.

3° — Remissione di modico grado — si ha miglioramento che permette il ritorno in famiglia, ma non il ritorno al lavoro — 20 %.

4° Gruppo. — Nessun miglioramento, nè ritorno alla famiglia, nè alla società: 20 %.

5°. — Morti in connessione alla cura malarica 10 % che si verifica specialmente quando il paralitico presentava altre gravi tare organiche, soprattutto renali.

Dobbiamo esaminare sotto il punto di vista medico-forense e medico-legale amministrativo, i casi di remissione completa.

Non intendiamo occuparci degli altri casi per i quali rimangono invariati i vecchi concetti, sia per la imputabilità e responsabilità che per la riammissione in impieghi pubblici.

Molto discussa è stata la questione delle modalità anatomo-fisiologiche delle remissioni nella p. p. e per quale processo biologico si ristabilisce il ripristino delle funzioni mentali. Il Vermeulen e Vervalk si sono occupati ampiamente della questione e da noi il De Sanctis.

Detti autori osservano che non tutto ciò che nella p. p. appare demenziale è veramente tale. Una parte del decadimento psichico è sicuramente reversibile ed è questa parte che si ha ragione di sperare di vedere regredire dopo la cura malarica. Si deve distinguere quel che è restauro e quel che è compenso. Il primo è da escludere perchè ciò che è distrutto non si ricostruisce e ciò che è atrofico non si restaura. Si deve invece pensare al compenso, che è ammissibile in base ai due principi di fisiologia nervosa: 1° la mutua funzione vicariante o sostitutiva dei segmenti nervosi; 2° la ricchezza di questi segmenti vicarianti pronti a funzionare e cioè a passare da una funzione latente a una palese, ovvero da un minimo ad un massimo di funzione. Questo compenso non si potrebbe effettuare finchè dura la progressività del processo infiammatorio e di quello degenerativo e distruttivo, ma si organizzerebbe efficacemente dopo arrestata la progressività del male.

Circa i disturbi non mentali, si osserva che i sintomi nevrologici (stato delle pupille e dei riflessi) e umorali non si modificano molto, ma la loro persistenza non implica la permanenza del male e la inefficacia della cura. È alle condizioni psichiche e fisiche generali che bisogna guardare soprattutto.

Le remissioni complete ottenutesi mercè la malarioterapia hanno portato sul tappeto la questione del valore medico-legale da darsi alle stesse e alla situazione legale dei paralitici malarizzati.

L'argomento è stato studiato in Italia e all'Estero.

Il problema è stato esaminato e trattato da Wimmer, da Rojas e Schneider, da Claude, da Leroy, Meda-Kovitch, da Pojoga, da Leppmann, da Grosz e Straussler, da Gloria, da Sardoni, da Sacchetti ed altri.

Il Leroy dice: «La revision des anciennes idées, rigides sur l'irresponsabilité du p. g. est commencée, elle ne fera que croître».

Il Rojas, professore ordinario di Medicina Legale all'Università di Buenos Ayres, in uno studio sulla situazione legale dei paralitici trattati con la malarioterapia, dice che la questione della malarioterapia nella p. g. p. ha cessato di essere un problema unicamente scientifico e dottrinario ed è divenuto un problema pratico. Egli dice in uno studio pubblicato negli «Annales medico-psychologiques» n. 5, 1929: «Pour moi, qui, sans avoir été contraire, me suis montré sceptique au début, je me plais aujourd'hui en présence de cas hereux observés pendant plusieurs années, à proclamer la nécessité de revoir quelques points doctrinaires et medico-legaux ayant trait à ces «rémissions» surprenantes et jamais constatées antérieurement».

Il Rojas conclude il suo studio col dire che «la malariatherapie a provoqué une véritable révolution dans la situation médicale, sociale, économique et légale des malheureux frappés de paralysie général».

Egli dice che nei casi felici di remissione completa si può anche adottare il ter-

mine di guarigione; per la medicina giudiziaria e che in ogni caso sottoposto all'esame del medico legale, bisogna esaminare due questioni:

1° esistenza della guarigione; 2° soluzione legale nel caso affermativo.

La prima questione deve essere risolta con l'esame psichico, fisico ed umorale prolungato, fatto da uno specialista in una clinica e nell'ambiente abituale e meglio ancora se egli è ritornato al lavoro. Se questi esami risultano negativi per il periodo di un anno si può riconoscere la capacità dell'ex alienato.

Negli affari penali la difficoltà proviene dal dover dare un giudizio retrospettivo e dover precisare lo stato del delinquente al momento del fatto.

Il Rojas dà le norme per i giudizi di imputabilità o meno a seconda dei casi, che vanno esaminati attentamente in tutti i particolari e caratteristiche speciali.

Schneider dice che la capacità civile dei paralitici curati con la malaria va decisa caso per caso e che in quanto all'imputabilità penale, se compaiono tendenze criminali, si deve considerare il paziente degno dell'Ospedale psichiatrico anziché del carcere.

Il Wimmer al Congresso di Anversa nel 1928 dichiarò che pel momento bisognava essere ancora prudenti e riservati circa la valutazione della capacità medico-legale dei paralitici giudicati guariti. Un criterio importante di guarigione è il ritorno alle occupazioni abituali e il normale comportamento nella vita sociale.

I reliquati nevrológicos (segno d'Argyll, disturbi dei riflessi) sono compatibili con una guarigione completa. Di questi si può parlare quando la remissione dura da tre anni con liquido cefalo-rachidiano ridivenuto normale.

Dujardin e Targowla nello stesso Congresso si mostrarono un po' scettici e conclusero affermando esser difficile il ritorno allo stato anteriore, anche nei casi più favorevoli.

Michel e Weber riportano 223 casi di p. p. malarizzati, di cui solo 23 vennero sottoposti ad esame medico-legale, e dicono che se le circostanze lo permettono, non si ha il diritto di ostacolare la rigenerazione sociale del paralitico, ed aggiungono peraltro che un esame psichico e fisico molto rigoroso si impone prima di far togliere l'interdizione.

Leppmann studia la questione sotto il punto di vista penale e dopo aver notato che le condanne nei p. g. negli ultimi anni sono divenute molto frequenti, dice che la responsabilità penale non deve essere ammessa che decorsi 2-3 anni dopo la remissione completa e durevole.

Solinger dice che l'interdizione deve essere tolta se un esame accurato non rileva alcun sintomo clinico di alterazione mentale e se l'interdetto ha mostrato per molto tempo, nel comportamento della sua vita e nella sua professione, che è capace di tutelare i propri interessi. L'A. si pronunzia favorevolmente alla ripresa del servizio degli impiegati e fa solo qualche restrizione per i conduttori di locomotive e forse per i giudici.

Alexander e Nyssen osservano che la delinquenza non sembra molto frequente nei paralitici in remissione.

Nei 164 individui osservati, solo 2 dovettero rispondere di reati, uno d'adulterio e l'altro di minacce.

Una regressione delle facoltà mentali, corroborata o meno da aggravamento delle reazioni morali nei tre mesi che seguono il fatto delittuoso, deve far rigettare l'imputabilità. L'integrità mentale si può stabilire solo dopo un esame psichico molto accurato, tenendo conto del comportamento familiare, affettivo e sociale. Si consiglia un esame periodico in caso di dubbio e l'assistenza di un consiglio giudiziario per un periodo di prova.

Il Pojoga in uno studio « *Traitement de la paralysie générale pour la malariothérapie et le problème de l'expertise* », dice che più che all'esame nevrologico, persistendo quasi sempre i disturbi dei riflessi, delle pupille, ecc., bisogna guardare all'esame psichico e psicotecnico per la ricostituzione della facoltà del lavoro come garanzia temporanea della ricostituzione della personalità psichica del paziente.

Talora, dopo l'ultimo cachet di chinino, il malato può riprendere servizio.

La malattia non deve durare che più di un anno per aversi speranza della guarigione clinica e la ricostituzione completa della capacità lavorativa.

Se è decorso più tempo, si può avere un successo relativo.

Il Gorla scrive che non si può negare la capacità civile per anni ed anni e per tutta la vita a chi dimostra di esserne in possesso e negarglielo soltanto per la prevenzione che la malattia non guarisce in modo definitivo e che può riprendersi con decorso progressivo e fatale.

Circa la imputabilità il Sardone scrive: « Molto arduo è il giudizio della responsabilità dei paralitici progressivi in remissione, perchè sorge logicamente il dubbio che l'atto possa essere stato compiuto sotto l'influenza di una ricaduta purtroppo sempre da temersi. Solo un esame scrupoloso delle circostanze e dei particolari del fatto commesso, ed uno studio critico severo del soggetto, potranno permettere di stabilire se la responsabilità dell'imputato sia o meno ridotta od annullata. Ma circondare il giudizio della massima prudenza ed obbiettività è ben altro che irrigidirsi nel preconetto che vorrebbe far considerare tutte le remissioni come conseguenza di errori diagnostici o come tregue superficiali della sintomatologia morbosa ed ogni paralitico in remissione come un debole di mente non imputabile o ad imputabilità ridotta, civilmente incapace od inabile ».

Il dott. Sacchetti, in una memoria sulla guaribilità della paralisi progressiva e la situazione medico-legale del paralitico malarizzato, dice che l'avvento della malarioterapia ha portato al riconoscimento di fatti nuovi e interessanti, e conclude col dire che in materia di valutazione medico-legale del paralitico rimesso non conviene essere nè troppo correvi, nè troppo fiscali.

Il Trombetti, in un interessante studio sulla p. g. p. malarioterapia, con considerazioni di medicina legale-militare, che ha seguito a una pubblicazione fatta sullo stesso argomento del colonnello Ferraro, dice che oggi, in non pochi casi, si può parlare di vera e propria guarigione clinica della p. g. p. Il Trombetti ha fatto il suo studio nella Clinica nevropsichiatrica di Pisa. Nei riguardi dei militari di marina l'A. propone, dopo un periodo di convalescenza sorvegliata dall'autorità sanitaria militare con visite semestrali di controllo, il richiamo in servizio per un esperimento pratico che potrebbe estendersi alla durata di due anni, con destinazione a terra non comportante pericoli, nè di speciale gravità. Infine, a prova favorevolmente ultimata, si potrebbe riammettere definitivamente il militare nei quadri del servizio attivo, escludendolo però permanentemente da qualsiasi destinazione di servizio di bordo.

Io ritengo che sia per i militari che per gli impiegati civili, il giudizio di idoneità deve essere vagliato, caso per caso, in rapporto alla recuperata capacità lavorativa e alle mansioni da disimpegnare. Occorre anche avvalorare il risultato delle visite mediche con le informazioni sul comportamento del soggetto nella vita familiare e sociale e seguire per un certo tempo il paralitico, anche dopo la riammissione al lavoro, che deve servire di prova almeno per alcuni mesi.

In certi servizi di grande responsabilità occorre la massima cautela da parte dei medici incaricati delle visite fiscali. Si citano da vari autori casi di paralitici praticamente guariti che esercitano professioni distinte e delicate. Lossius dice di

aver visto un deviatore ferroviario ed un macchinista navale che avevano ripreso e continuavano regolarmente il servizio a tre anni di distanza dalla malarioterapia.

Io in verità, pur essendo un convinto fautore di tale metodo di cura, riconosco i benefici risultati, non mi sentirei autorizzato a rilasciare un certificato per la ripresa del lavoro in mansioni di sì grande responsabilità, per le quali basta un attimo a compromettere la vita di molti viaggiatori e persone.

Non bisogna avere le prevenzioni del passato verso il paralitico e non sono certo giustificati i preconcetti e gli scetticismi di alcuni; ma non si devono neanche avere esagerati ottimismo. Bisogna considerare che la malarioterapia ha solo 15 anni di vita, insufficienti per un giudizio definitivo, specialmente per i suoi effetti a distanza.

Più benevoli si può essere per la riammissione degli impiegati di ufficio. Si deve anche tener presente che in genere quanto più automatico è il lavoro, tanto più è facile il ritorno, migliore il rendimento e stabile la remissione.

Ciò posso dire anche per la mia esperienza personale di impiegati da me visitati e per i quali ho dovuto dare il giudizio per la ripresa del servizio. Ho di quelli che da circa tre anni disimpegnano bene le loro mansioni di ufficio abbastanza delicate con rendimento normale e piena soddisfazione dei superiori. Uno di questi paralitici sopportò bene la malarioterapia, pur avendo una insufficienza aortica.

CONCLUSIONE.

La malarioterapia rappresenta una grande conquista scientifica per la cura di una malattia contro la quale prima non si possedeva alcun rimedio efficace per arrestarne il decorso infaustamente evolutivo.

Essa ha valso a far modificare i vecchi giudizi prognostici sulla demenza paralitica sia *quod vitam* che *quod valetudinem* ed ha fatto sorgere una quantità di problemi medico-legali, sia per quanto riguarda i paralitici in rapporto alle leggi penali, civili e di previdenza, che per il giudizio d'idoneità al servizio in rapporto alle amministrazioni civili e militari.

Per la soluzione di questi problemi non si possono dare norme generali; occorre per ogni singolo caso fare osservazioni prolungate e ripetute non limitandosi all'esame del soggetto con le solite prove dirette a saggiare l'intelligenza, la memoria, l'attenzione, la percezione, l'associazione di idee, la capacità di ragionamento, lo spirito critico, il senso morale, ecc. ma estendendo le indagini al comportamento dell'individuo nella vita ambientale di famiglia, di ufficio e di società.

Solo così si può dare per ciascun caso un giudizio improntato a serietà scientifica che tuteli veramente gli interessi dell'individuo e quelli della società.

Dott. FABIO MARSELLA.

LA PAGINA DEL MEDICO FIDUCIARIO

Circolare diramata dalla Compagnia

di Assic. sulla Vita "New-York,,

ai propri medici fiduciari nel febbraio 1932.

Il problema della tubercolosi due o tre decenni or sono, era un problema grave non solo per la popolazione generale, ma specialmente per le Compagnie di Assicurazione.

Anche oggi la tbc. è causa di alta mortalità tra i giovani con sottopeso che vivono in ambienti sfavorevoli e che esercitano mestieri che li rendono suscettibili alla infezione del bacillo di Koch. Peraltro negli ultimi anni le malattie di cuore sono diventate quelle che mietono più vittime umane. Le affezioni valvolari croniche del cuore sono diagnosticabili dai medici esperti con relativa facilità. Ma vi è un'altra classe di malattie cardiache, specialmente l'angina pectoris e le malattie delle coronarie, le quali, poichè danno generalmente sintomi subiettivi, richiedono tutta l'abilità e l'attenzione dei medici fiduciari.

Solo con un abile e sapiente interrogatorio il fiduciario può mettere in evidenza sintomi e condizioni che non sono diagnosticabili col solo esame obiettivo.

L'esperienza ha insegnato alle Compagnie che i migliori medici fiduciari sono coloro che conoscono l'arte di ottenere storie cliniche complete.

Poichè si va diffondendo l'uso dell'elettrocardiografo per la diagnosi delle affezioni cardiache, è necessario che i fiduciari indaghino se l'assicurando è stato sottoposto ad esame elettrocardiografico e con quale risultato.

Asma.

Frequentemente gli assicurandi denunciano al fiduciario di soffrire o di aver sofferto nel passato di attacchi di asma. Questa dichiarazione può avere significato vario: dalla difficoltà respiratoria che accompagna la febbre da fieno, all'asma bronchiale cronica, alla dispnea esponente di affezione cardio-renale. La esperienza della Compagnia ha dimostrato che una storia di asma ha una diretta influenza sul valore del rischio.

Per il desiderio che ha la Compagnia di standardizzare le informazioni dei medici fiduciari nella circolare si precisa che l'asma può essere causata da uno o più dei seguenti agenti:

- 1°) Inspiratori - inalazione di polveri o emanazioni di animali.
- 2°) Ingeriti [- proteine animali o vegetali.
- 3°) Metabolici - prodotti anormali della digestione, derivanti da anormale funzione del fegato, da disfunzione delle glandole a secrezione interna e imperfetta assimilazione nei tessuti.
- 4°) Batterici - molti di coloro che hanno una storia di asma sono sensibili ad uno o più organismi.

È molto importante differenziare l'asma causata da uno o più dei sunnominati agenti dalla dispnea o asma associata alle affezioni cardio-renali.

In tutti i casi in cui vi sia una netta storia di asma o segni di essa il fiduciario deve riferire:

- 1°) La causa (se è possibile).
- 2°) La data dell'inizio, la frequenza, la durata e la gravità degli attacchi.
- 3°) Se gli attacchi di asma sono associati con febbre da fieno e si mani-

festano solo durante la stagione della febbre da fieno.

4°) La cura fatta. Se ha adoperato adrenalina, efredina o morfina.

5°) Il risultato dell'esame obiettivo dell'apparato respiratorio (se vi sono rantoli o rumori respiratori e se vi è enfisema il grado di esso).

6°) Se uno sforzo moderato produce dispnea.

Si deve sempre tenere presente che attacchi di dispnea in persone di età superiore a 40 anni, mai soggetti precedentemente ad attacchi di asma bronchiale possono essere la espressione di una ignorata affezione cardiaca o renale. È necessario quindi eliminare questo dubbio prima di concludere con la diagnosi di asma bronchiale. Il fiduciario non deve senz'altro accettare la diagnosi riferita dall'assicurando poichè egli può ignorare la vera natura dei suoi disturbi. Per stabilire una diagnosi giusta è necessario, oltre ad un esame obiettivo completo, raccogliere accuratamente l'anamnesi.

Ri.

Danni che potevano essere evitati.

Un professionista di circa 41 anni stipulò nell'agosto 1932 un contratto di assicurazione per un rilevante capitale.

Nel subire le relative visite mediche dichiarò ai fiduciari di aver sempre goduto ottima salute, di non aver fatto ricorso ad alcun medico, di non essere stato ricoverato in ospedali. I fiduciari riscontrando ogni organo e sistema normale, giudicarono il rischio buono.

L'assicurato morì nell'aprile 1933 per « Nefrite azotemica ».

Le indagini eseguite hanno fatto conoscere che fin dal 1930 era stato constatato che l'assicurato era affetto da ipertensione arteriosa e nefrite.

I disturbi di dette malattie aumentarono ad onta delle energiche cure ipotensive, dalle quali l'assicurato non ritrasse notevole giovamento (tanto che la pressione arteriosa Mx. oscillava da 275 a 240). Rimanendo stazionario tale suo stato di salute decise di farsi ricoverare in ospedale, cosa che avvenne nel febbraio 1932.

Al momento dell'uscita dalla clinica la pressione arteriosa era diminuita fino a 230 Mx.-130 Mn. L'esame della urina eseguito numerose volte mise sempre in evidenza il referto di una nefrite.

M. C. B.

POSTA DEL MEDICO FIDUCIARIO

Pubblicheremo in questa rubrica le risposte ai quesiti che i nostri medici fiduciari ci invieranno per lettera.

Dr. M. V. — Le norme per il prelevamento e l'invio dei campioni di sangue per gli esami che si praticano presso i Laboratori di questa Direzione Generale sono i seguenti:

per l'**Azotemia**: invio di circa 5-10 cc. di sangue reso incoagulabile per l'aggiunta di qualche granellino di citrato di sodio;

per la **Glicemia**: 1-2 cc. di sangue preparato con fluoruro di sodio;

per la **R. di Kahn**: invio di 5-10 cc. di sangue, o meglio di 1-2 cc. di siero possibilmente già centrifugato. (Il prelevamento va fatto detergendo la cute con etere, senza adoperare alcool, oppure lasciando evaporare questo completamente prima di pungere la vena).

Insistiamo sulla necessità che l'invio venga fatto con il mezzo più celere.

NOTIZIARIO

Esito del concorso bandito dall'I. N. A. per Sostituto Primo Segretario per laureati in medicina e chirurgia.

Dei tredici candidati ammessi al concorso, hanno sostenuto gli esami undici concorrenti.

La Commissione esaminatrice, composta dal Grand' Uff. Avv. Arnaldo Petretti, Consigliere di Stato; dal Professore Augusto Lugli, Medico Primario degli Ospedali di Roma, designato dal Sindacato Fascista dei Medici e dal Capo del Servizio Sanitario dell'I. N. A. ha formulato la graduatoria da cui risultano:

1° Dr. ALBERTO STARNA,

2° Dr. ANDREA SULTANO.

Il Consiglio di Amministrazione nella seduta del 19 luglio ha approvato i risultati del concorso ed ha conferito la nomina ai primi due della graduatoria.

Ai colleghi Starna e Sultano, i quali

col 1° agosto hanno preso servizio, il saluto dell'Assistenza Sanitaria agli Assicurati dell'I. N. A.

Visita ai nostri luoghi di cura.

Per aderire al desiderio espresso dalla maggioranza dei nostri medici fiduciari che hanno accolto l'invito di partecipare al viaggio progettato, abbiamo ritenuto necessario modificare il programma, rimandandolo alla prossima primavera.

Il viaggio avrà la durata di circa quindici giorni e consentirà, oltre la visita agli Stabilimenti Termali che concedono facilitazioni ai nostri assicurati, anche la visita di talune importanti località d'Italia.

Coloro che intendessero confermare le adesioni cortesemente già date, e tutti gli altri che desiderassero partecipare all'importante viaggio, sono pregati di comunicarlo al Servizio Sanitario - Direzione Generale dell'I. N. A. - Via Sallustiana, 51 - ROMA.

DAI LIBRI E DALLE RIVISTE

Controllo per il cancro. — La Compagnia di assicurazione sulla vita « New York » ha diffuso nel giugno 1933 una nuova edizione di questo opuscolo di propaganda di medicina preventiva. Esso ha lo scopo di diffondere nel pubblico la conoscenza dei primi segni del cancro. La Compagnia ha distribuito 50 mila copie di questo opuscolo, che,

come risulta dalla prefazione, è stato vagliato dalle autorità mediche specialmente competenti nella questione del cancro.

Frequenza del cancro. — Si verificano negli Stati Uniti 120 mila casi di morte per cancro, che negli ultimi anni appare aumentato di frequenza, tanto da rimanere solo secondo alle malattie di cuore

Molte morti potrebbero essere evitate con misure preventive se il pubblico avesse maggiori conoscenze intorno a questa malattia.

Definizione. — Il cancro è dovuto a cause sconosciute, per cui le cellule di una determinata parte dell'organismo invece di svilupparsi e riprodursi ordinatamente in modo che le nuove cellule prendano il posto di quelle più vecchie diventate inutili, si sviluppano invece tumultuariamente e disordinatamente. Ne risulta aumento di volume dell'organo con cellule di nuova formazione che nello stesso tempo distruggono l'organo stesso. Perchè questo accade non si conosce; varie ipotesi sono state avvalorate e poi smentite: oggi si conosce solo che la malattia non è dovuta ad un germe e non è contagiosa. Non è quindi trasmissibile da persona a persona.

Il cancro non è ereditario nel senso che a questa parola si suol dare: può essere che colui che ha avuto casi di cancro nelle persone di famiglia sia più suscettibile a questa malattia, ma questo non si può affermare con sicurezza. Praticamente chi ha avuto un caso di cancro in famiglia dovrebbe essere più attento ad evitare tutte quelle condizioni che favoriscono lo sviluppo del cancro.

Età. — Il cancro, raro nella prima età, è più frequente nelle persone di età superiore a 40 anni.

Sesso. — Tutti e due i sessi possono essere colpiti, è un po' più frequente nelle donne a causa della frequente localizzazione alle mammelle ed agli organi genitali femminili.

Razza ed ambiente. — Tutte le razze sono colpite dal cancro, sebbene esso sia più comune nei popoli civili che usano cibi artefatti e conducono vita sedentaria.

Cause del cancro. — Circa le condizioni che favoriscono lo sviluppo del cancro un fatto è ben noto: dove c'è una irritazione cronica ivi si sviluppa più

facilmente il cancro. Perciò per prevenire il cancro dovrebbero essere allontanate tutte le cause di tali irritazioni.

1) Tutti gli irritanti esterni: lozioni irritanti, polveri per la faccia. Non dovrebbero essere adoperati prodotti per la bellezza, ivi comprese le iniezioni sottocutanee di paraffina ed altre sostanze estranee perchè sono pericolose ed hanno causato il cancro.

2) Mantenere accurata pulizia della bocca, curando denti guasti, infezioni croniche delle gengive, placche, ecc.

3) Non ingerire cibi troppo caldi od alterati o liquidi irritanti. Evitare e correggere la stitichezza.

4) Le donne dovrebbero porre molta attenzione alle irritazioni croniche delle mammelle e dell'utero (protezione dei traumi, evitare che le infezioni dei capezzoli diventino croniche, cura delle infezioni uterine e delle irritazioni croniche. Molte donne danno scarsa importanza alla leucorrea, che deve invece essere subito curata).

Segni pericolosi. — Ulceri che non si rimarginano subito, tumefazioni e verruche che cominciano a diventare ulceri, indurimenti nelle mammelle, perdite di sangue dai genitali dopo passata la menopausa. Dolori allo stomaco, vomito, diarrea alternata a stitichezza sono sintomi che dovrebbero indurre le persone che hanno superato i 40 anni a ricorrere subito al proprio medico.

Speciale attenzione deve essere porre alla diminuzione di peso senza cause apprezzabili in persone di età superiore a 40 anni.

Se c'è qualche sospetto che un cancro si sia sviluppato non bisogna tempo reggiare con applicazione di rimedi più o meno empirici che possono aggravare il male, ma ricorrere subito al medico per una cura adatta.

Quando si ha da fare col cancro la perdita del tempo è la perdita della vita.

Ri.

La terapia della malaria (Norme basate sui risultati di ricerche sperimentali). III Relazione della Commissione per la malaria. Bollettino trimestrale dell'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni. Vol. II. n. 2, giugno 1933.

La Commissione per la malaria della Società delle Nazioni allo scopo di studiare il mezzo di fornire alle popolazioni povere, per il trattamento specifico, un farmaco di basso prezzo e di sufficiente efficacia, ha affrontato lo studio dei problemi inerenti alla profilassi causale e clinica, al trattamento della malattia, alla prevenzione delle ricadute ed ai mezzi atti ad impedire la propagazione della malaria.

Nella dettagliata relazione vengono suggeriti i metodi che la Commissione, in seguito al complesso delle ricerche sperimentali, ha ritenuto più utili ai fini degli scopi proposti.

I. F.

STEFANO PUGLISI ALLEGRA, Segno semiologico patognomonico delle ulcere gastriche e duodenali. (*Policl.*, Sez. Prat., 3 luglio 1933-XI).

L'A. sebbene abbia notato questo sintoma fin dal 1925 lo rende di pubblica ragione solo ora che ha avuto modo di osservarlo su 500 casi controllati radiologicamente e 310 operatorialmente.

Il segno è costituito da una zona di dolorabilità circoscritta della grandezza di una moneta attuale da 10 cent., a sede sull'arcata costale.

Questa zona risiede sulla papillare d. o fra questa e l'ascellare ant. nel caso di ulcera duodenale, sulla parasternale d. o in vicinanza di questa se si tratta di ulcera pilorica, infine sulla parasternale s. se vi è un'ulcera della piccola curva.

Nei casi in cui esistono affezioni flogistiche o nevrosiche la dolorabilità è diffusa non assumendo mai la caratteristica di essere circoscritta.

L'A. spiega il fenomeno attraverso considerazioni sulla disposizione anatomica e sulla fisiologia del simpatico toracico ed insiste sul valore pratico di tale reperto che senza altre ricerche complementari permetterebbe di porre con sufficiente sicurezza una diagnosi che per altro spesso rimane dubbia anche dopo compiuti tutti gli opportuni esami.

I. F.

Varii tipi di magrezza. — Sulla evenienza non rara di magrezza stabilitasi gradualmente senza che l'esame del soggetto abbia messo in evidenza una lesione organica determinata, E. GRAFE ha fatto un ampio studio (*2. Blatt. f. inn. Medizin*, 22 aprile 1933) che il *Policlino* (Sez. Pratica, n. 30, 1933) recensisce ampiamente. Ricordate innanzi tutto le magrezze di origine endogena endocrina, di cui è classica quella da ipertiroidismo, meritano speciale menzione le seguenti forme:

Magrezza senile. — Si tratta di persone che hanno superato i 70 anni ma non è raro che già a 50 anni comincino a perdere gradualmente il pannicolo adiposo sottocutaneo. Evidentemente la notevole diminuzione dell'appetito contribuisce spesso a tale fenomeno, ma esistono numerosi casi in cui invece l'alimentazione quotidiana rimane invariata. Per spiegare tali dimagramenti dobbiamo ritenere che esistano dei fattori endogeni ignoti vicino ad altri noti. Tra questi ultimi dobbiamo mettere la diminuzione del ricambio che si ritiene nei vecchi diminuito del 10-20%. Più importanza devono avere le turbe di nutrizione che si stabiliscono secondariamente alle alterazioni sclerotiche vasali e ai processi atrofici ed involutivi del sistema nervoso centrale, anzi a tale ultimo processo viene dai più attribuita la morte fisiologica. Si stabilisce in tal modo un circolo vizioso tra il ricambio alterato, le lesioni vasali, le atrofie endocrine e del sistema ner-

voso per cui è difficile dire quale sia tra questi la successione morbosa.

Magrezza da anoressia primaria. — Senza alcuna alterazione del sistema digerente tali soggetti hanno una mancanza del senso dell'appetito e vengono contrapposti ai polisarcici con [polifagia. La causa di tale fatto è forse da ricercarsi in parte ad un fattore psichico ed in parte ad una ipoestesia centrale del senso della fame. È facile comprendere come in tali forme il maggior contributo sia dato dalle donne tra le quali i disordini psichici sono notevolmente frequenti non escludendosi che anche uomini pessano esserne colpiti.

Sappiamo che in soggetti psiconevrotici la riduzione del senso della fame può giungere al punto di determinare uno stato di vera inanizione aggravando in tal modo sempre più la ripugnanza al cibo. Tali emotivi iperecitalabili con profondo risentimento del sistema vegetativo sono in preda ad uno stato ipocondriaco o ansioso e lasciati a se stessi possono ridursi ad uno scheletro e persino morire. Si tratta di solito di individui del tipo di Stiller, tipo che può riscontrarsi anche nei bambini. Tali fanciulli, in cui è quasi assente il senso della fame, crescono svogliati, apatici e gracili e tali si mantengono anche nella pubertà.

Non è raro che il medico nello studio di tali soggetti, dopo inutili tentativi di ricerche per lesioni specifiche del parenchima polmonare, avanzi l'ipotesi di una tbc. ghiandolare, comoda diagnosi di ripiego in queste forme di magrezza come in tante febbri criptogenetiche. Come poco si ottiene da cure speciali così assai spesso si modifica gradualmente questa anoressia per ragioni non note ed il paziente senza cure climatiche speciali migliora da sé.

Magrezza con appetito normale o aumentato (Regime di lusso). — È a tutti

noto come nella giovinezza e nella pubertà alcuni individui, pur nutrendosi abbondantemente, rimangano sempre magri. Si è ritenuto che sia in giuoco una aumentata attività muscolare, ma questa non sempre è dimostrabile, forse uno studio esatto del bilancio calorico potrebbe dare una risposta definitiva in merito. Anche negli allevamenti di animali è stato osservato come alcuni di questi, pur essendo nelle identiche condizioni degli altri e mangiando ugualmente, si mantengono magri. Pure importante è lo studio, in questi casi, del bilancio dell'acqua, poichè i tessuti di tali individui che ingeriscono pochissima acqua, si presentano secchi, ma anche il bilancio negativo dell'acqua non può scendere al di sotto di un certo limite fisiologico e quindi dovrebbe arrestarsi ad un certo punto. Da tutto ciò si comprende come nel ricambio di tali soggetti si verifichino delle condizioni certamente abnormi e che meriterebbero di essere studiate.

St.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Prof. G. Pisenti, della Regia Università di Perugia. — *Il danno dei nefrectomizzati e i criteri per la sua valutazione.* — Estratto dalla *Rassegna della Previdenza Sociale*, Anno XX, nn. 5-6, maggio-giugno 1933-XI.

Prof. Marcello Boldrini. — *La popolazione veneta sotto l'aspetto fisico* con particolare riguardo agli abitanti della Provincia di Padova. — Estratto da *L'Economia della Provincia di Padova*.

Prof. M. Boldrini e C. Mengarelli. — *Caratteri costituzionali di un gruppo di intellettuali italiani.* — Laboratorio di statistica dell'Università Cattolica del S. Cuore in Milano. Comitato per lo studio dei problemi della popolazione. — Ist. Poligrafico dello Stato.

Prof. Marcello Boldrini. — *L'unificazione del tipo somatico degli italiani.* — Estratto dagli *Atti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni*, Vol. V.

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.

CAGLIARI

2. *Stabilimenti termali di Sardara*: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione alle cure che per tutte le cure che ivi si praticano.

LECCE

3. *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

4. *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

5. 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 Precliate 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

6. *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

7. *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

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

VICENZA

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

* * *

10. *Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale* (già 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 « Policlinica »*, 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. Horwat 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 Terapia 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 Miazina*: 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 Kamiola* in Kamiola: 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. 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.

c) *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia*: riduzione del 30 % (trenta per cento) sia per le cure ambulatorie che per le rette di qualsiasi genere. La riduzione del 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendia-

gnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

REGGIO CALABRIA

17. *Ospedali Riuniti* « Giuseppe Melacrino » 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. Gallicano. 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-te-

rapia, 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 pro-

fessionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica. Röntgendiaagnostica 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 dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (già 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 dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'Istituto predetto 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.

CAGLIARI

2. *Stabilimenti termali di Sardara*: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione alle cure 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, 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. *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

5. *Stabilimenti Termali di S. Giuliano* (Pisa): riduzione nella medesima percentuale praticata agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (già Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali), e cioè L. 18 giornaliera per la pensione completa, comprensiva di vitto, alloggio, cura e assistenza sanitaria, servizio, ecc.

VICENZA

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

* *

7. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale* (già 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.

BOLOGNA

2. *Casa di Salute « Policlinica »* - Piazza Umberto n. 9: 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, Roentgendiagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

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

CATANIA

4. *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

5. *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

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

GENOVA

8. 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

9. *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 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

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 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

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 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

16. a) *Casa di cura del Prof. Eugenio Morrelli* - 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.

c) *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia*: riduzione del 30 % (trenta per cento) sia per le cure ambulatorie che per le rette di qualsiasi genere. La

riduzione del 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

REGGIO CALABRIA

17. *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

18. 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 cor-

rispondente 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

19. 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

20. 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. Grolli*: 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

21. *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, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Clinica.

VENEZIA

22. *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.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'Istituto predetto in Roma, Corso

C) *Facilitazioni per ricovero in sanatori, convalescenziari e consultori materni dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (già 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, 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.

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, nei 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.