

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IV
Numero 1
C. C. Postale

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE
DELLE ASSICURAZIONI - VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA



Corporate Heritage
& Historical Archive

SOMMARIO

1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati pag. I-XVI	di malattie. Sopra un caso di colite cronica). pag. 37
2. Consigli agli assicurati:	6. Alcuni dati di statistica medica 42
a) Dott. A. STARNA, Le sinusiti 1	7. Varie:
b) Dott. A. SULTANO, L'affanno 4	a) Dott. A. LAMBERTI-BOCCONI, Le organizzazioni in Europa per le assicurazioni dei rischi aggravati 50
3. Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale. 8	b) Prof. N. BASILIADES, La malaria, la tubercolosi e le malattie degenerative in rapporto alla mortalità in Grecia 55
4. Medicina delle assicurazioni-vita:	8. Notiziario 59
a) Dott. SIBILIA e DE BERNART, Sul decorso e sulla diagnosi della malattia ulcerosa gastro-duodenale 12	9. La pagina del medico fiduciario 60
b) Dott. P. TROTTARELLI, Le nefrolitiasi 27	10. Dai libri e dalle Riviste 62
c) Prof. G. F. CAPUANI, L'accertamento sanitario in regime assicurativo 30	11. Pubblicazioni ricevute 70
d) Tavola dei pesi in rapporto all'altezza ed all'età 36	12. Dai periodici di medicina. Segnalazioni di articoli di medicina 70
5. Medicina legale delle assicurazioni-vita:	13. Vuoti nelle file dei medici fiduciari 72
Dott. F. MARSELLA, In tema di simulazione o dissimulazione	

NORME PER GLI AUTORI

Si pubblicano lavori brevi — massimo dieci pagine di stampa — che siano rispondenti alla natura e all'indirizzo della Rivista.

Debbono quindi trattare argomenti di medicina preventiva, ovvero di diagnostica e prognostica medica, con speciale riguardo alla durata della vita umana, o altri problemi di medicina delle Assicurazioni-Vita.

Ogni lavoro deve essere accompagnato da un breve riassunto di non oltre dieci righe. — È preferibile che il testo dei lavori sia dattilografato.

Agli autori di lavori originali si concedono gratuitamente cinquanta estratti. — Gli originali non si restituiscono.



L' ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ANNO IV
1935 - XIII-XIV

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE
DELLE ASSICURAZIONI — VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA



Corporate Heritage
& Historical Archive

Città di Castello - Tipografia «Unione Arti Grafiche» - 1935-XIV



Corporate Heritage
& Historical Archive

I N D I C E

Consigli agli Assicurati

A. STARNA, <i>Le sinusiti</i>	pag. 1
A. SULTANO, <i>L'affanno</i>	> 4
I. FORTUNATI, <i>Alimentazione e salute</i>	> 73
A. BOCCASSINI, <i>Anomalie della refrazione e dell'accomodazione</i>	> 76
S. CIPOLLONI, <i>Otite catarrale ed ipoacusia</i>	> 145
F. VICENTINI, <i>La diagnosi precoce del cancro dello stomaco</i>	> 147
M. BIASIOTTI, <i>Il controllo della salute e le cure termali ed idropiniche</i>	> 217
S. FIANDACA, <i>I primi sintomi subbietivi delle manifestazioni gottose</i>	> 218
A. STARNA, <i>Della stanchezza o astenia</i>	> 220
F. VICENTINI, <i>I primi sintomi della appendicite acuta</i>	> 289
A. STARNA, <i>Dei dolori intercostali</i>	> 292
— <i>L'elogio del gargarismo</i>	> 361
S. FIANDACA, <i>Alcuni consigli agli obesi</i>	> 363

Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale . pag. 8, 80, 151, 224, 295, 367

Notiziario > 59, 82, 153, 225, 296, 368

Medicina delle Assicurazioni Vita

D. SIBILIA e E. DE BERNART, <i>Sul decorso e sulla diagnosi della malattia ulcerosa gastro-duodenale</i>	pag. 12
P. TROTTARELLI, <i>Le nefrolitiasi (sintomatologia e diagnosi)</i>	> 27
G. F. CAPUANI, <i>L'accertamento sanitario in regime assicurativo</i>	> 30
<i>Tavola dei pesi in rapporto all'altezza ed all'età adottata per lo studio della mortalità in base all'esperienza di 34 Compagnie di Assicurazione</i>	> 36
A. STARNA, <i>L'encefalite cronica epidemica in rapporto alla Assicurazione Vita</i>	> 85
C. CONFORTO, <i>La diagnosi precoce della paralisi progressiva</i>	> 103
M. BIASIOTTI, <i>L'importanza di alcune ricerche di laboratorio per la prognosi « quoad vitam »</i>	> 158
M. ACQUA, <i>Stati morbosi iniziali e anomalie ormoniche latenti</i>	> 167
M. BIASIOTTI, <i>La ricerca del Bismuto nelle urine e suo valore per la diagnosi di Sifilide</i>	> 235
<i>Riassunto delle Relazioni al Congresso Internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita (Londra, 23-27 luglio 1935)</i>	> 242

S. FIANDACA, <i>L'esame della funzionalità renale nella visita medica per le Assicurazioni Vita</i>	pag. 303
<i>Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari (Venezia, 28-30 settembre 1935-XIII): Problemi Medici (Riassunti della Relazione e delle Comunicazioni)</i>	» 311
<i>Alcune Comunicazioni al Congresso Internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita (Londra, 23-27 luglio 1935-XIII)</i>	» 316
M. BIASIOTTI, <i>Il comportamento della calcemia nell'ipertensione e suo valore prognostico</i>	» 370

Medicina Legale delle Assicurazioni Vita

F. MARSELLA, <i>In tema di simulazione e dissimulazione di malattie. Sopra un caso di colite cronica</i>	» 37
— <i>Sempre a proposito delle dichiarazioni sanitarie dell'assicurando</i>	» 106
— <i>Il concetto di infortunio nelle Polizze Popolari di Assicurazione Vita</i>	» 182
— <i>L'indicazione del nome del medico di famiglia non esonera l'assicurando dall'obbligo di rendere con sincerità tutte le altre dichiarazioni di carattere sanitario</i>	» 265
— <i>Il crampo professionale può essere considerato come causa di invalidità totale permanente nell'assicurazione vita?</i>	» 320
— <i>Sopra un caso di carcinoma intestinale con false dichiarazioni dell'assicurando ecc.</i>	» 377

Alcuni dati di Statistica Medica pag. 42, 109, 185, 267, 323, 379

Varie

A. LAMBERTI-BOCCONI, <i>Le organizzazioni, in Europa, per l'assicurazione dei rischi aggravati</i>	pag. 50
	» 116
N. BASILIADES, <i>La malaria, la tubercolosi, e le malattie degenerative in rapporto alla loro mortalità in Grecia</i>	» 55
G. BEVIONE, <i>Andare verso il popolo</i>	» 114
A. BENAGIANO, <i>Problemi profilattico-sociali dell'odontoiatria</i>	» 119
N. BASILIADES, <i>L'influenza in Grecia</i>	» 193
V. SERRA, <i>Considerazioni patogenetiche e profilattiche sul problema della arteriosclerosi</i>	» 193
L. SIVIERI, <i>L'assicurazione sulla vita in Italia</i>	» 199
— <i>L'assicurazione sulla vita nel mondo</i>	» 273
G. BEVIONE, <i>Le assicurazioni popolari in Italia</i>	» 328
F. VICENTINI, <i>I congressi internazionali di medicina dell'assicurazione vita</i>	» 333
N. BASILIADES, <i>La leishmaniosi in Candia</i>	» 343
DA BUDAPEST	» 395
F. VICENTINI, <i>La commissione per lo studio dei rischi tarati in seno all'I.N.A.</i>	» 395

La Pagina del medico Fiduciario	pag. 60, 128, 210, 282, 345, 407
Dai libri e dalle riviste	» 62, 129, 210, 283, 346, 408
Pubblicazioni ricevute	» 70, 141, 214, 286, 360, 414
Dai periodici di medicina	» 70, 141, 215, 286, 358, 413
Rassegna di articoli di igiene	» 72, 144, 216, 288, 360, 414
Vuoti nelle file dei medici fiduciari	» 72, 144, 216, 288, 360
Necrologi	» 216, 415, 416

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

PARTE UFFICIALE

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

NAPOLI.

Sanatorio C. Forlanini, S. Rocco di Capodimonte 62; a **TUTTI** gli assicurati: diaria ridotta di L. 20 (venti) per gli ammalati comuni, comprensiva, oltre che del trattamento dietetico appropriato, di tutte le eventuali 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, interventi operatori ecc. Gli ammalati invece che intendono usufruire di un alloggio riservato, godranno di una riduzione del 30% sulle rette stabilite.

NOVARA.

Stabilimenti Termali di Bognanco (Domodossola); a **TUTTI** gli assicurati: riduzione del 50% (cinquanta per cento) sull'importo degli abbonamenti stagionali alle cure.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

- A) *Visite mediche periodiche gratuite — Analisi mediche gratuite — Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche. — Gabinetto per le cure odontoiatriche. — B) Facilitazioni per cure termali. — C) Facilitazioni presso ospedali e case di cura. — D) Facilitazioni per Sanatori, convalescenziari e consultori materni. — E) Facilitazioni per cure odontoiatriche. — F) Facilitazioni per cure oculistiche. — G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche. — H) Pubblicazioni di medicina preventiva.*

- A) 1. Visite mediche periodiche gratuite. — 2. Analisi mediche gratuite. — 3. Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche. — 4. Gabinetto per le cure odontoiatriche.

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. Gli assicurati hanno facoltà di scegliere il medico, e questi è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

2. Concessione gratuita presso il Laboratorio Centrale dell'Istituto in Roma, Via Sallustiana 51, di:

- 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**;

OGNI DUE ANNI

agli assicurati in forma ordinaria con visita medica per un capitale superiore a L. 20.000, in regola con i pagamenti;

OGNI TRE ANNI

a) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva con visita medica per un capitale fino a 20.000 lire comprese, in regola con i pagamenti;

b) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva senza visita medica per un capitale superiore alle L. 20.000.

c) agli assicurati con polizza di Rendita vitalizia con una rendita annua superiore a L. 5000;

OGNI QUATTRO ANNI

a) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva senza visita medica per un capitale fino a 20.000 lire comprese;

b) agli assicurati con polizza di Rendita Vitalizia con una rendita annua fino a 5.000 lire comprese;

c) agli assicurati con polizze popolari di qualsiasi forma o capitale.

Si rammenta che agli assicurati impossibilitati a muoversi dalla loro residenza, è consentito beneficiare ugualmente di detta concessione, inviando ai Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale col mezzo più celere, campioni:

per l'esame delle urine 60-70 cc. di urine aggiuntevi 3-4 gocce di formalina o qualche granellino di canfora.

per l'azotemia 5-10 cc. di sangue con l'aggiunta di qualche granellino di citrato di sodio;

per la glicemia 1-2 cc. di sangue preparato con fluoruro di sodio;

per la reazione di Kahn 5-10 cc. di sangue o meglio 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.

3. Concessione di prestiti senza interessi agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che debbano sottoporsi ad operazione di alta chirurgia, per la somma occorrente a pagare le relative spese debitamente comprovate.

4. Gabinetto per le cure odontoiatriche, compresa la protesi, a condizioni assolutamente speciali, presso la Direzione Generale dell'Istituto (Roma, Via Sallustiana, 51).

Tutti gli assicurati possono usufruirne, pagando un onorario minimo. La prima visita consultiva è gratuita.

B) Facilitazioni presso Stabilimenti Termali (*Vedi elenco seguente*).

C) Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura (*v. elenco seguente*).

D) Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori materni (*Vedi elenco seguente*).

E) Facilitazioni per cure odontoiatriche (*Vedi elenco seguente*).

F) Facilitazioni per cure oculistiche (*Vedi elenco seguente*).

G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche (*Vedi elenco seguente*).

I sanitari delle specialità di cui alle lettere E) F) G) concedono agli assicurati con polizze ordinarie e collettive, la riduzione del 30 %, sugli onorari minimi, fissati dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici.

H) Pubblicazioni di medicina preventiva dell'INA:

Dott. ESCHILO DELLA SETA, *Vivere sani*.

Prof. Dott. ORESTE BELLUCCI, *Salute tesoro della vita*.

Rivolgersi alla Direzione Generale dell'INA.

ELENCO PER PROVINCIA

AGRIGENTO.

Odontoiatri:

Dott. CUCURULLO Antonio.

CANICATTI - Dott. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

ALESSANDRIA.

Odontoiatri:

Dott. MOTTA Luigi, Piazzetta della Lega, 7.

Dott. OSIMO Guido, Via Mazzini, 1.

Dott. PICCINI Alessandro, Via Umberto, 25.

Dott. PICCIONE Antonio Giovanni, Via Venezia, 3.

ASTI - Dott. DEGIANI Attilio.

Dott. MAIOLO Giacomo.

Dott. MALAGOLI Lelio.

CASALE MONFERRATO - Dott. GAUDINA Umberto.

Dott. PINOLINI Giovanni.

Dott. REDOGLIA Agostino.

NOVI LIGURE - Dott. BELLONE Mario Luigi.

TORTONA - Dott. TORTI Carlo.

Oculisti :

ALESSANDRIA - Dott. ALTARA Eugenio,
Via Milano, 19.

Prof. Dott. BIANCHI Benigno, Via Faà
di Bruno, 12.

Dott. DURANDO Francesco, Via Legna-
no, 11.

CASALE MONFERRATO - Dott. GUASCHI-
NO Angelo.

Otorinolaringoiatri :

ALESSANDRIA - Dott. BADINO Francesco,
Via Voschieri, 3.

Dott. BORTOLOTTI Lorenzo, Via S. Gia-
como della Vittoria, 25.

Dott. MODESTO Ajmone, Via Faà di Bru-
no, 24.

CASALE MONFERRATO - Dott. GUASCHI-
NO Giovanni.

ANCONA.

1. *Convalescenziario in Loreto*, dell'Isti-
tuto Nazionale Fascista della Previdenza So-
ciale : tutti gli assicurati potranno essere rico-
verati pagando una diaria di L. 20.

AOSTA.

Odontoiatri : Dott. CHIAMPO Arnaldo.

Dott. SPIRITO Tito.

IVREA - Dott. MAUTINO Giuseppe.

Dott. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti :

IVREA - Dott. GARZINO Mario Casimiro,
Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri :

IVREA - Dott. MAGGIOROTTI Ugo.

ASCOLI PICENO.

Odontoiatri : Dott. MONDOZZI Andrea, Via
Benedetto Cairoli.

Dott. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dott. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri :

FERMO - Dott. LODOVICI Amilcare, Via Sa-
pienza, 4.

BARI.

1. *Clinica privata del prof. Florenzo
d'Erchia*, via M. Signorile, n. 2, a tutti gli



Clinica Privata per le Malattie Ginecologiche.

assicurati : riduzione del 30 %₀, sulle tariffe in
vigore, sia per le rette che per le compe-
tenze professionali, per le analisi e ricerche
di chimica clinica e microscopia, per le appli-
cazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica
Röntgen radium terapia che verranno prati-
cate nella clinica.

Odontoiatri :

ANDRIA - Dott. SARDANO Francesco.

BERGAMO.

1. *Stabilimenti termali di S. Pellegrino* :
a tutti gli assicurati : riduzione del 30 %₀ sulle
tariffe in vigore sia per l'ammissione che per
tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Stabilimenti termali di Trescore Bal-
neario* : a tutti gli assicurati saranno praticate
le seguenti facilitazioni : riduzione del 25 %₀
sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe
(nella pensione, oltre alloggio, vitto — vino
compreso — e servizio, è compresa anche la
cura ordinaria e cure straordinarie suppli-
mentari). Inoltre gli assicurati pagheranno per
le tasse di ammissione il 50 %₀ in meno. La
Società esercente le Terme si riserva la fa-
coltà — qualora gli alberghi annessi alle Ter-
me fossero completi — di poter sistemare gli
assicurati in altri alberghi consociati della me-
desima categoria facendo loro usufruire dello
stesso trattamento dei primi.

3. *Consultorio materno in Bergamo*, del-
l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza
Sociale : tutte le assicurate pagheranno L. 5 per
ogni volta.

Odontoiatri : Dott. AVETTA Enzo.

Dott. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dott. CALDEROLI Guido.

Cav. Dott. CASTELLI Carlo.

Prof. Dott. CAVAZZENI Giovanni.

Dott. DAL LAGO Vittorio.

Dott. GATTI Giovanni.

Oculisti : Dott. BUSACCA Annibale.

Prof. Dott. SEGUINI Arminio.

Dott. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri :

Dott. CALDEROLI Innocente.

Dott. PALVIS Giuseppe.

BOLOGNA.

1. *Stabilimenti termali di Porretta*, agli
assicurati in forma ordinaria e collettiva : ri-
duzione del 50 %₀ sull'importo dell'abbona-
mento ordinario d'ingresso agli Stabilimenti,
e del 25 %₀ sull'importo dell'abbonamento or-
dinario alle cure idrominerali.

2. *Ospedale « Benito Mussolini »* della Cas-
sa Nazionale Infortuni, agli assicurati con po-
lizze ordinarie e collettive che facessero ricorso
a quell'Ospedale per cure chirurgiche, orto-
pediche ed oculistiche, oppure per applicazioni
sia ambulatorie che in degenza, di terapia
fisica, Raggi X e Radium, riduzione del 20 %₀

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.



BOLOGNA - Villa Rosa.

3. *Casa di salute « Policlínica »*, Piazza Umberto I, n. 9 a tutti gli assicurati — « Villa Verde », Via Mamolo, n. 45 — « Villa Rosa », Via Castiglione, n. 103, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive 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.

4. *Consulorio materno in Bologna*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 ogni volta.

Odontoiatri: Dott. BIGNARDI Ferdinando, Via Saffi, 2.

Dott. CAPUZZI Giuseppe, Piazza dei Marchi, 6.

Dott. CARAMITTI Aldo, Via Innerio, 17.

Dott. DI MENTO Spiro, Via Zamboli, 3.

Dott. FRANCESCONI Alberto, Via Saffi, 2.

Dott. GIANNOTTI Manfredo, Via Saffi, 2.

Dott. PIVA GIUSEPPE, Via Indipend., 22.

Oculisti: Dott. CAPRA Leonida, Via Indipendenza, 2.

Dott. MARIOTTI Cesare, Via Castiglioni 5.

Dott. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.

Dott. PALMIERI Domiziano, Via Righi, 34.

Prof. Dott. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 48.

Prof. Dott. Xilo NAPOLEONE, Via Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dott. CANEPELE Adelson, Viale XII Giugno, 12.

Dott. FACCHINI G. Battista, Via Cartoleria, 16.

Prof. Dott. VIGI Ferruccio, Via d'Azeglio, 21.

BOLZANO.

Odontoiatri:

Dott. GRONES Ernesto, Piazza Erbe, 12.

MERANO - Dott. DE BOSIO Giuseppe.

Dott. KONIG Alfredo, Corso Goethe, 6.

Dott. SINGER Federico, Via Dante, 38.

Oculisti:

BOLZANO - Prof. Dott. MENESTRINA Gino, Ospedale Civile.

Dott. ROSSLER Federico, Via Regina Elena.

BRESSANONE - Dott. NIEDEREGGER Engelberto.

MERANO - Dott. BAR Carlo, Corso Princ. Umberto, 32.

Dott. KEISER Giulio, Corso Princ. Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri:

BOLZANO - Dott. BRIANI ALFREDO, Via Duca d'Aosta, 2.

Dott. MITTERMAIR Francesco, Via Regina Elena, 18.

Dott. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.

MERANO - Dott. DIESBACHER Matteo - Corso Princ. Umberto, 20.

Dott. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

BRESCIA.

Poliambulanza delle specialità medico-chirurgiche, Casa di Cura in Brescia, Piazzale Garibaldi; a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 30% sulle tariffe minime fissate dall'Ordine dei Medici, 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; riduzione del 25% sulle rette di degenza per la 1^a classe, riduzione del 20% sulle tariffe di degenza per la 2^a e 3^a classe.

2. *Stabilimento termale in Sirmione sul Garda, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.*

3. *Consultori materni di Brescia, Gavardo, Palazzolo sull'Oglio e Villanova, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.*

Odontoiatri:

Dott. BERTOLI Oreste.

Dott. CASTELLI Ettore, Via Dante, 42.

Dott. JORI Mario, Corso Vittorio Emanuele, 58.

Dott. RIETTI Giov. Battista, Via Mazzini.

Dott. RIETTI Giulio, Via Mazzini.

Dott. SALVAGNI Dino, Viale Stazione.

Dott. SCACHERI Domenico, Corso Palestro.

GARDONE RIVIERA - Dott. GOIO Giuseppe, SALO' - Dott. SIMONI Guido Giuseppe.

CAGLIARI.

1. *Stabilimenti termali di Sardara*, a tutti gli assicurati: riduzione del 25%₀, sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione alle cure che per tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Casa di cura Prof. Gino Baggio* - Piazza S. Benedetto, a tutti gli assicurati: riduzione del 30%₀ 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.

3. *Ospedale-Sanatoriale* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

CALTANISSETTA.

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

Oculisti:

Prof. Dott. CAVALLARO Erminio.

Prof. Dott. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri:

Dott. RESTIVO Pietro.

CAMPOBASSO.

Odontoiatri: Dott. MARTINO Angelo.

Dott. SANTORO Manfredi.

AGNONE - Dott. LABANCA Federico.

Oculisti:

CAMPOBASSO - Dott. BARBATO Nunzio.

Comm. Dott. GRIMALDI Eugenio.

AGNONE - Dott. SALVASTANO Silvio.

CATANIA.

1. *Istituto Medico del Lavoro* - Via De Felice, 37: gli assicurati con polizze popolari 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.

2. *Convalescenziario di S. Pietro in Caltagirone*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

Odontoiatri:

Dott. DI GRAZIA Mario, Via Garibaldi, 9.

Dott. GRECO Salvatore, Via Umberto, 8.

Dott. MILONE Giuseppe, Via Umberto, 41.

Dott. MUSUMECI GRASSI Raimondo, Via Vitt. Eman., 215.

Dott. POLITI Francesco, Via Etnea, 208.

Oculisti: Prof. Dott. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.

Prof. Dott. F'AVALORO Giuseppe, Via S. Maddalena, 59.

Otorinolaringoiatri: Prof. Dott. LIOTTA Agatino, Via Mancini, 6.

CATANZARO.

1. *Istituto Clinico Diagnostico e Fisioterapico del Dott. Giuseppe Mazza*, Via Duomo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30%₀ sulle tariffe in vigore per la diagnostica radiologica e per cure Röntgen, elettriche e terapia fisica, che verranno praticate nell'Istituto Clinico.

COMO.

1. *Sanatorio in Camerlata* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

2. *Convalescenziario di Asso* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

3. *Consultori materni di Como e Fanegrò*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri: Dott. PADERI Antonio.

Dott. TORI Luigi.

LECCO - HEUMANN Martino, Via Stoppani, 28.

COSENZA.

1. *Casa di salute Catalani « Villa Amelia »*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30%₀ 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.

Odontoiatri: Dott. ANDREASSI Giuseppe.

Dott. CERBELLI Oreste.

Dott. CHIMENTI Achille.

Dott. LOFFREDO Ferdinando.

CREMONA.

1. *Casa di cura S. Camillo, Via P. Cristoforo*; a tutti gli assicurati: riduzione del 25%₀ sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia.

Inoltre il Prof. Rodolfo Grignani pratica la riduzione del 35%₀ sulle tariffe minime del Sindacato Medico degli onorari per atti ope-

rativi eseguiti presso la predetta Casa di cura.

Odontoiatri: Dott. BERTOLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.

Dott. IRITZ Giuseppe.

Dott. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.

Dott. ZANNINI Roberto.

CASALMAGGIORE - Dott. BOLES Oreste.

Oculisti:

CREMONA - Dott. COSSÙ Alberto, Via Damiano Chiesa, 9.

Prof. Dott. MARGOTTA Giuseppe, Corso Stradivari, 8.

Otorinolaringoiatri: Dott. BOCCHI Ferruccio, Via G. Tibaldi, 3.

CUNEO.

Odontoiatri: Dott. BARBERO Vincenzo.

Dott. MANFREDI Francesco.

BRA - Dott. SPANO Salvatore.

Oculisti:

ALBA - Dott. VARALDI Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

CUNEO - Prof. Dott. DONADEI Giovanni, Via Gallo, 5.

SALUZZO - Dott. RACCA Ugo, Via Gualtieri, 5.

FIRENZE.

1. *Casa di salute « Villa Savoia »*, via Andrea del Castagno, n. 6, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: 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.

2. *Convalescenziario « Regina Margherita »* in Firenze, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

3. *Consultorio materno in Firenze* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri: Dott. ARNONE Vincenzo, Via Pandolfini, 26.

Dott. CITELLI Alessandro, Lung'Arno Acciaiuoli, 22.

Dott. PUTTI Giorgio, Via dei Servi, 6.

Dott. RAMONINO Camillo, Via Vecchietti, 9.

Dott. CALAMARI Stefano, Via della Pergola, 14-bis.

Dott. CODECÀ Marcello, Via de' Porcari, 1.

Cav. Prof. Dott. MORI Roberto, Piazza Vittorio Emanuele, 4.

FIUME.

1. *Casa di Cura dott. Horwat in Abbazia*, a tutti gli assicurati: 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.

1. *Clinica Troiano in Sansevero*, Viale della Stazione, a tutti gli assicurati: riduzione



SANSEVERO (Foggia) - La Clinica Troiano.

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.

Odontoiatri: Dott. ARBORE Giulio.

Dott. DI MAIO Enzo.

MANFREDONIA - Dott. MELUCCO Pasquale.

S. SEVERO - Dott. RECCA Pietro.

Oculisti:

FOGGIA - Dott. ALTAMURA Alfredo.

CARLANTINO - Dott. DE SIMONE Nicola.

S. SEVERO - Dott. COLIO Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

FOGGIA - Dott. GALLO Antonio.

S. SEVERO - Dott. GERVASIO Arnaldo.

FORLÌ.

Odontoiatri: Dott. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi.

Dott. MOLNAR Geza, Via M. Missirini.

Dott. BRIGANTI Antonio, Capitano 2° Fanteria.

Dott. CASALI Alvaro - Corso Garibaldi.

RIMINI - Dott. LAZZAROTTO Eugenio.

Dott. PEDRAZZI Luigi.
Dott. PELOSI Romano.

Oculisti:

FORLÌ - Dott. MARCHINI Paolo, Corso
A. Diaz.

Dott. SANTONOCETO Ottavio, Via Giov.
dalle Bande Nere.

Otorinolaringoiatri: Dott. SEGANTI Filippo,
Via Madenti.

FROSINONE.

Stabilimenti termali di Fiuggi, a tutti gli assicurati: riduzione del 80 % (trenta per cento) su tutte le tariffe in vigore.

A Fiuggi è stato istituito un ufficio di rappresentanza e propaganda gestito dal Sig. Pietro Martini, cui gli assicurati dell'I. N. A. potranno rivolgersi per informazioni e assistenza necessaria.

GENOVA.

1. *Casa di Salute per operazioni chirurgiche prof. Catterina, Via Borgoratti, 84, a tutti gli assicurati:* 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.

2. *Policlinico del Lavoro, Via Benedetto XV, gli assicurati con polizze popolari 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.*

GORIZIA.

Odontoiatri: Dott. NETZBANDT Paolo Ugo.

Otorinolaringoiatri: Dott. COMEL Giuseppe.
Dott. RIZZATI Sandro.

GROSSETO.

Odontoiatri: Dott. ANGELINI Armando.

IMPERIA.*Odontoiatri:*

Dott. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 8.

Dott. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.

Dott. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5-bis.

Dott. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.

Dott. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.

BORDIGHERA - Dott. BUFFA Ermanno,
Via S. Antonio.

Dott. DEL BOCA Isidoro, Via Vittorio Emanuele.

SANREMO - Dott. GERBOLINI Andrea, Via Vittorio Emanuele, 15.

Dott. GERBOLINI Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 17.

Dott. GISMONDI Emanuele, Via Vittorio Emanuele, 11.

Dott. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.

Dott. MARESCA Ottone, Via Faraldi, 1.

VENTIMIGLIA - Dott. BUONSIGNORE Giuseppe, Via Roma, 7.

Dott. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti:

IMPERIA - Dott. ODISIO Mario, Via G. Berio, 9.

ONEGLIA - Dott. GRIVA Giuseppe.

SANREMO - Dott. BOBONE Tommaso, Villa Plinia.

Dott. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.

Dott. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri:

IMPERIA - Dott. DURAND Gaspare, Via Giardini.

BORDIGHERA - Dott. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 8.

SANREMO - Dott. DE MARCHI Marco, Via Vittorio Emanuele, 17.

Dott. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 18.

VENTIMIGLIA - Dott. VERDUN Eugenio, Corso Principe Amedeo, 1.

LECCE.

1. *Stabilimenti Termali di S. Cesarea (Lecce), agli assicurati con polizze ordinarie e collettive:* riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore, sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Consultorio materno in Lecce dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale:* tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

LIVORNO.

1. *Consultorio materno in Livorno dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale:* tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

Dott. CAPITANI Icilio, Scali Ugo Botti, 2.

Dott. CASAGNI Odoardo, Via Magenta, 8.

Dott. QUARANTORSI Cleomene, Via Enrico Mayer, 18.

PORTOFERRAIO - Dott. LAGHI Augusto.

Oculisti:

LIVORNO - Prof. Dott. BAQUIS Elia, Via Marradi, 35.

Dott. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

LUCCA.

Odontoiatri :

ALTOPASCIO - Dott. PIEGAIA Giovanni
Leo.

MANTOVA.

Odontoiatri :

Dott. CONSOLO Giuseppe.
Dott. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.
Dott. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.
Dott. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Ferneli, 8.
Dott. PREDARI Maria.
Dott. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.
Dott. ZAGNI Giuseppe, Via B. Grazioli, 82.

Oculisti :

Prof. Dott. FERRI Dante, Via Grazioli, 5.
Prof. Dott. PREVEDI Guido, Via Cesare Battisti, 14.

Otorinolaringoiatri :

Dott. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.
Dott. FUCCI Francesco, Via Carlo Po-
ma, 15
Dott. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vittorio
Emanuele, 103.

MATERA.

Odontoiatri :

Dott. MARINARO Domenico.

Oculisti :

Dott. LO RUSSO Stefano.

MILANO.

1. *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Engenio Carpi, n. 30, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: 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.

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

3. *Sanatorio in Vialba dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

4. *Consultori materni in Milano e Ponte Nuovo di Magenta, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri :

MONZA - Dott. BONSAGLIO Elia, Via Vittorio Emanuele, 1.
Dott. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.
Dott. SAVIO Piero, Via B. Luini, 1.

MODENA.

1. *Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti*, Via Giardini, 20, a tutti gli assicurati: 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.

Otorinolaringoiatri: Gr. Uff. Dott. SILLINGARDI Gino, Piazza Muratori, 31.

NAPOLI.

1. *Stabilimenti Termali di Agnano (Napoli)*, a tutti gli assicurati: riduzione del 50% sull'importo del diritto di ammissione, e del 25% sull'importo degli abbonamenti alle cure Termali (bagni, stufe e fanghi).

2. *Casa di salute Grimaldi e Principe*, Piazza Gesù e Maria, n. 24, a tutti gli assicurati: 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.

3. *Sanatorio C. Forlanini di Napoli*, S. Rocco di Capodimonte, 62; a tutti gli assicurati: diaria ridotta di L. 20 (venti) per gli ammalati comuni, comprensiva, oltre che del trattamento dietetico appropriato, di tutte le eventuali 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, interventi operatori ecc. Gli ammalati invece che intendono usufruire di un alloggio riservato, godranno di una riduzione del 30% sulle rette stabilite.

4. *Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

Odontoiatri :

Dott. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 8.
Dott. DONATO Carlo, Via R. De Cesare, 7.
Dott. GIUFFRÉ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.
Dott. IZZO Giuseppe, Via S. Arcangelo a Baiano.
Dott. LIPPO P., Via S. Lucia, 15.
Dott. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 86.

Dott. SANSONE Angelo, Via Santo Spirito di Palazzo, 9.

Dott. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio Emanuele, 460.

Dott. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.

SPARANISE - Dott. GRANDE Francesco.

Otorinolaringoiatri :

Dott. DI LAURO Espedito, Riviera di Chiaia, 84.

Prof. Dott. JANNUZZI Silvio, Via S. Spirito di Palazzo, 31.

NOVARA.

1. *Stabilimenti Termali di Bognanco (Domodossola)*; a tutti gli assicurati: riduzione del 50% (cinquanta per cento) sull'importo degli abbonamenti stagionali alle cure.

2. *Casa di Cura per malattie polmonari « Eremo » in Miazzina*, a tutti gli assicurati: 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.

3. *Consultorio Materno in Novara*, dell'Istituto Naz. Fascista della Previd. Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri :

Dott. BORRINI Francesco.

Dott. SCENDRATI Daniele.

Oculisti :

Dott. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale Maggiore.

Dott. MARGARITELLA Riccardo.

PADOVA.

1. *Stabilimento Hôtel Trieste e Vittoria di Abano*, agli assicurati con polizze ordinarie e

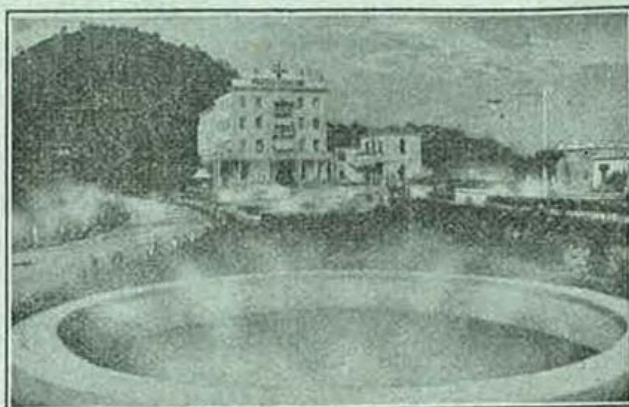


ABANO TERME (Padova) - Stabilimento Hôtel Trieste.

collettive: 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.

2. *Uniche Premiate Terme Preistoriche di S. Pietro in Montagnon*, a tutti gli assicurati:



S. PIETRO MONTAGNON (Padova) - Terme Preistoriche.

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 L. 10 per la 1^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di L. 10 per la 1^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a classe.

3. *Stabilimento termale di Battaglia Terme*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

4. *Casa di cura « La Salutare »* (Località Altichiero), a tutti gli assicurati: 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.

5. *Sanatorio di Galliera Veneta*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

PALERMO.

1. *Clinica Candela*, Via Villareale, 30, a tutti gli assicurati: 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.

2. *Consultorio Materno in Palermo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

- Dott. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.
 Dott. CIMINO Giuseppe, Via Villaermosa, 6.
 Dott. DI CARLO Giovanni, Via Roma.
 Dott. GALLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.
 Dott. MILAZZO Carmelo, Piazza G. Verdi, 22.
 Dott. NICOSIA Antonio, Piazza Aragona, 4.
 Dott. PEZZOLI Renato, Piazza Castelnuovo, 11.
 Dott. PIAZZA GARGANO Giovanni, Piazza S. Domenico, 23.
 Dott. PIZZUTO Francesco, Via Villareale, 32.
 Dott. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, 12.
 Dott. TEMPESTINI Elio, Via Maqueda, 200.

Oculisti:

- Dott. BELLINA Gregorio, Via Celso, 14.
 Prof. Dott. CUCCO Alfredo, Via Villafranca, 20.
 Prof. Dott. DE BONO F. Paolo, Via Stabile, 120.
 Dott. LA PLACA Gaetano, Via Stabile, 155.
 Prof. Dott. LONGO Salvatore, Corso Sciana, 941.
 Prof. Dott. STELLA Pietro, Piazza Castelnuovo, 4.

Otorinolaringoiatri:

- Prof. Dott. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 471.
 Dott. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.
 Dott. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.
 Prof. Dott. ZANOLA Aurelio, Via Rodi, 1.

PARMA.

1. *Stabilimenti termali di Salsomaggiore, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: 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 praticheranno 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.*

A Salsomaggiore funziona un ufficio speciale (Piazza Roma) diretto dal Cav. Uff. Giberto Giberti al quale gli assicurati dell'I. N. A. potranno rivolgersi per informazioni e l'assistenza necessaria.

3. *Casa di cura di Ramiola in Ramiola, a tutti gli assicurati: 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 Röntgen-diagnostica che verranno praticate nella Casa di cura.*

Odontoiatri:

Dott. ALBERTI Silvio, Via Farini, 52.

Oculisti:

Prof. Dott. CANDIAN Ferruccio, Viale Umberto I.
 Prof. Dott. CARMI Alberto, Via San Biagio, 1.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dott. LASAGNA Francesco, Piazzale Cervi, 17.
 Prof. Dott. TASSI Umberto, Via 22 Luglio, 15.

PAVIA.

1. *Casa di Cura prof. Eugenio Morelli, Piazza 24 Maggio, a tutti gli assicurati: 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 le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di cura.*

2. *Casa di cura chirurgica prof. Masnata in Stradella, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica clinica e microscopica, per applicazioni di terapia fisica, Röntgen-diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.*

3. *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia, a tutti gli assicurati: riduzione del 30%*



PAVIA - Ospedale Policlinico S. Matteo.

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, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

4. *Ospedale Infermi di Vigevano, a tutti gli assicurati*: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi, ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nell'Ospedale.

PIACENZA.

Odontoiatri:

Dott. CAVANNA GOBBI Ettore, Via San Marco, 5.

Dott. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

CASTELSANGIOVANNI - Dott. PATRIOLI Giuseppe.

PISA.

1. *Stabilimenti termali di S. Giuliano, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive*: 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; e *agli assicurati con polizze popolari*: riduzione nella medesima percentuale praticata agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale e cioè L. 18 giornaliero per la pensione completa, comprensiva di vitto, alloggio, cura e assistenza sanitaria, servizio, ecc.

2. *Stabilimento termale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale in San Giuliano Bagni, per tutti gli assicurati*: forfait di L. 300 per ogni turno di 15 giorni.

Odontoiatri:

Prof. Dott. CARRERAS Roberto, Via San Lorenzo, 19.

Dott. DELLE SEDIE Francesco, Piazza S. Frediano, 5.

Dott. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

Dott. SERRI Scipione, Via Vittorio Emanuele, 4.

BIENTINA - Dott. MARCHIANI Pilade.

PISTOIA.

1. *Stabilimenti delle Regie Terme di Montecatini, a tutti gli assicurati* sarà praticata, nel periodo Aprile-Luglio e Ottobre-Novembre, una riduzione del 10% sul prezzo degli ingressi alle bibite e delle cure complementari. La riduzione suddetta verrà applicata solo agli abbonamenti all'ingresso negli stabilimenti ed alle serie di cure non inferiori a sei. I biglietti isolati sono esclusi dalla ri-

duzione. Le riduzioni debbono essere richieste all'atto dell'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure, e per nessuna ragione la riduzione sarà praticata dopo che l'assicurato abbia acquistato l'abbonamento all'ingresso o serie di cure a tariffa intera. L'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure deve essere fatto unicamente presso la biglietteria annessa alla Direzione delle Regie Terme, e non alle biglietterie dei singoli stabilimenti.

Otorinolaringoiatri:

Dott. CASANUOVA Mario Augusto, Via della Madonna, 9.

POLA.

Odontoiatri:

Dott. STOCO Francesco.

Oculisti:

Dott. DE PIERA Mauro.

Otorinolaringoiatri:

Dott. MAZZARO Elvino.

REGGIO CALABRIA.

1. *Ospedali Riuniti « Giuseppe Melacrino » e « Francesco Bianchi », a tutti gli assicurati*: riduzione del 20% per gli ammessi alle corsie comuni (retta di terza classe), e del 30% *ex* 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, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate in detti ospedali.

Odontoiatri:

Dott. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vitt. Emanuele.

Oculisti:

Dott. DE LOGU Antonio.

Dott. Prof. LAGANA Domenico.

Dott. STILO Antonio.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dott. SALVADORI G., Via Lazio, 9.

ROMA.

1. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori), tutti 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. 30,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Galliciano. 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 o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50 % dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e Röntgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50 % va applicata alla tariffa più bassa.

2. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio al 31 dicembre 1935 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 periodo suddetto delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro.

3. *Clinica Odontoiatrica della R. Università di Roma*, gli assicurati con polizze popolari che si recheranno per la cura e la protesi dentaria presso l'ambulatorio di detta Clinica, usufruiranno di una riduzione del 20 % sui prezzi stabiliti per i meno abbienti.

4. *Istituto « Benito Mussolini » in Roma* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

5. *Casa di cura per malattie orecchio, naso e gola* già del Prof. TOMMASO MANCIOLI, Via Ferruccio 7, concede:

riduzione del 50 % agli assicurati con polizza scolastica popolare e del 30 % a tutti gli assicurati, in qualunque forma, e loro figli, sugli onorari sia per la diagnosi e la cura dell'adenoidismo che per quelle delle affezioni otorinolaringoiatriche, per la terapia inalatoria e per tutti gli esami e cure di radiologia, elettro e fototerapia che ivi si praticano.

Odontoiatri:

- Dott. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.
Dott. BONCRISTIANI Agostino, Via Arenula, 53.
Prof. Dott. DE VECCHIS Beniamino, Via Cornelio Celso, 1.
Dott. NEMES Arturo, Via Arenula, 53.

Oculisti:

- Prof. Dott. COLANGELI Armando, Via A. Canova, 12.
Prof. Dott. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.

Otorinolaringoiatri:

- Prof. Dott. TURTUR Giuseppe, Via XX Settembre, 95.

ROVIGO.

Odontoiatri:

- Dott. BENATTI Boris.
Dott. BORELLINI Alberto.
ADRIA - Dott. FERONI Giuseppe.
Dott. GIORDANI Nazzareno.

SASSARI.

Odontoiatri:

- Dott. FENU Antonio, Vicolo Bartolinis.
Dott. NIEDDU Giovanni, Via Manno.
Dott. TOCCO Raffaele, Piazza Castello.

SAVONA.

Odontoiatri:

- Dott. Cav. Uff. GASTI Giuseppe, Corso Principe Amedeo, 25.
Dott. Comm. POGGI Poggio, Via Paleocapa, 3.
Dott. VETRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

Otorinolaringoiatri:

- Dott. LANFRANCO Enrico, Piazza Armando Diaz, 4-4.

SIENA.

1. *Stabilimenti termali di Chianciano*, a tutti gli assicurati: riduzione del 10 % sulla tariffe normali di abbonamento al Parco delle Fonti (bibita) e ai bagni di 1^a e 2^a classe. Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3^a classe.

2. *Stabilimenti termali di S. Casciano (Siena)*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore per la prima classe e del 50 % per la seconda classe, per le cure di bagni e fanghi. Inoltre è concessa gratuitamente la cura della bibita per le malattie di fegato. La tassa di visita e ammissione alle cure è stabilita in L. 25.

SIRACUSA.

1. *Ospedale-Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

SONDRIO.

1. *Primo Sanatorio italiano « A. Zubiani »*

in *Pineta di Sortenna*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riserva 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, pneumotorace, ecc.).

2. *Sanatorio di Abetina di Sondalo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando un onorario di L. 28.

TARANTO.

Odontoiatri:

Dott. BARBARO Vincenzo, Corso Umberto.

Dott. MONTANARI Francesco, P. G. Bruno, 33.

Dott. SANTOSTASI Carlo.

Dott. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

Oculisti:

Dott. CARDUCCI Vincenzo, Via d'Aquino.

Prof. Dott. MARINOSCI Alessandro, Via Di Palma.

Dott. MARINOSCI Raffaele, Via Regina Elena, 33.

Prof. Dott. VILLASEVAGLIOS Giovanni, Via De Cesare, 1.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dott. BIASOLI Alcide, Via Due Mari, 18.

Dott. BATTISTA V., Via Cavour, 27.

Dott. NATALE P., Piazza Massari, 5.

TERAMO.

Odontoiatri:

Dott. BIANCO Giuseppe.

Dott. SACCONI Agostino.

TERNI.

1. *Consultorio Materno in Terni* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

TORINO.

1. *Istituto di medicina preventiva*, Via Principe Amedeo, n. 16, a tutti gli assicurati: 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.

2. *Clinica delle malattie professionali della R. Università*: gli assicurati con polizze popo-

lari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio pagando un onorario di L. 11; potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni della Clinica, mediante corresponsione di un onorario di L. 5,50 per ogni volta.

3. *Convalescenziario in Orio Canavese*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

4. *Consultorio materno in Torino*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

Prof. Dott. CASOTTI Luigi, Via Roma, 15 (Palazzo Ist. Naz. Ass.)

Dott. Prof. GIORELLI Giulio, Via S. Quintino, 18.

Dott. MARAZZINA C., Via Volpiano, 5.

Dott. OTTOLENGHI Renato, Via Sacchi, 58.

Dott. TOMMASINELLI Antonio, Via Mercanti, 8.

Dott. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

Oculisti:

Dott. CAFFARATTI C., Corso Oporto, 47.

Dott. CANTÙ Carlo, Via Madana Cristina, 6.

Prof. Dott. FUMAGALLI Arnaldo, Via Lamarmora, 28.

Dott. GARZINO M., Via Mazzini, 2.

Prof. Dott. GRINGNOLO Federico, Corso Oporto, 21.

Dott. LEVI M., Via Maria Vittoria, 21.

Dott. MORINI Egidio, Via Carlo Alberto, 18.

Prof. Dott. MOSSO Giacinto, Via Cibrario, 1.

Dott. ORSI Luigi, Via XX Settembre, 17.

Prof. Dott. PECCHIO Teobaldo, Corso Vittorio Emanuele, 19.

Prof. Dott. PICALUGA Siro, Via XX Settembre, 60.

Prof. Dott. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.

Dott. TOSO G., Via S. Secondo, 15.

Dott. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.

Dott. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dott. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri:

Dott. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.

Prof. Dott. BRUZZONE Carlo, Via Davide Bertolotti, 2.

Dott. CARBONE Agostino, Corso Vittorio Emanuele, 76.

Prof. Dott. CASASSA Adolfo, Via Principe Amedeo, 52.

Prof. Dott. DIONISIO Ignazio, Corso Vinzaglio, 10.
 Prof. Dott. DONADEI Giovanni, Via Cavour, 6.
 Dott. FERRERO A., Via Goito, 6.
 Dott. LEALE G., Corso Oporto, 5.
 Prof. Dott. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.
 Dott. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Plana, 11.
 Prof. Dott. PALLESTRINI Ernesto, Corso Roero di Cortanze, 2.
 Prof. Dott. PINAROLI Guido, Corso Vittorio Emanuele, 82.
 Dott. PRECERUTTI-TAPPARELLI Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.
 Dott. VASSI C., Via Santa Chiara, 20.

TRAPANI.

Otorinolaringoiatri :

Dott. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

TRENTO.

1. *Stabilimenti termali di Levico Vetriolo, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive* : riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

Odontoiatri : Dott. AGOSTINI Fortunato.

Dott. LACHMANN Carlo, Piazza Silvio Pellico, 2.

Dott. RIGHI Ferruccio, Via Belenzani, 27.
 Dott. SEPPI Cesare, Via Gazzoletti.

ARCO - Dott. PENNECHER Ercole.

CAVALESE - Dott. BROSECHINI Giuseppe.

LEVICO - Dott. CALIARI Federico.

ROVERETO - Dott. SOMMADOSSI Mario.

Dott. ZANNINI Gino.

Oculisti :

TRENTO - Dott. GENTILINI Giuseppe, Piazza Venezia, 2.

Dott. GRILLO Gino, Via S. Maria Maddalena, 21.

Otorinolaringoiatri :

TRENTO - Dott. Cav. BANFICHI Tullio, Via Roma, 33.

Prof. GARBINI Giuseppe, Via S. Maria Maddalena, 10.

Dott. MAESTRANZI Dario, Via Rosmini, 25.

Dott. Cav. MAFFI Giuseppe, Via Oss. Muzzurana, 16.

TREVISO.

1. *Casa di cura prof. Piero Brisotto, Ponte Garibaldi, a tutti gli assicurati* : 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.

2. *Casa di cure chirurgiche « Villa Bianca », Prof. Dott. A. Grollo, a tutti gli assicurati* : 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.

TRIESTE.

Odontoiatri :

Dott. CHIUMINATTO Luisa, Via S. Francesco, 20.

Dott. FERRAGUTI Alessandro, Via Coroneo, 10.

Dott. METT Odoardo, Via Macchiavelli, 19.

Dott. MINAS Alberto, Via A. Diaz, 10.

Dott. OTTOCHIAN Giuseppe, Via S. Lazaro, 10.

Dott. REBEZ B., Corso Garibaldi, 28.

Dott. ROSATO Giuseppe, Via Trenta Ottobre, 18.

Oculisti :

Prof. Dott. KOCH Carlo, Viale XX Settembre, 24.

Dott. MANZUTTO G., Via Roma, 22.

Dott. OBLATH O., Via Rossini, 26.

Otorinolaringoiatri :

Dott. ROCCO Antonio, Via Mercato Vecchio, 3.

UDINE.

Odontoiatri :

Dott. DAMIANI Domenico.

Dott. CLONFERO Erminio.

VARESE.

1. *Clinica privata « La Quiete », a tutti gli assicurati* : 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 le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

2. *Consultorio materno in Varese, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale* : tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri :

Dott. BERTOLI Alessandro.

Dott. BERTOLI Romeo.

Dott. FRANZI Cesare.

Dott. GUSCETTI Severo.

Dott. MINGARELLI Lido.
 Dott. RIVA Gian Pietro.
 BUSTO ARSIZIO - Dott. BRECCHETTO Davide.
 GALLARATE - Dott. OTELLI Franco.
 Dott. PATARINO Alfonso.
 Dott. PERONI Paolo.
 TRADATE - Dott. COOPMANS DE JOLDI Luigi.

Oculisti :

VARESE - Dott. MORETTI Ezio.

Otorinolaringoiatri :

VARESE - Dott. ROVERA Santo.
 Dott. SIOLI Giulio.
 SOMMA LOMBARDO - Dott. BURATTI Pasquale Achille.

VERCELLI.

1. *Sanatorio di Bioglio*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: **tutti gli assicurati** potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.
2. *Consultorio materno di Biella* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: **tutte le assicurate** pagheranno un onorario di L. 5 per ogni volta.

VERONA.**Odontoiatri :**

Dott. BRIVIO Giano, Via Marsala.
 Dott. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.
 Dott. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.
 Dott. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.
 Dott. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.
 BARDOLINO - Dott. PEDUZZI P.
 LEGNAGO - Dott. BONFANTE Ugo.

VICENZA.

1. *Stabilimenti termali di Recoaro*, a **tutti gli assicurati**: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

Odontoiatri :

Dott. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.
 Dott. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.
 Dott. MARTINELLI L., S. Corona.
 ARZIGNANO - Dott. VERONESE Giuseppe.

Oculisti :

Dott. ANTUZZI C., Piazza Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri :

Dott. BASSO E., Via Racchetta, 5.
 Dott. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

VITERBO.**Odontoiatri :**

Dott. BAGEDDA Baingio.
 Dott. PIERLUIGI Antonio.

N. B. — 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.

Gli assicurati con polizze collettive e quelli con pagamento dei premi per Delegazione, dovranno richiedere alla Direzione dell'I. N. A. - Servizio Contabilità Generale - duplicati di quietanza.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, giacchè la concessione è subordinata alla disponibilità dei posti nei predetti Istituti, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'Istituto predetto in Roma, Corso Umberto n. 239, corredata dei seguenti documenti :

1. *Certificato medico che attesti la malattia del soggetto in tutti i suoi elementi e la indicazione del tipo di Istituto di cura più conveniente al soggetto stesso. Tale certificato dovrà contenere anche la dichiarazione che l'assicurato è esente da malattie infettive, o comunque trasmissibili, o da sindromi nervose, ed in grado di provvedere personalmente alle esigenze della vita di un Istituto di cura, senza speciale e personale assistenza.*

2. *L'ultima quietanza dell'I.N.A. attestante la situazione corrente nel pagamento dei premi.*

All'atto dell'ingresso l'assicurato, per proprio conto, provvederà a corrispondere all'Amministrazione dello Stabilimento di cura, cui verrà assegnato, l'importo della retta o diaria stabilita.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Città di Castello, 1985-XIII — Tipografia «Unione Arti Grafiche» — Telefono 87.

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

Consigli agli assicurati

LE SINUSITI

Dott. ALBERTO STARNA

del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

Per quanta cura noi vogliamo avere della salute in questi mesi invernali standocene il più possibile al tepore di una camera ben riscaldata e decidendoci ad uscire all'aperto soltanto infagottati in un pesante soprabito, questo spiacevole compagno di stagione che è il « raffreddore » ben presto finisce col raggiungerci. Certamente un po' di adattamento graduale alle variazioni atmosferiche ci sarebbe di migliore difesa ai rigori invernali di un ampio risvolto del soprabito o della tanto deprecata sciarpa da collo.

Anzi a voler essere un po' maliziosi possiamo dire che appunto questa preoccupazione di stare ben caldi in casa in ambiente superriscaldato dal termosifone e l'uscire così... corazzati è il primo elemento dello squilibrio termico che fatalmente contribuirà ad un più facile attecchimento del « raffreddore » di naso.

E poichè questo con le attuali condizioni di vita sociale per i contatti continui che si hanno si diffonde molto facilmente, dobbiamo almeno sapere i pericoli e le complicazioni a cui possiamo andare incontro trascurando questo disturbo purtroppo non sempre tanto passeggero.

La più frequente complicanza del raffreddore è la *sinusite*, parola quasi ignota ai profani; ma non è questa sufficiente ragione perchè essa, nostro malgrado, sia diffusissima in questi mesi. Se noi ignoriamo la sua esistenza essa non si dimentica di noi e non rinuncia a fare la sua capatina in ogni raffreddore che si rispetti.

Come è possibile tutto ciò? È presto detto in breve.

Anzitutto molti di noi non sanno che mamma natura ha riflettuto, quando ha creato quel capolavoro che è l'organismo umano, come per lo sviluppo del volto alcune ossa che lo formano potevano benissimo essere vuote internamente avvantaggiandone il peso e la mobilità in modo da permettere anche una più larga base agli impianti muscolari. Queste cavità costituiscono appunto i cosiddetti « seni ».

Non è però da credere che queste cavità tappezzate da una mucosa e comunicanti con le fosse nasali siano inutili zone morte del corpo umano. Esse hanno invece un duplice scopo servendo per la funzione olfattiva e per la respiratoria.

La prima è più precisamente perfezionata dalla mucosa dei seni che aumentando la superficie destinata a ricevere l'impressione odorosa ne prolungano il contatto e costituiscono vere camere olfattive.

Più importante è la funzione respiratoria accessoria in quanto l'aria umida dai seni e soprattutto dal frontale viene ad unirsi all'aria inspirata; gli studi di Calamida e Citelli hanno dimostrato come essi diano un giusto calore ed umidità all'aria che viene respirata.

Infine le variazioni di volume e di forme dei seni nei singoli individui come influiscono nelle conformazioni del volto così nella gamma infinita delle loro forme contribuiscono a caratterizzare la voce parlata e quella cantata dell'individuo.

*
* *

Se, come abbiamo visto, i seni hanno tante importanti funzioni, le loro alterazioni in occasione di malattie meritano di essere conosciute ancora di più nell'interesse della nostra salute.

Le cavità sinusali più frequentemente colpite da un processo infiammatorio sono quella ricavata nell'osso frontale e situate ad un dipresso a livello delle sopracciglia nel tratto interno di esse. Sono questi i seni a cui prima si diffonde la flogosi in ogni raffreddore di una certa intensità e che potremo subito riconoscere per quel senso di pienezza alla fronte accompagnato da scariche abbondanti sierose dalle narici, costituendo la *sinusite frontale catarrale acuta*. Malattia come vedete dal nome risonante ma che non ha una sintomatologia grave; oltre i disturbi già detti si può accompagnare ad una febbriola per qualche giorno, ma ben presto tutto scompare e con il raffreddore la sinusite consensuale dilegua.

Ma in queste forme dove non v'è pericolo spontaneo l'incauto trattamento fatto da empirici può produrre le peggiori conseguenze e su questo inconveniente dobbiamo specialmente richiamare la nostra attenzione.

I lavaggi delle cavità nasali, soprattutto le irrigazioni antisettiche, tanto in voga presso i «medici di sè stessi» o da chi si consiglia dalle donnicciole devono essere assolutamente banditi; ad essi si devono attribuire le peggiori complicazioni e diffusioni del processo.

Con questo non si vuole escludere che le sinusiti anche lasciate a sè stesse in alcune speciali forme soprattutto influenzali possano trasformarsi in processi purulenti costituendo allora l'empima acuto del seno frontale con dolori fronto-orbitali, scolo purulento del meato medio e febbre di notevole entità; ma non dobbiamo per lo meno concorrere al loro stabilirsi. «*Primum non nocere*» è una massima antica di medicina e comprensibile anche a chi non sa di latino.

Sul corteo sintomatologico e sugli accertamenti diagnostici di queste forme gravi è inutile soffermarci poichè si richiede senz'altro l'intervento di un medico specialista; per evitare invece il più possibile questa deprecata complicazione ci dovremo in occasione di una sinusite catarrale limitarci a mantenere il canale di deflusso del seno con inalazioni calde e con polverizzazione di soluzione oleosa indicate.

I tentativi di lavaggi con antisettici violenti non raggiungono nessun effetto bensì offrono in cambio moltissimo pericolo.

Ma oltre alle sinusiti frontali altre di importanza non inferiore sono quelle che si sviluppano nella cavità del mascellare superiore nel cosiddetto antro di Higmore. La diffusione delle flogosi dalla cavità nasale a questo determina la *sinusite mascellare acuta*, non rara complicazione dell'influenza e della corizza.

Questa sinusite sebbene catarrale può trasformarsi in purulenta formando in tal modo l'empima del mascellare più spesso dovuto ad una caria dentaria. Ricordiamoci dunque che questa ultima affezione così comune, più del raffred-

dore può dare l'empima del mascellare specialmente quando il processo carioso ha colpito il 1° molare.

La differenza della sinusite dall'empima oltrechè sintomatologicamente più imponente nella seconda da richiedere l'intervento chirurgico è dovuta secondo Levy ed altri al fatto che mentre nella prima il pus non è fetido e causato da un solo microbo, il più spesso lo streptococco o lo stafilococco; nella seconda la secrezione è fetida e dovuta all'associazione di più microbi.

Il dolore spontaneo nella sinusite mascellare raramente si ha in corrispondenza della zona dell'antro, più spesso è irradiato o localizzato alla regione frontale e sopraorbitale. Contemporaneamente si diffonde anche all'arcata dentaria e all'orecchio. La febbre è quasi costante; con il vuotarsi improvviso della raccolta attraverso lo hiatus di apertura la febbre cade rapidamente.

Dei numerosi segni e accorgimenti d'esame per accertare la diagnosi è fuori luogo qui riferire. Ricorderemo come per le sinusiti in genere sia di notevole importanza, oltre la radiografia la puntura esplorativa e il cateterismo del seno, la transilluminazione che è basata sulla propagazione della luce attraverso i seni se questi sono integri; l'opacità al fenomeno è indice di alterazione della parte e di ristagno nel seno. Questa ricerca è di facile attuazione ma di valore ormai piuttosto superato dai recenti metodi radiografici; ciò non toglie che sia ingegnosa. Per i curiosi di storia medica ricorderò come quaranta anni fa Heryng di Varsavia lo descrisse per primo costruendo uno spettro di diafanoscopia che da lui ha preso il nome.

Altri due seni esistono nel cranio cioè l'etmoidale e lo sfenoidale, profondamente incuneati il primo tra l'impianto delle ossa nasali e la fossa cranica anteriore, il secondo unico mediano ricavato nell'osso omonimo che costituisce la travatura centrale della base cranica. Entrambi questi seni possono andare incontro a flogosi e come si comprende, per la loro sede, sono anche di difficile diagnosi.

Ci contenteremo di ricordare come l'*etmoidite acuta* si inizia con nausea, vomito, febbre, cefalea frontale, specie accentuata nella regione orbitaria con esacerbazioni notturne; questo processo può talora essere circoscritto ad una parte delle cellule etmoidali o invaderle invece tutte.

La *sinusite sfenoidale* infine è la forma più oscura e più grave e si accompagna a febbre alta, stato tifico, disturbi oculari, cefalea gravativa e a dolore irradiato occipitale e parietale. Solo un esame completo con radiografia e rinoscopia accurata permettono l'accertamento di questa forma morbosa di speciale gravità.

Merita poi a proposito della sinusite in genere speciale menzione il fatto non raro che talvolta una cefalea ostinata senza causa apparente, più spesso dopo una influenza con invasione delle alte vie respiratorie, sia da riportarsi, dopo numerose e inutili ricerche in vario senso, ad una sinusite cronica. Ugualmente possono imputarsi alla stessa causa alcune febbri persistenti con scarsissimi fatti locali e subiettivi.

*
**

A questo punto dopo aver visto a volo uno dei capitoli più complessi della specialità non voglio ancora affliggere con termini astrusi ed aride classificazioni qualche lettore che armato di buona volontà mi ha seguito cortesemente fino a questo punto.

Riassumendo dunque quanto abbiamo esposto ci dobbiamo ricordare a scopo preventivo che i raffreddori di naso con grande facilità si diffondono ad alcune cavità annesse che costituiscono i seni. La nozione delle sinusiti ci farà ricorrere in tempo debito allorchè i disturbi subiettivi si mantengono all'opera dello specialista. Si eviterà in tal modo la troppo frequente trasformazione da una sinusite acuta in cronica con tutte le conseguenze che seguono. Le non

felici peculiari disposizioni anatomiche del drenaggio dei seni facilitano notevolmente tale trasformazione.

Così pure si bandirà in ogni raffreddore una cura arbitraria di lavaggi e irrigazioni antisettiche delle cavità nasali, la loro anfrattuosità è insidiosissima e ci si limiterà ad inalazioni calde

Altro inconveniente frequente è la diffusione per contiguità del processo da un seno all'altro e quindi non dovremo attendere per ricorrere al medico che la sinusite semplice si sia trasformata in polisinusite di difficile guarigione.

Infine un esame rinologico può talvolta trovare in una sinusite latente la causa di una febbriola e di una cefalea sulla causa delle quali fino ad allora si era inutilmente cercato.

L'AFFANNO

Dott. A. SULTANO

del Servizio Sanitario dell'I.N.A.

Con la parola *affanno*, o meglio, col termine medico, *dispnea*, si designa una difficoltà respiratoria per cui il soggetto prova una sensazione fastidiosa, talora persino dolorosa ed angosciata di sentirsi mancare l'aria, e, come si suol dire, ha « fame d'aria ».

Questo bisogno d'aria può presentarsi sotto vari aspetti: ora in forma leggera e frequente, specie dopo una fatica (*dispnea da sforzo*), ora in forma grave, ad accessi, insorgenti per lo più in completo riposo (*asma, edema polmonare*).

Le cause che possono provocare l'affanno sono varie e così lo vediamo insorgere nelle malattie le più diverse, come nelle lesioni polmonari, nelle affezioni cardiache, nelle malattie renali, nelle alterazioni del ricambio, nei disturbi nervosi, nelle intossicazioni, negli avvelenamenti.

La ragione del manifestarsi dell'affanno in lesioni organiche così diverse, è spiegata facilmente, se si tien presente la fisiologia della respirazione.

Questa infatti ci insegna che gli atti respiratori sono alla dipendenza di un centro nervoso risiedente nel midollo allungato (*bulbo*), il quale funziona in modo automatico, stimolato principalmente dal rapporto tra ossigeno e anidride carbonica, contenuto nel sangue, che, in questo suo ricambio gassoso con l'aria ambiente, è in stretta relazione con le condizioni funzionali del cuore e con la superficie di ventilazione polmonare; è cioè necessaria una determinata velocità della circolazione sanguigna nella rete polmonare.

Già normalmente notiamo, in condizioni del tutto fisiologiche, insorgere affanno, in seguito ad un lavoro muscolare eccessivo, in seguito ad una corsa, ad una ascesa in montagna ecc., poichè in tali condizioni l'attività esagerata dei muscoli ha bisogno di maggior quantità di ossigeno e produce gran quantità di anidride carbonica, che, accumulandosi nel sangue eccita, a maggiore attività, il centro respiratorio bulbare. In tali casi si parla di *dispnea fisiologica da sforzo*.

Ma, data la stretta connessione funzionale tra il centro respiratorio, i polmoni e il cuore, le malattie di questi organi possono provocare affanno, come pure alcune sostanze tossiche circolanti nell'organismo o presenti nell'ambiente esterno possono agire direttamente o indirettamente sul centro respiratorio bulbare, che accelera o rallenta il ritmo della respirazione.

Osserviamo perciò in condizioni patologiche:

1. *La Dispnea polmonare*, nelle malattie che colpiscono l'apparato respiratorio, come nella polmonite, nella tubercolosi polmonare, nelle pleuriti con versamenti, nei tumori della cavità toracica. Tutte queste affezioni riducono la superficie di ventilazione polmonare e per compensare tale perdita, che apporta un accumulo di anidride carbonica nel sangue, si ha un aumento del ritmo respiratorio, cioè i pazienti invece di avere una frequenza normale di 12-16 atti respiratori al minuto, presentano una frequenza aumentata di 40 e più. Le loro labbra, i pomelli e le orecchie sono più coloriti del normale, di una tinta tendente al bluastro (cianosi).

Se la malattia permette a tali soggetti di poter camminare, essi provano facilmente affanno dopo una breve passeggiata ed al più piccolo sforzo. Spesso a letto sono obbligati a star seduti anzichè distesi.

2. *La Dispnea cardiaca*. Questa è la più frequente. Infatti una malattia che diminuisce l'energia contrattile del miocardio e con questa, la forza di riserva del cuore, non permette più a questo di far circolare, nella giusta proporzione, il sangue nella rete alveolare del polmone, per cui diminuisce lo scambio di ossigeno ed anidride carbonica; ne consegue l'affanno, il bisogno d'aria, che è appunto il gran sintomo delle malattie del cuore.

Nei gradi più lievi, l'affanno è appena avvertito; i pazienti nel parlare hanno bisogno di tanto in tanto di arrestarsi per prendere fiato, non possono trattenerne a lungo il respiro; in grado più elevato essi debbono nel salire le scale, fermarsi spesso ansando; nel compiere una qualsiasi fatica sono presto presi da affanno più o meno duraturo, indice della perdita dell'energia di riserva del cuore.

Infine la dispnea può presentarsi continuativa e persino nel riposo più completo; i pazienti allora non possono giacere distesi, ma sono costretti a star seduti sul letto, con dei cuscini dietro la schiena.

Questa dispnea può sempre più accentuarsi e mutarsi in un accesso grave (*asma cardiaco*), dopo un pasto abbondante, uno strapazzo, una violenta emozione. In tali accessi, che per lo più si presentano di notte, i pazienti sono costretti a mettersi a sedere, con le mani puntellate sul piano del letto: sono irrequieti, angosciati, evitano di parlare per tema che manchi loro il respiro, il quale si rende difficile, doloroso, frequente, accompagnato da colpi di tosse.

Nei casi favorevoli, dopo mezz'ora, un'ora, l'accesso si dilegua, lasciando i pazienti fortemente prostrati.

Nei casi gravi invece nell'aeme dell'accesso il respiro ed il cuore si arrestano e si ha la morte; oppure l'asma può trasformarsi in *edema polmonare* cioè il polmone è inondato da una sierosità sanguigna, che viene emessa con la tosse sotto forma di schiuma rosea e causa la morte del paziente per asfissia, se un generoso salasso eseguito prontamente dal medico, non riesce a liberare il polmone dalla marea sanguigna montante.

3. *La Dispnea nervosa*, dovuta ad alterazioni organiche o funzionali dei centri respiratori midollari, dei centri cerebrali superiori e dell'innervazione periferica.

Il centro respiratorio bulbare può venir colpito direttamente per traumi, per emorragie cerebrali, per lesioni dei vasi del bulbo; in tali casi si ha sempre la morte improvvisa per sincope.

I centri cerebrali superiori possono influenzare la meccanica respiratoria; così nelle donne isteriche riscontriamo talora degli accessi di respiro molto frequente e persino degli accessi di asma (Hofbauer).

Infine disturbi della respirazione si manifestano anche per eccitazione del nervo vago e per inibizione del simpatico che possono essere provocati da varie

cause, quali disturbi delle ghiandole a secrezione interna (favorenti un disquilibrio vago simpatico), alterazioni degli umori dell'organismo (che bagnano il sistema nervoso) provocate da sostanze le più varie, penetrate nell'organismo per inalazione (odore di fiori, di fieno, di cavallo, di montoni, di gatti), per ingestione (uova, fragole, gamberi), per via cutanea (iniezioni di siero), ecc. o affezioni del naso, del tubo digerente, degli organi sessuali nei quali si sfioccano terminazioni di rami del vago e del simpatico.

In molte di queste affezioni sono frequenti gli accessi di *asma bronchiale*. I pazienti per lo più avvertono prima dell'attacco dei segni premonitori, come abbattimento, irrequietudine fisica e psichica, disturbi dell'odorato: quindi, colti dall'attacco, avvertono un senso di soffocazione accompagnato ad un bisogno d'aria via via più intenso e penoso, a tosse secca, stizzosa, insistente, ostinata. Se stavano a letto, non possono più rimanere distesi e si precipitano alla finestra nell'affannosa ricerca d'aria, presentando un aspetto angosciato e sofferente. Il loro respiro è rumoroso e sibilante.

L'accesso d'asma bronchiale, dopo una durata a volte di minuti, ma più spesso di ore, comincia a declinare e ben presto si ristabilisce la calma; i pazienti si addormentano allora profondamente per svegliarsi poi liberati da ogni sofferenza.

4. *La Dispnea ematogena* per alterazioni della composizione del sangue, per cui la fissazione e il trasporto dell'ossigeno sono diminuiti. È frequente infatti l'affanno nelle anemie perniciose, nelle quali si ha una forte riduzione dei globuli rossi che servono appunto a fissare l'ossigeno nella loro emoglobina.

5. *La Dispnea tossica*: sostanze tossiche possono formarsi nell'interno dell'organismo o per diminuita funzione degli apparati depuratorî, come avviene nelle nefriti, per cui il rene non è in grado di eliminare i prodotti di rifiuto (urea), oppure per alterata funzione di ghiandole a secrezione interna, come avviene nei diabetici per cui si formano speciali corpi chimici (acetone). Queste sostanze: urea ed acetone circolano nel sangue irritando il centro respiratorio bulbare e producono alterazioni speciali del ritmo respiratorio caratteristici; per la nefrite: *respiro di Cheyne-Stokes*, e per il diabete grave: *respiro rumoroso di Kussmaul*, precursore del coma diabetico, da cui, fino a poco tempo addietro i pazienti passavano alla morte, mentre ora, il pronto intervento del medico, mediante iniezioni di insulina, riesce a scongiurare la catastrofe.

Sostanze tossiche possono entrare infine nell'organismo dall'esterno (intossicazioni esogene) per lo più per presenza di gas deleteri nell'aria di respirazione: tali sono l'ossido di carbonio che può svilupparsi in una camera chiusa, nella quale arde un braciere di carbone. Frequenti sono le morti per asfissia spesso a scopo suicida, per aver dormito in camere riscaldate da stufe a carbone; *l'idrogeno solforato*, e *l'idrogeno arsenicale* che si sviluppano in ambienti industriali, i gas irritanti ed asfissianti, quali l'ipocianuro, l'ammoniaca, il fosgene, l'acido cianidrico, adoperati nella recente guerra mondiale, e che molto probabilmente rappresenteranno l'arma terribile delle guerre future.

*
* *

La conoscenza delle varie cause provocatrici dell'affanno è necessaria per prevenirlo e combatterlo con i vari mezzi di cui possiamo disporre.

Anzitutto l'intervento del medico è indispensabile per studiare ed individuare, sebbene talora con serie difficoltà, la malattia fondamentale, che, come abbiamo sopra notato, con meccanismo vario, produce l'affanno: è proprio tale malattia, diversa nei singoli pazienti, che bisogna combattere: e siccome essa appunto non è uguale nei vari soggetti, così anche i rimedi sono anch'essi diversi.

1° Nella *tuberculosis polmonare*, che, delle affezioni polmonari è la più diffusa, e che distrugge parte, talora estesa, della superficie di ventilazione polmonare, occorre facilitare il compito di ben respirare per compensare la parte distrutta, a quella rimasta sana. A tal uopo è necessario il soggiorno in luoghi ricchi di aria pura; si rinnoverà spesso l'aria delle stanze di abitazione e, nella camera da letto, la finestra sarà tenuta sempre aperta, anche di notte.

Se le condizioni finanziarie lo permettono si soggiognerà in campagna od anche in montagna ed in climi temperati.

Si cercherà di fortificarsi contro il germe che tenta di estendere sempre più la sua opera devastatrice, mediante una alimentazione abbondante con cibi sostanziosi; tutti gli alimenti sono permessi: carne, uova, amilacei, frutta, vino ecc. Anche il riposo fisico è un fattore da non trascurare, poichè sappiamo che il lavoro accelera il ritmo respiratorio, affaticando il polmone, che deve invece essere risparmiato quanto più è possibile.

2° I *malati di cuore*, non disponendo più dell'intera energia di riserva del miocardio, non devono assoggettarsi a lavori faticosi, ma si dedicheranno prevalentemente a lavori sedentari. La salita delle scale provoca in loro facilmente affanno, perciò sono consigliabili le case di abitazione con pochi gradini.

I loro pasti non debbono essere abbondanti, poichè, come abbiamo notato, gli attacchi di asma insorgono talora dopo pasti copiosi. Anche le emozioni devono essere evitate.

Infine i cardiopatici che debbono il loro male alla siflide, curino questa malattia con i mezzi efficaci che la scienza loro fornisce: eviteranno i gradi più elevati ed improvvisi dell'affanno, spesso mortali, e cioè l'asma cardiaco e l'edema polmonare.

3° Per prevenire gli accessi di *asma bronchiale* bisogna individualizzare la causa asmogena, e a seconda dei casi, saranno curate le affezioni nasali, genitali ecc; oppure si cercherà di eliminare, se possibile, la causa esterna (gamberi, fragole, pollini, polveri, derivati animali ecc.) e, se non è possibile, si cercherà di desensibilizzare l'organismo mediante cure adatte come iniezioni sottocutanee di estratti di pollini, cutireazioni con gli stessi estratti, ingestione dell'alimento nocivo in minime dosi.

4° I *nefritici* possono prevenire gli accessi di affanno (asma uremico) mediante una nutrizione adatta, evitando principalmente la carne ed altre sostanze albuminoidi, in modo da non accumulare nel sangue una maggiore quantità di sostanze di disgregazione, la cui eliminazione è devoluta ai reni, in loro malati e quindi impediti a compiere la funzione depuratrice del sangue.

5° I *malati di diabete lieve* facilmente domineranno il loro male mediante un'alimentazione con riduzione della pasta, del pane e specie di dolci, mentre i diabetici in *forma grave*, che presentano nell'urina acetone, trarranno grande vantaggio da una cura a base di insulina, un preparato dall'estratto di pancreas di animali, che serve a rafforzare o a sostituire la funzione dell'organo corrispondente, malato nei diabetici. Tale cura va però sempre eseguita sotto il controllo del medico.

6° Saranno infine evitati gli avvelenamenti da gas tossici dell'aria di respirazione, abolendo, per il riscaldamento delle camere da letto, i bracieri accesi, che sviluppano ossido di carbonio; e coloro che accorrono al soccorso in simili ambienti, ricordino anzitutto di spalancare immediatamente le finestre per non essere sorpresi anche loro del gas venefico, che, per la sua forte concentrazione, provoca rapidamente torpore delle gambe.

Nelle officine industriali, in cui si sviluppano gas deleterii, sono prese, per legge, le opportune cautele per difendere dai pericoli gli operai: l'azione deleteria dei gas asfissianti si previene mediante maschere protettici.

Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale*Utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica distribuiti dall'I. N. A.*

Anno 1931	33,50 %	dei buoni distribuiti
» 1932	36,70 %	» »
» 1933	53,60 %	» »
» 1934	59,20 %	» »

Contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nel secondo semestre dell'anno 1934.

ANTIDURATA DEI CONTRATTI	Assicurazioni ordinarie		Assicurazioni popolari	Cessioni legali e Riassicurazioni	TOTALI
	con visita medica	senza visita medica			
Inferiore a 5 anni	398	206	535	284	1.423
Superiore a 5 anni	815	102	185	412	1.514
	1.213	308	720	696	2.937

Rendiconto del gabinetto odontoiatrico dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. (Dal 1° Luglio al 31 Dicembre 1934-XIII).

AFFEZIONI CONSTATATE	Numero	PRESTAZIONI ESEGUITE	Numero
Carie dentaria	53	Otturazioni cavitare	53
Piorrea alveolare	20	» canalari	7
Periostiti	38	Raschiamenti	34
Ascessi alveolo dentari	13	Incisioni	10
Gengiviti	23	Estrazioni	42
Periodontiti	2	Applicazione di corone	20
Disodontiasi	4	» di ponti	12
Fistole gengivali	7	Riaggiustato apparecchio in caucciù	1
Papilliti	6		
Erosioni	2		
Piaghe del decubito	4		

**Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni
che hanno dovuto sottoporsi ad operazioni chirurgiche**

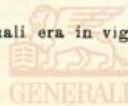
	1981	1982	1983	1984	Totale
Interventi per :					
1) Cancro ed altri tumori	2.405	—	4.508	28.174	35.087
2) Malattie delle ghiandole endocrine	—	12.000	—	—	12.000
3) Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi .	9.910	11.100	17.035	8.441	46.486
4) Malattie dell'apparato circolatorio	—	—	16.788	4.860	21.648
5) Malattie dell'apparato respiratorio	—	—	—	7.500	7.500
6) Malattie dell'apparato digerente	20.798	20.640	97.904	100.146	239.488
7) Malattie dell'apparato urinario e genitale	1.815	43.958	61.640	45.210	155.623
8) Malattie della gravidanza e del parto	—	—	4.910	1.290	6.200
9) Malattie della pelle e tessuto cellulare	—	—	4.515	—	4.515
10) Malattie delle ossa e degli organi della locomozione .	4.500	—	3.918	4.451	12.869
Totale	39.423	87.698	214.218	200.072	541.411



Numero dei Prestiti senza interessi concessi nel quadriennio 1931-1934 distribuite per interventi chirurgici e regione cui gli assicurati appartenevano

	Piemonte	Liguria	Lombardia	Tre Venezie	Emilia	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzi	Campania	Puglie	Lucania	Calabria	Sicilia	Sardegna	Totale
Interventi per:																	
1) Cancro ed altri tumori	1	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—	1	2	—	2	—	10
2) Malattie delle ghiandole endocrine . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
3) Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi . . .	1	—	3	3	—	1	1	—	—	1	1	—	—	1	—	1	13
4) Malattie dell'apparato circolatorio . . .	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	8
5) Malattie dell'apparato respiratorio . . .	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
6) Malattie dell'apparato digerente . . .	5	2	8	14	5	5	2	3	13	1	11	3	2	1	12	—	87
7) Malattie dell'apparato urinario e genitale . .	4	1	4	2	5	—	1	—	4	—	2	2	—	1	2	1	29
8) Malattie della gravidanza e del parto . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2
9) Malattie della pelle e tessuto cellulare . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	4
10) Malattie delle ossa e degli organi della locomozione	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	5
<i>Totale . . .</i>	11	3	19	22	12	7	6	3	20	2	17	7	6	5	19	3	162

N.B. — Il raggruppamento per Regioni è stato fatto in base alle agenzie presso le quali era in vigore la polizza al momento della concessione del prestito.



Digitized by Google & Historical Archive

*Organizzazione medica dell' I. N. A. al 31 dicembre 1934-XIII.**In Italia :*

REGIONI	Medici fiduciari	REGIONI	Medici fiduciari
Piemonte	463	Abruzzo e Molise	201
Liguria	129	Campania	472
Lombardia	567	Puglia	258
Tre Venezie	535	Lucania	113
Emilia.	300	Calabria	432
Toscana	320	Sicilia.	325
Marche	143	Sardegna	165
Umbria	134		
Lazio	266		
		Totale N.	4.818

<i>Consulenti straordinari</i>	}	per la Medicina interna	N. 47
		per la Neurologia	» 7
		per la Otorino-laringoiatria	» 18

All' Estero :

STATI	Medici fiduciari	STATI	Medici fiduciari
Albania	15	Malta.	2
Austria	21	Palestina	9
Egitto.	38	Siria	13
Francia e Colonie	174	Ungheria	18
Grecia	322		
		Totale N.	612

MEDICINA DELLE ASSICURAZIONI VITA

R. CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore Prof. R. ALESSANDRI

Sul decorso e sulla diagnosi della malattia ulcerosa gastro-duodenale

(Osservazioni sui casi dell'anno scol. 1933-34-XII)

Dott. DANIELE SIBILIA * - Dott. EUGENIO DE BERNART

I.

NOTA PRELIMINARE.

Specialmente in questi ultimi anni molto si è studiato, scritto e discusso sulle molteplici questioni che si riferiscono alla patogenesi delle ulcere gastriche e duodenali, capitolo questo sempre sottoposto a intensi lavori di revisione a causa delle varietà e talora disparità delle interpretazioni che mutano col punto di vista in cui sono orientati i singoli autori.

Una delle ragioni precipue è data dall'incertezza che si ha sul « perchè » della minor resistenza cellulare (fattore determinante specifico) rispetto all'altro fattore predisponente generico, universalmente ammesso e obbiettivamente spesso constatabile, che si può definire come quello ipersecretivo — ipercloridrico — iperpeptico.

Questo a sua volta appare inquadrato nell'ambito di una costituzione che, pur potendosi presentare ad impronta morfologica polimorfa (Viola) si dimostra ad impronta eretistica, specialmente riguardo al sistema nerveomuscolare, e vasale, con tendenza agli stati spastici e ipersecretivi.

Si tratta cioè nella maggior parte dei casi di individui in squilibrio del proprio neurotono vegetativo, con spiccata vagolabilità; onde il risentimento della funzione gastrica che il sistema simpatico-parasimpatico regola in « collaborazione ritmica equilibrata ed armonica » (Pende).

Un'altra ragione che rende difficile lo studio di queste malattie è la sede, gastroduodenale, che tanti rapporti anatomici, chimici, nervosi, vascolari ecc. ha con i visceri vicini, in special modo con quelli dell'addome destro (appendice, cistifillea).

In tal modo spesso una sintomatologia gastrica è l'espressione sensibile di una disfunzione riflessa da lesioni anatomiche più o meno lontane, che talora si associano a vere ulcere mascherandone, per le interferenze molteplici ricordate, la sintomatologia e il decorso, offrendo spesso problemi patogenetici di difficile risoluzione.

Anche malattie generali, come vedremo, (ad es. nefrite cronica, diabete, malattie nervose ecc.) si possono manifestare clinicamente con sindromi gastriche; anatomicamente in alcuni di questi casi si possono persino trovare lesioni ulcerative che tuttavia non hanno nulla in comune con le vere ulcere peptiche.

* La parte statistica è dovuta a E. de Bernart; la stesura del lavoro appartiene a D. Sibilìa.

D'altra parte molti stati gastritici non ulcerosi possono più o meno mentire clinicamente l'ulcera, che spesso non dà segni di sè.

Tutte queste considerazioni che corrispondono a casi osservati frequentemente hanno fatto mettere in dubbio ad alcuni A.A. l'esistenza di una sintomatologia tipica, ad interpretazione univoca, dell'ulcera gastro duodenale.

Noi ci siamo voluti occupare della diagnosi e del decorso di queste forme morbose, studiandoli in individui in cui la diagnosi fu controllata in quanto furono operati nella R. Clinica Chirurgica della R. Università di Roma nell'anno scolastico 33-34-XII.

I trattatisti hanno certo fornito dei quadri schematici con i quali ammettono facile la diagnosi, ma che per altri A.A. moderni « non tengono conto della massa polimorfa dei fatti » (Jacquelin e Chêne) « Noi dobbiamo — aggiungono gli stessi A.A. — riconoscere l'ulcera bulbare nella folla dei dispeptici ».

Il diagnostico si presenta tanto più difficile in quanto questi pazienti si possono presentare in periodi di silenzio digestivo. Allora possono scomparire anche i segni radiologici, che alcuni A. A. affermano possibili ad essere evidenziati solo nelle fasi di riacutizzazione o dietro emorragie.

A rendere ancora più oscura la sintomatologia sopraggiungono le varie complicazioni, dalle stenosi alle perivisceriti, alle consociazioni morbose (sintomie patologiche addominali del Solieri) e così via dicendo fino al grave fatto rappresentato dalla metaplasia epiteliomatosa.

Interessante è infine osservare l'influenza sul decorso della sindrome, dei vari interventi terapeutici sia medici che chirurgici. I primi rappresentano spesso dei tentativi che il paziente compie spesso da solo, osservando come l'ingestione di alcuni cibi e di sostanze alcaline abbiano la proprietà di calmare i dolori e modificare l'acidità.

Riguardo agli interventi chirurgici la discussione perdura vivissima tra i partigiani della gastro-enterostomia e quelli della resezione gastro-duodenale che rappresentano gli interventi più importanti. Le osservazioni dei nostri casi si riferiscono tuttavia nella quasi totalità a resezioni.

II.

LA SINDROME ULCEROSA GASTRO-DUODENALE NELLE SUE FORME TIPICHE E NELLE VARIETÀ

Come dicemmo, le seguenti osservazioni, di carattere clinico-statistico, si riferiscono allo studio delle cartelle cliniche dei malati ricoverati nella R. Clinica chirurgica di Roma nell'anno scolastico 33-34-XII. Ringraziamo qui vivamente l'illustre Prof. Alessandri per il permesso concessoci.

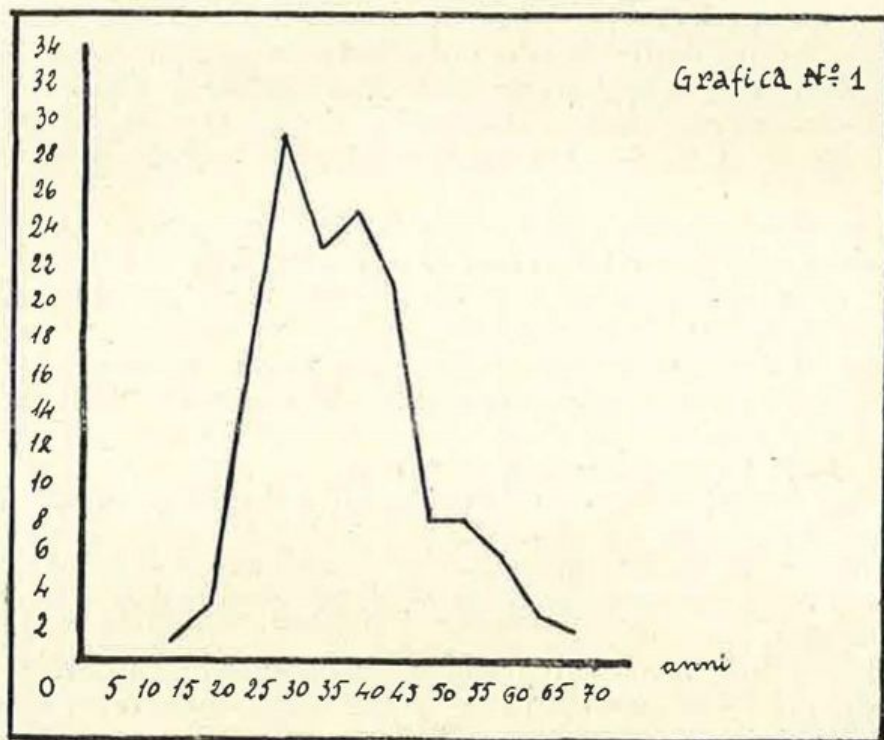
Dallo spoglio complessivo di 1248 cartelle che corrispondono al numero totale dei ricoverati nell'annata scolastica, abbiamo preso in considerazione circa 160 casi in cui erano comprese 111 ulcere gastro-duodenali di diagnosi accertata quasi sempre anche anatomicamente con l'atto operativo. Il resto riguarda una serie di casi dubbi o fortemente atipici, in cui non ci si fermò che al sospetto di ulcera, non affermata, e di altri casi in cui si potè accertare non trattarsi di ulcera, ma che l'ulcera stessa avevano simulato.

La percentuale quindi di ulcere è stato del 10,49%. Di esse 95 furono duodenali, 16 gastriche, nel rapporto cioè di 5,93.....: 1;5 non furono nettamente localizzate. Delle forme duodenali 87 erano di uomini, 8 di donne (10,87: 1). Delle gastriche 13 erano di uomini, 3 di donne (4,33.....: 1). Maggior frequenza perciò della sede duodenale e dei maschi, questi tuttavia meno frequenti, in senso relativo, per la sede gastrica.

In pochi casi abbiamo rilevato nel gentilizio altre storie di gastropatie; ricordo qui come per Boeri l'eredità si manifesterebbe nel 5% dei casi.

Molto scarsamente trovammo denunce anamnestiche di forme specifiche, in due o tre casi i pazienti riferivano per il passato una infezione luetica ben curata, in tre casi coesisteva diabete.

L'età dei p. come si sono presentati in Clinica è espressa dalla grafica n. 1.



Età del paziente.

Riguardo alla professione degli ulcerosi, questa dalla maggior parte degli A.A. non è tenuta in eccessiva considerazione. Noi notammo nei casi da noi considerati questa frequenza (grafica n. 2). Come si può osservare prevalgono, non considerando quella pur tanto comune di impiegato, le occupazioni più faticose (contadini, manovali, meccanici, falegnami ecc.) D'altra parte l'importanza del trauma avemmo occasione spesso di notare, specialmente rispetto al determinismo delle complicazioni dell'ulcera stessa. L'epoca d'insorgenza dei primi disturbi fu la seguente (vedi grafica n. 3). Come si vede il massimo di frequenza è tra i 20 e 40 anni, con una maggior punta mediana (25-30 anni).

Come si inizia la sintomatologia? Nella maggior parte dei casi il p. può risalire solo approssimativamente all'epoca in cui cominciarono i primi disturbi, ma talora viene riferito nettamente il mese e persino il giorno. In questi casi si tratta spesso di fenomeni di una certa intensità che qualche volta si identificano con lo scoppio improvviso di alcune complicazioni proprie dell'ulcera (enterorragie, perforazioni ecc.), e frequentemente si può notare la coincidenza con sforzi fisici, eccessi di lavoro, libazioni smodate, eccessi di fumo e strappazzi di ogni genere. In un caso le sofferenze seguirono a un bagno freddo; in una parte dei casi si iniziarono durante la guerra.

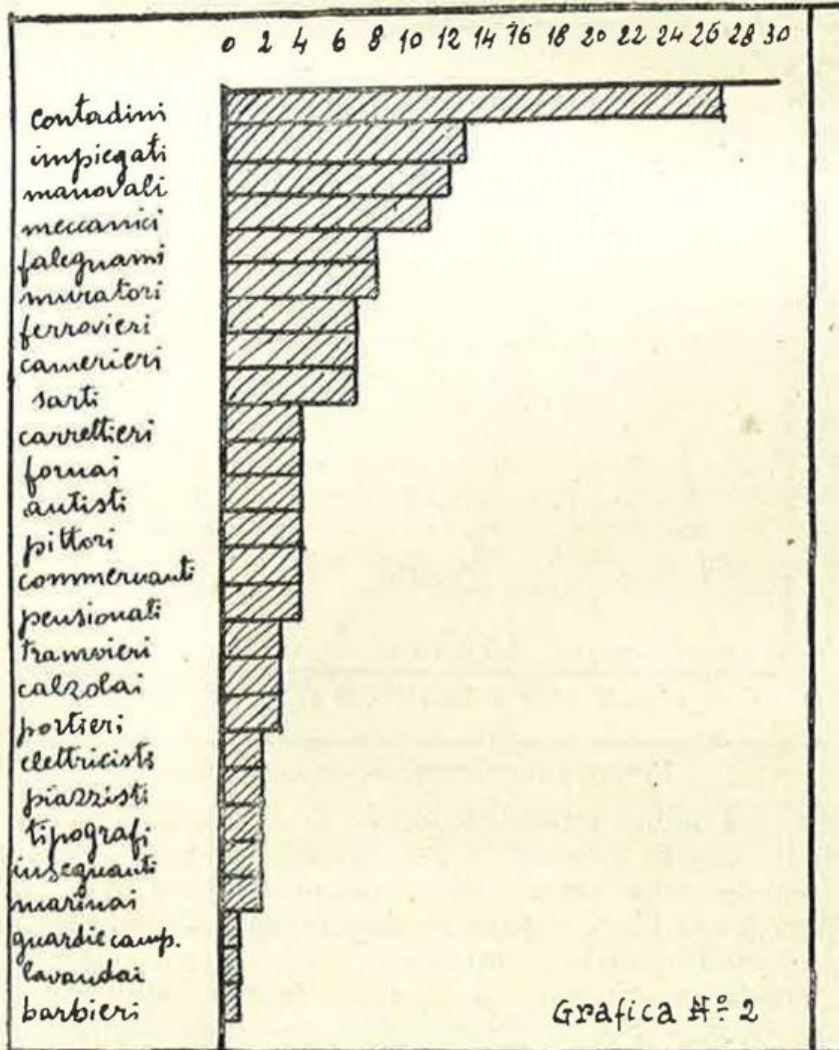
Avviene così che il p. riferisca a quelle cause occasionali l'insorgenza dei suoi disturbi che si possono ripetere e accentuare dietro sregolatezze alimentari o eccessi del bere.

Qualche volta il p. stesso si sottopone a un regime di vita e di alimentazione moderata, che fa cessare del tutto i disturbi, che immancabilmente si ripresentano dopo nuovi eccessi.

Altre volte apre la scena un periodo continuo più o meno lungo, da pochi

giorni a qualche mese, di disturbi gastrici banali, di varia intensità, ma senza ritmi particolari e tanto meno quelli che si riportano come classici dell'ulcera.

Questo carattere atipicamente dispeptico lo abbiamo trovato specialmente all'inizio delle sofferenze, poi molto spesso la sintomatologia può farsi tipica, presentandosi le sofferenze con un ritmo proprio, dato dai periodi di benessere alternati ad altri di dolori, ecc.



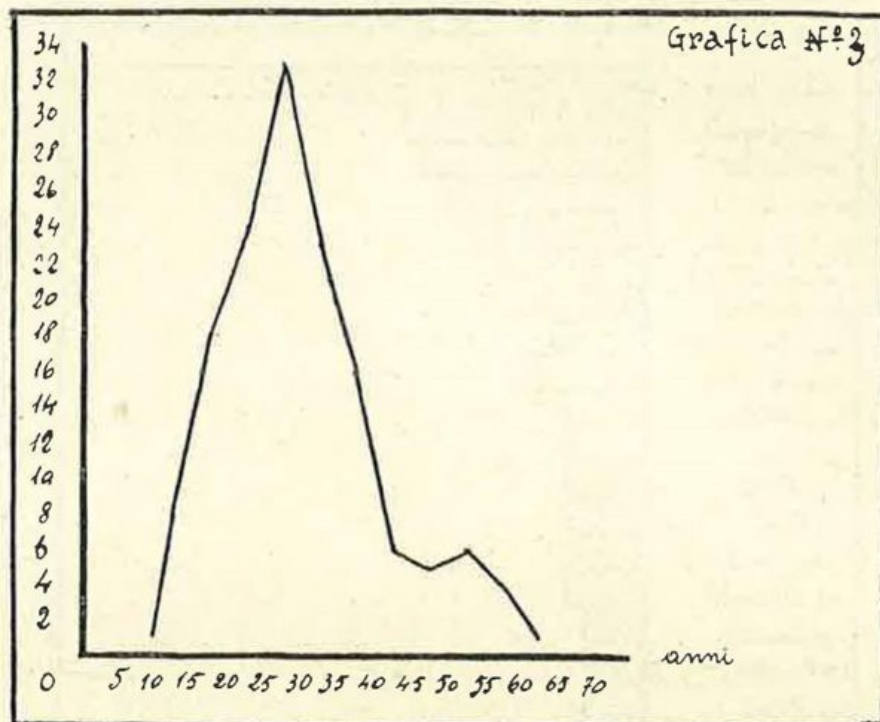
Negli ultimi periodi poi le sofferenze si fanno di nuovo in alcuni casi più atipiche perchè più continue; è appunto l'ulcera che si è evoluta e complicata. Questo decorso, pur lungi dall'esser costante, è stato osservato varie volte in storie sul tipo di questa:

S. G. falegname, di anni 46. Buon mangiatore e bevitore. Ex malarico. Due anni fa, dopo eccessi alimentari, notò per circa un mese epigastralgie accompagnate da pirosi, eruttazioni, e talora vomito, senza alcun rapporto coi pasti che tuttavia, se abbondanti, accentuavano i disturbi. Così con periodi irregolari di miglioria fino a che da 3-4 mesi i disturbi compaiono solo 2-3 ore dopo i pasti. L'assunzione di cibo o di alcalini reca sollievo al p. Spesso i vomiti sono stati a « fondo di caffè ». Nelle ultime settimane però i disturbi si sono fatti così continui e insistenti che il p. chiede ricovero in clinica. L'atto operativo dimostra una ulcera della parete gastrica posteriore con perigastrite.

Pertanto nella più gran parte dei casi la sindrome ha dei caratteri propri. In generale il primo disturbo avvertito è il dolore, che il p. addita in corrispondenza della regione epigastrica, ma che tuttavia non è quasi mai localizzato in una piccola zona.

Al dolore i p. attribuiscono di volta in volta le qualifiche di urente, trafittivo, e meno, di gravativo; poche volte all'inizio è vivace e a tipo di gastroxinsi.

In moltissimi casi vi erano irradiazioni dolorose, più frequenti posteriormente in corrispondenza della colonna vertebrale, e allora la sintomatologia è di solito abbastanza viva; spesso l'ulcera in questi casi è penetrante nel pancreas (« douleur en broche » dei francesi).



Epoca di insorgenza dei primi disturbi.

In altri casi, ma meno frequentemente le irradiazioni erano all'ipocondrio di D. e alla spalla e alla scapola di D.; probabilmente il rapporto alla infiltrazione flogistica del legamento gastro-epatoduodenale. Alle volte vi sono riferimenti all'ipocondrio di S. a tutte e due le spalle, più raramente il dolore è retrosternale, periombelicale e lombare.

Il dolore, che talora si limita a un lieve fastidio epigastrico o ha un senso di facile ripienezza, di solito si accompagna, ma non obbligatoriamente, a una sintomatologia soggettiva di acidità con pirosi, erutazioni acide e vomiti acidi che in queste forme, non complicate, non si devono considerare come espressione di stenosi, ma di origine neurogena irritativa. La stipsi in questi p. è assolutamente costante, in un buon numero si alterna a periodi diarroici, il che corrisponde alla colite riscontrata frequentemente dal Mathieu.

Abbiamo parlato di acidità soggettiva perchè è vecchia osservazione e anche noi frequentemente lo abbiamo notato, come in un buon numero dei casi non c'è un rapporto con i reperti del succo gastrico.

Nei casi più tipici, che riconosciamo esser la maggior parte è interessante studiare il tempo d'insorgenza del dolore stesso.

Sinteticamente si può distinguere nel dolore che è poi la nota fondamentale della sintomatologia, una piccola periodicità, nella stessa giornata, rispetto ai pasti, e una periodicità, di settimane e mesi. Questi caratteri sono quelli più classici, che, se presenti, meglio di ogni altro possono indirizzare alla diagnosi.

Il dolore, rispetto ai pasti, si presenta di solito col ritmo definito dal Mayniban, a tre tempi, cioè: dolore-pasto-benessere, e di solito ciò si osserva in rapporto ai pasti principali.

I trattati riportano come tipico per l'ulcera duodenale il dolore tardivo, 4-5 ore dal pasto e a digiuno; mentre l'ulcera gastrica determinerebbe dei dolori

precoci. Nei nostri casi si osserva ciò, ma non sempre e nemmeno spesso. In molti casi di ulcera duodenale si aveva l'insorgenza della gastralgia mezz'ora e in qualche caso anche subito dopo il pasto. Al contrario in forme gastriche il dolore talora si presentò a 4-5 ore di distanza dai pasti. Ciò si può spiegare con le azioni riflesse delle ulcere, con le lesioni periviscerali ecc.; in qualche caso, sempre accertato dall'atto operativo, l'insorgenza era variabile, a seconda se il pasto era stato più o meno abbondante, e a seconda della qualità dei cibi.

Il dolore può durare qualche ora o si può mantenere fino al successivo pasto o all'ingestione di sostanze alcaline.

Questo porta alla conferma della difficoltà della diagnosi di localizzazione dell'ulcera, se in sede gastrica o duodenale, difficoltà da molti A.A. ammessa, e che giustifica la tendenza ad una unica denominazione. Specialmente le ulcere duodenali si manifestarono spesso con fenomeni pilorici tanto che molti A.A. francesi (Mathien e altri) le considerano globalmente come iuxtapilorica, rigettando il concetto proposto dagli A.A. americani della vena pilorica come zona di confine (e questo sia per criteri clinici e sia per la variabilità anatomica di quel vaso). Perciò dal punto di vista clinico non sembra possibile affermare con sicurezza la sede dell'ulcera dal tempo dell'insorgenza del dolore. L'ausilio radiologico può spesso, non sempre dirimere il dubbio. Valgano come prova casi simili:

F. L. contadino di anni 37. Buon mangiatore e levitore, nulla nella anamnesi remota. Quattro anni fa si iniziò una sindrome epigastralgica iperacida indipendente dai pasti, ma che si attenuava periodicamente. In seguito i dolori comparivano a distanza di 2-3 ore dai pasti principali, durando 1-2 ore, per ricomparire poi a digiuno. Spesso eruttazioni acide, talora vomito. L'atto operativo mostra una ulcera gastrica della piccola curvatura.

Invece in casi come quest'altro era da notarsi la precocità dei dolori rispetto alla sede duodenale dell'ulcera:

P. Q. di a. 28, falegname. Da 13 a. ha disturbi gastrici consistenti in una sintomatologia iperacida e in dolori che si iniziavano $\frac{1}{2}$ ora, 1 ora e spesso anche subito dopo i pasti principali. I dolori hanno sede epigastrica con irradiazioni alle vertebre dorsolombari e talora si diffonde a tutto l'addome. L'operazione mostra una ulcera duodenale della parete bulbare anteriore.

Riguardo a quella che abbiamo chiamata grande periodicità, questa costituisce un'altro dei sintomi preziosi per la diagnosi. Questo andamento periodico dei disturbi dolorosi, che si alternano spesso a periodi di perfetto benessere, ha fatto comparare il decorso dell'ulcera con quello dell'osteomielite a decorso cronico recidivante (Hartmann).

I periodi dolorosi vanno da qualche settimana a due o tre mesi, i periodi di benessere sono spesso più lunghi, specie nelle forme duodenali; si tratta di mesi e talora anche di anni. In un nostro caso si era iniziata una tipica sindrome dolorosa durata alcuni mesi e che si era poi bruscamente interrotta per ben 7 anni, dopo di che si era di nuovo ripresentata con gli stessi caratteri. Può essere facile quindi che il p. dimentichi di riferire i precedenti disturbi che talora in realtà possono essere stati di non grave entità. Ciò è tanto più importante in quanto la ripresa evolutiva può manifestarsi con qualche brusca complicazione di fronte a cui possono sorgere dubbi diagnostici.

In qualche caso specie d'inizio recente, di forme duodenali e più spesso gastriche i periodi intervallari sono scarsissimi o addirittura assenti come per questo p.

C. H. Di a. 31 meccanico. Nulla nell'anamnesi p. r. e nel gentilizio. Da un anno va soggetto a dolori epigastrici con sintomatologia soggettiva iperacida, che insorgono circa 2 ore dopo i pasti e talora a digiuno. I dolori si sono ripresentati persistenti quasi tutti i giorni, senza netti periodi intervallari di benessere, anzi con intensità crescente. L'atto operativo dimostra la presenza di due ulcere serpiginose della piccola curvatura gastrica.

Tutto ciò indipendentemente da complicazioni o associazioni morbose che possono modificare la sintomatologia come vedremo in seguito. Al contrario in qualche caso i dolori sono stati scarsissimi o addirittura mancanti, sostituiti alcune volte solo da una sintomatologia di iperacidità :

C. L. 40 a. tipografo. Pregresso tifo. Infezione luetica curata. Da 6 a. senso di acidità più o meno accentuata, talora vomito. L'operazione mostra un'ulcera stenosa della prima porzione del duodeno.

Queste considerazioni si ricollegano alla questione dell'ulcera così detta analgesica.

Abbiamo già ricordato da una parte la sconcertanza tra disturbi e acidità reale del succo gastrico, dall'altra i periodi intervallari propri dell'ulcera e talora lunghissimi. Queste osservazioni possono bastare a spiegare certamente almeno una parte delle pretese ulcere analgesiche che si rivelano a sorpresa. Tuttavia accanto a queste forme spiegabili col carattere stesso della malattia, se ne osservano indubbiamente alcune che mostrano una assoluta povertà o mancanza di sintomi clinici per lunghi periodi di tempo, forme a tendenze ed ovuluzioni quasi esclusivamente complicative.

Del resto è vecchia osservazione come l'ulcera rappresenti spesso una sorpresa di autopsia.

Moltissime volte abbiamo notato un ritmo stagionale; in generale le sofferenze si accentuano nel periodo autunno-inverno-primavera.

Da una statistica di Alessandri ecco con quale frequenza si presentano in clinica questi p. nei vari mesi :

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
14	14	10	11	16	6	8	3	33	3	9	6

Alcuni p. notano che i loro disturbi si accentuano al cambiare delle stagioni; altri pongono spontaneamente in particolare evidenza il rapporto dei loro periodi di malessere con determinati mesi.

D. P. di anni 48, portatore di ulcera duodenale dice di soffrire solo nei mesi invernali. P. S. di anni 28 anch'esso con la stessa lesione da 5 anni soffre solo nel periodo da Novembre ad Aprile, negli altri mesi sta bene.

Viceversa abbiamo notato che in molte di quelle forme dubbie rimaste con la diagnosi di gastralgie o gastriti, i disturbi insorgessero specialmente nei mesi caldi; ciò naturalmente senza generalizzare.

*
* *

È raro però che l'ulcera decorra almeno anatomicamente se non clinicamente non complicata. Considereremo qui dapprima una delle più gravi e frequenti complicazioni vale a dire l'enterorragia. Questa sarebbe la sua frequenza secondo i vari A.A.: Baggio 30 %; Guttman 32 %; Balfour 30 %; Ciceri 5,7 %. Più frequenti secondo alcuni (Baggio) nelle donne.

Noi abbiamo trovato nelle nostre storie un numero totale di enterorragie (di qualunque entità) di 32, vale a dire il 24,42 %. Riguardo alla sede le ulcere duodenali furono 28, le gastriche 4; forme mortali di per sè sole 1.

Talora queste emorragie sorprendono il p. in pieno benessere, frequentemente sono provocate da sforzi violenti che il p. compie o si manifestano in periodi di eccessivo lavoro fisico. Alcune volte si presentarono mentre il p. andava in bicicletta; in un caso dietro un forte spavento; altre volte dietro eccessi alimentari. In un caso ogni qualvolta il p., per causa professionale, subiva una semiasfissia da gas illuminante.

Specie nelle forme di una certa gravità le enterorragie sono accompagnate da stati lipotimici con quadri di anemie acute, talora croniche, in rapporto indubbiamente ad emorragie occulte.

Dall'esame delle storie non ci sembra che le emorragie, se superate, abbiano modificato il ritmo periodico della sintomatologia. Piuttosto ci si è presentato un gruppo di storie a tendenza nettamente enterorragica. Si tratta di casi in cui, dopo che una volta si è presentato un fatto emorragico, questo si ripete con insistenza sia come ematemesi sia come melena; storie dunque ad impronta speciale che non si può fare a meno di rilevare.

D. G. di a. 50, contadino, nel 1900 ebbe malaria, nel 1902 fu operato per ernia inguinale. Oltre ciò stette sempre benissimo fino al 1931 quando senza ragioni apparenti fu colpito da lipotimia con intensa melena. Rimessosi, dopo qualche giorno, riacquistò completo benessere fino a una settimana fa, quando ricomparve la melena e un giorno dopo, dietro un pasto, vomito caffeeano. C'è stato sempre un assoluto silenzio della sintomatologia gastrica. L'operazione accerta un'ulcera del bulbo duodenale.

L.A. di a. 56 operaio. Malarico inveterato. 7 mesi fa, in pieno benessere, notò al mattino scarica di feci picce, seguita da uno stato lipotimico. poi stette bene per un mese e mezzo, dopo di che si iniziò una lieve sindrome gastralgica iperacida, con periodi intervallari. Prima dell'ingresso in clinica ricomparve melena con ematemesi. All'operazione: ulcera duodenale.

C. F. di a. 28 cameriera da tempo soggetta a epistassi talora notevoli. 10 a. fa, in pieno benessere, melena; poi stette bene fino a tre mesi fa, epoca in cui comparve una sfumata sintomatologia gastrica. Un mese fa vomito e melena. Qualche giorno dopo nuovamente melena; diagnosi operatoria: ulcera della prima porzione duodenale.

Da notare anche in questi casi la povertà e la mancanza di una sintomatologia gastrica, che serve d'esempio a quei casi analgesici, o quasi su ricordati. In questi casi poi, e in molti altri che non riportiamo per brevità, c'è stata dunque una spiccata tendenza a fatti emorragici, uniche spie dell'evoluzione ulcerosa. Ma è noto che non sempre enterorragia è sinonimo di ulcera. Il capitolo delle emorragie senza ulcera si va ogni giorno arricchendo. Cirrosi e stasi del fegato, cardiopatie, stati emofilici ed emogenici, affezioni della fossa iliaca D, splenomegalie (specialmente se tromboflebitiche) tumori, varici esofagee, crisi tabetiche ecc. ecc. possono esserne la causa. Per molte di queste affezioni, specie quando mancò una precedente netta sintomatologia può essere assai dubbio il diagnostico, tanto più che in questi casi, per le condizioni locali e generali, non sono poi possibili tante ricerche sussidiarie.

Alcune volte poi l'ulcera coesiste con una di quelle altre condizioni emorragipare.

Interessanti, per la probabile singolare complicazione, i casi recentissimi di Greppi, in cui l'ulcera coesisteva con una splenomegalia tromboflebitica (secondaria?). Per conto nostro abbiamo notato la presenza di 9 casi con splenomegalie (di origine nota o no), in quattro solo ci furono emorragie.

Un'altra delle più temibili complicazioni dell'ulcera è la perforazione. Molto discordanti a questo proposito sono le statistiche dei vari A.A. Noi ne abbiamo trovato 15 casi 11,45% (13 duod. e 2 gastr.) escludendovi i casi di ulc. post operatorie che tratteremo a parte. Troppo tipica fu la sintomatologia per insistervi.

Come altra complicazione abbiamo incontrato molti casi di stenosi tra spastiche e anatomiche, più frequente la prima; in 8 casi le seconde.

La stenosi altera la tipicità della sintomatologia. Infatti i periodi dolorosi si allungano e tendono a confluire. Frequenti le eruttazioni acide e il vomito che ha uno spiccato carattere « liberatore ». Il p. può emettere tracce di alimenti ingeriti il giorno prima o del pasto recente.

Gli esami di laboratorio e l'E. O., di cui dopo ci occuperemo, confermano la diagnosi, mostrandoci i primi notevoli residui gastrici, il secondo i vari fe-

nomeni del guazzamento, le onde peristaltiche, le ectasie ecc. ecc. (1). I fenomeni si modificano poi se interviene lo scompenso funzionale. Allora lo stomaco si fa ancor più ectasico, potendo giungere, come in un nostro caso, a un dito dalla sinfisi pubica. La peristalsi si fa meno evidente o scompare, i vomiti si fanno meno intensi, il ristagno imponente (spesso di materiali in fermentazione acida o putrida); compaiono risentimenti tossici generali.

Come osserva l'Alessandri, in questi casi il dolore, prima a carattere accessionale, « nelle stenosi conclamate... passa in seconda linea e può scomparire del tutto ».

A questo proposito interessante è l'osservazione dello stesso Alessandri sui rapporti tra stenosi e ulcera. « È veramente la stenosi — egli si chiede — un esito dell'ulcera? Io parlerei piuttosto di complicazioni, perchè da quando ho esteso anche alle stenosi la resezione g. d. non ho più osservato una stenosi cicatriziale pura ».

Riguardo alla complicazione « infiammatoria » dell'ulcera, occorre intendersi sul suo significato. Germi nelle ulcere g. d. furono osservati da molti A.A. (Rosenow ecc.). E in prevalenza erano streptococchi, enterococchi ecc. Se per infiammazione poi s'intende, come vogliono alcuni A.A. gli stessi periodi di riacutizzazione dell'ulcera allora noi non abbiamo affatto provato la triade sintomatologica che Grossmann e Brailovskiy hanno additato, e cioè febbre, leucocitosi e dolori continui.

Anche in un caso in cui all'atto operativo si trovarono i tessuti nettamente infiammati ed edematosi la storia era di dolori ritmici e la formula leucocitaria normale.

Frequente invece è il riscontro anatomico di perivisceriti (specialmente perigastriti, periduodeniti, pericolecistiti). Come viene ammesso, le complicanze perisplanenitiche modificano la sintomatologia fondendo i periodi dolorosi e rendendosi più indipendenti dall'assunzione dei cibi, tendendo a sommergere le note individuali della malattia. (Guttman).

T. G. di a. 34. Nulla di notevole nel passato all'infuori di una tipica colica renale rimasta isolata. I disturbi attuali risalgono a 8 mesi fa. Da allora soffre di dolori gastrici insorgenti 1-2 ore dai pasti e a digiuno, alternati con periodi di benessere. Negli ultimi mesi invece le pause sono scomparse, i dolori si sono fatti continui e indipendenti dai pasti. Il p. era portatore di ulcera duodenale con perigastrite.

In un caso il p. aveva sollievo col decubito prono ed era portatore di ulc. g. con perigastrite anteriore; in un altro caso il p. con sinechie duodeno-epato-colecistiche preferiva il decubito sul fianco destro.

In altri casi invece, al riscontro di periviscerite, non esisteva una corrispondente sintomatologia.

B. G. di a. 31. ferroviere. A 28 a. forti dolori epigastrici a digiuno, calmati dai cibi e continuati per 15 g. Dopo di che fu operato per perforazione. Bene per 7 mesi poi riprese una sintomatologia di acidità e dolori che comparivano a periodi di 2-3-4 mesi. All'operazione: ulc. duod. con periduodenite fibro-plastica.

In questo caso come in molti altri si riconosce la giustezza del concetto dinamico dei disturbi da aderenze sostenuto dal Donati.

Infatti la condizione anatomica non appare di per sè sola capace di equivalenza clinica; questa ci sarà solo se esiste lo « scompenso funzionale », poichè possono avere importanza molti fattori, mobilità o meno e stato di flogosi dell'organo e di organi vicini, la sede, l'associarsi di riflessi neurovegetativi ecc. ecc.

(1) In un nostro caso (S. G. Inetico curato) la stenosi era della prima ansa digiunale, per probabile ulcera, con quadro radiologico e clinico di megaduodeno.

La questione delle perivisceriti richiama quella, tanto discussa, della patologia globale dell'addome D. È noto come alcuni A.A. (Leotta, Paolucci, ecc.) abbiano delineato, «la sindrome associata dell'addome destro» come concetto unitario anatomico patologico clinico e terapeutico.

L'appendice sarebbe al centro e capostipite di questa associazione e filiazione morbosa. Secondo tali A.A. nei casi di ulc. gastroduodenale l'appendice farebbe rilevare nella totalità dei casi segni di flogosi. Altri A.A. riportano statistiche molto disparate.

Tale sindrome non sarebbe da confondere con quella che il Solieri chiama «sintonia patologica dell'addome destro» basata sull'esistenza di riflessi visceroviscerali (appendicolo-pilorico, appendicolo-colecistico ecc.); altra cosa sarebbe anche la «sindrome digestiva cronica dell'addome destro» (Palmieri e Della Volta). Senza addentrarci in discussioni, nei nostri casi riscontrammo la consociazione a 7 casi sicuri di appendicite, e a 6 probabili; inoltre a 1 caso di certa colecistite e ad altri 6 non affermati: come si vede un numero non rilevante.

In pochi casi ci capitò di osservare una modificazione della sintomatologia (periodi dispeptici continui, episodi di ittero ecc.). Le forme erano quasi tutte in fase cronica. Pochissime volte si osservò una successione cronologica morbosa:

T. V. di a. 34 facchino. Da giovane patì di tonsilliti a ripetizione. Quattro mesi fa colica appendicolare tipica. Dopo una quindicina di g. si iniziò una sintomatologia dispeptica iperacida con dolorette epigastrici che si irradiavano agli ipocondri e alle scapole. Comparivano a $1\frac{1}{2}$ - 1 ora di distanza dai pasti, alternandosi a periodi di benessere. Stipsi persistente. L'operazione dimostra una doppia ulc. duod. (Kissing ulcera) e appendicite cronica.

Tra le perivisceriti quelle provocate da ulc. gastro duodenale corrispondono alla forma alta o superiore della classifica di Donati.

Nelle perigastriti post., di molto interesse sono le compromissioni celiache e pancreatiche (1) o di stenosi della vena cava. Nelle perigastriti della grande curva, talora compaiono le diarree postprandiali, fatti da colite spastica ecc. Lo stesso Donati, come è noto, ha dimostrato la possibilità di formazione di una mesenterite retrattile sottomesocolica da propagazione per la retrocavità epiploica. Noi spesso nel reperto anatomico abbiamo riscontrato chiazze di mesenterite retrattile.

Meno frequenti e da noi non riscontrate le altre complicazioni che si ricordano nei trattati, e cioè le varie fistole gastroduodenali o gastrocoliche o della parete addominale anteriore, o con la cistifellea, la pleura, il pericardio, ecc.; le sindromi da neurite del vago, le gastriti e perigastriti flemmonose, gli accessi epatici ecc. ecc.

Noi osservammo due casi interessanti: uno di ulc. gastrica associata a sindrome bantiana (l'ulc. penetrava nella milza), in un altro coesisteva una sindrome splenomegala anemico emolitica, su cui non crediamo utile qui diffonderci. In un sol caso l'ulcera si era indubbiamente cancerizzata, come risulta dalla storia:

A. C. di a. 45 muratore. Dieci anni fa dolori epigastrici a distanza di due o tre ore a distanza dai pasti. Cessano coi cibi e con l'assunzione di alcalini, talora vomiti picci e melene; alternanza con periodi di benessere, talora di parecchi mesi. Venne così operato di G. E. Negli ultimi 4-5 mesi i dolori si sono accentuati i vomiti più insistenti. All'operazione ulcera neoplastica della parete gastrica anteriore.

*
* *

Riguardo all'esame obiettivo i dati diretti sono veramente scarsi, specie nelle forme non complicate. Tralasciando le note generali che ricordammo al-

(1) In un nostro caso di ulcera penetrante nel pancreas esisteva glicosuria.

l'inizio, e concentrando la nostra attenzione sull'addome, all'ispez. solo nelle forme di stenosi si potrà notare la tumefazione epigastrica animata dalle onde peristaltiche più o meno vivaci e tutti gli altri fenomeni notissimi. Nel nostro caso di megaduodeno, anche all'isp. si notava una tumefazione paraombelicale destra, nelle forme più dolorose la parete addominale è poco mobile con i movimenti respiratori.

Più significativi i dati della palp. Talora si palpano le pareti dello stomaco ipertonico, si possono ricercare il guazzamento e studiare le zone dolorose.

Questa è quasi sempre epigastrica (Mendel), con qualche punto di maggior dolenzia, alcune volte a D. della linea mediana o al punto medio della xifoombelicale o all'incontro dell'ombelicale trasversa con il margine esterno del retto di D. o all'unione di tale margine con l'arcata costale. Il riscontro di questi vari punti dolorosi non ci sono sembrati di eccessiva importanza per la localizzazione dell'ulc. Fenomeno che nella grandissima maggioranza dei casi si poté evidenziare fu l'ipertonia della metà sup. del retto di D. (talora anche di S.) fatto veramente frequentissimo.

Nei nostri casi non si palparono mai masse cicatriziali ecc.

La percussione mise spesso in evidenza l'esistenza di gastroectasie ecc. *L'E. O. ha dunque delle riserve limitate*, tralasciando naturalmente i quadri notissimi delle complicazioni, troppo tipici per insistervi.

Più proficui e in continua evoluzione e perfezione gli esami di laboratorio.

Riguardo alla ricerca dell'emorragie occulte queste secondo Alessandri sarebbero presenti nel 70 % dei casi. Crediamo che abbiano importanza piuttosto negativa per la facilità con cui si possono avere reperti spurii se non si osservano date condizioni.

L'esame del succo gastrico è molto importante. A questo proposito ricordiamo come si è passati attraverso periodi di tendenze opposte. In un primo tempo si erano posti i binomi: ipercloridria = ulcera; ipocloridria = cancro. Poi ciò non parve giusto e gli si negò qualsiasi valore.

L'uso della estrazione frazionata del succo gastrico ha rappresentato un notevole progresso, anche se le conclusioni non sono definitive. E' assurdo pretendere dei valori fissi per la stessa malattia nei vari p. Fattori di variabilità possono essere il terreno individuale, l'età, le abitudini di vita e di alimentazione, le condizioni psichiche, l'esistenza o no di emorragie ecc. ecc. (1).

Anche noi abbiamo trovato queste disparità, ma, come osserva Alessandri, quello soprattutto importante è lo studio delle due curve date dall'acidità totale e dall'ac. cloridrico libero. Normalmente questo rappresenta la metà o meno dell'acidità totale. Nelle ulcere le due curve tendono a confluire, dimostrando quindi una ipercloridria relativa (Kaustheil, Porges, Alessandri ecc.).

Molto significative le seguenti curve (vedi grafica n. 4 e n. 5). Da una statistica d'Alessandri risultano:

- 56 casi con ipercloridria.
- 14 casi con valori normali.
- 3 casi con anacloridria.
- 39 casi con ipercloridria a digiuno.
- 42 casi con ipercloridria relativa.

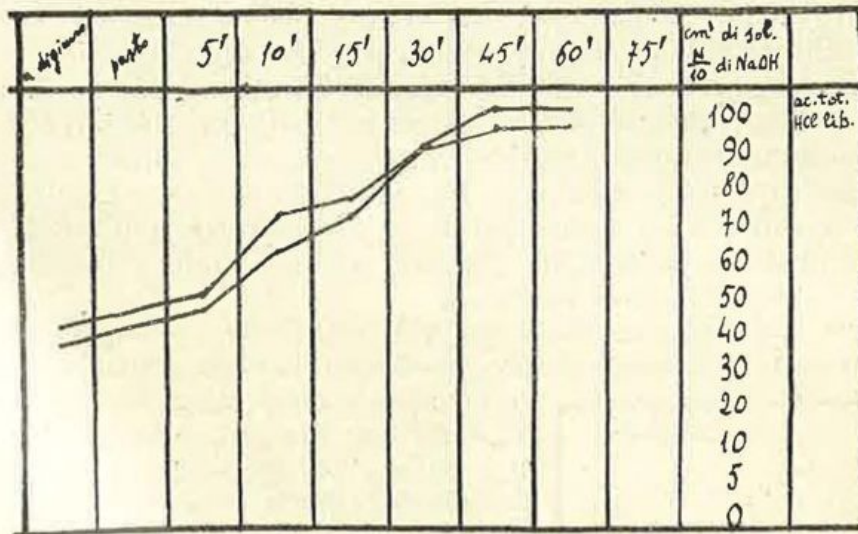
Dai nostri casi di ipocloridria non si possono dare tuttavia giudizi definitivi poichè non fu fatta la valutazione dietro iniezione di istamina. Questa come è noto provoca i valori massimi e pur recando un'esagerato stimolo afisiologico è preziosa, per svelare le forme latenti.

Di enorme importanza è poi l'esame radiologico che tuttavia per ovvie ragioni è inapplicabile nei casi di gravi complicazioni. Esso ci dà, come si sa, segni di certezza e di probabilità (diretti e indiretti).

(1) Vari tipi di curve secondo Girardi sono quelle ascendenti continue, a discesa ritardata, continue, ad ascesa ritardata e a curve mancanti. Per Baggio, nell'ulcera: ad acme acuminato, piano e ad andamento periodico.

Noi riscontrammo nei casi di ulcera accertata operatoriamente il 27,63 % di segni certi (nicchia di Haudec) nel resto quasi costanti i segni diretti di probabilità (spasmi, Cole, deformità, asimetrie, Ackerlund,) e quelli indiretti della

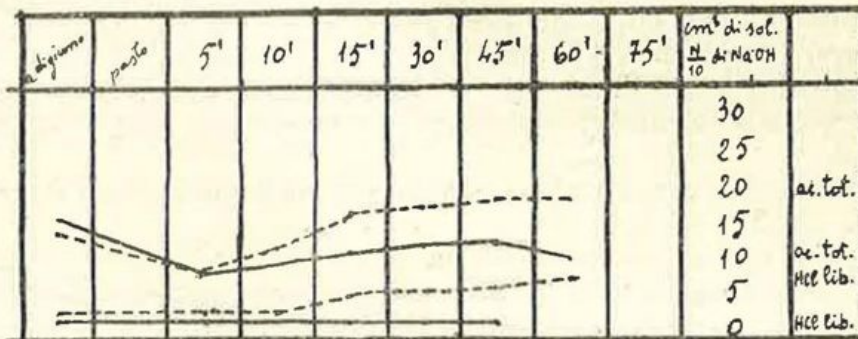
Grafica N° 4



esame frazionato del succo gastrico in un caso di ulcera duod.

triade di Barkley (ipertonia, ipercinesia, ipermotilità gastriche). In qualche caso clinico di sospetta stenosi mancò un netto quadro radiologico, ma, come osserva Alessandri, « molte sindromi spastiche non risultano radiologicamente

Grafica N° 5



esame frazionato del succo gastrico in due casi di carcinoma

perchè la pappa barica è basica». Riguardo ai rapporti della tipicità del reperto radiologico con la tipicità della storia e la possibilità della diagnosi, riporto un recente schema dello Jacquelin:

STORIA	SEGNI RADIOLOGICI		
	Assenti	Atipici	Tipici
Assente	Ulc. ignorata	Incertezza	Quasi certezza +
Atipica	*	*	* + + +
Banale	*	Presunzione +	* + + +
Tipica	Presunzione +	Quasi certezza +	Certezza

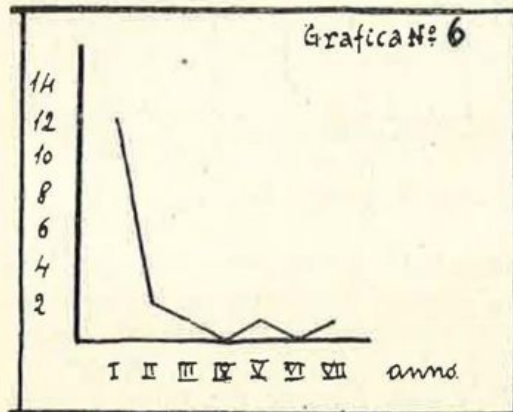
Molto importante risultò anche lo studio delle pliche gastriche che sono spesso conservate e confluenti sull'ulc. Ciò a differenza delle forme neoplastiche il cui carattere non è solo distruttivo ma anche infiltrativo. Tuttavia nelle ulcere antiche callose questi criteri possono venir meno. Interessanti sarebbero poi dei giudizi definitivi sul modo di evolvere delle ulc. rispetto alle varie cure mediche e chirurgiche; da parte nostra siamo necessariamente incompleti.

Riguardo alle cure mediche che questi p. quasi tutti sperimentarono, si notò come effettivamente ad esse poterono seguire lunghi e spesso lunghissimi periodi di benessere da valutare però ricordando il ritmico andamento della M. Nei nostri casi generalmente non risultarono soddisfacenti, tanto è vero che il p. ricorse al chirurgo; tuttavia grande è l'importanza della cura medica che razionalmente occorre tentare in un primo tempo, se si riconosce nell'ulcera una malattia generale. Poi i nostri p. non sono che un gruppo della grande folla degli ulcerosi, quello a decorso meno benigno.

Per le cure chirurgiche abbiamo già detto che i nostri casi riguardano quasi esclusivamente resezioni gastro duodenali, la cura adottata ormai da tempo nella clinica chirurgica di Roma. La resezione rappresenta insieme alla gastro-enterostomia una delle due operazioni più importanti.

Credo inutile riportare le statistiche sul decorso dell'ulcera nei due interventi. Esse sono servite ai vari A.A. a bombardarsi l'uno con l'altro, come si esprime il Leotta.

Si può dire che ambedue sono operazioni capaci di dare ottimi risultati. La G. E. anzi si impone di necessità in alcuni casi. La R. rappresenterebbe l'operazione più razionale e veramente radicale. A favore di essa starebbe anche l'impossibilità di metaplasie epitelio-



tose e la scarsità di ulc. peptiche post operatorie.

Noi abbiamo riscontrato 17 casi (una sola donna) (12,97 %) di ulcera post-op.; tutte seguirono a G. E. Il loro decorso fu quasi sempre vivace, i disturbi accentuati. In 8 casi (47 05 %) si ebbero enterorragie più o meno gravi; un caso fu mortale.

La distanza della ripresa sintomatologica dall'epoca dell'operazione fu la seguente (vedi grafica n. 6).

Come si vede la maggior frequenza è nel primo anno.

Secondo Leotta le cause più frequenti degli insuccessi operatori (tralasciando gli errori di tecnica) sarebbero: 1) cattivo tipo di operazione. 2) Operazioni fatte con errore diagnostico. 3) Operazioni fatte con diagnosi incompleta (più frequenti, specialmente perchè in questi casi occorre associare l'appendicectomia e le viscerolisi). 4) aderenze estese (perigastrite lacunare di Guttman). 5) riacutizzazione di ulcere o formazione di ulc. post. op. Secondo lo stesso Leotta associando i trattamenti di cui al n. 5 si avrebbero il 100 % di guarigioni.

Ricordiamo nei nostri casi due molto interessanti che, già operati di R. gastro duod. presentavano una sindrome anemico-ipochilica e in uno achilica (anemie ipocromiche).

Riguardo alla mortalità questa è stata di 12 casi (1).

Occorrerebbe qui ricordare infine quei nostri casi che avevano simulato l'ulcera e in cui si arrivò ad altre conclusioni diagnostiche o si rimase nel dubbio campo delle nevrosi gastriche.

Certamente esistono alcune storie tipiche per la diagnosi di nevrosi gastrica.

(1) Dei morti 5 erano ulcerosi duodo resecati; 1 sottoposto a G.E.; 1 ulc. gastr. R.E.; 2 ulc. pref.; 1 ulc. pept. post op.; 2 non operati, di cui uno morto per melena prima dell'op.

F. L. Di a. 21 cameriera nubile. A 6 a. corea. Dismennorea costante. Soggetto nevrosico. Da 1 a. gastralgia con vomito acido in coincidenza coi periodi mestruali, a cui seguono talora periodi di afonia con parestesie varie. Frequenti extra-sistoli.

Ma spesso questa diagnosi funzionale appare dubbia e infida, tutti gli esami praticati non risolvono la questione.

Allora si parla di gastrite o di gastralgia o di emicrania intestinale o di vagotonia viscerale ecc.(?). Del resto il Bergmann non considera l'ulcera stessa «un epifenomeno nel grande quadro delle neurosi gastriche»? I dubbi possono essere quindi giustificati.

Riguardo all'altro gruppo di forme dimostrate non trattarsi di ulcera, osservammo un caso di crisi gastriche in un tabetico, una forma di uremia gastrica, un caso di vomito periodico acetonemico (in un p. di tre a.) ecc. In questi casi un attento esame ha potuto facilmente far riconoscere la vera natura dell'affezione.

III.

CONCLUSIONI.

1) L'ulcera gastro-duodenale risulta affezione molto frequente e da inquadrarsi nell'ambito di particolare orientamento del sistema neurovegetativo.

Prevalgono le localizzazioni duodenali sulle gastriche 5: 1; il sesso maschile sul femminile 10,87: 1; questo tuttavia più frequente in senso relativo per le forme gastriche.

2) L'epoca di insorgenza dei primi disturbi è specialmente dai 20 ai 40 anni con una maggior frequenza nella zona mediana (25-30). Tuttavia possibili gli estremi (casi di 13 a. e di 63 a.).

3) Esiste indubbiamente una sindrome tipica dell'ulcera, tuttavia frequentemente è alterata dalle complicazioni e da altri fattori non tutti noti. Esistono poi certamente delle forme con sintomatologia scarsissima o assente e che si rivelano solo con bruschi episodi.

4) In un buon numero di casi precede un periodo di sofferenze gastriche atipiche.

5) È oltremodo delicato affermare con sicurezza la sede dell'ulcera, se gastrica o duodenale, dato che i sintomi ritenuti tipici per l'una si riscontrano con una certa frequenza nell'altra.

6) È lecito affermare la grandissima importanza dell'anamnesi degli ulcerosi.

7) Sono risultati con una certa frequenza i mestieri più faticosi e la importanza di essi e dei traumi in genere specialmente riguardo alle complicazioni dell'ulcera.

8) Si conferma la tendenza a ritmi stagionali, specialmente nei periodi primavera-autunno e talora nei cambiamenti di stagione.

9) La frequenza di enterorragie ci è risultata del 24,42%. Abbiamo notato un gruppo di casi caratterizzati da una tendenza complicata ed evolutiva quasi esclusivamente emorragica.

10) Le perforazioni furono in 15 casi (11,45%) 13 duodenali e 2 gastriche.

11) Abbiamo riscontrato 8 casi di stenosi anatomiche, non considerando le spastiche, e un caso di megaduodeno per stenosi della prima ansa digiunale.

12) Grande è la frequenza delle complicazioni perivisceritiche (specialmente perigastriti-duodeniti-colecistiti). Ma esse non sempre si rivelano con segni clinici. (Occorrerebbe infatti secondo il concetto di Donati uno «scompenso funzionale»).

13) Abbiamo riscontrato la consociazione dell'ulcera e 13 casi di appendicite (9,92 %) e a 7 di colecistite. In pochi casi si nota una successione cronologica morbosa.

14) Due nostri casi di ulc. gastr. duod. erano associati rispettivamente ad una sindrome anemico-emolitica splenomegalica e ad una sindrome Bantiana (in quest'ultimo l'ulc. era penetrante nella milza).

15) In un solo caso ci fu cancerizzazione dell'ulcera.

16) Scarse risorse ha l'E. O. Molto frequente è l'ipertonìa della metà sup. dei retti spec. di D.

17) Tra gli esami di laboratorio di grande importanza sono i dati del succo gastrico (esame frazionato). Le curve singole pur potendo variare moltissimo sono da valutare tenendo conto specialmente dell'ipercloridria relativa.

18) Prezioso è l'ausilio radiologico. L'ulcera fu individuata direttamente nel 27,63 % dei casi. I segni di probabilità furono quasi costanti. Alcuni quadri di stenosi spastiche possono non risultare radiologicamente per la basicità della pappa barica (Alessandri).

19) Nei nostri p.p. le cure mediche non furono evidentemente soddisfacenti ed efficaci, tuttavia si conferma la loro importanza e la loro razionalità.

20) Riscontrammo 17 casi di ulc. pept. post. op. (12,97 %) seguite sempre a G. E. La ripresa dei disturbi appare maggiore nel primo anno che segue all'operazione.

21) In 2 casi di ex resecati si presentò una sindrome anemico-ipochilica e rispettivamente achilica.

22) La mortalità totale fu dell'8,39 %.

23) In alcuni casi nessun mezzo sussidiario potè confermare il sospetto clinico di ulcera, e si dovette catalogarli nel vago campo delle gastralgie o delle gastriti. Sono giustificate quindi alcune volte le difficoltà della diagnosi.

24) L'ulcera gastr. duod. appare quindi come malattia a complicazioni molto frequenti e la prognosi ne deve essere certamente riservata.

25) Ne deriva che clinicamente è molto incerto affermare la guarigione reale di un ulceroso curato con terapia medica. Quella potrebbe essere un'illusione creata dai periodi di benessere talora lunghissimi.

Riguardo poi ai due principali interventi operatori non è possibile concludere, ma tutto porta a preferire in molti se non in tutti i casi, la resezione che si dimostra operazione efficace e radicale.

*
* *

Queste conclusioni hanno interesse anche dal punto di vista delle Assicurazioni vita.

È noto come un punto fondamentale sia rappresentato dal fatto che « il contratto di assicurazione viene emesso in base alle dichiarazioni sinceramente rese dall'assicurando circa il proprio gentilizio, il passato patologico personale, le proprie abitudini di vita e le sensazioni subiettive circa lo stato attuale dell'assicurando. Si aggiunge, è vero, un esame obiettivo fatto dal medico di fiducia dell'Ente Assicuratore. Ma questo esame obiettivo ha lo scopo di lumeggiare quelle alterazioni accertabili, perchè possano esser valutate ai fini, della prognosi « *quo ad vitam* » (Romanelli).

Ora noi abbiamo ricordato che il sospetto e quindi la diagnosi delle ulcere gastr. duod. è fondato in grandissima parte sui dati anamnestici, mentre d'altra parte i dati desunti direttamente dall'esame obiettivo molto raramente serviranno ad un orientamento preciso.

Questa condizione di cose pone il medico assicuratore in posizione sfavore-

vole nei casi in cui p. tralascino in cattiva fede di riferire i disturbi sofferti. Infatti in un esame generale può mancare al medico ogni elemento di sospetto, tanto più quando il suo pensiero non venga polarizzato dall'anamnesi sulla sfera gastro intestinale.

Può quindi verificarsi che tali p. vengano considerati come rischi normali e conseguentemente accettati, mentre devono essere considerati come rischi notevolmente tarati, a causa delle complesse e imprevedibili manifestazioni evolutive che abbiamo notato nell'ulcera.

Mancando il sospetto, il medico assicuratore non è indotto naturalmente nemmeno ad eseguire quelle ricerche sussidiarie di cui abbiamo rilevato l'importanza ai fini diagnostici.

Vi può essere anche un altro gruppo di casi in cui i p. non ricordano per la loro lontananza nel tempo oppure ricordano ma non danno peso, per un giudizio autocritico, alcuni sintomi che pur essendo di lieve entità possono rappresentare nelle mani del medico un filo conduttore prezioso.

Qui si rivela l'abilità e la necessità di un'anamnesi oltremodo accurata.

Così potranno esser messi in evidenza altri nuovi particolari anamnestici che se non altro possono portare al sospetto e spingere a ricerche sussidiarie.

Perciò, specialmente di fronte a individui a temperamento neuropatico, Occorre indagare su tutti gli eventuali disturbi gastro intestinali, aiutando i p. con l'enumerazione dei sintomi (acidità, nausea, vomiti, pirosi ecc.); alcuni di essi hanno poi un valore che può sfuggire al p. (ad es. l'aver emesso feci nere, vomiti caffeani ecc.).

D'altra parte è obbligo e insieme interesse che l'assicurando riferisca tutti i dati anamnestici esatti e completi; obbligo in quanto egli stesso con la sua firma ne assume legalmente l'impegno, interesse poichè l'Ente Assicuratore può venire a conoscenza di dati che possano rendere contestabile o persino annullare il contratto assicurativo.

RIASSUNTO. — Gli A.A. fanno delle considerazioni cliniche e statistiche sui casi di ulcera gastro-duodenale, osservati nell'anno scolastico 1933-34-XII; nei riguardi specialmente alla diagnosi e al decorso.

LE NEFROLITIASI

(Sintomatologia e Diagnosi)

Dott. P. TROTTARELLI

Ispettore Medico dell'I.N.A.

Dolore ed Ematuria. — Sono questi i dati caratteristici sui quali si fonda la diagnosi della nefrolitiasi: ma tanto il dolore che l'ematuria, possono incontrarsi in molte altre forme morbose a localizzazione renale; occorre pertanto soffermarsi un poco su questa sintomatologia per non cadere in possibili errori.

Dolore. — Il dolore della colica renale ha un dato caratteristico di notevole importanza, dato che va sempre ricercato dal medico esaminatore: esso cioè sorge o si riacutizza col movimento, ha tendenza invece ad attenuarsi ed a scomparire con il riposo.

La sintomatologia pertanto è classica: dopo un viaggio in treno, in automobile, in carrozza, si ha in genere l'inizio della colica spesso associata a vomito, con dolore alla regione renale irradiato o verso le costole (tipo interco-

stale) o più di frequente verso il testicolo nell'uomo o verso il grande labbro nella donna.

Altri tipi di irradiazione dolorifica possibili a riscontrarsi sono o verso l'altro rene (riflesso reno renale) o verso la vescica (riflesso reno-vescicale) o verso il retto (riflesso reno-rettale). Questi diversi tipi di irradiazione dolorifica che accompagnano le coliche renali, sembrano dovuti alla compartecipazione dei nervi spinali attraverso il simpatico.

Ma perchè insorge la colica ?

La spiegazione più ovvia e più comune è quella che fa risalire la causa alla migrazione di un calcolo lungo l'uretere o ad un suo spostamento nel bacinetto renale.

Ematuria. — Molte sono le cause dell'ematuria. La t.b.c. renale sia iniziale (emottisi renale del Forgue) che in avanzata evoluzione, può dare ematuria, come pure essa può ripetere la causa o da un tumore renale o da un rene mobile o da gravidanza etc. Vanno inoltre ricordate le ematurie traumatiche tardive e le ematurie essenziali quantunque queste ultime vadano diventando sempre più rare man mano che si affinano i mezzi diagnostici.

*
* *

E' qui superfluo ricordare che per porre la diagnosi di vera ematuria occorre sempre un accertamento microscopico in quanto il colorito rosso delle urine può essere dovuto o a sostanze medicamentose (fenoltaleina in urina alcalina, intossicazione da clorato di K., santonina, sulfonale, assorbimento di acido fenico etc.) o a malattie che, come ad esempio la malaria, possono determinare emoglobinuria.

*
* *

Accertata pertanto microscopicamente l'ematuria, occorre stabilirne la provenienza. Si deve far risalire al rene? O è piuttosto la vescica la sede di essa? Oppure dobbiamo pensare ad una lesione dell'uretra posteriore?

A queste domande si può rispondere con la classica prova dei tre bicchieri la quale ci dimostrerà se ci si trovi di fronte ad ematurie iniziali, terminali o totali.

E' notorio che le iniziali stanno a dimostrare una lesione dell'uretra posteriore o prostatica, che le terminali al contrario fanno pensare all'origine vescicale della ematuria e che le totali sono messe in rapporto con lesione dei reni.

Le ematurie d'origine renale possono anche essere intermittenti e ciò in rapporto con la eventuale formazione di coaguli che ostruiscono temporaneamente l'uretere del rene malato.

*
* *

Questo è il quadro schematico delle ematurie, ma non sempre in pratica è così facile poter determinare la vera sede della lesione: infatti spesse volte ematurie da nefrolitiasi possono essere semplicemente terminali.

*
* *

Come insorgono le ematurie?

1° In seguito a strapazzi fisici, esercizi sportivi, viaggi di ferrovia od in carrozza. Vanno annoverate a questo gruppo le ematurie da calcolosi, sempre precedute o accompagnate da dolore.

2° Durante il riposo specie notturno. Sono queste da attribuire a congestione delle vie urinarie ed in ispecial modo ad ipertrofia prostatica.

3° Improvvisamente: cioè indipendenti sia dal riposo che dal movimento e che ripetono per lo più la loro causa o da una t.b.c. renale o da tumori.

*
* *

Pertanto si può concludere con una colica renale che insorga con il dolore caratteristico dopo uno strapazzo fisico, dolore al quale faccia seguito ematuria totale ed anche terminale e che si attenui con il riposo, può quasi certamente diagnosticarsi come dovuta a nefrolitiasi.

*
* *

Ma la diagnosi così formulata non è ancora completa.

Ci troviamo di fronte ad una calcolosi asettica? ad una calcolosi settica?

Quale è il rene malato?

L'aspetto delle urine ed i reperti sia macro che microscopici di esse ci permetteranno di rispondere alle prime due domande.

La risposta alla terza domanda quale cioè sia il rene malato, è più complessa e spesse volte indaginosa.

Il semplice esame clinico può trarre in errore tanto è vero che (come è riportato nei trattati), più d'una volta è capitato, specie in passato, a chirurghi di vaglia di intervenire sul rene sano, credendolo sede di un calcolo, mentre il calcolo si è visto poi esser situato nell'altro rene.

Detto errore è spiegabile con il riflesso reno-renale che localizza il dolore sul rene non interessato.

Oggi il radiogramma e la cistoscopia sono venuti in valido aiuto e permettono una sicura diagnosi di sede, ma disgraziatamente non sempre tutti questi mezzi sono a portata di mano della maggior parte dei medici.

*
* *

Nelle litiasi infette la diagnosi di sede della lesione è più semplice per la più facile palpazione del rene ingrossato e dolente al di sotto della arcata costale e per la eventuale presenza dei punti dolorosi renali che sono caratteristici.

Essi sono (Dominici):

1° *Il punto costo-vertebrale* in corrispondenza dell'angolo formato dall'ultima costola col margine esterno della colonna vertebrale e che Guyon ha trovato presente nei casi di ritenzione o di infezione.

2° *Il punto costo-muscolare* in corrispondenza dell'angolo formato dall'ultima costola col margine esterno della massa muscolo-lombare e che si osserva nelle calcolosi (Guyon).

3° *Il punto sotto-costale* d'Albarron e Bazy sito al di sotto del margine costale in corrispondenza della estremità anteriore della 10ª costola.

4° *Il punto paraombellicale* (Bazy) od *ureterico superiore* (Pasteau) in corrispondenza della linea ombellicale traversa ove essa incrocia una linea perpendicolare che passa per il punto di Mac Burney. E' presente quando il rene è leggermente leso, o quando è malato solo il bacinetto, accompagnato talvolta da irradiazione verso la vescica e da bisogno di urinare (riflesso pielo-vescicale di Bazy).

5° *Il punto ureterale medio* sulla linea orizzontale che unisce le due spine iliache anteriori superiori all'unione di ciascun terzo esterno col terzo medio. E' presente nelle infezioni renali con ritenzione, nella t.b.c. renale, nelle coliche renali.

6° *Punto vescico vaginale* o *vescico rettale* o *ureterico inferiore* da ricercare nell'uomo con l'esplorazione rettale e nella donna con l'esplorazione vaginale volgendo il dito in alto ed all'esterno. E' presente nelle infezioni renali e nelle cistiti.

7° *Il punto soprapubico di Bazy* situato al di sopra del pube a 2-3 cm. dalla linea mediana. Si riscontra nella pielonefrite.

8° *Il punto sopra intra spinoso di Pasteau* situato all'interno ed al di sopra della spina iliaca anteriore superiore e che si cerca contornando con l'indice la spina iliaca come se si volesse uncinarla.

Sembra presente nei tumori, nelle ritenzioni, negli aumenti di volume del rene per congestione o da calcoli o da altra natura.

*
* *

Si è fatto cenno questa volta alla sintomatologia ed agli elementi per la diagnosi delle nefrolitiasi.

Cercheremo di vedere prossimamente la prognosi di detta entità morbosa, usufruendo dei dati statistici in nostro possesso, dati che potranno essere di certa utilità per i medici che si occupano di assicurazione vita.

(*Continua*).

L'accertamento sanitario in regime assicurativo

G. F. CAPUANI

Docente in patologia medica e in fisiologia

Primario Ospedale Maggiore Novara

L'estensione sempre più ampia che vanno assumendo le differenti forme di previdenza sia sociale che individuale, rende sempre più importante il problema dell'accertamento delle condizioni di salute dei candidati alle assicurazioni sulla vita.

Questa forma di previdenza, assai caratteristica e quasi peculiare della nostra civiltà, tende ad ampliarsi non solo in superficie ma anche in profondità, nel senso che vengono fatte assicurazioni sopra somme sempre più vistose e tali da involgere serie responsabilità economiche da parte degli istituti assicuratori.

A questo movimento contribuiscono senza dubbio fattori morali e di progredito senso di responsabilità dei cittadini verso le famiglie, ma contribuiscono anche le relative difficoltà insite in tutti gli odierni investimenti di capitale, siano essi di carattere industriale o bancario, commerciale o agricolo. L'impiego di forti somme sotto forma di assicurazione viene in tal modo a costituire non solamente un'operazione di previdenza, ma bensì una vera e propria operazione finanziaria.

Senonchè questo genere di operazioni si fonda precisamente, per quanto riguarda gli istituti assicuratori, sulle condizioni sanitarie del paziente per cercare di evitare le probabilità di premorienza; e si capisce che se il compito del medico che eseguisce l'accertamento può essere di relativa importanza nei casi di piccole o medie somme, diventa compito enorme per difficoltà e responsabilità, quando riguardi contratti di centinaia di migliaia di lire.

E' noto a chiunque, attraverso la casistica delle cronache dei giornali, come in questi ultimi tempi la forma assicurativa si presti a varie forme di truffe e di delitti veri e propri, e come vengano ordite delle vere trame con una frequenza tale da lasciar adito al sospetto che di fronte al piccolo numero di esse

venute alla luce, un più grande numero resti nascosto e sfugga alle nostre conoscenze.

Il capitolo più importante di tali forme di truffa, riguarda quello della *assicurazione stipulata da chi sappia di essere portatore di una grave malattia facilmente simulabile in una visita medica comune durante la quale l'interessato sappia sottacere i disturbi funzionali.*

Si ammetta, p. es., che un tizio abbia avuto un'ematemesi e che l'esame clinico abbia rilevato l'esistenza di una ulcera gastrica; oppure che un'emotisi abbia indotto a un esame radiologico che abbia svelato un piccolo focolaio evolutivo non ancora accessibile all'esame stetacustico.

Se l'interessato passerà sotto silenzio i disturbi funzionali potrà essere ritenuto sano ed egli potrà contrarre una assicurazione cospicua che rappresenta un rischio per l'istituto assicuratore.

E' nostro scopo nella presente nota, passare in rassegna sistematicamente i diversi gruppi di malattie per vedere di scegliere quelle che si prestano a tale finalità, tenendo presente anche la loro relativa frequenza e tralasciando quelle malattie che per la loro scarsa frequenza incidano meno sopra tal genere di rischio.

Dopo tale scelta sarà nostro scopo studiare se in un unico esame (sia pure dotato di ogni mezzo di indagine) fatto in forma standardizzata e abbastanza rapida, sia possibile assicurare l'esclusione di tale gruppo di malattie.

La tesi che ci proponiamo è la seguente: *Dato un rischio assicurativo così forte da compensare la spesa degli esami speciali, con un esame clinico della durata massima di 90 minuti (senza quindi degenza per osservazione) è possibile escludere la presenza delle più comuni e gravi malattie anche al loro stato iniziale?*

In caso affermativo quale la procedura? e quale il numero minimo di indagini necessarie ad escludere il massimo numero di tali malattie?

In caso negativo quali malattie sfuggono?

*
**

Esame sistematico dei diversi gruppi di malattie.

Il capitolo delle *endocrinosi* non è molto importante ai fini della nostra indagine: esse sono causa quasi sempre di alterazioni somatiche generali o parziali anche esterne che non sfuggono all'esame obiettivo. Quelle forme che non danno tali manifestazioni non sogliono essere nè frequenti nè gravi. L'esame delle urine e la misurazione della pressione arteriosa che abitualmente si fanno, svelano anche malattie da disfunzione pituitaria o surrenale. Per questo capitolo non si ritiene pertanto necessario nessun nuovo metodo di indagine.

Le *disgenopatie* o sindromi di alterata crescita appaiono evidenti nell'esame somatico, e le forme intermittenti vasali o secretorie hanno scarsa importanza sia per la loro rarità come per la loro scarsa letalità.

Nelle sindromi *metaboliche* il diabete viene già scartato dall'esame delle urine essendo eccezionale che un individuo abbia avuto occasione di venire a conoscenza di uno stato iperglicemico preglicosurico. La gotta se non accusata può sfuggire nei periodi interaccettuali, ma la sua importanza come causa di morte esiste in quanto determina alterazioni circolatorie cosicchè il problema rientra nella categoria di tali malattie. Se tali complicazioni già non esistono, non esiste neppure il problema della frode grave inquantochè la malattia può e suole permettere una sopravvivenza anche lunga.

Nel capitolo delle *sindromi emopatiche e delle discrasie emorragiche* sta forse il pericolo più grave, sebbene non sia assai frequente. L'anemia perniciosa perde oggi la sua importanza data l'efficacia della cura di fegato: esistono però forme resistenti le quali analogamente al gruppo delle leucemie possono

prestarsi alla simulazione. In tali malattie si possono ottenere sia spontaneamente, sia specialmente con la terapia rontgen delle remissioni con scomparsa della febbre e della splenomegalia tali da poter passare inosservate a un esame clinico comune che non sia corredato da un esame ematologico. Il problema è assai importante oggi che l'attenzione dei medici colti è particolarmente attratta a studiare e a tempestivamente scoprire queste sindromi emopatiche.

Sono cioè relativamente facili delle diagnosi fatte all'inizio della malattia; sono quindi possibili periodi curativi e di benessere durante i quali il paziente, che avesse tenuto segreto il suo caso, può stipulare un contratto ingente d'assicurazione e morire di leucemia dopo 2 anni. Per queste speciali circostanze di frequenza, di mortalità e di possibilità di simulazione è intuitiva la necessità di un esame ematologico sia pure ridotto alla semplice conta degli elementi e alla forma leucocitaria.

Il capitolo delle *dermatosi* non richiede esami più minuti di quelli in uso; le malattie *osteo articolari* possono essere rilevate da un esame obiettivo semplice, nè presentano d'altronde interesse, nel senso da noi precisato.

Le malattie *infettive* esulano pure dagli scopi della nostra indagine ad eccezione della sifilide che per la sua gravità, per la estrema frequenza e per il frequente silenzio clinico si presta a sorprendere la buona fede del medico: è appena il caso di rilevare che la sierodiagnosi della lue, sia nella forma di Wassermann che in quella di Kahn, rappresenta una necessità evidente. E' piuttosto da prendere in considerazione la opportunità di una riattivazione biologica della sierodiagnosi, senonchè tale pratica richiederebbe una iniezione di un preparato antiluetico sempre sgradito a sani e a malati, e una seconda visita per la presa del sangue da esaminare.

La pratica esula dunque completamente dai limiti che ci siamo prefissi e ciò per intuitive esigenze od opportunità pratiche. Una malattia da protozoi che sfuggirebbe all'esame clinico sarebbe l'infestazione da amebe, ma la rarità di essa, nonchè la diminuita mortalità in grazia della medicazione emetina rende la malattia scarsamente interessante.

Delle sindromi *respiratorie* hanno particolare importanza la tubercolosi, la sifilide, l'echinococco e i tumori del polmone. Queste affezioni infatti possono in alcuni stadi sfuggire all'esame clinico non corredato da quello radiografico. D'altra parte si tratta di malattie di eccezionale gravità e alcune di estrema frequenza. Inoltre per il frequente comparire di alcuni segni intermittenti quale l'emoftoe, o di un segno dominabile come la tosse, è possibile che il paziente ricorra all'esame medico radiologico e che la diagnosi venga fatta in un periodo di tempo di mancanza di segni staccistici. E' intuitivo pertanto che si rende necessario l'esame radiologico del torace il quale solo può mettere l'istituto al riparo di simili casi.

Le altre malattie respiratorie, sono rilevabili all'esame clinico comune, e l'asma bronchiale pura (cioè senza bronchite cronica ed enfisema) pure potendo essere sottaciuta e quindi passare inosservata nei periodi interaccessuali non ha importanza al nostro scopo perchè non incide quasi mai sul pericolo di vita.

Il gruppo delle *cardiopatie* è assai importante sia nelle forme di affezioni del miocardio come in quelle dell'aorta e delle coronarie. Meno importanti quelle del ritmo, possibili a rilevarsi con l'esame clinico comune, come pure quelle vascolari periferiche perchè rilevate già dall'esame sfignomanometrico.

Interessano invece i casi di insufficienza cardiaca che si presentino a visita in periodo di perfetto compenso, e i casi di angina pectoris che si presentino in un periodo interaccessuale o comunque di compenso perfetto. La questione è importante perchè partecipa di tutte le condizioni prefisseci e cioè: frequenza rilevante — mortalità alta — possibilità di diagnosi fatta in segreto al paziente e seguita da un periodo di silenzio clinico durante il quale il paziente contrae l'assicurazione.

Per la prima forma e cioè delle insufficienze relative latenti, sogliono sug-

gerirsi delle prove funzionali che non danno sufficiente garanzia. Lavori recenti hanno abbondantemente dimostrato che con l'elettrocardiogramma si possono rivelare delle alterazioni miocardiche quando ancora le prove funzionali restano mute. E' così possibile a un paziente preavvertito reintegrare le sue condizioni cardiache con un riposo assoluto e con una terapia cardiotonica severa in modo da presentarsi in perfetto compenso anche dopo le prove fisiologiche comuni.

Con l'elettrocardiogramma però, si svelerebbe la insufficienza latente; e precisamente con l'appiattimento dell'onda T in seconda derivazione dopo 10 flessioni sulle ginocchia, nessuno di tali casi potrebbe sfuggire.

Quanto all'angina pectoris il problema è identico al precedente. Sussistono le caratteristiche di frequenza, di grande mortalità, di possibilità di visita di controllo durante un periodo di tregua. Anche per questa affezione l'elettrocardiogramma potrebbe rilevare l'esistenza della lesione. Le caratteristiche coronariche dell'elettrocardiogramma sono troppo note perchè si abbiano a ricordare, anche perchè egregiamente illustrate da Sultano di recente sopra questa stessa rivista. Basti a noi concludere affermando che l'importanza di questa indagine nel gruppo delle malattie cardiovascolari è identica sotto ogni aspetto a quella delle sindromi respiratorie delle quali si è già fatta parola.

Nelle sindromi *digestive* parecchie sono quelle funzionali: dalle astenie, alle ipo o ipersecretive, alle enterocoliti, alle dispepsie intestinali ecc. ecc. forme che non interessano il nostro studio perchè di scarsa o nulla mortalità.

Una importanza speciale è posseduta dall'ulcera gastro-duodenale. In questa malattia concorre l'elemento frequenza e quello della facilità di simulazione specialmente in un intervallo di benessere. Ove manchi la collaborazione del malato per lo studio del fenomeno dolore nei suoi aspetti di qualità, sede, tempo di insorgenza ecc., il diagnostico è pressochè impossibile.

La ricerca del sangue occulto può essere negativa nei frequenti periodi di tregua della malattia, ed al risultato positivo di essa non può assegnarsi un valore assoluto di probatività perchè non si può pretendere che l'ammalato che è a nostra disposizione per 90 minuti sia stato a dieta esente da carni per parecchi giorni. Oggi però le cure mediche e chirurgiche hanno tolto molto della gravità di tale malattia per la quale non disponiamo in ogni modo di un metodo semplice e sicuro per la diagnosi di esclusione a un malato reticente.

Il carcinoma gastrico è pure importantissimo al nostro caso concorrendo la frequenza, la mortalità, e la possibilità che nello stadio iniziale possa sfuggire all'esame obiettivo ove manchi la collaborazione del malato dal lato anamnestico recente. Forse il problema della dissimulazione del carcinoma gastrico sarebbe già risolvibile in via amministrativa giacchè si tratta di una malattia a rapida evoluzione e il sopravvenire della morte a piccola scadenza dal contratto potrebbe aiutare gli istituti nel sospettare e nel ricercare la frode. Senonchè da un punto di vista medico il problema è risolvibile facilmente e sicuramente con un'indagine troppo poco praticata (sebbene ormai nota) forse perchè appunto troppo semplice: la velocità di sedimentazione delle emazie. Si tratta di un fenomeno che è sempre alterato in parecchie malattie e in particolare nelle tubercolosi e nei tumori maligni. L'esecuzione di questa ricerca si impone dunque non solamente per metterci al coperto dell'esistenza occulta di tumori maligni, ma anche da altre malattie quali la tubercolosi, e anche da particolari stati fisiologici quali la gravidanza.

Naturalmente una velocità di sedimentazione accelerata non potrà dirci se si tratta di un tumore o di una tubercolosi, oppure di una gravidanza al 2° mese; ci dirà però che nell'organismo si sta svolgendo qualche processo che non rappresenta la normalità; imponendo quindi ulteriori accertamenti e in caso di rifiuto da parte del candidato la taratura del rischio o la respinta.

Nel gruppo delle malattie del *fegato, del pancreas e della milza*, poche sono

le malattie che ci interessano dal nostro punto di vista ad eccezione dei tumori per i quali valgono le proposte fatte per il carcinoma gastrico.

Una importanza tutta a sè ha la calcolosi epatica la quale però sebbene risponda ai requisiti di frequenza e di facilità di simulazione nei periodi interaccusali non incide molto sulla mortalità cosicchè si può transigere sull'esame della questione. D'altronde ove anche la malattia possedesse caratteri da richiedere il suo accertamento, scarsi sarebbero i mezzi a nostra disposizione per svelare la dissimulazione. La provocazione del dolore nella colecistite può passare inosservata ove il paziente sappia resistere nel momento della palpazione: si potrebbe caso mai sorvegliare il comportamento della pupilla durante la compressione del punto cistico. La palpazione dolorosa provoca quasi sempre una midriasi specialmente a destra.

La prova indiretta di Van den Bergh è positiva solo per alcuni giorni dopo l'accesso colangitico.

Tutte le altre malattie dànno alterazione di volume dei visceri controllabili all'esame obiettivo o segni clinici (ascite, ittero) che non devono sfuggire durante la visita medica.

Nelle sindromi *renali* dobbiamo distinguere le forme nefrosiche che sono svelate dall'albuminuria; dalle forme nefritiche che determinano sempre un aumento della pressione arteriosa spesse volte con ematuria sia pure lieve. L'esame completo dell'urina rileva poi la maggior parte dei disturbi dell'apparato urinario. La tubercolosi e i tumori anche nei periodi di silenzio clinico influiscono sulla velocità di sedimentazione delle emazie come è già stato detto.

Il gruppo delle malattie *nervose* è tale che una lesione grave non può sfuggire all'esame clinico quale è richiesto dal questionario d'uso. Potrebbe sfuggire per la dissimulazione del malato, qualche tumore cerebrale nel periodo presintomatico in cui esista solo cefalea o alterazione del campo visivo. In questo caso però l'evoluzione rapida della malattia rivelerebbe l'esistenza della frode, e in ogni modo si tratta di lesioni rare e che non sfuggono neppure all'esame della velocità di sedimentazione. L'encefalite letargica allo stadio cronico potrebbe nei casi più lievi passare inosservata, però casi così lievi difficilmente vengono poi a morte.

Nelle psicopatie è da prendere in considerazione la demenza precoce la quale si presterebbe a truffe perchè causa di grande mortalità, e perchè in un periodo iniziale e di tregua i parenti potrebbero accompagnando l'ammalato e abilmente sostituendolo nel rispondere al questionario medico far passare inosservata l'eventuale anomalia psichica rilevabile solo attraverso la conversazione.

Però mentre è facile che un individuo sapendosi votato a morte elabori un piano di assicurazione a favore dei suoi eredi, è meno facile che i parenti saputa la prognosi del loro paziente gli costruiscano sopra il piano stesso.

Inoltre la diagnosi certa di demenza precoce viene emessa quasi sempre dopo parecchio tempo dall'inizio, giacchè lo psichiatra richiede un periodo di osservazione, cosicchè allorquando il quadro appare in tutta la sua gravità, le condizioni psichiche del paziente sono così gravemente compromesse da rendersi difficile l'occultarle. Inoltre abitualmente il medico si limita ad esporre la prognosi *quoad* funzione mentale e non accenna mai, essendo già troppo grave la prima, alla gravità della prognosi *quoad vita*; e questo anche perchè effettivamente parecchi ebefrenici possono sopravvivere anche molto a lungo. Diventano pertanto eccezionali le occasioni di riscontrarla.

Il gruppo delle malattie *voluttuarie*, è naturalmente assai difficile a trattare inquantochè la malattia dipende dalla volontà del paziente e si avvicina quindi sotto certi aspetti al suicidio.

Un morfinista grave, potrebbe, in un periodo di benessere contrarre una assicurazione cospicua e abbandonarsi poscia al vizio. In questo caso però la sottaciuta verità verrebbe a giorno in occasione della eventuale morte.

Lo stesso valga per le altre intossicazioni voluttuarie.

*
**

Se si riassumono quindi i dati esposti per la ricerca di malattie che interessino dal triplice punto di vista da noi prospettato, osserviamo che il numero delle malattie interessanti si riduce alle seguenti:

- a) emopatie;
- b) affezioni endotoraciche;
- c) lesioni miocardiche e aorto-coronariche;
- d) la tubercolosi;
- e) la lue;
- f) tumori maligni.

Le prime possono essere rilevate dall'esame ematologico, le seconde dall'esame radiologico del torace, le terze dall'esame elettrocardiografico, la quarta e la quinta dalla reazione di Kahn e dalla velocità di sedimentazione delle emazie.

Questo gruppo di indagini può essere eseguito in un gabinetto espressamente attrezzato in circa mezz'ora. Giacchè la puntura endovenosa estrae del sangue che servirà poi per la sierodiagnosi della lue mentre poche gocce bastano per l'esame ematologico e una piccola quantità per la velocità di sedimentazione. La radiografia istantanea toracica, in un gabinetto ove tutto si presuppone pronto per trattenere al minimo il malato può essere eseguita in una decina di minuti, mentre altrettanti se ne richiedono per la presa di due tracciati elettrocardiografici, intramezzati da 10 flessioni sulle ginocchia quando si disponga dell'apparecchio già preparato con gli elettrodi a molla.

Per il restante esame clinico generale e completamento del formulario possono bastare 60 minuti. In tal modo trattenendo un assicurando per circa 90 minuti è possibile esperire le prove sopraindicate che mettono al riparo delle malattie più importanti dai punti di vista da noi considerati.

L'esame dovrebbe essere eseguito da un medico specializzato in questa speciale indagine, o per lo meno da un elemento di sicura fiducia dell'Istituto assicuratore e che possieda la necessaria competenza nell'esecuzione ed interpretazione personale di tutte le ricerche eseguite e questo per non frammentare quella responsabilità che deve restare come la più forte garanzia per l'istituto.

Un servizio medico così completo non potrebbe certo istituirsi in ogni capoluogo di provincia per la difficoltà di trovare ovunque sanitari di completa fiducia e attrezzati a eseguire le sopradette indagini con la rapidità che è necessaria nei termini di tempo prefissi e senza la collaborazione immediata di altri specialisti radiologi ed elettrocardiologi; e questo per evitare che il candidato venga fatto girare da un sanitario all'altro. Dovrebbe però essere istituito almeno nei capoluoghi di regione: rimborsando all'interessato la spesa di viaggio al capoluogo di regione si otterrebbe sempre la sua adesione.

Il piano potrà sembrare eccessivamente complicato sia dal punto di vista sanitario che finanziario, ma ho la sicura sensazione che lo sviluppo sempre più ampio delle forme assicurative indurrà gli istituti a comprendere la necessità che per i contratti riguardanti forti somme si debba attuare tale procedura perchè corrisponde al minimo delle ricerche atte a raggiungere il massimo dei risultati di accertamento.

**Tavola dei pesi in rapporto all'altezza ed all'età
adottata per lo studio della mortalità
in base all'esperienza di 34 Compagnie di assicurazione.**

(Pubblicata a New York nel 1903 — Conversione al sistema metrico decimale).

ETÀ 15-24.

Altezza	PESO C	PESO B
1.55	47 - 66	66.1/2 - 72
1.60	49 - 69	69.1/2 - 75
1.65	51.1/2 - 73	73.1/2 - 79
1.70	55 - 77	77.1/2 - 84
1.75	58 - 85.1/2	82 - 88.1/2
1.80	61 - 86.1/2	87 - 94
1.85	65.1/2 - 92.1/2	93 - 100
1.90	70 - 98.1/2	99 - 106.1/2

ETÀ 25-29.

Altezza	PESO C	PESO B
1.55	48.1/2 - 68.1/2	69 - 74
1.60	50.1/2 - 71	71.1/2 - 77
1.65	53 - 75	75.1/2 - 81
1.70	56 - 80	80.1/2 - 86.1/2
1.75	60 - 84.1/2	85 - 91.1/2
1.80	63 - 89.1/2	90 - 96.1/2
1.85	68 - 96	96.1/2 - 104.1/2
1.90	73.1/2 - 103	104 - 112

ETÀ 30-39.

Altezza	PESO C	PESO B
1.55	50 - 71	71 - 76.1/2
1.60	52 - 73.1/2	74 - 80
1.65	55 - 77	77.1/2 - 84
1.70	58 - 82	82.1/2 - 89
1.75	61.1/2 - 87.1/2	88 - 95
1.80	65.1/2 - 93	93.1/2 - 101
1.85	71 - 99.1/2	100 - 108
1.90	76.1/2 - 107.1/2	108 - 116.1/2

ETÀ 40 E OLTRE.

Altezza	PESO C	PESO B
1.55	52 - 74	74.1/2 - 80
1.60	54 - 76.1/2	77 - 83
1.65	57 - 80	80.1/2 - 87
1.70	60 - 85	85.1/2 - 92.1/2
1.75	64.1/2 - 90.1/2	91 - 98
1.80	68 - 96	96.1/2 - 104.1/2
1.85	72.1/2 - 102.1/2	103 - 110.1/2
1.90	77.1/2 - 110	110.1/2 - 119

N. B. — Coloro che hanno un peso superiore a quello indicato per la categoria B, vanno classificati nella categoria A.

Coloro che hanno un peso inferiore a quello assegnato alla categoria C vanno classificati nella categoria D.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita**In tema di simulazione e dissimulazione di malattie****Sopra un caso di colite cronica**

Dott. F. MARSELLA

Fra le malattie che più si prestano ad essere simulate e dissimulate, esagerate o attenuate dobbiamo annoverare in prima linea quelle dell'apparato digerente. L'anamnesi e la sintomatologia subbiettiva in questo genere di malattie sono della massima importanza per il giudizio diagnostico e sia l'una che l'altra possono essere deliberatamente alterate dall'individuo poco scrupoloso che vuol raggiungere ad ogni costo una data finalità od un vantaggio economico.

Nel vasto campo dell'assicurazione malattie si sogliono addurre frequentemente come causa di incapacità al lavoro, o come motivo per anticipati collocamenti a riposo, affezioni del tubo digerente, non facilmente controllabili dai medici.

Nel campo dell'assicurazione vita, per poter stipulare a condizioni normali un contratto, del quale altrimenti si teme il rifiuto, o l'accettazione a condizioni più onerose dell'ordinario, da certi assicurandi si sogliono dissimulare malattie gastro-intestinali esistenti o attenuarne di proposito l'entità e l'importanza.

Le statistiche più precise della morbosità ci dicono che le malattie dell'apparato digerente costituiscono un buon quarto della morbosità generale fra il personale assicurato contro le malattie e il Dott. Fabbri nel suo studio sulle malattie dei ferrovieri ebbe a rilevare il fatto dicendo: « Ai dolori di ventre, ai disturbi di stomaco, alle diarree non facili nè piacevoli a controllare, più spesso si ricorre quando si cerchi, per qualsivoglia motivo, sottrarsi al lavoro col beneplacito del medico ».

D'altra parte l'esame dei sinistri di breve antedurata, nell'assicurazione vita, ci dimostra che frequentemente come causa di tali sinistri figurano le gastro-enteropatie, o dissimulate del tutto, o artificiosamente di molto attenuate dagli assicurandi, all'epoca dell'ingresso in assicurazione. Il medico, che è incaricato di accertare il vero stato di salute degli individui sottoposti al suo esame, deve avere ben presenti questi fatti verificabili nella pratica ordinaria.

Dobbiamo dire peraltro che le difficoltà di accertamento delle malattie del tubo digerente erano molto superiori nel passato che non al presente.

Bisogna riconoscere che la patologia dell'apparato gastro-enterico sia per quanto riguarda la diagnostica che la terapeutica medica e chirurgica è opera quasi totalmente moderna.

La semeiotica, la batteriologia, la chimica, e più di recente ancora la radiologia e la clinica generale hanno portato molta luce nel campo delle malattie dell'apparato digerente e hanno arricchito la scienza di importanti capitoli nuovi che invano si cercano nei classici trattati di medicina di qualche decennio addietro.

Anche la medicina fiscale ed assicurativa, che devono sempre basarsi sulla clinica generale, si avvantaggiano per l'assolvimento dei loro compiti, di questo nuovo stato di cose, riuscendo a chiarire molti punti prima oscuri.

È pur sempre peraltro il tubo digerente quello che mette a più dura prova l'opera del medico visitatore nel campo fiscale ed assicurativo.

Sull'argomento delle gastro-enteropatie non ritengo del tutto inutile intrattenermi alquanto su di un caso da poco capitato al mio esame, per fare alcune considerazioni di carattere clinico e medico legale, interessanti la medicina assicurativa.

Riferisco brevemente il caso riguardante un individuo affetto da colite cronica, il quale, a seconda delle circostanze e delle finalità da raggiungere, esagerò prima, dissimulò dopo e tornò ad esagerare infine le sue sofferenze. Debbo subito dire che nel caso che ci occupa non si tratta di vera simulazione ma solo di esagerazione che è un grado minore della simulazione. Aggiungerò che la simulazione completa è molto rara, mentre è molto frequente l'esagerazione e ben diceva il Thoinot: « Rien n'est plus rare que la véritable simulation, rien n'est plus comune que l'exageration ». Con una frase apparentemente paradossale esprimeva lo stesso concetto il Lasègne dicendo: « On ne simule que ce que l'on a ».

Passiamo ora all'esame del nostro caso. Un individuo di 40 anni di professione operaio calderaio presso una grande azienda, coniugato con figli, nell'ottobre 1933 avanzò proposta di assicurazione per un discreto capitale a forma mista della durata di 25 anni. Nella proposta in data 14 ottobre 1933 l'assicurando dichiarò di trovarsi in buono stato di salute. In occasione della visita medica subito quasi nella stessa data disse di godere buona salute, di non aver sofferto mai alcuna malattia salvo una colite durata circa un mese e guarita perfettamente da tre mesi. Nessun disturbo o sofferenza di sorta fu accusata dall'assicurando che si presentava in buone condizioni generali di nutrizione con modico soprappeso. Trascrivo le misure somatiche rilevate: Altezza metri 1.63 — Peso Kg. 82, Collo cm. 41, torace cm. 103, addome cm. 105.

L'esame dell'addome fece rilevare: « addome aumentato di volume per abbondante pannello adiposo, trattabile, indolente. Organi digerenti: normali ».

Il medico giudicò il soggetto persona sana e qualificò il rischio buono. Fu emessa quindi la polizza che l'assicurando perfezionò con la prescritta dichiarazione di trovarsi in buone condizioni di salute verso i primi di novembre 1933. Assieme alla polizza fu accordato il chiesto allegato di invalidità per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di sopraggiunta invalidità totale permanente. Nel giugno 1934, a soli 7 mesi di distanza dalla stipula del contratto, l'assicurato domandò di essere esonerato dal pagamento dei premi, dichiarandosi incapace a qualsiasi lavoro e dicendo di essere stato di recente esonerato dal servizio, per invalidità fisica, dall'amministrazione statale presso la quale da circa 15 anni prestava servizio. In appoggio alla sua richiesta allegava il certificato del medico curante con la diagnosi di colite cronica ulcerosa.

L'Istituto dispose allora le necessarie indagini e gli opportuni accertamenti sanitari.

Dalle indagini è risultato che l'individuo allorchè stipulò il contratto di assicurazione era assente dal suo servizio per malattia e che tale assenza si era iniziata nel giugno 1933 e si protrasse fino al febbraio 1934 quando fu proposto per il collocamento a riposo. Il provvedimento di esonero definitivo ebbe poi luogo con decorrenza dal 1° giugno 1934 dopo che l'impiegato aveva ottenuto, giusta le disposizioni regolamentari, la paga intera per sei mesi e metà stipendio per gli altri sei mesi successivi. La malattia causa dell'esonero fu la colite cronica per la quale l'impiegato era stato anche ricoverato in Ospedale dal 20 luglio al 24 agosto 1933.

Dalla cartella clinica Ospedaliera, di cui ho preso visione, si rileva che l'impiegato aveva avuto ad intervalli disturbi al tubo digerente (gastriti-enterocoliti) e che l'ultima volta era stato sofferente di tali affezioni nel novembre 1932. La malattia si era poi manifestata in forma acuta il 7 giugno con dolori all'intestino di discreta intensità, con enterorragia lieve ma continua associata ad astenia generale.

In Ospedale furono praticate tutte le indagini del caso, fu eseguito l'esame delle feci che in qualche giorno fece notare presenza di sangue. Dato anche il risultato della rettoscopia fu fatta diagnosi di proctosigmoidite catarrale. La rettoscopia fece rilevare: facile introduzione del tubo rettoscopico fino a 30 cm. dalla apertura anale. La mucosa si presentava modicamente arrossata, coperta di un leggero strato di muco. Non si notavano altre alterazioni della medesima. Nulla all'esplorazione digito-rettale. Nulla di anormale fu rilevato all'esame degli altri apparati organici e viscerali. L'infermo venne dimesso migliorato il 24 agosto 1933.

Verso la metà di settembre essendosi ripresentate le sofferenze in forma acuta il paziente si sottopose ad accertamenti radiografici dai quali risultò che tra il terzo destro e il terzo medio del colon trasverso si arrestava nettamente tanto la colonna di bario discendente quanto quella ascendente a mezzo di clima. Fu fatta diagnosi di colite ulcerosa. Con le cure mediche e con l'osservanza di una dietetica speciale non si ripeterono più le enterorragie e l'ammalato andò sempre migliorando, pur persistendo la dolorabilità addominale fino al febbraio 1934.

Nell'ottobre 1933 l'operaio fece la domanda di assicurazione dicendosi perfettamente sano. Il 9 novembre 1933 perfezionò il contratto, come già dicemmo, sottoscrivendo la dichiarazione di trovarsi in buone condizioni di salute, mentre pochi giorni dopo, nello stesso mese di novembre, ai medici della sua amministrazione, diceva di essere colto spesso da dolorabilità, dopo i pasti, che si iniziava in corrispondenza del lato destro del colon e si diffondeva a quasi tutto l'addome scomparendo lentamente dopo l'evacuazione. Aggiungeva di sentirsi fiacco e di non essere in grado di riassumere servizio.

Questi i precedenti dell'assicurato.

La visita di controllo fatta praticare dall'Istituto ha fatto rilevare: condizioni generali di salute buone con stato di nutrizione e sanguificazione soddisfacenti e modico soprappeso.

Il soggetto disse di avere dolori addominali a periodi irregolari e a sede incostante, alvo regolare.

I disturbi suaccennati, al dire dello stesso paziente, non si verificano quando segue la dietetica consigliatagli dai medici, soprattutto con regime di vitto bianco e latte. L'esame dell'addome nulla ha fatto rilevare di anormale, la lieve dolorabilità accusata non seguiva il decorso del colon, che non si palpava in nessuna porzione. L'alvo era regolare e le feci non offrivano né muco né sangue.

L'assicurato fu trovato in un negozio alla cui gestione egli accondisce regolarmente da mattina a sera, senza interruzione di sorta, da vari mesi, da quando cioè ha ottenuto la pensione dall'amministrazione presso la quale aveva lavorato per alcuni anni. Pare anzi che egli abbia fatto premure per ottenere l'esonero dal servizio esagerando le sue sofferenze allo scopo di poter ottenere la pensione vitalizia in ancor giovane età ed attendere poi liberamente alla sua nuova occupazione più redditizia.

Non contento delle finalità raggiunte l'assicurato vorrebbe ora ottenere anche l'esonero dal pagamento dei premi relativi alla Polizza di assicurazione facendosi forte dei giudizi di invalidità già emessi, nei suoi confronti, dai medici della sua amministrazione e dal nostro medico fiduciario, facilmente da lui ingannato nell'ottobre 1933.

Debbo subito dichiarare che io non intendo affatto discutere il giudizio di invalidità già dato da colleghi ragguardevolissimi di un'amministrazione statale, anche perchè un tale giudizio riflettente le specifiche mansioni di una determinata categoria operaia, nulla ha da vedere col giudizio di invalidità quale è contemplato dalle nostre condizioni contrattuali.

Faccio solo sul caso, per la parte che mi riguarda, alcune considerazioni e osservazioni di ordine clinico e medico-legale. Anzitutto è da domandarsi: Quale malattia ebbe in passato l'assicurato? Quale affezione morbosa egli oggi presenta?

Non dubbio che nell'estate e nell'autunno del 1933 l'assicurato abbia sofferto di colite ulcerosa per un piccolo tratto del colon trasverso e di proctosigmoidite catarrale. La sintomatologia presentata e i chiari reperti rilevati dai medici che ebbero a visitarlo, anche col sussidio di speciali indagini, lo dimostrano all'evidenza.

Diamo qualche breve cenno generico di tali malattie.

Le coliti o infiammazioni dell'intestino crasso, nella moderna patologia intestinale, hanno una loro individualità anatomo-clinica ben definita. Se ne distinguono diverse forme: superficiali o mucose e profonde (ulcerose, gangrenose, flemmonose, sclerotiche).

Tutte hanno un certo numero di sintomi comuni che si possono designare col termine di *sindrome colopatica*.

Questa è costituita da dolori, ora a tipo colico, ora come un senso di peso e di tensione

lungo il tragitto del colon che si risvegliano soprattutto all'atto della defecazione; da anomalie delle feci, da modificazioni dell'addome e da sintomi generali.

Le coliti si riscontrano più frequentemente nei bambini nei quali assumono forma diffusa, mentre negli adulti sono di solito segmentarie limitandosi a singoli tratti del colon: cieco e ascendente nel 50 % dei casi, sigma-colon nel 30 %, colon trasverso nel 7 %, flessura nel 3 % (OCCONI, *Manuale di Medicina Interna*).

Le moderne acquisizioni nel campo della coprologia clinica e della diagnostica funzionale dell'intestino ci permettono di precisare il tratto del tubo digerente colpito da malattia. Nel nostro caso si trattò di una forma ulcerosa non grave che interessò un piccolo tratto del colon trasverso fra il terzo destro e il terzo medio e di una forma abbastanza lieve di proctosigmoidite catarrale semplice.

Non debbesi trascurare mai peraltro nelle coliti l'insieme del quadro clinico.

Nelle forme gravi e di lunga durata i pazienti sono sempre deperiti e deboli, la prognosi in tali casi è molto seria. Schmidt calcola la mortalità circa del 20 %, e le guarigioni del 39 %; nel rimanente persistenza della malattia o solo miglioramento.

Quando una colite grave non risolve o non si avvia alla guarigione entro i primi due mesi, il pericolo di un decesso o per decadimento generale o più frequentemente per sepsi e tossiemia è quasi inevitabile; naturalmente i casi meno gravi sono i più favorevoli, in quanto è raro che una forma leggera, anche se di vecchia data, assuma andamento maligno.

In base alla sintomatologia offerta dal nostro soggetto possiamo concludere che egli abbia avuto un periodo di sofferenze colitiche durate alcuni mesi attenuatesi poi ed ora quasi del tutto scomparse.

Ora l'esame dell'addome è negativo, l'alvo è regolare, l'individuo è in buone condizioni generali di salute e non ha sofferenze di sorta sol che si attenga ad un regime dietetico adatto. L'esame dei vari apparati organici e viscerali è negativo.

Può dirsi che l'individuo con la opportuna dietetica che è sempre il *punctum saliens* della terapia, ha raggiunto il suo equilibrio organico, che solo potrebbe essere turbato da disordini alimentari, nocivi per tutti, ma in special modo per i vecchi enteropatici, che nel loro intestino hanno un punto debole, facilmente vulnerabile, un *locus minoris resistentiae* al ripetersi o al ridestarsi di appena sopite affezioni infiammatorie.

Nell'attuale stato può dirsi l'assicurato del tutto inabile a qualsiasi lavoro?

Giusta le precise clausole contrattuali si deve ritenere « invalido » colui che « per sopravvenuta malattia abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della sua professione o mestiere ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini ».

Vi è da fare una prima questione. La malattia — colite — per la quale l'assicurato chiede l'esonero dal pagamento dei premi non può dirsi sopravvenuta, bensì preesistente. L'assicurato era affetto da tale infermità prima dell'ingresso in assicurazione e lo era anche quando stipulava il contratto, come è provato dalla storia clinica retrospettiva da noi riferita con larga documentazione. Lo stesso medico curante nel suo certificato del giugno 1934 dice che la colite si era iniziata nel giugno 1933. Nè si può ritorcere a danno dell'Istituto assicuratore il giudizio di sanità emesso dal suo medico fiduciario nell'ottobre 1933. Lo stesso si basò essenzialmente sui dati anamnestici e sui sintomi subiettivi, del tutto negativi, forniti dall'assicurando. Bisogna anche riflettere che quella praticata dal medico fiduciario fu una visita generica senza il sussidio di speciali esami, che soli avrebbero potuto far constatare l'affezione morbosa del soggetto. È provato peraltro che la malattia allora esisteva e che solo l'assicurato, col suo comportamento e con le sue dichiarazioni mendaci e reticenti, riuscì a dissimulare, ingannando facilmente il medico, per la mancanza di manifesti sintomi del male.

Ma può dirsi che allo stato attuale la malattia allegata dall'assicurato cagioni in lui l'incapacità totale e permanente lavorativa?

Un siffatto giudizio medico-legale di invalidità totale permanente deve avere la sua perfetta rispondenza in un analogo giudizio clinico di malattia grave ed inguaribile.

Non è questo certo il nostro caso.

La infermità dell'assicurato non può dirsi certo grave ed inguaribile, data la sintomatologia offerta ed il suo decorso e lo stato attuale.

Possiamo anche ammettere che l'assicurato non possa più fare il suo mestiere di operaio calderaio, ma osserviamo che egli non esercitava detto mestiere neanche all'epoca dell'ingresso in assicurazione, nonostante le sue dichiarazioni contrarie. Egli stesso si dichiarava invalido per il suo mestiere e perciò era riconosciuto ammalato dai medici dell'amministrazione dalla quale dipendeva.

Viene l'altra questione della idoneità ad altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini. Ad un tale quesito bisogna rispondere in modo decisamente affermativo. Data la condizione sociale dell'assicurato, la sua età, la sua capacità fisica e psichica egli può ben fare il nuovo mestiere che si è scelto. Può farlo osservando la dietetica opportuna, con completo rendimento e senza pregiudizio alcuno della sua salute.

I fatti lo dimostrano più e meglio di qualsiasi ragionamento. Egli, ancor giovane, non costretto da impellenti necessità di vita, avendo una discreta pensione mensile, accudisce benissimo alla gestione del suo negozio ed ivi è stato trovato in completo benessere e nel regolare disbrigo delle sue faccende dal nostro sanitario incaricato di effettuare una visita di controllo. Questa ha dato risultato negativo pel riconoscimento di infermità che possano cagionare incapacità lavorativa e lucrativa.

Da informazioni assunte dalle competenti autorità è risultato anche che l'assicurato attende per tutta la giornata alla esplicazione delle incombenze relative al suo commercio. Al nostro stesso medico l'assicurato disse che egli aveva tentato di ottenere l'esonero del pagamento dei premi inoltrando la relativa domanda, pur nutrendo poca speranza di essere esaudito: pareva anzi che si fosse persuaso alla dimostrazione fattagli dal nostro medico di non potere essere accontentato. Viceversa poi ha ripensato alla cosa e, forse istigato da qualcuno, è tornato all'assalto con una nuova istanza.

La definitiva risposta dell'Istituto non può essere che negativa per le ragioni ampiamente esposte.

Ed ora un'ultima osservazione.

Gli individui nelle attuali condizioni del nostro soggetto possono essere accettati in assicurazione? Io ritengo di sì, ma con un soprapremio sanitario adeguato al maggior rischio assicurativo.

Mi astengo dal trattare di proposito la questione medico legale della contestabilità del contratto stipulato dall'assicurando nell'ottobre 1933. Mi limito ad accennarla.

È fuori dubbio che l'assicurato nell'ottobre novembre 1933 all'Istituto assicuratore rese dichiarazioni difformi dal vero, circa il suo stato di salute passato e presente. Ciò abbiamo altrove ampiamente dimostrato e non amiamo ripeterci.

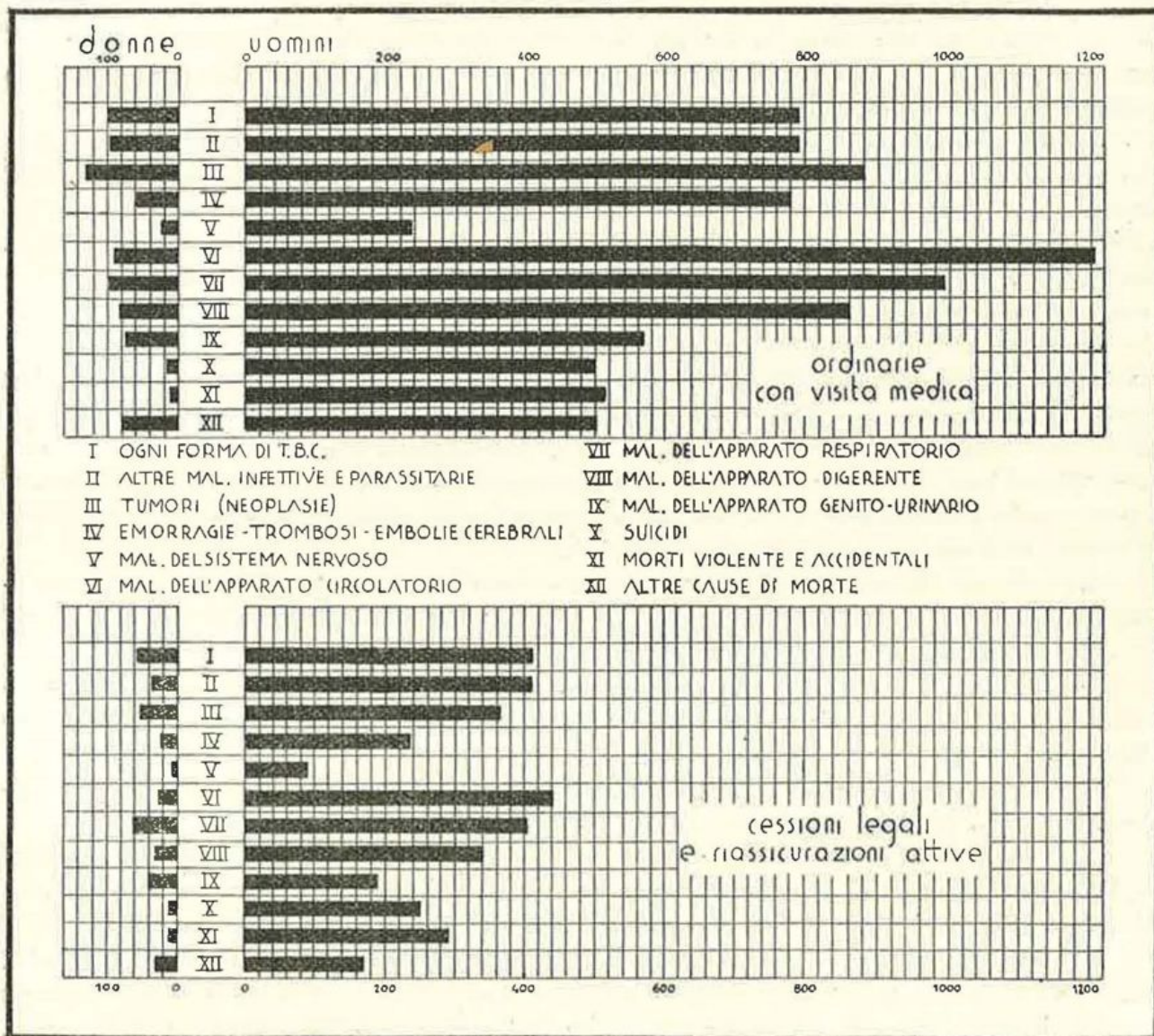
Il contratto assicurativo, che su quelle dichiarazioni essenzialmente si fondò, sarebbe quindi contestabile. Ma su questo punto deciderà la Direzione dell'Istituto nel suo potere discrezionale, visto anche che il periodo più grave e rischioso della malattia fortunatamente è già passato.

Dico solo infine che anche e soprattutto per le malattie di difficile accertamento, per non avere esse una sintomatologia obbiettiva ben chiara, gli assicurati hanno l'obbligo di rendere dichiarazioni sincere e fornire con assoluta veridicità i dati anamnestici, senza esagerazioni o attenuazioni.

L'anamnesi esatta che è interesse di ogni malato rendere al medico in modo sempre perfettamente conforme al vero, diventa un dovere morale e un obbligo giuridico nel campo assicurativo.

Alcuni dati di Statistica Medica

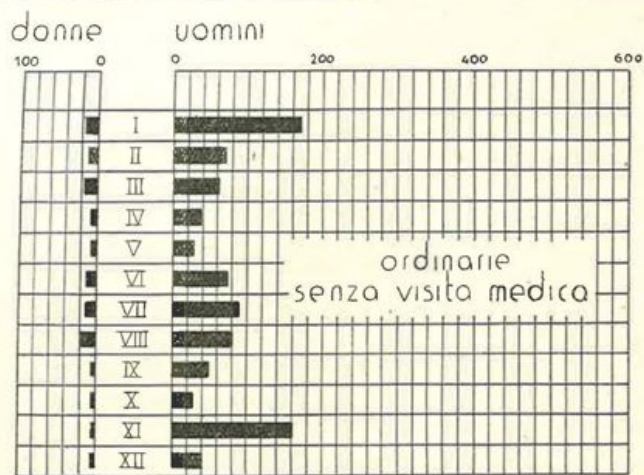
contratti sinistrati nel quinquennio 1929-1933



Nelle assicurazioni ordinarie con visita medica il maggior numero dei sinistri è dato dalle malattie dell'apparato circolatorio specie se si sommano con le cause di morte per emorragia, embolia e trombosi cerebrale.

Nelle assicurazioni senza visita medica prevalgono le cause di morte per tubercolosi e quelle per morti violente ed accidentali: nelle assicurazioni in forma popolare la tubercolosi e le malattie dell'apparato respiratorio.

contratti sinistrati nel quinquennio 1929-1933



- I OGNI FORMA DI T.B.C.
- II ALTRE MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE
- III TUMORI (NEOPLASIE)
- IV EMORRAGIE - TROMBOSI - EMBOLIE CEREBRALI
- V MAL. DEL SISTEMA NERVOSO
- VI MAL. DELL'APPARATO CIRCOLATORIO

- VII MAL. DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- VIII MAL. DELL'APPARATO DIGERENTE
- IX MAL. DELL'APPARATO GENITO-URINARIO
- X SUICIDI
- XI MORTI VIOLENTE E ACCIDENTALI
- XII ALTRE CAUSE DI MORTE

Assicurazioni con visita medica - Partofoglio diretto e preconstituito - Assicurati dell'I. N. A. morti nel quinquennio 1929-33
per malattie dell'apparato circolatorio

CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE														Totali	
	0 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		oltre i 65		Età imprecisata		u.	d.
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		
Pericardite (38)	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Endocardite acuta (39)	1	—	5	1	8	1	4	1	—	1	—	—	—	—	19	3
Endocardite cronica comprese le affezioni valvolari (40)	—	—	9	1	29	3	48	4	33	3	12	2	—	—	131	13
Malattie del miocardio (41)	—	—	5	2	31	8	76	5	63	7	21	6	—	—	196	28
Malattie delle arterie coronarie e angina pectoris (42)	1	—	9	—	46	1	77	—	72	5	22	1	—	—	227	7
Altre malattie del cuore (43)	—	—	9	3	16	5	30	4	26	2	4	2	—	—	85	16
Aneurisma, escluso l'aneurisma del cuore (44)	—	—	1	—	7	—	6	1	13	—	1	—	—	—	28	1
Arteriosclerosi (eccettuate le malattie delle arterie coronarie) e cangrena (45)	—	—	—	—	9	—	45	—	96	10	50	7	—	1	200	18
Altre malattie dell'apparato circolatorio (46)	1	—	—	—	10	1	15	—	15	1	5	—	—	—	46	2
<i>Totali</i>	3	—	39	7	157	19	301	15	319	28	115	18	—	1	934	88
Embolie e Trombosi cerebrali (n. 82)	1	—	7	1	79	5	178	13	181	17	63	10	—	—	509	46

N.B. — Il numero in parentesi seguito accanto alla causa di morte risponde al numero dell'elenco nosologico dell'Istituto Centrale di Statistica.

Assicurazioni con visita medica - Portafoglio diretto e preconstituito - Contratti dell'I.N.A. sinistrati nel quinquennio 1929-33 per malattie dell'apparato circolatorio.

CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI														Totali					
	0-6 m.		6 m. - 1 a.		1-2		2-3		3-4		4-5		5-10		10-15		oltre 15		u.	d.
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		
Pericardite (38)	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Endocardite acute (39)	1	—	1	—	7	—	1	1	1	—	2	—	6	1	2	1	1	—	22	3
Endocardite cronica comprese le affezioni valvolari (40)	2	1	4	1	9	2	11	1	13	1	10	1	58	5	42	1	26	—	175	13
Malattie del miocardio (41)	4	1	9	4	21	2	13	4	17	2	17	3	49	8	50	5	69	2	249	31
Malattie dell'arterie coronarie e angina pectoris (42)	12	1	12	—	26	1	22	1	17	—	22	—	91	5	50	1	72	—	324	9
Altre malattie del cuore (43)	—	—	4	1	6	2	7	3	6	1	10	3	27	3	15	3	32	2	107	18
Aneurisma (escluso l'aneurisma del cuore) (44)	1	—	1	—	2	—	1	—	5	1	1	—	10	—	10	—	8	—	39	1
Arteriosclerosi (eccettuate le malattie dell'arterie coronarie e cangrena) (45)	2	1	2	—	7	—	10	—	10	—	13	—	55	6	66	7	77	4	242	18
Altre malattie dell'apparato circolatorio (46)	2	—	1	—	4	—	2	—	3	1	6	—	14	1	11	—	14	—	57	2
Totale	24	4	34	6	82	7	68	10	72	6	81	7	311	29	246	18	299	8	1217	95
Embolie, trombosi cerebrali (n. 82)	22	2	17	5	46	6	49	4	53	3	58	4	235	13	139	11	165	8	784	56

N.B. — Il numero segnato tra parentesi accanto alla causa di morte risponde al numero dell'elenco nosologico dell'Istituto Centrale di Statistica.



Contratti sinistrati per alcune cause di morte dell'apparato cardio-vascolare nel quinquennio 1929-33
Portafoglio diretto e preconstituito - Assicurazioni con visita medica all'ingresso.

Malattie dell'endocardio e del miocardio (n. 91, 92, 93 dell'elenco nosologico dell'Istituto Centrale di Statistica).

Gruppi di età all'ingresso	ANTIDURATA																		Antidurata media			
	0-6 m.		6 m. 1 a.		1-2		2-3		3-4		4-5		5-10		10-15		oltre 15		Totali		u.	d.
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		
Da 15 anni a 29 anni . . .	1	—	1	—	5	2	—	—	2	—	3	1	10	2	9	1	6	—	37	6	7	6
Da 30 anni a 44 anni . . .	2	—	6	4	14	1	10	3	15	1	11	2	61	5	47	—	56	1	222	17	4,7	4
Oltre 45 anni . . .	4	2	7	1	18	1	15	3	14	2	15	1	43	7	37	7	31	1	184	25	6,5	7
<i>Totali</i> . . .	7	2	14	5	37	4	25	6	31	3	29	4	114	14	93	8	93	2	443	48	7	5

Malattie delle arterie (n. 94, 96, 97 e 99 dall'elenco nosologico dell'Istituto Centrale di Statistica).

Gruppi di età all'ingresso	ANTIDURATA																		Antidurata media			
	0-6 m.		6 m. 1 a.		1-2		2-3		3-4		4-5		5-10		10-15		oltre 15		Totali		u.	d.
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		
Da 15 anni a 29 anni . . .	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	7	—	3	—	7	—	22	—	7	—
Da 30 anni a 44 anni . . .	4	1	4	—	10	—	11	—	10	1	9	—	83	2	59	1	91	1	281	6	7,8	6
Oltre 45 anni . . .	11	1	11	—	23	1	22	1	22	1	30	—	72	11	72	6	64	2	332	23	6,5	8
<i>Totali</i> . . .	16	2	15	—	33	1	34	1	34	2	40	—	162	13	134	7	162	5	635	29	7	7,5

Emorragia cerebrale, embolia e trombosi cerebrale (n. 82 dell'elenco nosologico dell'Istituto Centrale di Statistica).

Gruppi di età all'ingresso	ANTIDURATA																		Antidurata media			
	0-6 m.		6 m. 1 a.		1-2		2-3		3-4		4-5		5-10		10-15		oltre 15		Totali		u.	d.
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		
Da 15 anni a 29 anni . . .	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	8	1	7	1	88	—	28	2	10	10
Da 30 anni a 44 anni . . .	7	1	5	—	12	2	13	2	21	—	21	3	105	3	72	3	96	6	352	20	13,6	5
Oltre 45 anni . . .	15	1	12	5	34	4	34	2	32	3	34	1	122	9	60	7	61	2	404	34	6,2	4
<i>Totali</i> . . .	22	2	17	5	46	6	49	4	53	3	58	4	235	13	139	11	165	8	784	56	7	6



Numero dei contratti del Portafoglio diretto e preconstituito sinistrati per morte - Esaminati dal Servizio Sanitario
nel 2° semestre 1934.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	CAPITALI ASSICURATI				Totali
	fino a 20.000 lire	da 20.001 a 99.999	da 100.000 a 900.000	oltre 900.000	
Ogni forma di t. b. c.	63	15	—	—	78
Altre malattie infettive e parassitarie.	69	33	2	—	104
Tumori (neoplasie)	111	34	5	—	150
Apoplessie, trombosi, embolie cerebrali	71	28	—	—	99
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso	18	7	2	—	27
Malattie dell'apparato circolatorio	137	51	9	—	197
• • • respiratorio	88	21	3	—	112
• • • digerente	86	26	2	—	114
• • • genito-urinario.	63	10	5	—	78
Suicidi	31	8	—	—	39
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata.	55	16	1	—	72
Altre cause di morte e cause non specificate	109	25	4	—	138
Totali	901	274	33	—	1.208

Numero dei contratti di tutti i portafogli (Diretto con e senza visita medica, Precostituito, Popolare, Cessioni Legali e Riassicurazioni) che a tutto il 31 dicembre 1934 risultano sinistrati per morte durante l'anno 1932 suddivisi per gruppi di cause di morte e per mese in cui si è verificata la morte

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totali
Ogni forma di tubercolosi . . .	54	50	73	50	58	51	53	31	48	47	42	44	601
Altre malattie infettive e parasitarie.	84	63	92	51	61	25	34	38	32	38	56	34	608
Tumori (neoplasie).	50	49	53	51	38	67	75	91	41	56	44	48	663
Emorragie, trombosì, embolie cerebrali	49	41	53	48	27	56	30	40	37	28	52	26	487
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso . .	14	6	17	16	22	12	13	11	11	17	3	11	153
Malattie dell'apparato circolatorio	96	78	75	86	81	47	67	69	55	52	59	66	831
• • • respiratorio	83	68	119	63	50	49	31	35	34	42	64	70	708
• • • digerente	57	32	46	29	36	32	66	60	55	40	53	57	563
• • • genito-urinario	27	35	21	32	15	21	24	31	22	46	17	28	319
Suicidi	26	21	31	26	17	19	15	10	34	15	23	13	250
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata. . . .	34	18	13	33	33	37	40	53	37	21	35	24	378
Altre cause di morte	83	60	63	63	54	60	56	59	61	43	65	42	709
Totali	657	521	656	548	492	476	504	528	467	445	513	463	6270

Varie**Le organizzazioni, in Europa, per l'assicurazione dei rischi aggravati**

Dott. A. LAMBERTI-BOCCONI

Segretario del Consorzio Italiano Rischi Tarati.

L'assicurazione dei rischi «aggravati» (termine che meglio risponde e più soddisfa di quello fin qui usato di rischi «tarati») particolarmente in questi due o tre ultimi decenni, ha sollevato vivissimo interesse in ogni paese civile e non soltanto, di essa, si è già detto e scritto parecchio, ma è continuamente oggetto di studi e di indagini tanto mediche che attuariali.

Diremo brevemente, in queste note, quello che si è fatto in Europa, e ciò che si propongono di raggiungere gli assicuratori europei con le loro periodiche conferenze internazionali.

INGHILTERRA. — E seguendo, con quella diligenza che ci consente la memoria, l'ordine cronologico, cominceremo a dire che in Inghilterra, ove i primi tentativi per l'assicurazione dei rischi aggravati risalgono a oltre un secolo fa, non esistono organizzazioni attrezzate allo scopo, come vedremo in molti paesi continentali, ma le Imprese Vita, accettano rischi non normali, senza peraltro prestare ad essi soverchie simpatie, fin quando sono *adattabili* ai rischi normali. I gravi, i gravissimi rischi che da noi, in Germania ed altrove, da qualche tempo anche si assumono, sono in Inghilterra generalmente rifiutati.

OLANDA. — Nel 1906, in Olanda, un gruppo di compagne fondò la « De Hoop », Società che ancora oggi si interessa esclusivamente di rischi aggravati. La « De Hoop » deve avere certamente una larga esperienza in materia, ma, per essersi allontanata da qualche anno dalla « Cooperazione internazionale », poco possiamo dire dei suoi sistemi di lavoro. Gli è certo che essa segue criteri che si differenziano di non poco da quelli praticati dalla maggior parte delle organizzazioni similari europee. Infatti, che mi consti, la cernita dei rischi, effettuata dal Capo-Medico, non ha norme neppure di massima da osservare; il Capo-Medico valuta gli affari soggettivamente, e nell'esprimere il suo giudizio, non è vincolato in nessun modo a regole o direttive prestabilite.

La « De Hoop » che valuta e tariffa soltanto i rischi che sono stati rifiutati dalle Compagnie per l'assicurazione normale, raggruppa i rischi che le giungono in quattro classi, e il Capo Medico fissa a quale di esse debba essere assegnato ciascun rischio. I premi sono calcolati in base alla tavola di mortalità inglese « O. M. », se si tratta della prima classe (che raggruppa i più lievi fra i rischi aggravati), mentre per i rischi che appartengono alle altre classi, la « De Hoop » si serve della tavola elaborata dal Prof. Pesch in base alla mortalità della popolazione maschile di « 20 città » olandesi (nel periodo 1880-1889). Il saggio d'interesse è sempre il 4 %.

La « De Hoop » almeno per il passato, usava assai largamente, in aggiunta ai premi aumentati, condizioni restrittive come la carenza assoluta nei primi anni di assicurazione; un numero minimo di premi garantito in ogni caso, e così via.

SVEZIA. — Nel 1915, la Compagnia di riassicurazione « Sverige » di Stoccolma crea, in sé, ed organizza, un reparto speciale per l'assicurazione, o meglio, la valutazione e tariffazione dei rischi aggravati. Presso la « Sverige » la classificazione dei rischi è fatta fissando,

per ogni caso, indipendentemente dai termini per cui è proposta l'assicurazione, una « percentuale di sopramortalità », nonché determinando l'età, alla quale la durata dell'assicurazione deve intendersi limitata. In base ad una predisposta tabella, che dà direttamente già calcolate le maggiorazioni di età in rapporto con le percentuali di presunta sopramortalità, si stabilisce l'« età tariffata », e il premio relativo ad essa ed al differimento richiesto o fissato.

La « Sverige » non è di criteri larghi e liberali nella valutazione dei rischi, per cui frequenti sono i casi in cui decide rifiuti o rinvii. Vedremo, più innanzi, la « Dana » che, praticamente si può dire non rifiuta rischi, per quanto gravi essi possano essere.

La « Sverige » che ha adottato la tavola di mortalità delle « 13 Compagnie Svedesi, edizione 1928 » ed il saggio d'interesse del 4 %, non consente mai che la scadenza dei contratti ch'essa accetta vada oltre il 70° anno di età.

Le classi di rischio, a seconda della presumibile sopramortalità, sono sei. Fino al 75 % di sopramortalità i rischi formano un'unica classe, poi v'è il 100 %, il 125 %, il 200 % il 250 % ed il 300 %.

GERMANIA. — Dal 1916, il movimento in Germania precedentemente indeciso, assume una fisionomia importantissima: è fondata in quell'anno la « Hilfe » che è destinata esclusivamente all'esercizio delle assicurazioni di rischi aggravati. La « Hilfe » lavorò con 16 Gruppi di rischi, cioè da quelli con presumibile sopramortalità del 25 %, fino al 400 %. Le esperienze di questa Società furono notevoli, e buoni si manifestarono i criteri che la guidavano nella valutazione dei rischi aggravati, ma di questi criteri diremo più oltre quando parleremo della Münchener Rück. V. A. G. di Monaco.

Ma nella primavera del 1923, le Società che avevano fondato la « Hilfe », in seguito a gravi difficoltà a causa della crescente inflazione, non si trovarono più nella possibilità di sostenerla, e ne decisero lo scioglimento.

L'assicurazione dei rischi aggravati non pertanto cessò dall'esser coltivata. Raccosero l'eredità della « Hilfe » i grandi istituti di riassicurazione fra i quali emerge la Münchener Rückversicherungs Gesellschaft di Monaco, di cui ora diremo, e le altre aziende tedesche che possono meritare d'esser ricordate anche se non sono proprio specializzate in materia, come la « Koelnische Rückversicherungs Gesellschaft » di Colonia, non hanno particolari sistemi di valutazione e criteri speciali di tariffazione, bensì seguono le direttive che pratica la « Münchener ». Questa società è attrezzata assai bene e può disporre di un grandissimo materiale d'osservazione. È naturale quindi, che in tali condizioni la « Münchener » sia in grado di poter dare, meglio d'altri, utilissime indicazioni, ma ciò non esclude però che altri metodi, come quello che vedremo quando parleremo del « Consorzio Italiano », possano esser ritenuti ugualmente soddisfacenti.

La « Münchener », dunque, determina la sopramortalità presumibilmente attribuibile ad un rischio aggravato in rapporto con il risultato di una somma algebrica di cosiddette « cifre caratteristiche » od anche « numeri caratteristici ».

Vengono, pertanto, esaminati tutti i fattori che possono entrare in giuoco, in senso positivo quanto negativo, e ad ognuno di questi viene attribuita una cifra, una « quantità di punti » traducendo in numeri il giudizio « qualitativo » del medico revisore sulle cause di extrarischio. Questa valutazione quantitativa è espressa in percentuale della mortalità normale, pertanto, la somma dei « punti » attribuiti costituisce la mortalità presunta.

Un esempio chiarirà meglio il metodo, così detto « numerico ». Poniamo che il rischio da valutare riguardi un direttore di banca, di 45 anni, che chiede una Mista, 25 premi, che abbia avuto i genitori morti l'uno di diabete l'altro di cancro e che sia diabetico: misure somatiche buone, con sovrappeso di oltre 10 %. Il giudizio medico della « Münchener » attribuirebbe: 20 punti per il gentilizio; nulla per la professione; nulla per il sovrappeso, 230 punti per diabete; per la costituzione 100: in totale 350 %.

Tale sarebbe la mortalità, quindi, 250 % la sopramortalità presunta.

Determinata la sopramortalità, si calcola l'invecchiamento in anni, quindi, in corrispon-

denza dell' « età tariffata », (età reale più anni di invecchiamento) si fissa il premio da richiedere al candidato. Per l'esempio di cui sopra alla sopramortalità di 250 ‰, nella forma prescelta, corrisponde — per la « Münchener » — una maggiorazione di età di 16 anni, di guisa che il premio da versare per l'intera durata della polizza sarà quello in rapporto con un'età di 61 anni.

Il sistema che segue la « Münchener » è di origine americana (fu elaborato dal Dott. Rogers medico capo della « New York Life »). Essa ha contribuito però a perfezionarlo con numerose indagini ed osservazioni, estese ai moltissimi casi di cui dispone il suo ricchissimo portafoglio di rischi aggravati.

DANIMARCA. — Nel 1916, in Danimarca, sorse la « Dana », società costituita da imprese nazionali per l'esercizio delle assicurazioni vita, con speciale riguardo a quelle menomate.

La « Dana » segue criteri di lavoro diversi da quelli che fin qui abbiamo esaminato. Essa lavora secondo il cosiddetto « sistema di Pedersen », sistema che considera l'impiego di parecchie tabelle di mortalità per quanti sono i gruppi di rischi aggravati che più frequentemente si incontrano nella pratica. Infatti, oltre ai tre gruppi principali: malattie tubercolari, malattie cardiache, malattie dell'apparato urinario, che son giudicati regolarmente secondo le tavole di mortalità per tubercolosi, per cardiaci e per albuminurici, figurano naturalmente, anche altri gruppi di malattie, meno frequenti, ed in questi casi quando non si tratti di tare che si possono inquadrare nei tre gruppi principali, la « Dana » usa altre tavole cosiddette « minime ».

Riassumendo, le tavole di mortalità che la « Dana » ha in uso sono :

a) *Tavole principali*

1. Tavola di mortalità per tubercolosi (Heavy tuberculosis table)
2. » » » » cardiaci (Heavy heart table)
3. » » » » albuminurici (Albuminuria table)

b) *Tavole « minime »*

4. Tavola di mortalità per tubercolosi leggeri (Light tuberculosis table)
5. » » » » cardiaci leggeri (Light heart table)
6. » » » minima (Heavy minimal table)
7. » » » minimissima (Light minimal table).

La tavola di mortalità normale usata dalla « Dana » è quella denominata « Survivorship Annuity Table of 1910 for men experienced by the Stantsanstalten ». Rispetto a questa, indichiamo qui sotto le misure di sopramortalità a cui corrispondono le sette tabelle, secondo le varie età all'ingresso :

Età anni	TAVOLE						
	1	2	3	4	5	6	7
20 . . .	175 ‰	25 ‰	110 ‰	90 ‰	5 ‰	50 ‰	45 ‰
30 . . .	165 ‰	65 ‰	135 ‰	90 ‰	20 ‰	55 ‰	40 ‰
40 . . .	140 ‰	140 ‰	180 ‰	80 ‰	40 ‰	55 ‰	30 ‰
50 . . .	110 ‰	230 ‰	235 ‰	75 ‰	65 ‰	60 ‰	20 ‰
60 . . .	85 ‰	295 ‰	275 ‰	70 ‰	85 ‰	65 ‰	10 ‰
70 . . .	70 ‰	300 ‰	275 ‰	65 ‰	95 ‰	65 ‰	5 ‰

AUSTRIA. — Nel 1916, a Vienna, fu creato il Consorzio Austriaco per l'Assicurazione Vita di rischi anormali.

Iniziò il suo lavoro con criteri molto severi, criteri i quali, man mano che gli anni passavano e l'esperienza si formava, sono andati gradatamente allargando, sia includendo fra gli assicurabili rischi fino allora esclusi, sia attenuando le misure cautelative per i rischi già ritenuti assicurabili.

Notevoli furono le direttive adottate dopo i primi dieci o dodici anni di attività. Fra esse merita d'esser ricordata la sostituzione dell'*addizione* aritmetica delle classi di rischio con l'addizione delle percentuali di sopramortalità, nei criteri di valutazione dei rischi. Il Consorzio Austriaco infatti, usava, nei suoi primi anni di vita, attribuire un rischio che si presentava con più tare, a quella superiore classe che risultava dalla somma delle singole classi a cui erano inquadrabili le varie tare. Così ad esempio, un rischio che per la tara principale veniva assegnata alla quinta classe, qualora a motivo di una tara d'ordine secondario (eredità - costituzione, ecc.) interessasse anche un'altra classe, per esempio la prima, sarebbe stato senz'altro attribuito alla classe sesta. Senonchè alla classe quinta corrispondeva una sopramortalità di 200 ‰, alla sesta di 300 ‰, mentre alla prima di 50 ‰: quindi al rischio veniva attribuita una sopramortalità di 300 ‰, mentre più giusto sarebbe stato assegnargli quella di 250 ‰, come ora avviene in base ai nuovi criteri.

Per la storia, non è fuor d'interesse aggiungere che il Consorzio Austriaco di proposito stabilì, a suo tempo, il criterio della « somma delle classi di rischio » e ciò perchè era dell'opinione che per i rischi da ascrivere senz'altro a classi con forte sopramortalità, ogni tara secondaria dovesse essere valutata, come nell'esempio sopra citato, al doppio che se si fosse presentata come tara unica. In base appunto a questa convinzione non furono stabilite fra le diverse classi di rischio distanze uguali e costanti, bensì progressive: fra la prima e la seconda classe fu stabilita una differenza di 25 ‰ della mortalità normale, fra la 5 e la 6, invece, del 100 ‰.

Ma l'esperienza di un decennio di lavoro portò a modificare quell'opinione, e condusse al nuovo criterio della sostituzione della somma delle classi di rischio con quella delle percentuali di sopramortalità.

Il Consorzio austriaco lavora — oggi — con 9 classi di rischio e cioè:

Classe 1 a): 25 ‰ di sopramortalità

» 1 :	50	»	»
» 2 :	75	»	»
» 3 :	100	»	»
» 4 :	150	»	»
» 5 :	200	»	»
» 6 :	300	»	»
» 7 :	400	»	»
» 8 :	500	»	»

La tavola di mortalità normale adottata originariamente era l'« AH^m »; da breve tempo è l'« M_G^S » - tasso d'interesse: 4 ‰.

I criteri pratici che segue il Consorzio austriaco si avvicinano un poco sia alle direttive descritte a proposito della « Münchener », sia a quelle che vedremo quando parleremo del Consorzio Italiano. In altre parole, il sistema « numerico » è associato al sistema della « valutazione complessiva del rischio ».

In linea generale, l'organizzazione viennese si potrebbe dire piuttosto severa nella valutazione dei cardiaci; limita l'età a scadenza, prescrive brevi differimenti ecc. Invece l'opposto si rivela nelle tariffazioni delle malattie dell'apparato respiratorio, nervose e dei sensi.

NORVEGIA. — Nel 1917, le compagnie norvegesi si riunirono e crearono la « Nørske Folk », destinata in modo preminente alla valutazione e tariffazione dei rischi tarati nazionali ed i suoi sistemi di lavoro sono molto simili a quelli che pratica la « Sverige ».

La « Nørske Folk » ha adottato la Tavola di mortalità « N. 1925 » (Tavola di mortalità delle 19 Compagnie norvegesi), ed il tasso di interesse del 4 %.

FINLANDIA. — Nel 1919, in Finlandia viene fondata con gli stessi scopi, la « Warma ». I criteri ch'essa segue si avvicinano a quelli descritti per la « Dana ». Essa ha tre tabelle di mortalità principali A. C. T. : rispettivamente per albuminurici, cardiaci e tubercolosi, ed inquadra in queste tre tabelle qualunque altra malattia.

Il grado di sopramortalità viene espresso con l'aggiunta di un'indice all'iniziale che determina la tabella di sopramortalità. Pertanto, le classi di rischio sono 5 per ogni gruppo di malattie e precisamente :

minima — (A min., C min., T min.) per rischi aggravati con presumibile sopramortalità di 70 %

1 — (A₁, C₁, T₁) per rischi aggravati con sopramortalità presumibile di 100 %

2 — (A₂, C₂, T₂) per rischi aggravati con sopramortalità presumibile di 150 %

3 — (A₃, C₃, T₃) per rischi aggravati con sopramortalità presumibile di 200 %

4 — (A₄, C₄, T₄) per rischi aggravati con sopramortalità presumibile del 250 %.

La Warma non accetta di massima, rischi con sopramortalità più forte del 250 %.

Il tasso di interesse adottato è il 5 %.

SVIZZERA. — Attorno al 1919, anche in Svizzera il movimento fa presa e la « Compagnie Suisse de Réassurances » di Zurigo, inizia su vasta scala la tariffazione e la riassicurazione di rischi anormali.

I criteri che segue la Suisse non si conoscono. Certo essi sono stati affinati attraverso una esperienza che per derivare ormai dai molti anni di lavoro, sarebbe estremamente utile fosse portata a conoscenza di quanti si occupano di questa materia. Ma la « Suisse de Réassurances » è gelosa, nè peraltro le si può dar torto, dei risultati che ha raggiunto e li conserva e li utilizza esclusivamente per la sua organizzazione. Per parte nostra solo possiamo dire quella che è l'impressione che destano le sue tariffazioni di rischi aggravati.

Attraverso l'esame dei « pareri internazionali » si nota una indiscutibile severità di giudizio, rispetto a quelli emessi dalle altre organizzazioni europee, severità che si manifesta particolarmente per le malattie dell'apparato circolatorio.

Un'altra Compagnia Svizzera che ha creato e sviluppato molto seriamente il servizio per la tariffazione di rischi aggravati è l'« Union », Compagnie de Réassurances, a Zurigo.

Questa Impresa, che segue le direttive di lavoro della « Münchener », ha anche un importante ufficio a Parigi, ove affluiscono gli affari anormali di numerose compagnie non soltanto francesi ma anche belghe e spagnole, dato che nei rispettivi paesi non esistono ancora centri coordinatori, come quelli che abbiamo fin qui visto e gli altri che vedremo.

(Continua).

La malaria, la tubercolosi e le malattie degenerative in rapporto alla loro mortalità in Grecia

Prof. Dott. NICOLAS BASILIADES

medico-fiduciario consulente dell'I.N.A. per la Grecia.

L'Istituto Statistico della Grecia ha testè pubblicato il suo annuario Statistico per l'anno 1933.

Il volume, compilato a cura del Sig. Giovanni Michalopoulos, rispecchia fedelmente la vita sociale in Grecia. Riferendomi alle pagine consacrate all'Igiene Pubblica, mi accingo a fare uno studio sommario sulla malaria, la tubercolosi e le così dette malattie degenerative in rapporto alla loro mortalità in Grecia.

Sono ormai trascorsi già cinque anni da quando il Governo decise l'applicazione del nuovo programma d'igiene in seguito alle direttive della Società delle Nazioni. Da allora si sono spesi parecchi milioni, ma i risultati ottenuti sinora sono poco soddisfacenti.

Purtroppo l'applicazione del programma è risultata incompleta e l'attuale Governo ha cercato di migliorare la situazione. Ciò malgrado i due flagelli del paese, la malaria e la tubercolosi, continuano come prima la loro opera nefasta e dalla guerra mondiale in poi un'altra calamità, le malattie degenerative, viene ad occupare un posto predominante nelle statistiche di mortalità della Nazione.

La Malaria

Dal momento dell'applicazione del programma d'igiene nel 1929 la mortalità per malaria si è sviluppata come segue:

1929 — Numero dei decessi	6424
1931 — » » » » » » » »	6602
1932 — » » » » » » » »	7042

In quest'ultima cifra sono compresi i decessi avvenuti nei centri rurali e cioè 6016 e quelli in città che ammontano a 1026. Ma debbo aggiungere che nel 1932 la primavera fu straordinariamente piovosa e le zanzare malarigine per conseguenza molto abbondanti. Debbo inoltre ricordare che fino al 1932 l'applicazione del programma d'igiene era affidata ad una amministrazione che aveva iniziative diremmo quasi insensate.

Il nuovo Governo ha cambiato metodo ed ha affidato totalmente la lotta contro la malaria alla commissione Rockefeller, la quale ha effettivamente dato brillanti prove della sua competenza.

Nell'anno 1933 la mortalità per malaria nei diversi dipartimenti di Stato fu la seguente:

Grecia Centrale	decessi	4,17	per 10.000	abitanti
Isole Ciclodi	»	1,54	»	»
Isole Ioniche	»	2,07	»	»
Isole d'Egeo	»	1,89	»	»
Peloponneso	»	12,15	»	»
Epiro	»	17,29	»	»
Tessaglia	»	6,49	»	»
Macedonia	»	27,71	»	»
Tracia Occidentale	»	29,02	»	»

Per il momento non è ancora stata creata una carta geografica della situazione malarica in Grecia. Ma gli studi geologici, meteorologici e biologici dell'anofele sono stati iniziati. Il Dott. Cardamatis è sempre il più grande pioniere della lotta antimalarica, ma anche la scuola d'igiene di Atene svolge un ottimo lavoro sistematico e il Dott. Moutoussis, professore in detta scuola, certifica in uno studio pubblicato l'anno scorso, la presenza in Grecia di tutte le razze di zanzare malarigene e di una virulenza particolare da noi. Moutoussis osserva ad es. che l'anofele *maculipennis* è sempre portatrice di malaria e mai innocua come in Italia, che l'anofele *super pictus* Grassi è di una virulenza notevole e che le anofele *algeriensis hyrcanus* e *bifurcatus* sono il più delle volte innocue.

Uno studio molto recente e abbastanza documentato « sulle varie razze di anofele a Creta, loro ripartizione e biologia » è stato presentato dal prof. Papadakis, Direttore del Laboratorio della Scuola d'Igiene di Atene. L'A. ha seguito i suoi rilievi su 60.000 zanzare e in 122 villaggi. E risultato che a Creta: 1) nel dipartimento della Conea predominano il *maculipennis* e il *superpictus* Grassi, più rari sono invece il *bifurcatus* e l'*algeriensis*; 2) nel dipartimento di Rethymaos domina ovunque il *superpictus* Grassi; 3) nel dipartimento della Candia l'*elutus*, il *bifurcatus* Meigen e l'*algeriensis*; nel dipartimento di Lassitkjon domina il *superpictus* Grassi. È da notare che l'anofele *elutus* rappresenta da noi la razza più maligna.

Speriamo di poter essere in grado, fra qualche anno, di conoscere le varie razze di anofele esistenti in Grecia, la loro origine, il loro sviluppo e la loro funzione nello sviluppo dell'epidemia locale. D'altra parte, dopo aver portato a termine i grandi lavori pubblici in Macedonia, il Governo ha recentemente inaugurato altri lavori, ma di mole molto più limitata, sul fiume Cjphise in Boezia presso Livadia. Così la lotta antimalarica, con la bonifica delle regioni paludose e con l'impiego di larvicidi entra nella sua fase di realizzazione. In generale nell'intera Grecia la mortalità per malaria e tubercolosi computata su 10.000 abitanti è la seguente:

1929	malaria	10.24	tubercolosi	17.22
1931	»	10.25	»	16.22
1932	»	10.81	»	16.17

La Tubercolosi

La statistica generale per l'anno 1933 segnala la seguente mortalità causata da tubercolosi:

1929	decessi	10.024
1931	»	10.442
1932	»	10.537

È chiaro che la statistica fu fatta unicamente in base ai casi denunciati, poichè recentemente il Ministro dell'igiene Dr. Tsacopontos ha dichiarato che l'anno scorso si ebbero quasi 15.000 decessi per tubercolosi. Disgraziatamente la moderna profilassi contro la tubercolosi lascia alquanto a desiderare e la denuncia della malattia non è obbligatoria da noi; per cui la dottrina fondamentale del dispensario profilattico, così come fu formulata da Calmette per il « depistage » dei malati, per la loro educazione e quella dei loro familiari non ha potuto essere applicata che parzialmente da noi.

Per ciò che riguarda la mortalità per tubercolosi nei diversi dipartimenti di Stato, la statistica per l'anno 1932 presentò le seguenti cifre:

Grecia Centrale	decessi	22.80	per	10.000	abitanti
Peloponneso	»	12.93	»	10.000	»
Isole Cicladi	»	14.89	»	10.000	»
Isole Ioniche	»	14.93	»	10.000	»
Isole Egee	»	12.09	»	10.000	»

Tessaglia	>	9.21	>	10.000	>
Epiro	>	12.09	>	10.000	>
Macedonia	>	14.48	>	10.000	>
Creta	>	8.61	>	10.000	>

Circa la ripartizione della mortalità per sesso si hanno le seguenti cifre :

Su 10.000 decessi i maschi morti per tubercolosi ammontano a 500, le donne a 450. I celibi vanno più soggetti al male (53.10 su 100 decessi per tubercolosi) che non i coniugati (40.81) (1). Per ciò che concerne i vari mestieri esercitati, si rileva la seguente percentuale di mortalità per tubercolosi :

48,14 %	per gli addetti a mensa e albergo
47,22 %	per i tipografi
45,73 %	addetti al commercio
37,22 %	gli scolari e studenti
4,58 %	per il clero.

Grazie al clima, i mesi rigidi sono solo tre e precisamente dicembre, gennaio e febbraio, per cui tra gli Stati Europei la Grecia si trova al quinto posto con 16.50 decessi su 10.000 abitanti.

E' da augurarsi che con la nuova legge sull'organizzazione sanitaria il Governo e i comuni vorranno sovvenzionare largamente l'assistenza sanitaria e che i preposti a quest'ultima finiranno per acquistare l'esperienza e l'occhio clinico che attualmente manca sovente alla maggior parte d'essi quando trattasi di casi riguardanti l'igiene individuale o sociale.

E' purtroppo indisputabile che la Grecia è alquanto arretrata in materia di salute pubblica.

Malattie Degenerative

Da qualche anno il bollettino mensile di Statistica Generale per la Grecia pubblica delle tabelle che meritano d'essere studiate a proposito del continuo aumento delle malattie degenerative. Certo il pericolo di queste malattie si presenta ovunque, sia in Europa che in America. Infatti le malattie dell'apparato circolatorio, la nevrastenia, il morbo di Bright, il diabete, il cancro e soprattutto le affezioni cardiache si moltiplicano di giorno in giorno.

Emorragie - Rammollimenti

Osservando la Statistica del bollettino del mese d'agosto u. s. rilevo nuovamente che le emorragie e i rammollimenti sono da molto tempo in aumento in Grecia.

La loro mortalità è la seguente :

1925	decessi	. . . . .	1679
1927	>	. . . . .	2099
1929	>	. . . . .	2535
1931	>	. . . . .	3587
1932	>	. . . . .	3814

Tumori maligni

I tumori maligni seguono in Grecia una marcia parallela :

1925	decessi	. . . . .	1501
1927	>	. . . . .	1846
1929	>	. . . . .	2001
1931	>	. . . . .	2626
1932	>	. . . . .	2686

(1) La percentuale rimanente è costituita dai divorziati e da coloro dei quali non si conosce lo stato civile.

Psicopatie

Esquirol si chiedeva nel 1824: « Vi sono oggi più pazzi che non vi siano stati 40 anni fa? ». Il malessere economico, di cui soffre attualmente l'intero mondo, per la sua persistenza ha provocato una reazione rivoluzionaria nel modo di pensare, di vivere e di sentire della maggior parte di noi. E questo continuo squilibrio assolutamente demoralizzante, questo accumularsi di emozioni rinnovantisi senza tregua, possono provocare svariate perturbazioni mentali in un individuo scoraggiato e angosciato, e, particolarmente in Grecia, dove vi sono un milione e mezzo di profughi che per molteplici circostanze sono impossibilitati a vivere nel paese d'origine.

Si contano in tutta la Grecia dai 10 ai 12.000 psicopatici. Di questi soltanto 2.900 sono ricoverati nei manicomi pubblici o privati, dei quali la metà ad Atene. Le statistiche per gli anni 1925-1932 danno le seguenti cifre:

37 %	Schizofrenia
23 %	Ciclotimia
6.5 %	Epilessia
7 %	Paralisi generale progressiva
14 %	Eroinomania

Purtroppo pare che il numero degli eroinomani aumenti in misura preoccupante.

Malattie di Cuore

Dalla statistica del 1931 si rileva che le malattie di cuore, esclusa l'angina pectoris, abbiano concorso con una percentuale del 26.14 % alla mortalità generale.

Il rapporto è nuovamente superiore a quello delle due annate precedenti. Il bollettino di statistica per il mese di giugno 1934 segnala:

1925	decessi	.	.	.	.	2124
1927	>	.	.	.	.	2517
1929	>	.	.	.	.	2907
1931	>	.	.	.	.	3373
1932	>	.	.	.	.	3658

La statistica non precisa le diverse età degli individui colpiti dal male, né le varie malattie causanti la morte, né i casi cosiddetti congeniti.

Un recente studio scritto in inglese — « Health and Wealth » — riporta che negli Stati Uniti da trent'anni le malattie di cuore occupano il primo posto e causano oltre 200 mila decessi all'anno.

La statistica americana rileva inoltre che il reumatismo articolare tra i giovani dà il 30 % della mortalità generale; nella media età prevale invece la sifilide che dà il 35 %.

Conclusione

La battaglia che la Scienza moderna e l'Igiene Pubblica hanno ingaggiato per la distruzione dei microbi delle più svariate malattie infettive procede vittoriosa negli Stati ben attrezzati a questo scopo. Più difficile invece è la battaglia contro le malattie primitive dell'organismo.

Sotto questo aspetto, la Grecia è ancora agli inizi dei propri sforzi che dovrà sviluppare senza tregua e per molto tempo per poter giungere al livello sociale delle altre grandi Nazioni.

Notiziario

Concorso per medici della Direzione dell'I.N.A.

Al concorso per 4 posti di Sostituto Primo Segretario per laureati in medicina e chirurgia indetto dall'I.N.A. il 1 Novembre 1934. A. XIII^o e che si è chiuso il 10 dicembre 1934-XIII^o partecipano 89 concorrenti.

Mentre siamo in macchina si stanno espletando gli esami.

Nel prossimo numero daremo i nomi dei vincitori.

Una nuova rivista.

È uscito in questi giorni il primo numero di « *Assistenza Fascista* » Rivista della Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al Commercio.

Alla Rivista che si presenta molto interessante, il benvenuto di « *Assistenza Sanitaria* ».

« *L'aide au cardiaques* ».

In Francia, per la generosa e caritatevole iniziativa dell'illustre cardiologo Professor Dottore Enrico Vaquez, si è costituito da parecchi anni un comitato col nobile scopo di assistere i poveri malati di cuore nella loro vita sociale, proponendosi principalmente di trovare loro un lavoro, adatto alle minorate condizioni fisiche e, nello stesso tempo, proficuo.

La filantropica istituzione è stata riconosciuta di utilità pubblica con decreto del 9 maggio 1931. Il comitato è coadiuvato nella sua opera da dame di carità, che visitano i pazienti a domicilio, da maestri, da istitutori ed istitutrici.

Uno dei metodi più rispondenti allo scopo si è dimostrato: l'*assegnamento di lavoro a*

domicilio: questo però non deve essere dato e pagato da case industriali o commerciali, che poco darebbero in compenso, sibbene deve essere assegnato dallo stesso comitato, il quale penserà pure a fare acquistare, in genere a case ospedaliere, le confezioni, consistenti per lo più in lavori di cucito, di biancheria, di maglieria, di calzature ecc.

Un altro metodo e, senza dubbio, il migliore è l'*orientamento professionale* dei cardiaci, cioè fare intraprendere a tali pazienti un mestiere che, richiedendo uno sforzo moderato, non aggravi le precarie condizioni del loro muscolo cardiaco.

Per gli adulti inverò non riesce facile cambiare il genere di lavoro: mentre invece, con l'aiuto dei maestri o degli istitutori, è facile istradare un giovane, malato di cuore, in un genere di lavoro che non nuoccia alla sua malattia.

In questi casi viene spesso in soccorso il comitato con le elargizioni di benefattori e di pietosi, che s'interessano dell'opera umanitaria.

Tutti i cardiopazienti, che si rivolgono al comitato, ricevono un *quadernetto di sanità* (carnet de santé), nel quale sono segnati le generalità e i risultati delle visite mediche nel corso dei vari esami: questo quadernetto vien presentato dai pazienti ai propri medici curanti, i quali possono conoscere i particolari della malattia rivolgendosi alla Segreteria del Comitato.

Il filantropico esempio del Professor Vaquez è stato imitato e con buoni frutti nelle capitali estere: così a Buenos Aires, a Bucarest, a Madrid ed in altre città si sono costituiti comitati simili per l'assistenza sociale ai malati di cuore.

SUL.

Creazione di una compagnia di assicurazioni malattie in Inghilterra.

L'assicurazione facoltativa malattie è finora quasi sconosciuta in Gran Bretagna, sicché

la costituzione della prima compagnia britannica specializzata nell'esercizio di questo ramo, la « Sickness Insurance Company », costituisce un avvenimento di una certa importanza.

La compagnia si rivolge naturalmente a tutte le persone che non beneficiano dell'assicurazione sociale contro le malattie, ossia in prevalenza alle classi medie.

Le sue tariffe e polizze sono un modello di semplicità. Essa offre al pubblico tre schemi in base ai quali mediante il pagamento di un premio mensile di 6, 7, 10 scellini (fra le età dai 16 ai 30 anni) si possono ottenere benefici variamente graduati.

La compagnia ha studiato anche una polizza per famiglia, la quale mediante il pagamento di un premio mensile di 15 scellini assicura il padre di famiglia, la madre e due figli e garantisce i benefici seguenti:

a) Rimborso spese per visite mediche, secondo le tariffe normali;

b) Rimborso spese per visite di specialisti (col consenso della compagnia): fino a 2 sterline l'anno;

c) Rimborso spese per operazioni chirurgiche (indicate in un elenco compilato dalla compagnia), fino a 30 sterline l'anno;

d) Rimborso spese per assistenza a domicilio o degenza in ospedale; 12/6 per gli adulti; 7/6 per i bambini;

e) Rimborso spese per cure mediche (raggi X, massaggi, applicazioni chirurgiche), fino a 5 sterline l'anno;

f) Rimborso spese di isolamento, con o senza assistenza del medico, rispettivamente Lst. 18 e Lst. 12 (per ogni caso di isolamento);

g) Rimborso spese per ricovero in sanatorio antitubercolare (con l'approvazione della compagnia): fino a 7/6 al giorno per gli adulti e fino a 5/0 per i bambini.

In vista della moderazione del costo di questa polizza di famiglia, i benefici sono più modesti che nel caso delle assicurazioni individuali.

Tutti gli schemi prevedono un periodo di carenza che, per il caso di malattia, è di 3 mesi dalla emissione del contratto e, per il caso di ricovero in casa di salute, di 10 mesi. La carenza è tuttavia soppressa nel caso di infermità conseguenti ad accidente. I proponenti non debbono assoggettarsi a visita medica prima della emissione del contratto, e sono perfettamente liberi nella scelta del proprio medico.

Nel caso che nel corso dell'anno un assicurato non denunci i diritti ad indennizzi, la compagnia gli concede un abbuono del 25% sul premio dell'anno successivo.

(Dal *Bollettino* di Novembre della Biblioteca dell'I.N.A.).

La pagina del Medico fiduciario

Tentato raggio di un'assicuranda.

Una donna di 48 anni, nelle dichiarazioni rese nel modulo di visita medica, scrisse di non avere avuto alcuna malattia importante, di non avere medico abituale e di godere perfetta salute.

Allorchè il sanitario volle procedere all'esame del torace l'assicuranda si mostrò molto riluttante, confermando di star bene e dicendo di non essersi mai fatta visitare. Senonchè il medico insistette, con le dovute maniere, facendo comprendere che altrimenti l'assicurazione non poteva farsi. La donna, dopo non

poca resistenza, si indusse a sottoporsi all'esame.

Questo fece rilevare chiari segni di recente pneumotorace col collasso completo del polmone sinistro.

Dopo una tale constatazione l'assicuranda confessò di avere sofferto di broncoalveolite sinistra e ammise di essersi sottoposta da circa due anni ad applicazioni di pneumotorace di cui l'ultima era stata praticata un mese prima.

F. M.

Danni che potevano essere evitati

Il 18 ottobre 1934 fu sottoposto a visita medica un assicurando che dichiarò di non

avere avuto mai alcuna malattia, di non avere avuto mai bisogno dell'opera del medico e di non avere alcun disturbo o sofferenza di sorta. Nulla di anormale riscontrò il medico all'esame eseguito per cui il rischio fu giudicato normale e fu emessa la polizza.

Il contratto fu perfezionato il 6 novembre con la dichiarazione dell'assicurato di trovarsi in buone condizioni di salute e di non avere avuto alcuna malattia posteriormente alla visita medica subita il 18 ottobre. L'assicurato decedette il 3 dicembre 1934 per carcinoma dell'esofago inoperabile, giusta la diagnosi del medico curante.

Dal certificato da questi rilasciato si desume che la malattia si era iniziata 3-4 mesi prima dell'ottobre 1934 e che il 19 ottobre l'ammalato presentava grave disfagia per ostacolata progressione dei cibi solidi e liquidi; rigurgito immediato degli alimenti, ptialismo, cachessia (diminuzione di peso di 22 Kg.)

F. M.

* * *

Nel marzo 1933 venne sottoposta a visita medica di assicurazione una donna di 63 anni che dichiarò di non avere avuto alcuna malattia e di godere perfetta salute.

Il sanitario nulla rilevò di anormale e la polizza fu emessa a tariffa ordinaria e perfezionata con la prescritta dichiarazione di buona salute dell'assicuranda. Dopo alcuni mesi si ebbe il sinistro di morte per neoplasia gastrica e dall'inchiesta eseguita è risultato che la malattia era preesistente all'ingresso in assicurazione e già aveva cagionato sensibile deperimento organico nell'inferma.

F. M.

* * *

In un importante centro di provincia fu sottoscritto il giorno 2 marzo 1933 un contratto di assicurazione-vita per un forte capitale. L'assicurato, sia alla firma della proposta che al momento della visita, dichiarò di trovarsi in ottime condizioni di salute e rispose negativamente a tutte le domande contenute nei moduli circa eventuali malattie, visite mediche subite, cure praticate in passato ecc. Il rischio, in seguito al giudizio favorevole espresso dai due fiduciari, fu emesso

a condizioni normali. L'assicurato, dopo oltre un anno, è venuto a morte per « leucemia linfoide ».

Dall'inchiesta eseguita è risultato che tre-quattro anni prima di sottoscrivere il contratto, l'assicurato cominciò ad avvertire i primi disturbi della malattia. Nel gennaio 1932 notando aumento di volume delle ghiandole latero-cervicali, inguinali, ecc., si fece visitare da diversi medici i quali furono tutti d'accordo nell'emettere diagnosi di « leucemia linfoide » basata non solo sul reperto clinico, ma anche sul risultato dell'esame ematologico. Furono prescritte ed attuate le cure del caso e tra queste numerose applicazioni radium-terapiche. Venti giorni dopo completate tali applicazioni l'assicurato sottoscrisse la proposta di assicurazione tacendo, e nelle dichiarazioni in proposta, ed ai medici fiduciari, tutto il suo passato patologico.

M. C. B.

L'opera dell'Ispettore Medico.

Un assicurando il 19 ottobre 1934 venne sottoposto a visita sanitaria per una assicurazione importante.

Dai medici fiduciari, ai quali dichiarò di non aver sofferto mai alcuna malattia fu riconosciuto sano e solo fu constatato un discreto sottopeso: la polizza fu emessa a tariffa normale. Senonchè all'atto del perfezionamento del contratto l'assicurato prima di firmare la prescritta dichiarazione di buona salute tenne a dire di avere omesso, in occasione della visita medica, la denuncia di una pleurite sofferta tre anni prima.

In una visita di controllo subito effettuata si poterono constatare i postumi ben chiari della pleurite e segni di catarro apicale.

Si poté così sospendere il perfezionamento del contratto.

F. M.

* * *

Per dati non attendibili circa le misure somatiche e la pressione arteriosa è stato sottoposto a visita di controllo un assicurando giudicato buono dal medico locale.

Una visita di controllo ha fatto rilevare discreto soprappeso, ipertensione arteriosa (Mx. 200-Mn. 80), albuminuria e cilindruria.

L'assicurando dichiarò che nella precedente visita non erano state prelevate affatto le urine.

F. M.

*
**

Due medici fiduciari che visitarono un assicurando di anni 58 per la stipulazione di un contratto per somma cospicua, giudicarono il rischio buono.

In una visita di controllo effettuata da un ispettore medico si è invece constatato modico soprappeso, perdita di molti denti per piorrea alveolare, lieve epatomegalia e notevole aritmia cardiaca.

In base a tali risultanze la polizza è stata annullata.

F. M.

Dai Libri e dalle Riviste

Considerazioni sui criteri per la valutazione dei rischi tarati (WINTERNITZ, *Giornale dell'Istituto degli Attuari*, 1934, N° 4).

In occasione dei Congressi dei Consorzi dei Rischi Tarati a Praga e di medicina delle assicurazioni vita a Londra, il Prof. Winternitz espone alcune considerazioni e le conclusioni che ritiene possibile trarre dallo studio dell'argomento.

È per prima cosa da stabilire quale criterio debba presiedere alla valutazione dei rischi tarati, perchè si potrebbe con esso intendere la disamina dei vari criteri medici soprattutto l'anamnestico o quello derivante dall'esame obiettivo. Più importante è quello statistico e sopra questo criterio l'A. si basa nella sua esposizione. Quindi il materiale sarà ricavato dagli elementi forniti dai servizi statistici di varie Compagnie di assicurazione; ma stando il più possibile attenti che questo materiale sia uniforme per tutte le Compagnie tanto per la nomenclatura come per il giudizio del rischio. Così pure occorrerebbe, per evitare l'influenza di errori, che alla sua formazione contribuissero in comune la maggioranza delle Compagnie mondiali.

A turbare ancora tale accertamento contribuiscono anche la revisione dei rischi da parte dei consigli medici e soprattutto il modificato comportamento dell'assicurato di fronte al soprapremio del rischio tarato. Il mancato perfezionamento e le estinzioni volontarie dei contratti da parte di assicurati in condizioni di salute discrete od anche mediocri che pur comportano una discreta sopravvivenza alterano profondamente i risultati dei portafogli dei rischi tarati.

Era del resto intuitivo prevedere che tali assicurati con soprapremio cercassero altra Compagnia ove il loro rischio fosse accettato come normale o quando per il consorzio di queste o per altra ragione non fosse possibile giungono all'ab-

bandono definitivo dell'assicurazione. La prova di questo comportamento delle collettività è data dal Winternitz con alcuni dati statistici rilevati nel «Medical Impairment Study» che raccoglie un certo numero di compagnie americane.

Infatti i rischi tarati assunti come tali hanno presentato una mortalità molto maggiore (dal 10 a 100%) di quella degli identici rischi accettati a condizioni normali; fa eccezione la sifilide per la quale i due tassi sono quasi uguali.

Questo apparente paradosso è la conferma dell'azione antiselettiva delle collettività tarate nel campo delle assicurazioni; restano a pesare sul portafoglio i malati realmente gravi; i soggetti discretamente migliorati o a lunga sopravvivenza presto abbandonano. Ne consegue che i sinistri raggiungono nei rischi tarati solo il 4% delle estinzioni; mentre nei rischi normali salgono al 6%; inoltre il decorso della mortalità per le modificazioni e l'aggravarsi della massa dei tarati anziché convergere con quelle degli individui sani peggiora sempre di più.

Sono quindi le condizioni di accettazione dei rischi tarati che modificano fortemente il comportarsi del tasso di mortalità, solo l'accettazione a condizioni normali potrebbe darci elementi sicuri in merito.

L'incertezza del giudizio medico sopra questi rischi è stato cautelato da parte di alcune Compagnie come pure di un importante Istituto internazionale riassicurativo con l'applicazione della carenza scaglionata che nel triennio 1930-32 è salita dall'11,8% delle proposte al 34,8%.

Winternitz perciò è d'opinione che la raccolta del materiale statistico occorrente non potrà aversi che dopo un adeguato periodo di osservazione durante il quale le Compagnie dovrebbero accettare con determinate limitazioni i rischi tarati a premi normali. Egli ritiene che il sacrificio richiesto in tal modo non sarebbe notevole perchè fino alla classificazione del 100% di sopravvivenza i sinistri sono notevolmente inferiori

alla mortalità effettiva come risulta dalla tabella del Consorzio cecoslovacco e da quella del Consorzio italiano.

Dai verbali del Verband austriaco per il quinquennio 1925-1930 l'A. rileva che tutti i rischi furono in media accettati con la sovra-mortalità del 100% mentre la sopramortalità reale fu del 50%, e ne conclude che limitando un po' l'assunzione dei tarati si potrebbe conguagliare la loro mortalità a quella dei rischi normali. Fa a tal proposito osservare che si potrebbero comprendere in questa categoria tutti i rischi tarati fino al 100% di sopramortalità senza un vero rischio per le Compagnie, inoltre tutto lascia ritenere che con questo provvedimento l'antiselezione cesserebbe e il portafoglio dei rischi tarati se ne avvantaggerebbe.

Quanto alla perdita dell'utile di mortalità che oggi è netto come risulta dalle Tabelle del Consorzio italiano è molto difficile poterlo prevedere, non esistendo purtroppo ancora una tabella sulla mortalità effettiva dei rischi normali.

Winternitz comunque ritiene illogico ed arbitrario riferire la sopramortalità di un rischio tarato ad una tabella di individui normali che non risponde affatto alla realtà; chiede perciò alle Compagnie per poter avere dei criteri per la valutazione dei rischi tarati le seguenti ricerche:

1° Compilare una tabella di mortalità effettiva dei rischi normali senza coefficienti di sicurezza a scopo di studio e non di compilazione dei premi.

2° Accettare per un periodo di tempo a condizioni normali i rischi tarati fino al 100% di sopramortalità.

Il vantaggio che da un esperimento favorevole se ne potrebbe trarre sarebbe duplice: aumenterebbe la cerchia degli assicurati e servirebbe d'altro lato a convalidare il portafoglio dei rischi tarati.

STARNA.

**

Il Prof. Dott. Leopoldo Winternitz è certamente uno dei più appassionati cultori della Medicina delle Assicurazioni Vita ed è tra i medici più competenti oggi in materia.

Peraltro pur rilevando la giustezza delle sue osservazioni non siamo completamente d'accordo col Prof. Winternitz sulle conclusioni.

È necessario certamente avere dati statistici ampi, sicuri e bene selezionati per stabilire la sopramortalità delle varie tare.

E su questo non si può non essere in perfetto accordo.

La strada indicata dal Winternitz per raggiungere lo scopo è lunga e pericolosa: lunga perchè bisogna attendere diversi anni per risul-

tati tangibili; pericolosa perchè implica da parte degli Enti di assicurazione un sacrificio. Una volta poi stabilito che quei determinati rischi aggravati possono essere accettati, sia pure temporaneamente a premi normali, non sarà facile ornare ad applicare soprapremi qualora l'esperienza dimostrasse la aggravata mortalità di quei rischi.

Noi ci permettiamo di additare un'altra strada più rapida e meno pericolosa, quella cioè di studiare la mortalità di coloro che comunque sono stati rifiutati dalle assicurazioni, includendo in questa categoria anche coloro i quali non hanno perfezionato il contratto a causa del soprapremio applicato.

Lo studio della mortalità di costoro può dare notevoli insegnamenti.

È molto giusta anche l'osservazione del Winternitz che gli assicurati che migliorano nelle loro condizioni di salute stornano il contratto emesso a condizioni aggravate per cercare presso altro Ente assicuratore un contratto a condizioni normali.

Nella seduta al Seminario attuariale del 26 aprile 1932-X, Romanelli ha sostenuto la utilità della concessione agli assicurati di una revisione medica qualche tempo dopo l'emissione del contratto ai fini di migliorarne le condizioni (v. Giornale dell'Istituto italiano degli Attuari, Anno III, n. 3, luglio 1932 X).

Possiamo aggiungere che oggi tale concetto ha trovato pratica attuazione presso il Consorzio italiano dei rischi aggravati.

Ri.

Misure somatiche.

Dott. F. FISCHER, *Gotha Blaker für vertrauensärzte der Lebensversicherung*, n. 1, gennaio-marzo 1935.

L'ufficio statistico dell'associazione tedesca fra le società di assicurazione-vita — diretto da Wu'lkow — ha pubblicato i primi risultati delle sue ricerche: Una statistica delle misure somatiche. Sono stati presi in esame 38935 assicurati maschi con visita medica degli anni 1930-31 e 32 della « Allgemeine Reutenanstalt » di Stoccarda, della « Gothaer Lebensversicherungsbauk A. G. » di Gotha, della « Alte Leipziger Lebensversicherungsgesellschaft A. G. » di Lipsia e del « Preussischer Beamten-Verein » di Hannover. Una ripartizione secondo i diversi tipi costituzionali non è stata fatta. Sono stati invece elaborati gli individui classificati normali, sovrappesi e sottopesi, man mano che giungevano le proposte. Le cifre delle misure somatiche vengono quindi ad essere delle medie aritmetiche; ma poichè si può ritenere che sovrappesi e sottopesi approssimativamente si equival-

gano, possiamo tranquillamente considerare queste cifre come normali.

I soggetti esaminati sono suddivisi per altezza (senza scarpe) di 5 in 5 cm. e in gruppi di età di 5 in 5 anni.

L'intera tavola del Wulkow non sarà qui riportata; ma soltanto dei risultati parziali dello studio saranno paragonati con altre tavole precedentemente usate e precisamente con la tavola del Karup (resa nota al 4° Congresso internazionale di medicina assicurativa del 1906 e pubblicata nel 1914 da Florschütz nella sua *Medicina generale sull'assicurazione vita*). In essa sono elaborati i nuovi assicurati maschi degli anni dal 1881 al 1904 della Gothaer Lebensversicherungs bank A. G. Nella tavola del Karup le altezze comprendono le scarpe e i pesi comprendono i vestiti. Le tavole del Wulkow e Karup non si possono quindi paragonare senza fare la debita trasformazione. Giusta disposizione dell'Ufficio di statistica, per le scarpe si calcolano 3 cm., per gli abiti 4 Kg. Di conseguenza, per rendere comparabili le due tavole, in quelle Karup si debbono aumentare le altezze di 3 cm. Poichè essa riporta separatamente i dati per ogni centimetro, ci è sembrato utile di riassumerne le altezze di 5 in 5 cm. e precisamente come i gruppi di altezza del Wulkow (160-164) calcolando la media aritmetica dei gruppi 163-167 ecc. Poichè però le altezze 163, 164, 165, 166, 167 sono computate in base a gruppi di età comprendenti diverso numero di persone, la media aritmetica non è maggiormente esatta della più semplice applicazione delle cifre medie di altezza di 165, 175, 185. Dai pesi si devono quindi sottrarre 4 Kg. per l'abbigliamento.

Naturalmente la trasformazione non si può definire favorevole alla possibilità di uno studio comparativo; essa è ulteriormente pregiudicata dal fatto che Karup riassume le età in un gruppo di « 40 anni e oltre ». Un confronto delle età oltre i 40 anni non è quindi possibile nelle tavole del Wulkow e del Karup.

Ma il materiale d'appoggio per esse usato è per lo meno raccolto secondo un identico criterio. Questo vale senz'altro per la tavola del Karup che è stata formata in base alle cifre di una sola compagnia, ma vale anche per la tavola del Wulkow i cui dati, pur essendo stati forniti da quattro compagnie diverse, sono stati elaborati secondo comuni direttive. Per di più i servizi sanitari delle 4 società lavorano con gli stessi criteri, cosicchè i dati esposti nella tavola del Wulkow possono essere considerati anche in questo senso come omogenei.

Meno utilizzabili per uno studio comparativo sono le « misure medie somatiche », che furono pubblicate nel 1919 da Abel nell'opuscolo n. 2 degli scritti dell'Ufficio Centrale di statistica per la statistica

generale delle cause di morte in Germania. Come base per lo studio si utilizzarono i dati di 47619 assicurati maschi degli anni dal 1876 al 1885 senza tener conto della forma di assicurazione. Abel è però del parere che la maggior parte degli assicurandi non furono misurati, ma che furono registrate semplicemente le misure militari (e cioè senza scarpe) secondo le dichiarazioni degli assicurandi stessi. Per ciò che concerne il peso, una volta si usava raramente di stabilirlo con esattezza, poichè pochissimi medici disponevano di bilance; il peso veniva o valutato dal medico fiduciario o registrato secondo le dichiarazioni degli assicurandi che si rueriscono sempre a pesature comprendenti vestiti. Pur non essendo quindi possibile un paragone della tavola di Abel con le due precedenti, essa viene aggiunta per maggior completezza, ma tuttavia non sarà nè discussa nè trasformata come è stato fatto per le altre due.

Per rendere più chiaro il quadro comparativo ho stabilito gli spostamenti in + e in - ed ho inoltre calcolato ogni volta il coefficiente F . [Questo coefficiente antropometrico, che ho calcolato in collaborazione con Florschütz e Hauptmann, si ottiene nel seguente modo:

$$F = (Pt + Pa) - (\frac{3}{4} A + E + 15), \text{ ossia}$$

$F = (\text{Perimetro toracico in espirazione} + \text{Perimetro addominale}) - (\frac{3}{4} \text{ di Altezza} + \text{Età} + \text{numero di complemento } 15)$. In persone normali gli indici oscillano tra ± 5 ; quanto più i numeri deviano in direzione positiva o negativa, tanto più si scostano dalla norma, coefficiente al disopra di + 20 indicano polisarcia, al di sotto di - 20 magrezza]. Per la tavola di Abel non fu possibile calcolare il coefficiente F poichè qui è misurato soltanto il perimetro toracico in inspirazione.

Paragonando tra di loro le tavole del Wulkow e del Karup si nota una diversità che, pur non essendo molto grande, è facilmente rilevabile. Verso il volgere del secolo scorso notiamo che il peso era maggiore. Lo stesso si può dire con poche eccezioni per il perimetro addominale, mentre che le circonferenze toraciche sono rimaste invariate. Straordinariamente marcate sono le differenze negli uomini d'età; meno rilevanti, ma ugualmente osservabili, sono nei giovani.

Possiamo dunque constatare con piacere che i nostri nuovi assicurati sono meno pesanti e meno grassi degli uomini di 30 a 50 anni fa, ma che nello stesso tempo presentano lo stesso perimetro toracico e la stessa robustezza di questi. E questo miglioramento è dovuto da una parte allo sport e all'igiene pubblica e dall'altra al minor consumo di bevande alcoliche.

I coefficienti antropometrici F , che sono indipendenti dal peso, presentano in ambedue le tavole dei valori abbastanza simili. Essi oscillano

ETÀ in anni		Wulkow	Karup	Abel	Wulkow	Karup	Abel	Wulkow	Karup	Abel																
		1890-1892	1881-1904	1870-1885	1890-1892	1881-1904	1870-1885	1890-1892	1881-1904	1870-1885																
		Altezza in centimetri			Altezza in centimetri			Altezza in centimetri																		
		180-184 senzascarpe		185 con scarpe		180-184		170-174 senzascarpe		175 con scarpe		170-174		180-184 senzascarpe		185 con scarpe		180-184								
Pesi	Coefficiente antropometrico F	Pesi	Differenza rispetto a Wulkow	Coefficiente antropometrico F	Pesi	Differenza rispetto a Wulkow	Differenza rispetto a Karup	Pesi	Coefficiente antropometrico F	Pesi	Differenza rispetto a Wulkow	Coefficiente antropometrico F	Pesi	Coefficiente antropometrico F	Pesi	Differenza rispetto a Wulkow	Coefficiente antropometrico F	Pesi	Differenza rispetto a Wulkow	Differenza rispetto a Karup						
20-24	Peso spogliati	80,4	+ 8,3	62	+ 1,5	+ 1,5	55,7	+ 5,3	+ 8,7	67,0	- 1,5	70	+ 3,0	- 1,3	70,9	+ 3,9	+ 0,9	73,7	- 3,9	80	+ 6,8	- 2,8	77,2	+ 3,5	- 2,8	
	P.t.I.	91,3		80	- 1,8		89,7	- 1,6	- 0,5	98,7		98	- 0,7		91,5	- 2,2	- 1,5	99,5		98	- 0,5		94,8	- 1,7	- 1,2	
	P.t.E.	84,1		83	- 1,1					85,8		86	+ 0,2						88,3		89	+ 0,7				
	P.A.	77,7		77	- 0,7		78,5	- 0,9	0,2	78,7		81	+ 2,3		79,3	+ 0,6	- 1,7	81,3		84	+ 2,7		81,1	- 0,2	- 2,9	
30-34	Peso	85,8	+ 3,5	66	+ 0,2	+ 3,5	69,8	+ 4,0	+ 8,8	72,9	+ 0,3	75	+ 2,1	+ 0,8	76,2	+ 3,3	+ 1,2	80,4	- 3,0	85	+ 0,6	+ 0,3	83,3	+ 2,9	- 1,7	
	P.t.I.	94,7		94	- 0,7		93,3	- 1,4		97,3		97	- 0,3		96,1	- 1,2	- 0,9	99,8		101	+ 1,2		99,0	- 0,8	- 2,0	
	P.t.E.	87,5		88	+ 0,5					89,6		91	+ 1,4						91,5		95	+ 3,5				
	P.A.	84,5		84	- 0,5		83,3	- 1,2	- 0,7	86,7		88	+ 1,3		86,0	- 0,7	- 2,0	89,0		91	+ 2,0		89,8	+ 0,6	- 1,4	
40-44 Karup 40 e oltre	Peso	69,7	+ 2,3	71	+ 1,8	+ 2,5	71,6	+ 1,9	+ 0,6	77,0	- 0,9	80	+ 3,0	- 0,3	78,7	+ 1,7	- 1,3	88,1	- 2,6	91	+ 4,9	- 0,8	84,7	- 1,4	- 6,3	
	P.t.I.	97,2		96	- 1,2		94,8	- 2,4	- 1,2	99,8		100	+ 0,2		98,0	- 1,8	- 2,0	103,1		103	- 0,1		100,4	- 2,7	- 2,6	
	P.t.E.	90,1		91	+ 0,9					92,2		94	+ 1,8						95,2		97	+ 1,8				
	P.A.	90,7		90	- 0,7		86,8	- 3,9	- 3,2	92,9		94	+ 1,1		90,8	- 2,1	- 3,2	95,7		98	+ 2,3		98,2	- 2,5	- 4,8	
50-54	Peso	70,8	- 3,4				71,5	+ 0,7		79,4	- 4,8				80,2	+ 0,8		89,1	- 4,1							
	P.t.I.	95,2					94,4	- 3,8		101,7					97,8	- 3,9		105,8								
	P.t.E.	91,5								94,8								98,1								
	P.A.	94,6					87,2	- 6,4		97,1					92,6	- 4,5		101,3								
55-59	Peso	71,9	- 4,4				73,1	+ 1,2		78,4	- 3,8				79,5	+ 0,1		88,0	- 10,8							
	P.t.I.	92,2					93,9	- 5,3		101,3					98,3	- 3,0		104,0								
	P.t.E.	92,7								94,4								96,9								
	P.A.	96,4					90,6	- 5,8		97,8					93,4	- 4,4		100,8								

P.t.I. = Perimetro toracico in inspirazione.
P.t.E. = Perimetro toracico in espirazione.
P.A. = Perimetro addominale.



Corporate Heritage
& Historical Archive

in piccoli limiti tra ± 0 . Complessivamente gl'indici antropometrici del Wulkow sono lievemente più bassi di quelli del Karup. La ragione è da ricercarsi nelle più piccole misure addominali.

Si rilevano innanzi tutto le deviazioni in senso negativo nelle età oltre i 50 e particolarmente oltre i 55. Questo fenomeno è tuttavia naturale e facilmente spiegabile. Una volta i corpulenti muoiono in età ancora giovanile per cui sono esclusi dal computo e per di più nella maggioranza degli uomini — a differenza delle donne — verso la cinquantina ed oltre l'ingrossamento del torace e dell'addome si arresta, anzi tende spesso a regredire — questi individui sono i più resistenti e i più longevi —. Il minuendo della nostra formula resta quindi invariato o diminuisce, mentre che dall'altro lato la cifra degli anni aumenta senza interruzione ingrandendo il sottraendo. La differenza *F* deve quindi diminuire nelle età più avanzate.

L'importanza di alcune piccole tare combinate per la previsione di possibili malattie cardio-vascolari, renali.

(*The Eastern Underwriter*, 19 ottobre 1934).

Una memoria dal titolo «Nota sulla mortalità in rapporto al numero delle pulsazioni, alla costruzione somatica, all'anamnesi familiare» è stata recentemente presentata alla «Actuarial Society of America».

L'A. sostiene che fra gli assicurandi apparentemente in condizioni fisiche normali possono esservi dei gruppi soggetti ad una ipermortalità per malattie cardiache, renali, del sistema vascolare; gli individui appartenenti ad essi potrebbero essere distinti mediante l'attenta osservazione della combinazione di alcuni fattori lievemente sfavorevoli, sebbene ciascuno di questi, isolatamente considerato, non basti a fare del proponente un rischio aggravato.

Queste conclusioni sono state tratte dalla indagine della mortalità di circa 25.000 polizze della «Life Insurance Company of Virginia», emesse a saggi normali di premio:

1) un numero di pulsazioni superiori ad 80 costituisce un elemento leggermente sfavorevole, che deve dar luogo ad attenta osservazione quando sia accompagnato da peso al di sopra o al di sotto del normale;

2) un numero di pulsazioni inferiore a 70, quando sia accompagnato da peso al di sopra del normale e quando l'anamnesi familiare segnali la morte di un genitore per malattia cardiaca o vascolare o renale, può essere indice di una grave affezione;

3) la morte di un genitore per malattia cardiaca o vascolare o renale costituisce un elemento

sfavorevole che deve dar luogo a gravi sospetti quando si accompagni a peso ipernormale e ad un numero di pulsazioni superiore a 80.

(Dal *Bollettino* di Novembre della Biblioteca dell'I.N.A.).

Le malattie professionali dei dentisti (dalla *Med. Kl.*, N° 18, 1934).

In una conferenza, tenuta a Praga, all'unione degli odontoiatri, il Prof. Dr. Julins Löwy, rilevava che i medici in genere per ragioni inerenti al loro esercizio professionale, sono esposti a svariate affezioni, come è anche dimostrato dalle statistiche di mortalità, raccolte dalla Compagnia assicuratrice Gotha.

I dentisti in specie sono più soggetti ad affezioni particolari e precisamente: alla nevrastenia, spiegabile con la lunga dimora in ambienti chiusi, e con l'attenzione sempre tesa al lavoro minuzioso; a deviazioni della colonna vertebrale e conseguenti alterazioni della gabbia toracica, e disturbi dell'apparato respiratorio e circolatorio. La spiegazione è facile se si pensa alle posizioni viziose che detti medici assumono.

La lunga stazione eretta è causa inoltre di varici e di piedi piatti.

I dentisti vanno poi soggetti facilmente alle infezioni delle prime vie aeree, nonché dei polmoni, trasmesse loro dai pazienti in cura. Le più frequenti malattie infettive sono: la scarlattina, il morbillo, la difterite, l'influenza e la tubercolosi. Per premunirsi di simili infezioni sarebbe consigliabile l'uso della maschera.

Gli odontoiatri, per la manipolazione di speciali medicamenti, quali la cocaina e il mercurio, il quale ultimo entra spesso nella lega usata per l'otturazione delle cavità cariose, vanno più facilmente degli altri medici, soggetti rispettivamente al cocainismo e all'intossicazione mercuriale.

Sul.

Le malattie della vita sedentaria.

MARCEL LABBÉ, *Le malattie della vita sedentaria*. — (Dalla «Presse Médicale» 21 novembre 1934).

I danni della vita sedentaria son noti da molto tempo: essa produce, nei giovani e nei vecchi, un rallentamento degli scambi tra i tessuti, che gli antichi battezzavano col nome di artritismo.

L'obesità, il diabete, la stitichezza, le emorroidi, sono i mali più frequenti, ma non i soli. Tutti i tessuti, tutti i vari sistemi, tutte le funzioni fisiologiche, tutti i visceri risentono della vita sedentaria, poiché questa altera l'equilibrio della nutrizione.

L'aumento più sensibile si nota nelle classi meno

La parte da attribuire alla vita sedentaria nella manifestazione dei disturbi della nutrizione è facile a comprendersi se si tien presente che l'equilibrio del ricambio è mantenuto dall'equivalenza tra gli alimenti ingeriti e il consumo energetico dell'organismo. Se questo consumo diminuisce in conseguenza della vita sedentaria, l'equilibrio è rotto, poichè l'introduzione degli alimenti è superiore al consumo, per cui l'organismo fa delle economie che mette in riserva, sotto forma di grasso.

Così si produce l'*obesità* che si manifesta in seguito ad una immobilità prolungata per frattura d'un arto, per una operazione chirurgica, una affezione qualsiasi che impedisce il movimento o riduce l'attività fisica.

L'*obesità* da vita sedentaria si distingue, per la preponderanza dello sviluppo della regione glutea e per la flaccidità dei tessuti, dall'*obesità* dei grandi mangiatori che è caratterizzata dal prevalente sviluppo degli organi addominali. La prima è meno pericolosa dell'*obesità* dei grandi mangiatori, nel decorso della quale ultima si nota quasi fatalmente, una serie di mali da attribuire alla sovralimentazione prolungata e cioè: il diabete mellito, la gotta, la calcolosi renale, le malattie del fegato, l'ipertensione arteriosa, la nefrite.

Se poi si combinano la sovralimentazione e la vita sedentaria, allora l'*obesità* si sviluppa ben presto e si accompagna a breve scadenza ai mali sopra enumerati.

La prima conseguenza della vita sedentaria si ripercuote sull'*apparato locomotore*. Il muscolo non si sviluppa affatto o subisce una regressione del suo volume o della sua capacità funzionale.

Sappiamo infatti che il muscolo si sviluppa se esso lavora: le sostanze azotate si fissano nell'organismo solo se il soggetto mette in funzione i propri muscoli. Se invece il soggetto sta in riposo, le sostanze azotate, che hanno subito il regolare metabolismo, attraversano l'organismo senza esservi trattenute; e l'alimentazione azotata, per quanto sovrabbondante, non riuscirà a fissare un grammo d'albumina nell'organismo e non si produrrà nemmeno una nuova fibra muscolare.

Basta ricordare i tempi nefasti in cui il tubercoloso nei sanatori era sottomesso al riposo assoluto e alla iperalimentazione; tale pratica produceva dei soggetti grassi, flaccidi, e deboli, che avevano solo accumulato del grasso nei loro tessuti, ma nello stesso tempo avevano soffocato i loro muscoli sotto il grasso.

Inversamente l'esperienza ha dimostrato che una alimentazione, anche moderata, per sostanze azotate, permette la ritenzione di azoto, il risparmio di albumine supplementari e lo sviluppo del sistema muscolare, in persone sottomesse ad un esercizio quotidiano.

Quindi, secondo la massima antica: la funzione fa l'organo. Gli effetti morbosi della vita sedentaria sono differenti nel fanciullo, nell'adulto e nel vecchio. Nel fanciullo in via di sviluppo la vita sedentaria dà effetti più gravi: ed invero essa è in forte contrasto con la vita del fanciullo, la quale invece è fatta di esercizio, di giuochi, di continua attività. Il fanciullo sano è contrario all'immobilità.

La mancanza di esercizio produce un arresto di sviluppo del sistema muscolare. I muscoli rimangono gracili, avvolti da un grasso flaccido nel caso che l'alimentazione sia sufficiente.

Nell'adulto, la vita sedentaria è la conseguenza sia di una professione, sia di un infortunio, sia di una malattia immobilizzante, sia di una cattiva abitudine che rimonta all'infanzia. Se lo stomaco è ben funzionante e l'appetito è forte, l'insufficienza muscolare della vita sedentaria si complica con l'*obesità* che aumenta la pigrizia e rende difficile il trattamento.

Nel vecchio, la vita sedentaria è una delle cause della cachessia progressiva e della senilità. Essa ostacola il mantenimento dell'equilibrio nutritivo.

Tutte le parti dell'apparato locomotore risentono le conseguenze della vita sedentaria. Le articolazioni sono colpite in tutte le loro parti specialmente nel loro tessuto fibroso. Le articolazioni dell'uomo, come le ruote di un'automobile, hanno bisogno di esercizio; diversamente i movimenti mancano di elasticità e di ampiezza, e si compiono con dolore. Cosa avviene dal punto di vista anatomico e chimico nelle articolazioni immobilizzate? Non lo sappiamo con precisione; ma ben conosciamo le rigidità articolari consecutive ad una immobilizzazione per affezioni non solo articolari, ma anche extra articolari; il movimento le fa sparire. Molto probabilmente le alterazioni colpiscono principalmente il tessuto connettivale periarticolare.

Persino l'osso subisce le conseguenze dell'inerzia muscolare: esso rimane sottile, liscio e debole; sappiamo infatti che nei soggetti robusti, con muscoli ben sviluppati dall'esercizio, le ossa sono spesse, pesanti, solide: sono ben distinte le loro linee di torsione e le apofisi e creste delle inserzioni muscolari sono sporgenti e robuste.

La *funzione respiratoria*, d'importanza fondamentale per le ossidazioni e le combustioni nei tessuti è gravemente alterata dalla sedentarietà. Mentre i soggetti dediti all'esercizio fisico, obbligati a far penetrare grandi quantità d'aria nei loro polmoni, sviluppano il loro torace, aumentano l'elasticità della loro gabbia toracica e dei loro polmoni e accrescono la loro capacità respiratoria, coloro invece che menano una vita sedentaria, si abitano a piccole inspirazioni, le quali fanno penetrare piccole quantità d'aria nei polmoni, e a

piccole espirazioni che vuotano incompletamente gli alveoli polmonari dal residuo d'aria viziata dall'acido carbonico. I polmoni perdono di elasticità, la circolazione sanguigna si compie male, le basi polmonari si congestionano, la gabbia toracica non si sviluppa, e se il soggetto vuol compiere uno sforzo, non può sostenerlo perchè è subito preso da affanno. Se il medico non interviene suggerendo degli esercizi respiratori, il giovane che è vissuto in tal modo, si presenta al consiglio di leva deficiente di torace, egli non è in grado di fare il soldato; e più tardi, nella vita civile, sarà di una costituzione meschina, gracile, perchè la respirazione insufficiente produce una specie di arresto generale dei muscoli sia anatomicamente che fisiologicamente.

La mancanza dell'esercizio fisico si ripercuote in due modi sull'apparato digerente. In primo luogo la mancanza di appetito e la difficoltà della digestione che impediscono al giovane di prendere spontaneamente una alimentazione proporzionata ai bisogni del suo organismo in via di accrescimento; poscia uno sviluppo insufficiente dei muscoli addominali, che non contegono più a guisa di cinghia, i visceri addominali e non permettono di far discendere lungo il tubo dirigente il bolo alimentare; infine una insufficienza delle fibre muscolari lisce dello stomaco e dell'intestino, il cui sviluppo è generalmente in rapporto con quello delle fibre striate dei muscoli della parete addominale. In conseguenza di tali deficienze, ne risultano dilatazioni di stomaco, ptosi addominali multiple, stitichezza, fermentazioni intestinali e in definitiva uno stato di dispepsia cronica, che accompagna l'infelice nel corso della sua esistenza e ne impedisce lo sviluppo. Lo stesso rapporto tra l'esercizio e la forza dei muscoli lisci dell'utero è stato osservato dagli ostetrici: le donne della città, per la loro vita sedentaria, partoriscono con minore facilità delle donne della campagna occupate nei lavori dei campi, il cui utero si contrae con maggiore energia.

La sedentarietà difficoltà la circolazione sanguigna e linfatica. Nelle regioni immobilizzate si produce un rallentamento di circolo e persino una stasi sanguigna: il che si manifesta con uno stato di congestione con cianosi, raffreddamento, gonfiore nelle parti declivi. Il miglior esempio ci è dato dalle varici degli arti inferiori nelle persone che restano immobili e specialmente in piedi, dalle emorroidi che si presentano nelle persone sedute per lunghe ore a tavolino.

Inversamente, il movimento attiva la circolazione venosa: le contrazioni dei muscoli dei polpacci comprimono le vene che li attraversano e ne fanno scorrere il sangue che, non potendo rifluire indietro a causa delle valvole venose deve progredire in direzione del cuore.

Lo stesso accade per la circolazione linfatica.

La linfa interstiziale, che riempie le lacune del tessuto reticolo-endoteliale ed è diffusa in tutto l'organismo, ha la tendenza ad immobilizzarsi se le contrazioni muscolari con la loro compressione non la costringono a circolare. In tal modo la sedentarietà provoca una specie di insudiciamento dei tessuti con precipitazione e deposito delle sostanze minerali disciolte negli umori, e pare appunto che la mancanza d'esercizio favorisca il deposito e la precipitazione dell'acido urico nei tessuti dei gottosi, dei sali di calcio in quello stato patologico noto sotto il nome di gotta calcarea, e forse anche della colesterina nei tessuti ipercolesterinici nei vecchi e nei diabetici.

La sedentarietà influisce anche sulla psiche delle persone. Mentre l'esercizio, con lo sviluppare la forza e la prestanza, esalta la fiducia in sé stesso, la fierezza e il coraggio, invece la mancanza d'esercizio, con la debolezza che ne risulta, rende i soggetti timidi, senza energia morale, ipocriti e vigliacchi. Privato dal salutare esercizio che sonda i sensi e fa gustare il riposo ed il sonno, il sedentario non ha nulla che lo difenda dai pensieri mal sani.

La vita sedentaria produce un rallentamento generale delle combustioni nell'insieme dell'organismo. Mentre il movimento aumenta gli scambi respiratori ed eleva il tasso del metabolismo, l'immobilità riduce o impedisce gli scambi respiratori.

* * *

Da questa rapida rassegna delle tristi conseguenze della vita sedentaria, si rileva quale abbassamento del valore funzionale dell'individuo è apportato dall'insufficiente attività fisica. La nutrizione è rallentata. Le combustioni, gli scambi respiratori, la circolazione sanguigna e linfatica, il tono muscolare, l'eccitabilità del sistema nervoso, tutte le manifestazioni dell'attività fisiologica sono ridotte.

Consecutivamente i tessuti si intorpidiscono; poscia la difficoltà ed il dolore dei movimenti contribuiscono ad accrescere la sedentarietà per un circolo vizioso.

Da questo momento il soggetto è preso in un ingranaggio morboso, poichè vien assalito successivamente dalle varie manifestazioni morbose della vita sedentaria.

SUL.

Riassunto della Relazione della Centrale tedesca per l'Assistenza Sanitaria nell'Assicurazione-vita.

Il 19 novembre 1934 ha avuto luogo l'assemblea ordinaria dei soci della Centrale tedesca per l'Assistenza Sanitaria nell'assicurazione-vita.

Dalla relazione presentata si rileva che la Centrale ha avuto l'incarico di preparare la relazione sull'assistenza sanitaria per il Congresso di Londra del prossimo anno. Alla Centrale, nel corso dell'anno, si sono aggiunte come nuove aderenti le compagnie «LEO» e «GOTHAER». Si rileva inoltre che in una riunione degli attuari di Berlino il Dr. Neustätter ha tenuto una conferenza sul tema «La tutela dell'esistenza nell'assicurazione-vita», nella quale l'oratore si è soffermato soprattutto sullo sviluppo storico dei problemi che interessano l'attuario. Anche a Colonia lo stesso oratore ha tenuto una conferenza su «Principi, organizzazione e risultati dell'assistenza sanitaria nell'assicurazione vita».

Per il Congresso di Roma la relazione fu elaborata in Germania, ma il numero speciale preparato per l'occasione non ha potuto finora essere rimesso alle Società aderenti perchè ancora in corso di stampa. La Rivista della Centrale, che ha una tiratura di 90.000 copie — dell'ultimo numero sono state tirate copie 99.800 — volge ormai alla fine del suo quinto anno di esistenza. Nell'occasione è stato pubblicato un indice dei numeri usciti, dal quale agevolmente si possono rilevare i molteplici argomenti trattati fin'oggi. Questo indice servirà però anche ad acquisire nuovi simpatizzanti poichè l'assicurato vi troverà elencati argomenti di tale interesse che il ricevere o meno il periodico non costituirà più per lui un fatto trascurabile.

Per ciò che concerne la propaganda, la Centrale ha organizzato varie esposizioni sanitarie e, a richiesta, ha messo a disposizione del Museo d'Igiene Pubblica di Colonia il proprio «uomo meccanico» che ha suscitato grande interesse in occasione della Mostra degli Alimenti. Inoltre il film della Centrale costituisce un ottimo mezzo di propaganda per le visite mediche periodiche gratuite. La pellicola fu proiettata ad Essen, Ponte della Saar, Erfurt ecc. e attualmente gira all'estero.

Circa l'assistenza sanitaria che si svolge all'estero, la relazione accenna brevemente ai più salienti avvenimenti: La «Vita» di Zurigo ha cominciato a concedere, per ora solo agli assicurati residenti in Svizzera, le visite mediche periodiche gratuite ogni due anni invece che ogni tre. Ha inoltre portato a termine il suo concorso per una pubblicazione popolare di medicina preventiva, diffondendo il lavoro premiato dal titolo «Come mi conservo sano?». Altro lavoro del genere è stato pubblicato in lingua italiana e francese.

Anche in Giappone l'assistenza sanitaria ha fatto grandi progressi. La Compagnia «TEIKOKU» è all'avanguardia poichè dispone di uno Stato Maggiore di medici viaggianti e, nella propria sede, di attrezzatissimi gabinetti per le visite mediche. Organizza inoltre conferenze, partecipa ad esposizioni sanitarie ecc. ecc.

La compagnia «POST» per le assicurazioni popolari iniziò nel 1922 la propria attività con 7 uffici di consulenza sanitaria; nel 1933 detti uffici erano diventati 155, sparsi in 128 città. L'attività della compagnia nel campo dell'assistenza sanitaria è completata dai gruppi di medici ed infermiere viaggianti. Nel corso di 10 anni furono 9.000.000 i casi nei quali si prestò l'assistenza e nel solo 1932, 3.000.000. I servizi sanitari viaggianti soccorsero 275.000 persone, quello di assistenza ai malati 1.460.000. Vennero inoltre diffusi 4.000.000 di opuscoli e girate 20 pellicole cinematografiche a scopo propagandistico.

Anche l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni in Roma non ha ritenuto meritevole nessuno dei 69 lavori concorrenti ai premi per due pubblicazioni in medicina preventiva, delle quali una per gli assicurati in forma popolare, l'altra per gli assicurati in forma normale.

Pertanto gli stessi concorrenti sono stati invitati a presentare altri lavori. Finora però i due lavori premiati non sono ancora stati pubblicati. (*I due lavori premiati sono stati pubblicati essi sono: E. DELLA SETA, «Vivere sani» O. BELLUCCI, «Salute, Tesoro della Vita»*) [N. d. R.]. Del resto, come risulta dai diversi rapporti che abbiamo fatto sull'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, quest'Azienda studia con grande fervore il problema dell'Assistenza Sanitaria.

Oltre alle visite mediche periodiche gratuite, è considerato come un compito fondamentale il ricovero degli assicurati in sanatori pubblici o privati, in stazioni climatiche o termali — a prezzi fortemente ribassati.

Il periodico bimestrale «L'Assistenza Sanitaria» ha lo scopo di mantenere il collegamento con i medici fiduciari, trattando argomenti scientifici e specialmente di statistica e prognosi. Inoltre tale rivista serve a prendere contatto con gli assicurati che in essa possono trovare elencate tutte le provvidenze sanitarie alle quali hanno diritto ed anche articoli istruttivi che, conformemente alle nostre opinioni, combattono la riprovevole tendenza di alcuni a trascurare certe malattie ritenendo che la malattia «come è venuta passerà»; tali articoli offrono infatti consigli di profilassi nell'intento di prevenire più gravi conseguenze. Nei suoi splendidi locali di Roma, l'Istituto dispone di laboratori, gabinetti radiologici ecc. che offrono la possibilità di visitare agevolmente gli assicurandi e gli assicurati che si presentano per le visite periodiche. La difficoltà della lontananza non ha ragione di sussistere essendo le riduzioni concesse per i viaggi a Roma fortissime.

Agli assicurati in forma ordinaria con visita medica, per un capitale superiore a Lit. 20.000, è concesso ogni due anni un buono di visita medica gratuita che dà diritto ad un esame completo ohi-

mico e microscopico delle urine, a un esame del sangue per la ricerca della glicemia, della azotemia, per la reazione di Kahn e alla misurazione della pressione arteriosa. Ogni tre anni hanno diritto agli esami di laboratorio:

a) gli assicurati in forma ordinaria e collettiva per un capitale inferiore a L. 20.000;

b) gli assicurati per un capitale superiore a Lit. 20.000, ma senza visita medica, e infine ogni quattro anni hanno diritto a detti esami:

a) gli assicurati in forma ordinaria e collettiva senza visita medica per un capitale inferiore alle 20.000 Lit.;

b) gli assicurati con una rendita annuale inferiore alle 5.000 Lit.;

c) gli assicurati con polizze popolari di qualsiasi forma.

Coloro che sono impossibilitati a muoversi dalla loro residenza possono inviare all'Istituto in Roma campioni per l'esame delle urine e del sangue. Inoltre, dopo aver preso in esame i singoli casi, si concedono prestiti senza interesse sul capitale assicurato a coloro che debbano sottoporsi ad operazioni chirurgiche, ed infine a Roma presso l'Istituto è a disposizione degli assicurati un gabinetto per le cure odontoiatriche, compresa la protesi, nel quale si praticano prezzi molto ridotti; la prima visita consultiva anzi è addirittura gratuita. Per le cure *oculistiche e otorinolaringoiatriche* moltissimi medici specialisti concedono agli assicurati riduzioni del 30% e per quelli con polizze popolari fin'anche del 50%.

Le facilitazioni in stazioni climatiche, cliniche, sanatori ecc. concesse anche alle donne, vengono usufruite su larga scala.

L'aviazione civile in Gran Bretagna (*The Review*, 14 settembre 1934).

Dal rapporto annuale del Ministero dell'Aria britannico risulta che nel 1933 il numero dei passeggeri e le merci trasportate degli aeroplani della Imperial Air Ways è aumentato sensibilmente rispetto all'anno precedente e che nei riguardi degli accidenti e delle conseguenze di essi, la situazione è rimasta praticamente identica a quella del 1933 e deve essere ritenuta assai favorevole.

Di quest'opinione sono anche le aziende assicuratrici che hanno concesso sensibili riduzioni sui premi per polizze-passeggeri. Le tariffe sono ormai le stesse, per giornata di viaggio, che per i viaggi terrestri e marittimi.

Ciò significa che il viaggio aereo offre ormai una tale sicurezza, da poter essere considerato quasi come una forma normale di viaggio.

(Dal *Bollettino* di ottobre della Biblioteca dell'I. N. A.).

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Blatter für Vertrammärzte der Lebensversicherung — N. 1, gennaio-marzo.

Im Dienste des Gesundheit — N. 4, dicembre 1934.

A. Cecconi, *Arthropathia psoriatica*. — Estratto da «*Minerva Medica*», N. 47 del 24 novembre 1934.

Statistical Bulletin — N. 11, novembre 1934.

Luigi Maglietta, *La questione del beneficio nel contratto di Assicurazione-vita*. — Napoli, Gilberti, 1934-XII.

Paolo Pietra, *L'organizzazione Sanitaria nell'U.R.S.S.* — «*L'Ospedale Maggiore di Novara*», Anno 1934-XII, n. 9.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Segnalazione di articoli di medicina.

La Presse Médicale — Parigi.

— 29 dicembre 1934.

LUTEMBACHER, *Ritmo auricolare inferiore*.

Le eccitazioni ectopiche, insorgenti nella parte superiore del nodo di Tawara (centro di Zahn), si osservano frequentemente in clinica, sia come extrasistoli, sia sotto forma di un ritmo che per un periodo più o meno lungo, sostituisce lo stimolo nato nel seno.

L'eccitazione ectopica del tipo auricolare inferiore entra regolarmente in attività per sostituire il seno, quando questi vien meno, ed interviene pure in seguito ad una iperattività patologica di quella regione.

Medizinische Klinik — Berlino.

— 30 novembre 1934.

LRPEHNE, *Trombosi coronarica*.

In base ad una serie di casi da lui osservati, l'autore tratta la trombosi coronarica. Discute anzitutto l'etiologia, nella quale meritano importanza il diabete e l'abuso della nicotina. Traccia il quadro clinico della affezione con speciale riguardo ai sintomi caratteristici, febbre, abbassamento della pressione sanguigna, e pericardite stenocardica. Segnala come l'affezione influenza sfavorevolmente il diabete. Dopo discussione del decorso e della prognosi passa in rassegna le possibilità della terapia.

— 14 dicembre 1934.

ERNST, *Sifilide e tubercolosi*.

Dallo studio di 66 casi di tubercolosi associate alla sifilide è risultato:

1° Il decorso della sifilide nel tubercoloso è manifestamente mite.

2° La tubercolosi polmonare si manifesta quasi esclusivamente come una tisi. Per le forme aperte di tbc. non si rilevano differenze di durata in paragone a quelle esenti da sifilide. Invece le regressioni sono notevolmente inferiori (6,6% di fronte a 30% di non sifilitici). La cura antiluetica spesso migliora l'efficacia terapeutica.

3° In nessun caso di tubercolosi si dovrebbe trascurare la sieroreazione per la ricerca della sifilide.

— 21 dicembre 1934.

SCHERF e ERLSBACHER, *La sintomatologia dell'aneurisma cardiaco parziale.*

Vien descritta una pulsazione toracica tipica per l'aneurisma parziale del cuore, che si è manifestata poco tempo dopo la trombosi di un'arteria coronaria e che può sparire completamente dopo alcune settimane. Nei casi di trombosi coronarica e di grave miomalacia si ascolta non di rado un soffio diastolico nella regione, nella quale si manifesta la pulsazione descritta.

The British Medical Journal — Londra.

— 24 novembre 1934.

BENNETT, *Cause e trattamento dell'edema.*

L'edema è un sintomo fisico ed indica un eccesso di liquido negli spazi dei tessuti. Due fattori sono principalmente responsabili del manifestarsi dell'edema: a) le variazioni nella pressione dei capillari; b) e la diminuzione della pressione osmotica colloidale delle proteine del plasma.

L'aumentata permeabilità della parete capillare è verosimilmente importante nella produzione dell'edema del tipo urticaria; è di possibile importanza nei casi di nefrite acuta.

Il cloruro di sodio non è un fattore causale nella produzione dell'edema, ma è in grado di provocarlo in quanto esso ha la tendenza di trattenerne l'acqua negli spazi dei tessuti piuttosto che nel circolo; il sodio e non l'ione cloro è responsabile dell'edema.

Per quanto riguarda il trattamento, l'edema cardiaco richiede un riposo prolungato, la digiatale, la dieta a clorurata, i diuretici mercuriali nei casi ribelli. In questi casi come in tutti i casi di edema va tenuto conto dello equilibrio dell'acqua.

L'edema renale comprende due e anche tre varietà: a) L'edema terminale delle nefriti con ipertensione; b) l'edema da nefrosi e da sindrome nefrotica; c) e l'edema da nefrite acuta.

L'edema da nefrosi e da sindrome nefrotica è dovuta alla perdita di proteine del plasma sanguigno, e richiede una dieta a clorurata e relativamente ricca di proteine. I diuretici mercuriali non sono controindicati nei casi ribelli.

L'edema della nefrite glomerulare richiede un trattamento molto accurato. Nella fase acuta la dieta deve essere molto ristretta (piccole quantità

d'acqua e qualche frutto); nei casi cronici è necessario opportuno discernimento e regolare la dieta delle sostanze azotate, ed evitare qualsiasi alimento nocivo al rene.

— 22 dicembre 1934.

DAVIDSON, CAMPBELL, RAC, SMITH, *Morbo di Weil.*

Sono riferiti 19 casi di morbo di Weil, in 15 dei quali la diagnosi clinica è stata controllata dalle ricerche batteriologiche o sierologiche. Tre-dici pazienti erano addetti alla lavorazione del pesce.

Questi casi dimostrano per la prima volta che anche gli operai addetti alla lavorazione del pesce devono essere inclusi tra i gruppi di lavoratori esposti al morbo di Weil.

Medical Record. — New York.

— 5 dicembre 1934.

GINSBURG, *Glicosuria: significato e differenziazione.*

La glicosuria può dipendere o da un abbassamento della soglia renale per lo zucchero o da una iperglicemia. L'iperglicemia a sua volta può esser dovuta o ad una ipofunzione delle ghiandole surrenali, della tiroide o dell'ipofisi.

Il solo esame delle urine non basta per spiegare la natura dell'iperglicemia. La curva della glicemia dopo l'ingestione di una soluzione zuccherina rivelerà un diabete latente o in atto e spesso potrà differenziare la glicosuria del diabete da altre forme di glicosuria.

— 19 dicembre.

JANKELSON, *Il vomito nell'ulcera peptica.*

Il vomito non è un sintomo frequente dell'ulcera peptica non complicata, poichè si constata soltanto, secondo l'esperienza dell'autore, nel 7% delle ulcere duodenali e nel 12% delle ulcere dello stomaco. Secondo il grado della stenosi cresce la frequenza del vomito.

Raccogliendo l'anamnesi dei pazienti bisogna distinguere il vomito spontaneo dal rigurgito e dal vomito provocato volontariamente.

La Riforma Medica — 1935, n. 1.

DE CANDIA e GALLI, *Azione di un pasto frutto-vegetariano e di un pasto carneo sulla funzionalità epatica.*

La ricerca dimostra che la curva aminoacida con il primo tipo di pasto discende, mentre con il secondo tende a salire; quindi la funzionalità epatica migliora con il pasto frutto-vegetariano donde la convenienza di tale dieta in alcune malattie della nutrizione.

— 1935, n. 1.

FIGARI PLAISANT e SIVORI, *Originale modalità di trattamento dei processi tubercolari.*

La sostanza fotosensibile irradiata ha il potere

di uccidere in vivi e in vitro i bacilli tubercolari e se irradiata dopo iniezione endovenosa migliora le lesioni t.b.c. sperimentalmente provocate.

Minerva Medica — 1935, n. 2.

CENTANNI, *Origini, natura e applicazione del principio della risoluzione naturale della malattia.*

Seguendo e separando per via chimica la successione dei prodotti biologici morbosi nella disin-tegrazione l'A. identifica i fattori fondamentali della malattia in due entità distinte il principio pirogeno e il principio risolutivo.

Rassegna Clinico-Scientifica dell'I.B.I. — 1935, n. 1.

ARESU, *Sull'impiego dei cardiotonici.*

Utile e interessante rassegna dei cardiotonici e del loro impiego razionale purtroppo spesso trascurato.

Pollelinico — 1935, Sez. Pratica, n. 1.

FRUGONI, *Febbre bottonuta o sodoku.*

Lezione clinica interessante anche perchè tratta della etiologia del M. di Brill e del tifo esantematico, della duplicità sostenuta dal Carducci e della unicità sostenuta dal Pecori concludendo con la tendenza attuale che propende per l'unicità.

— Sez. Pratica, 1935, n. 3.

RICCIOTTI DEL ZOPPO, *La prova del rosso congo nelle diverse forme di epatopatie.*

Dalle ricerche dell'Autore risulta che essa ha importanza per dimostrare lo stato di funzionalità del reticolo endotelio, la ritenzione risulta massima quando il reticolo è maggiormente leso (sindromi bantiane) di modico grado nelle epatopatie miste con lesioni parenchimo-endoteliali.

Cinema Educatore — 1934, n. 12.

VIBOREL, *Il cinema, l'igiene e la previdenza sociale.*

L'autore, Segretario Generale della Propaganda all'Ufficio Nazionale dell'Igiene Sociale di Francia riafferma in base ad inchiesta nell'ambiente didattico l'importanza dei films scolastici educativi e la grande funzione che esso ha per la propaganda igienica tra le masse per la prevenzione delle malattie sociali. Si augura che al congresso di Roma si voti per la libera circolazione internazionale delle pellicole educative.

Dott. Sr.

Rassegna di articoli d'igiene.

La salute e l'igiene nella famiglia — Roma.

— 1 dicembre.

MONTELUCCI, *Maniluvi, pediluvi, semicupi.*

PUGLIESI G., *Per conoscere come lavora il cuore.*

15 dicembre.

PUGLIESI G., *Parkinsoniani.*

MONTELUCCI, *Il freddo umido.*

1 gennaio.

RUDY, *Malanni di stagione: la tosse.*

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Zinasco (Pavia) il Dott. Ricci Cesare.

A Celleno (Viterbo) il Dott. Miracapillo Gennaro.

A Cantalupo del Sannio (Campobasso) il Dott. Verdile Ettore.

Ad Eboli (Salerno) il Dott. Visconti Angelo.

A Bologna il Dott. Sega Virgilio.

A S. Angelo all'Esca (Avellino) il Dott. Gallucci Vincenzo.

A Lecco (Como) il Dott. Resinelli Giuseppe.

A Lecce il Dott. Fumarola Domenico.

A S. Lucia di Serino (Avellino) il Dott. Monte Nicola.

A Somma Vesuviana (Napoli) il Dott. Troianello Biagio.

A Strigno (Trento) il Dott. Floriani Lino.

Ad Arsiero (Vicenza) il Dott. Dolfin Pietro.

Ad Aidone (Enna) il Dott. Prestifilippo Antonio.

A Milis (Cagliari) il Dott. Pili Antonio.

Ad Antibes (Francia) il Dott. Breton Eugenio.

Ai congiunti degli estinti giungano le nostre più sentite condoglianze.

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile