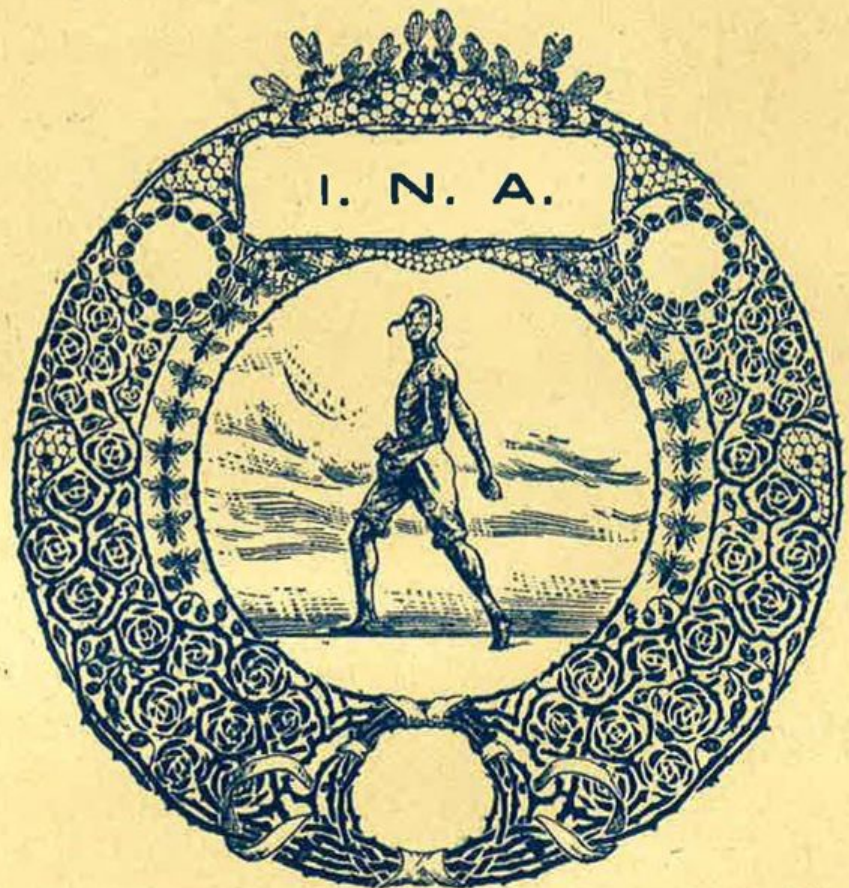


L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IV
Numero 2
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-XX	proposito delle dichiarazioni sanitarie dell'assicurando pag. 106
2. Consigli agli assicurati:	7. Alcuni dati di statistica medica . 109
a) Dr. ITALO FORTUNATI, Alimentazione e salute 73	8. Varie:
b) Dr. ARMANDO BOCCASSINI, Anomalie della refrazione e dell'accomodazione (Profilassi) . 76	a) GIUSEPPE BEVIONE, Andare verso il popolo 114
3. Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale. 80	b) Dr. A. LAMBERTI-BOCCONI, Le organizzazioni, in Europa, per l'assicurazione dei rischi aggravati. 116
4. Notiziario 82	c) Dr. A. BENAGIANO, Problemi profilattico-sociali dell'odontoiatria 119
5. Medicina delle Assicurazioni vita:	9. La pagina del medico fiduciario . 128
a) Dr. ALBERTO STARNA, L'encefalite cronica epidemica in rapporto alla Assicurazione vita. 85	10. Dai Libri e dalle Riviste . . . 129
b) Dr. CORRADO CONFORTO, La diagnosi precoce della paralisi progressiva 103	11. Pubblicazioni ricevute . . . 141
6. Medicina legale delle assicurazioni-vita:	12. Dai periodici di medicina . . . 141
Dr. FABIO MARSELLA, Sempre a	13. Rassegna di articoli d'igiene . 144
	14. Vuoti nelle file dei medici fiduciari 144

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

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

Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati del Piemonte (Torino - Via Maria Vittoria n. 1)

- A) Esami periodici gratuiti di laboratorio per tutti comunque assicurati :
1. Ricerca della glicemia.
 2. Ricerca della azotemia.
 3. Reazione di Kahn.
 4. Esame chimico e microscopico delle urine.
 5. Misurazione della pressione arteriosa.
- B) Consultorio medico per il collaudo della salute per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.
- C) Consultorio di igiene per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.
- D) Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.

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.

I buoni di visita medica gratuita (Mod Servizio Sanitario n. 80) vengono distribuiti dalle agenzie presso le quali gli assicurati pagano il premio.

2. Concessione gratuita presso il Laboratorio Centrale dell'Istituto in Roma, Via Sallustiana 51, e presso il Centro di Assistenza Sanitaria in Torino, Via Maria Vittoria 1, 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 Rendità 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 od al Centro di Assistenza Sanitaria in Torino, 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.

I buoni per esami di Laboratorio (Mod. Servizio Sanitario n. 79) vengono distribuiti dalle Agenzie presso le quali gli assicurati pagano il premio.

3. Concessione di prestiti senza interessi agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che debbano sottoporsi ad operazioni 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'I.N.A.:**

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 - Dr. 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 Legnano, 11.

CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO Angelo.

Otorinolaringoiatri:

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

Dott. BORTOLOTTI Lorenzo, Via S. Giacomo della Vittoria, 25.

Dott. MODESTO Ajmone, Via Faà di Bruno, 24.

CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO Giovanni.

ANCONA

1. *Convalescenziario in Loreto*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati 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.

AQUILA**Odontoiatri:**

Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

Otorinolaringoiatri:

Dr. CIPOLLONI SILVIO, Via S. Marciano, 31

ASCOLI PICENO

Odontoiatri: Dott. MONDOZZI Andrea, Via Benedetto Cairoli.

Dott. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dott. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri:

FERMO - Dott. LODOVICI Amilcare, Via Sapienza, 4.

BARI

1. *Clinica privata del prof. Florenzo d'Erchia*, via M. Signorile, n. 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le compe-



Clinica Privata per le Malattie Ginecologiche.

tenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica Röntgen-radium-terapia che verranno praticate nella clinica.

Odontoiatri:

ANDRIA - Dott. SARDANO Francesco.

BERGAMO

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

2. *Stabilimenti termali di Trescore Balneario*: a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 25% 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 supplementari). Inoltre gli assicurati pagheranno per le tasse di ammissione il 50% in meno. La Società esercente le Terme si riserva la facoltà — qualora gli alberghi annessi alle Terme fossero completi — di poter sistemare gli assicurati in altri alberghi consociati della medesima categoria facendo loro usufruire dello stesso trattamento dei primi.

3. *Consultorio materno in Bergamo*, dell'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: riduzione del 50% sull'importo dell'abbonamento ordinario d'ingresso agli Stabilimenti, e del 25% sull'importo dell'abbonamento ordinario alle cure idrominerali.

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



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 applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium.



BOLOGNA
Casa di Salute
POLICLINICA

4. *Consultorio 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.
- Dr. PIVA GIUSEPPE, Via Indipendenza 22.

Oculisti:

- Dr. 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, 43.
- 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, Gavarado, 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 %, 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 % 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. Dr. DE CRISTOFARO Michelangelo,
Via Plebiscito, 280.

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

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dr. 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% 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. GERSCHGORIN Vittorio, Via Garibaldi 19.

Dott. PADERI Antonio.

Dott. TORI Luigi.

Oculisti:

Prof. Dr. GASPARIINI Giulio, Via Volta, 30.

Otorinolaringoiatri:

Dr. BECCHERLE Ferdinando, Via Volta, 33.

Dr. TORLASCHI Giovani, Via Rezzonico, 7.

LECCO - HEUMANN Martino, Via Stoppani, 28.

COSENZA

1. *Casa di salute Catalani « Villa Amelia »*, 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 salute.

Odontoiatri:

Dott. ANDREASSI Giuseppe.

Dott. CERBELLI Oreste.

Dott. CHIMENTI Achille.

Dott. LOFFREDO Ferdinando.

CREMONA

1. *Casa di cura S. Camillo, Via P. Cristofaro*; a tutti gli assicurati: riduzione del 25% 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% sulle tariffe minime del Sindacato Medico degli onorari per atti operativi eseguiti presso la predetta Casa di cura.

Odontoiatri:

Dr. 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:

Dr. 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 - Dr. 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:

Dr. ARNONE Vincenzo, Via Pandolfini, 26.
Dott. CITELLI Alessandro, Lung'Arno Acciaioi, 22.

Dott. PUTTI Giorgio, Via dei Servi, 6.
Dr. RAMONINO Camillo, Via Vecchietti, 9.
Dott. CALAMARI Stefano, Via della Pergola, 14-bis.

Dott. CODECA Marcello, Via de' Porcari 1.
Cav. Prof. Dott. MORI Roberto, Piazza Vittorio Emanuele, 4.

FIUME

1. *Casa di Cura dott. Horvat 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 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 Euzo.

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.



SANSEVERO (Foggia) - La Clinica Troiano.

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 30% (trenta per cento) su tutte le tariffe in vigore.

A Fiuggi è stato istituito un ufficio di rappresentanza e propaganda che ha la sua sede presso lo stabilimento della



FIUGGI - Panorama generale.

Fonte Vecchia e dove 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 - Dr. 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 - Dr. 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, 3.

Dott. PREDARI Maria.

Dott. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.

Dr. ZAGNI Giuseppe, Via B. Grazioli, 32.

Oculisti :

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

Otorinolaringoiatri :

Dott. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.
Dr. FUCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.
Dott. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vittorio Emanuele, 108.

MATERA

Odontoiatri : Dott. MARINARO Domenico.

Oculisti : Dott. LO RUSSO Stefano.

MILANO

1. *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Eugenio 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, 18.

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, 3.

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, 36.

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 Miazina*, 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



BOGNANCO - Terme.

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: Dr. 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.

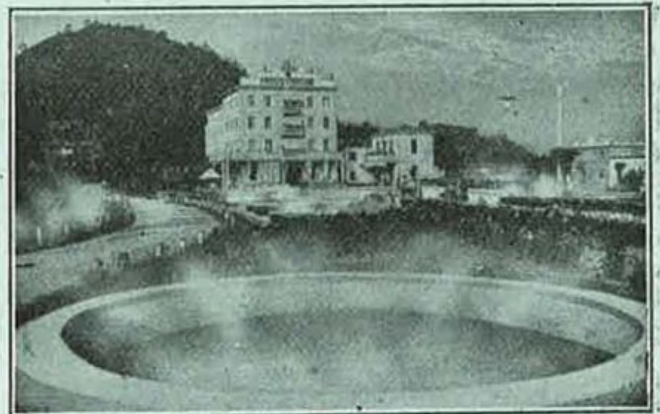
collettive: riduzione del 50% sull'importo della visita medica per l'inizio della cura; riduzione del 25% sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano; riduzione del 20% sull'importo della pensione giornaliera, escluso servizio e tassa soggiorno.

2. *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.

3. *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.

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

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



S. PIETRO MONTAGNON (Padova) - Terme Preistoriche.

so), 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.

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:

- Dr. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.
 Dr. CIMINO Giuseppe, Via Villaerosa, 6.
 Dr. DI CARLO Giovanni, Via Roma.
 Dr. GALLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.
 Dr. MILAZZO Carmelo, Piazza G. Verdi, 22.
 Dr. NICOSIA Antonio, Piazza Aragona, 4.
 Dott. PEZZOLI Renato, Piazza Castelnuovo, 11.
 Dott. PIAZZA GARGANO Giovanni, Piazza S. Domenico, 23.
 Dr. PIZZUTO Francesco, Via Villareale, 32.
 Dott. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, 12.
 Dr. 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. Dr. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 47.
 Dott. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.
 Dr. 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. CARMÌ 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, Röntgen-diagnostica 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, Röntgen-diagnostica 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 giornaliera 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% sia per le cure ambulatorie che per gli ammessi alle rette di prima e seconda classe. La riduzione del 30% sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di Terapia fisica, 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. LAGANÀ 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.



ROMA - Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori - Viale Regina Margherita.

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. *Ospedali Sanatoriali 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.

Dott. CIPOLLONI SILVIO, Via Cola di Rienzo, 297.

ROVIGO

Odontoiatri:

Dott. BENATTI Boris.

Dott. BORELLINI Alberto.

ADRIA - Dott. FERRONI 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. VEIRANA 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. **Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati del Piemonte** (Via Maria Vittoria, 1)

A) Esami periodici gratuiti di laboratorio per tutti comunque assicurati:

1. Ricerca della glicemia.

2. Ricerca della azotemia.

3. Reazione di Kahn.

4. Esame chimico e microscopico delle urine.

5. Misurazione della pressione arteriosa.

B) Consultorio medico per il collaudo della salute per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

C) Consultorio di igiene per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della Casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie specialmente infettive.

D) Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.

2. *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 Röntgen-diagnostica che verranno praticate nella clinica, come pure per le consultazioni cliniche.

3. *Clinica delle malattie professionali della R. Università*: 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. 11; potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni della Clinica, mediante corresponsione di un onorario di L. 5,50 per ogni volta.

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

5. *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. PICCALUGA 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. MANOINI 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. Ptero 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, Röntgen-diagnostica 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. Röntgen-diagnostica 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 Macchiaveli, 19.
Dott. MINAS Alberto, Via A. Diaz, 10.
Dott. OTTOCHIAN Giuseppe, Via S. Lazzaro, 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 JOLDE 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. BRJVIO 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 De-

legazione, 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.

Qualità chimico-fisiche delle acque termali per cui vengono concesse facilitazioni ai nostri assicurati:

Abano (Padova): Acque cloruratesodosolfocalciche a 87° C. Fanghi naturali vulcanicoiminerali.

Agnano (Napoli): Acque sulfuree calde, acque sulfuree clorurato-sodiche calde, acque sulfuree ferruginose fredde, acque alcaline solfato-sodiche, acque alcaline carboniche calde, acque solfate acide, acque ferruginose carboniche calde. Fanghi minerali vulcanici. Stufe secche da 40° a 75° C.

Battaglia (Padova): Acqua clorurata solfosodocalcica da 59° a 72° C. Fanghi naturali vulcanici.

Bognanico (Novara): Acque bicarbonate magnesiache radio attive.

Chianciano (Siena): Acque bicarbonato-solfato-calcico-magnesiache, da 29° a 37° C.

Fiuggi (Frosinone): Acque oligometalliche radioattive.

Levico (Trento): Acque arsenicoferruginose solforiche forti e deboli per bibite e per bagni.

Montecatini (Pistoia): Acque clorurato-sodiche deboli e forti. Fanghi vegetominerali. Bagni.

- Porretta** (Bologna) : Acque salsobromiodiche e clorurate sodiche solfuree.
Recoaro (Trento) : Acque ferruginose carbocalciche.
Salsomaggiore (Parma) : Acque salsobromiodiche.
S. Casciano (Siena) : Acqua solfatocalciocarbonica da 30° a 45° C. Fanghi vegetominerali caldi.
S. Giuliano (Pisa) : Acqua solfatocarbocalcica a 52° C.
S. Pellegrino (Bergamo) : Acqua bicarbonato sodicocalciomagnesiaca a T. = 26° C.
S. Cesarea (Lecce) : Acqua solfocarbonatocalcica a 33° C. Fanghi vegetominerali.
Sardara (Cagliari) : Acqua bicarbonato sodica a 50° 58°-68° C.
Sirmione sul Garda (Brescia) : Acqua solfatosodocalcica a 64° C.
Trescore Balneario (Bergamo) : Acqua clorurata sodicocalcica, bibite e bagni.

Possono ritrarre giovamento frequentando le terme che hanno
convenzioni con l'I. N. A. gli assicurati affetti da :

- a) ipercloridia - atonia gastrica - gastroenterite cronica :

Stazioni crenoterapiche idropiniche di : **Montecatini** (Pistoia) — **S. Pellegrino** (Bergamo) — **Sardara** (Cagliari) — **Trescore Balneario** (Bergamo) ;

- b) stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti :

Fonti idropiniche : **Agnano** (Napoli) — **Bognanco** (S. Lorenzo - Novara) — **Chianciano** (Siena) — **Montecatini** (Pistoia) — **Porretta** (Bologna), (*cura idropinica*) — **S. Casciano Bagni** (Siena), *Acqua della Ficoncella* — **S. Giuliano** (Pisa), *Acqua del Pozzetto* — **Trescore Balneario** (Bergamo) ;

- c) artrite cronica - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc. :

Abano e S. Pietro in Montagnon (Padova), (*bagni e fanghi*) — **Agnano** (Napoli), (*bagni e fanghi*) — **Battaglia** (Padova), (*bagni e fanghi*) — **Porretta** (Bologna), (*bagni*) — **S. Casciano Bagni** (Siena), (*bagni e fanghi*) — **Santa Cesarea di Lecce**, (*bagni e fanghi*) — **S. Giuliano di Pisa**, (*bagni*) — **Salsomaggiore**, (*acqua per bagni e fanghi*) — **Sirmione sul Garda**, (*bagni*) ;

- d) anemie - cloroadinamie - litifatismo :

Levico (Trento) — **Recoaro** (Vicenza) ;

- e) malattie del fegato :

Chianciano (Siena), (*cure idropiniche, bagni*) — **S. Casciano Bagni** (*cure idropiniche, bagni e lutoterapica specializzata*) — **Montecatini** (*cure idropiniche*) ;

- f) manifestazioni ipertensive :

Chianciano (Siena) Sorgente Sillene (*bagni*) ;

- g) diatesi uricemica calcolosi reno vescicale, gotta, cistopielite :

Fiuggi (Frosinone), (*cura idropinica*).

Ospedali, Case di Salute ed ambulatori, che concedono facilitazioni ai nostri Assicurati

Case specializzate per malattie polmonari:

Miazzina (Novara) - Casa di cura per malattie polmonari « *Eremo* ».

Sondrio - Primo Sanatorio « *A. Zubiani* » in Pineta di Sortenna.

Case specializzate per malattie nervose:

Padova - Casa di Cura « *La Salutare* » (località Altichiero).

Case per cure otorinolaringoiatriche:

Roma - Casa di cura già del Prof. T. Mancioioli - Via Ferruccio, 7.

Treviso - Casa di cura Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi.

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

Bari - Clinica privata Prof. F. D'Erchia - Via M. Signorile, 2.

Case per cure chirurgiche:

Cagliari - Casa di cura Prof. Gino Baggio - Piazza S. Benedetto.

Firenze - Casa di salute « *Villa Savoia* » - Via Andrea del Castagno, 6.

Genova - Casa di salute per operazioni chirurgiche Prof. A. Catterina - Via Borgoratti, 84.

Modena - Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti - Via Giardini, 20.

Napoli - Casa di salute Grimaldi e Principe - Piazza Gesù e Maria, 24.

Palermo - Clinica Candela - Via Villa-reale, 30.

S. Severo (Foggia) - Clinica Troiano - Viale della stazione.

Stradella (Pavia) - Casa di cura chirurgica Prof. G. Masnata.

Treviso - Casa di cura chirurgica « *Villa Bianca* » - Prof. A. Grollo.

Case di cura per le malattie medico chirurgiche, cliniche, ospedali, poliambulanze ed istituti vari:

Bologna - Case di salute « *La Policlinica* » - Piazza Umberto I, 9.

— « *Villa Rosa* » - Via Castiglione, 103.

— « *Villa Verde* » - Via Mamolo, 45.

Brescia - Poliambulanza delle specialità medico chirurgiche - Piazzale Garibaldi.

Catania - Istituto medico del Lavoro - Via De Felice, 37.

Catanzaro - Istituto clinico diagnostico e fisioterapico del Dr. G. Mazza - Via Duomo.

Cremona - Casa di cura « *S. Camillo* » - Via P. Cristofaro.

Genova - Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV.

Milano - Casa di salute « *Villa Porpora* » - Via Eugenio Carpi, 30.

— Istituto cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione del Prof. G. Galli - Foro Bonaparte, 51.

Napoli - Sanatorio « *Carlo Forlanini* ».

Palermo - Clinica Candela - Via Villa-reale, 30.

Pavia - Casa di cura Prof. Eugenio Morelli - Piazza XXIV Maggio.

Reggio Calabria - Ospedali riuniti G. Melacrino e F. Bianchi.

Roma - Istituti Fisioterapici Ospedalieri:

1) Ospedale dermosifilopatico di S. Galliciano;

2) Istituto Regina Elena per la diagnosi e cura dei tumori - Viale Regina Margherita.

— Policlinico del Lavoro - Via Ripetta, 180

— Clinica Odontoiatrica R. Università.

Torino - Istituto di medicina preventiva - Via Principe Amedeo, 16.

— Clinica delle malattie professionali della R. Università.

Varese - Clinica privata « *La Quiete* ».

Vigevano (Pavia) - Ospedale degli Infermi.

Agli istituti di cui sopra vanno aggiunti gli Ospedali Sanatoriali, i Convalescenziari, i Consultori materni dell'Istituto Nazionale fascista della Previdenza Sociale.

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

Alimentazione e salute

Dott. ITALO FORTUNATI

Argomento mai esaurito, variamente inteso da ciascuno, adattato il più delle volte ai propri desideri ed abitudini più che alle esigenze della salute, il problema dell'alimentazione andrebbe attentamente esaminato da molti punti di vista che forse renderebbero tediosa e non accessibile a tutti la presente nota.

Limiteremo quindi l'esame solo ad alcuni aspetti generali nei confronti dell'individuo sano, adulto.

Per poter meritare l'attributo di igienica, l'alimentazione deve essere regolata da leggi che coordinino il ritmo dell'assunzione degli alimenti, la loro qualità e quantità. Quest'ultima, la misura dei cibi e bevande che entrano a far parte della razione giornaliera, è, anche al di fuori dello stato di malattia, il fattore più importante, sebbene anche il coefficiente qualitativo debba considerarsi essenziale.

La quantità ideale degli alimenti dovrebbe essere quella sufficiente a bilanciare le perdite che la massa somatica subisce a causa del complesso dei fenomeni vitali. Difficile a calcolarsi con esattezza, caso per caso, risponde sufficientemente agli scopi pratici un indice medio che viene calcolato all'incirca di 35-40 calorie per Kgr. di peso corporeo. Tale indice approssimativo risponde al fabbisogno di energia di un individuo di media età, di costituzione normale, svolgente una mediocre attività lavorativa, in ambiente a clima temperato e di altitudine non elevata.

Come è evidente, la variazione di ciascuno di questi fattori comporta una modificazione proporzionata nell'apporto degli alimenti.

Tralasciando l'analisi minuta di tali elementi, accenneremo soltanto che in rapporto all'età, l'epoca dell'adolescenza e della prima giovinezza richiedono un regime alimentare superiore a quello che occorre nell'età media; con l'inoltrarsi di questa e l'avvento dell'età senile tale somma alimentare dovrà opportunamente diminuire.

Il tipo di costituzione non potrà dal profano essere esattamente vagliato, ma alcune nozioni elementari di comune osservazione serviranno in parte allo scopo. Infatti hanno bisogno di una quantità di alimenti maggiore di quella che comporterebbe il calcolo del peso, gli individui magri, attivi, vivaci; mentre per i grassi, cioè per coloro che superano il peso medio relativo alla loro altezza, è a questo peso medio che va proporzionata la quota di alimenti.

Facilmente comprensibile è l'influenza esercitata dal lavoro e dalla temperatura ambiente come fattori di dispersione di energia, e le opportune modificazioni che vanno apportate al coefficiente quantitativo degli alimenti in rapporto alla loro misura.

Conosciuto il quantitativo di calorie necessarie all'individuo, preso ad esempio come indice di fabbisogno medio 35 calorie per Kgr. di peso, quota meglio rispondente al nostro clima ed al tipo medio, vediamo in che misura i vari alimenti dovranno entrare per costituire una giusta proporzione.

Il calcolo va riferito agli alimenti semplici, cioè alle proteine, grassi e idrati di carbonio. Le proteine che rappresentano alimenti indispensabili destinati a reintegrare le albumine dei tessuti, devono costituire una quota di circa un gr. per Kgr. di peso, equivalente a circa 4 calorie. L'eccessiva introduzione di esse produce abbondanti scorie azotate che possono riuscire facilmente tossiche; anche i grassi se introdotti in eccesso possono essere causa di disturbi digestivi. Sembra che di essi la quota utile sia di gr. 0.95 per Kgr. di peso corporeo, equivalente a circa 8 calorie.

Stabilita quindi la quota opportuna dei grassi e delle proteine ed il relativo valore in calorie, il resto del fabbisogno energetico verrà coperto dagli idrati di carbonio, calcolato secondo la loro capacità di sviluppo di calorie che è rappresentato da circa 4 per grammo.

In pratica però non è di facile attuazione per un profano regolare la propria dieta secondo tali calcoli, che pur non offrendo delle particolari difficoltà esigono delle conoscenze sulla composizione e sulla capacità calorica dei vari alimenti. E' quindi il buon senso che dovrà prendere il posto del calcolo aritmetico. Infatti oltre alla capacità alimentare, nella scelta dei cibi si dovrà tenere il dovuto conto della loro digeribilità, del loro contenuto in altre sostanze che ingerite in eccesso possono riuscire dannose all'organismo, ed infine della necessaria varietà ed appetibilità degli alimenti che costituiscono anche qualità non indifferenti.

Per tali ragioni si usufruirà di una certa libertà nella selezione dei cibi, ma sulla guida di alcuni concetti igienici fondamentali. Così conoscendo che le proteine di origine animale se introdotte in eccesso possono danneggiare le funzioni del fegato e del rene, si cercherà di non abusarne, e di limitare l'introduzione di quelle che possono riuscire più tossiche, come quelle contenute nei visceri, nella cacciagione, nei cibi conservati. Comunque le carni figureranno in un solo pasto, mentre negli altri si sostituiranno con uova o latticini. Le proteine vegetali, tollerate più facilmente, potranno usarsi con maggiore larghezza. Si limiterà il consumo dei grassi usati come condimenti e buon precepto sarà di ridurre al minimo l'uso delle spezie che pur essendo dotate di proprietà stimolanti dell'appetito per il gradevole sapore, tuttavia riescono dannosi agli organi della digestione ed allo svolgimento normale del ricambio.

Gli idrati di carbonio: pane, paste alimentari, riso, farina di cereali, patate, legumi, zuccheri ecc. dovranno costituire insieme alle verdure le parti preponderanti degli alimenti, senza tuttavia eccedere nel loro uso in ispecie per ciò che riguarda gli zuccheri, la pasta, il pane ed i dolci in generale. Queste ultime sostanze saranno assoggettate ad una conveniente limitazione nella dieta degli individui che mostrano tendenza ad ingrassare od in coloro che hanno una tara ereditaria diabetica.

«... fresche succose frutta ed erbe abbiano il primo loco sulla tua mensa...» scriveva l'Armstrong. Ed invero sarà opportuno per tutti i casi fare un largo uso di frutta fresche che per il loro gustoso sapore e la facile digeribilità ed il senso di sazietà che provocano, costituiscono un prezioso complemento della alimentazione.

Non è di secondaria importanza il loro alto contenuto in vitamine, sostanze che si sono rivelate come indispensabili coefficienti per il normale sviluppo e per il mantenimento di un buono stato di salute. Esse rappresentano

una fonte di energia che alimenta il complesso delle funzioni dei vari organi, e specialmente per il sistema nervoso, tanto che la loro deficienza si manifesta con alterazioni gravi dello sviluppo, del tono e del trofismo.

Fra gli alimenti necessari all'organismo vanno compresi anche i liquidi.

La quota dei liquidi indispensabili al normale ricambio viene in gran parte coperta da quella contenuta nei cibi. Per tale ragione è difficile fissare la quantità di bevande da usare. Questa varia in relazione alla dieta e subisce anche notevoli variazioni a seconda della costituzione degli individui, del clima, delle abitudini, dell'apporto in sali degli alimenti.

La migliore bevanda è l'acqua pura, ma anche le acque minerali leggermente alcaline ed il vino leggero in modica quantità potranno usarsi senza danno.

E' opportuno invece limitare al minimo l'uso del caffè e del té. Sarà utile evitare l'uso dei vini forti, dei cosiddetti aperitivi e dei liquori, bevande di cui si può fare a meno senza eccessivo sacrificio.

Come è stato già detto la quantità delle bevande non può essere fissata entro limiti fissi. Tuttavia come criterio generale sarà opportuno non fare eccessivo uso di liquidi durante i pasti, poichè la forte diluizione dei succhi gastrici potrà apportare ostacoli allo svolgimento di una buona digestione.

Poichè nella pratica non è possibile che i cibi e le bevande vengano ingerite ad una temperatura idealmente igienica, guiderà il precetto di evitare i gradi estremi, sia verso il caldo che verso il freddo.

Ultima questione da considerare è quella del ritmo dei pasti.

Da noi è generalmente diffusa l'abitudine di tre pasti che rappresenta una sana espressione della sobrietà del nostro popolo.

Il piccolo pasto del mattino farà sì che lo stomaco a mezzogiorno si trovi nelle migliori condizioni per ricevere il pasto più abbondante.

Il pasto della sera dovrà consumarsi in un'ora non troppo avanzata; sarà più scarso e composto di cibi di facile digeribilità.

Non è di alcuna utilità, ma invece probabilmente dannoso riservare alla sera il pasto più abbondante, a meno che questo non sia preso molte ore prima di coricarsi. Del resto l'accusa che si vorrebbe muovere al pasto maggiore consumato a mezzogiorno, sarebbe quella di rendere più torpide le funzioni intellettuali e minore la capacità lavorativa in genere, ma in un individuo sano che non ecceda nella quantità degli alimenti, ciò di norma non si verifica.

Molta importanza ha invece la maniera di mangiare.

La masticazione lenta e accurata, la deglutizione di piccoli boli bene elaborati, se non dà la sensazione immediata della sazietà, dà invece la certezza che i cibi introdotti saranno bene utilizzati e non provocheranno un sovraccarico di lavoro allo stomaco.

La vita attuale provoca continuamente un aumento numerico nella falange dei dispeptici, dei malati di fegato, dei sofferenti di enteriti, coliti, alterazioni varie del ricambio. Ciò è in gran parte dovuto all'irregolarità dei pasti, all'irrazionalità della scelta e della quantità degli alimenti, alla fretta che spinge a mangiar troppo presto, trangugiando spesso cibi troppo caldi e non masticando a sufficienza.

Non si raccomanderà mai abbastanza di aver maggior cura dei propri pasti, che non vanno considerati soltanto come episodi utili a procurare la soddisfazione di un'esigenza della vita o come causa di piacevoli sensazioni, ma piuttosto come la fonte da cui derivano in gran parte l'energia ed il benessere.

Anomalie della refrazione e dell'accomodazione

(*Profilassi*)

Dott. ARMANDO BOCCASSINI

Medico-Chirurgo - Oculista

Molti difetti di vista dipendono o da anomalie della costituzione anatomica dell'occhio (anomalie della refrazione statica) o da alterazioni di quella squisita funzione che ha l'occhio di poter vedere un oggetto a distanza variabile (anomalie della refrazione dinamica).

I difetti del primo gruppo comprendono: l'ipermetropia, l'astigmatismo, la miopia; nel secondo gruppo sono racchiusi: la presbiopia, lo spasmo e la paresi dell'accomodazione, ecc.

Se noi osserviamo un occhio umano in una sezione verticale notiamo, andando d'innanzi all'indietro, la cornea, la camera anteriore e quella posteriore, separate del diaframma irideo, entrambe piene di umore acqueo ed in comunicazione tra di loro per mezzo del forame pupillare; il cristallino ed il vitreo.

Questi elementi sono racchiusi e circondati da involucri: l'esterno, la sclera, bianca, inelastica, fibrosa, differenziata anteriormente in cornea; il medio la coroide o uvea, differenziata anteriormente, in iride, e l'interno, che è costituito dalla retina, la membrana nervosa, sensitiva dell'occhio.

L'asse antero posteriore dell'occhio umano è di circa 24 mm. di lunghezza, ma può subire delle variazioni in più o in meno determinando delle anomalie del potere refrattivo dell'occhio (ogni variazione dalla media di un mm. porta un difetto di refrazione di circa 3 diottrie).

Premesse queste brevi notizie anatomiche ed ottiche riguardanti l'occhio umano diamo uno sguardo ai principali difetti di vista.

Ipermetropia.

Questo vizio di refrazione è scarsamente conosciuto dai più perchè è comunemente confuso con la presbiopia con la quale ha qualche somiglianza. Esso dipende o da una minore lunghezza dell'asse antero-posteriore dell'occhio o da una minore refrazione dei mezzi diottrici dell'occhio stesso (cornea più appiattita, mancanza del cristallino per afachia chirurgica dopo l'operazione di cataratta ecc.).

L'ipermetropia è spesso rilevata solo dall'oculista perchè chi ne è affetto può ignorare il proprio difetto visivo non avvertendo alcun disturbo, specie se l'ipermetrope esercita poco gli occhi in lavori da vicino.

Se l'ipermetropia è alquanto elevata il paziente comincia a stancarsi se lavora a luce scarsa od artificiale e sente il bisogno per veder meglio di distanziarsi dal lavoro. Insistendo in questo sforzo senza correggere con lenti adatte il proprio vizio di refrazione, l'ipermetrope va soggetto a disturbi provocati da stanchezza del muscolo ciliare, che sono conosciuti col nome di astenopia accomodativa e che con la loro presenza e persistenza impediscono o rendono difficile ogni applicazione da vicino.

Il lavoro può essere iniziato ma presto le parole appaiono confuse, la scrittura diviene disordinata, interviene una cefalea frontale, bruciore e rossore agli occhi e qualche volta una lieve e transitoria vertigine. Il riposo con gli occhi chiusi fa in breve tempo dileguare tali disturbi, che però tornano ad importunare il paziente se quest'ultimo riprende ad occuparsi da vicino.

E' necessario in questi casi provvedere a correggere l'ipermetropia con

l'applicazione logica e precisa di lenti. Questo vizio di refrazione deve essere sempre ricordato dai genitori e dagli insegnanti, i quali non devono essere sollecitati a rimproverare i propri figli o scolaretti se sono svogliati nello studio e se fanno errori di scrittura, perchè la mancante volenterosità o la persistenza della cattiva scrittura possono essere provocati da difetti della visione da vicino, che i piccoli non sono in grado di accusare.

L'origine della ipermetropia è quasi sempre collegata ad un difettoso od ostacolato sviluppo dell'occhio, che, da ipermetropia qual'è fin dalla nascita in tutti i bambini, non cambia nè corregge questo vizio di refrazione, che in quella età chiameremo fisiologico.

Se il disturbo è corretto in tempo, è possibile che, con gli anni ed il miglioramento delle condizioni generali, il piccolo ipermetropia diventi emmetrope cioè senza difetti di vista ed abbandoni gli occhiali tanto odiati dai genitori e dai bimbi stessi. La correzione della ipermetropia si può effettuare fin da quando il piccolo paziente comincia ad applicarsi da vicino, cioè fin da quando comincia ad andare alla scuola.

Se l'ipermetropia è lieve e la visione per la lontananza è ben conservata, si devono prescrivere gli occhiali solo per il vicino, ma se la visione per il lontano è divenuta anche difettosa o se la ipermetropia è rilevante, si devono consigliare due paia di occhiali uno per il lavoro da vicino e l'altro per la lontananza.

Contemporaneamente è necessario rinvigorire con cure ricostituenti il paziente, affinchè con le migliorate condizioni generali il difetto di vista si stabilizzi o si attenui.

Dopo il 45° anno di età l'ipermetropia, che dal punto di vista ottico è provocato dall'allontanamento del punto prossimo, nella quasi totalità dei casi si accentua con il sopraggiungere della presbiopia, che come vedremo dipende dalla diminuzione fino alla scomparsa della capacità che ha l'occhio di percepire gli oggetti vicini con un aumento del potere accomodativo.

Miopia.

Questo difetto di vista dipende o da un allungamento dell'asse antero-posteriore dell'occhio (miopia assile) o da una variazione dell'indice di rifrazione dei mezzi trasparenti dell'occhio stesso (miopia refrattiva).

L'etiologia della miopia assile non è ancora completamente e definitivamente chiarita. Tra le cause di questa ametropia ricorderemo: la ereditarietà perchè spesso i miopi hanno almeno uno dei due genitori con questo vizio di refrazione; la minore resistenza della sclera per debolezza organica dipendente da linfatismo, da lue, o da altre cause generali; la cattiva conformazione della cavità orbitaria che Stilling ha trovato qualche volta più ristretta in senso verticale con conseguente abbassamento della puleggia del grande obliquo e compressione del globo oculare, compressione che provoca l'allungamento dell'occhio in senso antero-posteriore. Inoltre Weis e Hasner hanno trovato in qualche caso il nervo ottico più corto del normale, il che provocherebbe uno stiramento indietro del polo posteriore dell'occhio nei movimenti di lateralità. Accanto a queste cause per così dire anatomiche della miopia, dobbiamo qui far menzione di un fattore funzionale di grande importanza, cioè dello sforzo di convergenza.

I miopi, desiderando avere un'immagine più grande e più nitida degli oggetti vicini sono costretti ad avvicinarsi molto al lavoro esercitando maggiormente la convergenza.

Quest'ultima è effettuata dalla contrazione simultanea dei retti interni dell'occhio, mentre i retti esterni diventano tesi e comprimono come due corde il lato temporale dei due globi provocandone l'allungamento in senso antero-posteriore.

Se lo sforzo di convergenza è continuo, l'allungamento diviene definitivo a spese del polo posteriore dell'occhio in vicinanza del foro d'uscita del nervo

ottico. Per eliminare tale inconveniente è necessario che un'adatta correzione della miopia allontani il punto prossimo ad almeno 25 cm. dagli occhi.

La profilassi della miopia deve tendere ad allontanare e a prevenire con opportune norme igieniche tutte quelle cause che potrebbero determinare od aggravare una miopia latente od appena iniziale. Se esiste una ereditarietà di miopia ogni medico deve consigliare ai genitori dei predisposti di indirizzare i propri figli, se questi cominciano a presentare note di miopia, verso professioni in cui il lavoro da vicino non è strettamente necessario.

L'organismo deve essere rinforzato con cure ricostituenti per rendere tenace e resistente la sclera affinché non abbia a sfiancarsi in qualcuno dei suoi settori.

Per l'igiene dei predisposti sono da ricordare i seguenti consigli: ginnastica da camera ed il moto eseguiti senza eccessivo sforzo; intestino ubbidiente per evitare l'assorbimento di prodotti tossici; l'uso di colletti larghi onde evitare la compressione dei vasi del collo e la congestione del volto e della testa ecc.

A scuola i banchi ed a casa gli scrittoi devono essere adatti e proporzionati alla statura dei giovani studenti; la luce deve essere ben diretta, abbondante ma non abbagliante (preferibile la luce diffusa naturale od artificiale; il sole non deve mai battere direttamente sul libro o sul lavoro, nè sul volto di chi studia); i caratteri di stampa devono essere nitidi precisi, sufficientemente grandi e stampati su carta possibilmente non lucida.

E' necessario inoltre che le ore di studio o di lavoro siano interrotte di tanto in tanto ed intercalate da periodi di riposo del corpo e degli occhi, che devono essere tenuti chiusi o rivolti verso panorami riposanti.

Anche il Governo Nazionale, riconoscendo la necessità che l'insegnamento debba essere completamente impartito nelle scuole, ha stabilito che il riposo settimanale sia veramente riposo degli occhi e della mente, desiderando che gli alunni trascorranò quel giorno privi di ogni occupazione scolastica, in godimento corporale e spirituale (gite, esercizi ginnastici, conferenze liete ed educative, ecc.).

La cura della miopia già manifesta può essere ottica, medica, chirurgica.

Tralasciando gli ultimi due metodi di cura che sono di esclusiva pertinenza dell'oculista, darò qualche cenno della cura ottica. Essa consiste nell'applicazione di lenti biconcave o menisco-concave refrangenti; è necessario qui ricordare che devono essere usate le lenti più deboli che danno la vista migliore.

La correzione della miopia deve essere adeguata alle necessità ed alle condizioni di lavoro del paziente. Chi deve poter vedere molto distintamente da lontano (antista, ingegnere, cacciatore, ecc.) deve avere una correzione totale del suo difetto di vista, mentre chi è dedito ad una vita di ufficio o di lavoro da vicino può far a meno di una correzione completa della sua miopia, usando quelle lenti che mentre gli permettono il lavoro abituale con chiarezza e senza sforzi di convergenza, consentono una discreta vista per il lontano, salvo, poi, ad usare lenti più forti quanto ne avrà maggiormente bisogno.

Se la miopia supera le 7 diottrie si rende necessario l'uso di due paia di occhiali, uno per il vicino ed uno per il lontano. Quando il miope raggiunge o sorpassa il 45° anno di età, poichè, come per tutti, con l'iniziarsi della presbiopia, il suo punto prossimo si allontana, comincia a notare qualche difficoltà usando gli occhiali da vicino; in questo caso è necessario o che allontani un po' il lavoro o che diminuisca la forza delle sue lenti da vicino.

Astigmatismo.

Questo difetto di vista, la cui denominazione suona tanto strana e misteriosa all'orecchio di molti, è dovuto essenzialmente ad una variazione della curvatura della cornea, la quale invece di essere un segmento regolare di sfera, presenta in uno dei diametri un lievissimo grado di appiattimento o di sollevamento. Questa anomalia della cornea provoca una deformazione delle immagini che

vengono percepite sfocate ed irregolari. Il mezzo classico, facile ed alla portata di tutti per riconoscere se si è affetti da astigmatismo è il seguente: si disegni su di un foglio bianco di carta una raggiera di linee come un quadrante di orologio a muro e la si osservi prima con un occhio e poi con l'altro; se i raggi sono visti contemporaneamente tutti nitidi e ben distinti, l'occhio osservatore è sano; in caso contrario l'occhio è quasi con sicurezza astigmatico e quindi bisognoso di correzione.

Vi sono varie forme di astigmatismo: miopico, ipermetropico, regolare ed irregolare, semplice, composto, misto.

Non è qui il luogo di illustrare queste diverse forme di astigmatismo perchè mi allontanerei dallo scopo prefissomi in questi brevi appunti.

La profilassi dell'astigmatismo regolare è la stessa della miopia e dell'ipermetropia ricordando però, che è necessario correggere l'astigmatico appena comincia ad avvertire disturbi visivi affinchè non si abitui a percepire immagini false ed alterate degli oggetti che lo circondano. La cura di questa ametropia è puramente ottica e si effettua con lenti cilindriche, che hanno la facoltà di correggere la refrazione dell'asse corneale alterato.

Esiste anche una cura chirurgica dell'astigmatismo, ma essa è indicata solo in casi molto rari e quando il vizio di refrazione è molto accentuato (10-12 diottrie).

Presbiopia.

Gli individui, uomini e donne, che hanno avuto sempre una vista normale, quando raggiungono l'età di 45 anni, cominciano a stancarsi se lavorano a luce scarsa od artificiale, e sono costretti ad allontanare l'oggetto da osservare se desiderano vederlo con maggiore chiarezza.

Questo fenomeno è dovuto all'insorgere della presbiopia, la malattia dei vecchi. Essa è causata dalla diminuzione fino alla scomparsa del potere accomodativo, cioè, della facoltà che ha l'occhio umano di riprodurre sulla retina l'immagine degli oggetti vicini, per mezzo di un aumento della forza di refrangenza.

Il meccanismo dell'accomodazione riposa principalmente sul rilasciamento del legamento sospensore del cristallino. Questo legamento, comandato del muscolo ciliare, contraendosi o rilasciandosi determina una variazione dello spessore della lente cristallina e conseguentemente una variazione del potere diottrico o refrangente dell'occhio. Se il legamento sospensore si rilascia il cristallino assume una forma più sferica e l'occhio diviene adattato per la percezione degli oggetti vicini, se invece il legamento sospensore si contrae, il cristallino si appiattisce, diviene meno convergente e l'occhio è adattato per la visione degli oggetti lontani.

Dopo il 45° anno di età il potere accomodativo dell'occhio va estinguendosi finchè a 60 anni diviene quasi nullo, il soggetto diviene presbite ed accusa una cospicua diminuzione di vista per il vicino; nei primi anni è costretto ad allontanare l'oggetto da osservare e dopo qualche anno non può più applicarsi da vicino; presenta quindi dei sintomi simili agli ipermetropi e come questi ha bisogno di lenti correttive positive o convergenti.

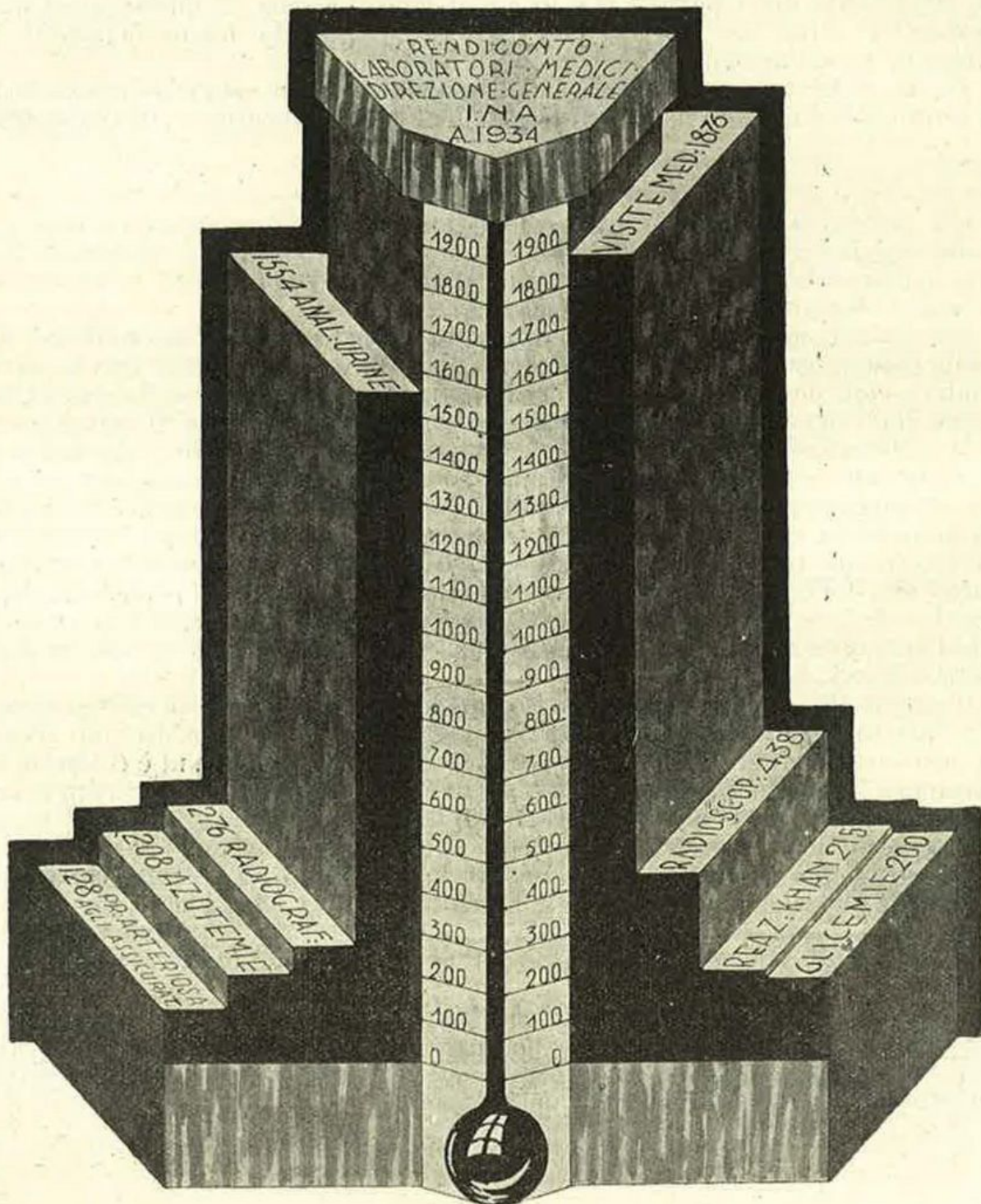
Teoricamente il presbite dovrebbe aver bisogno di una lente correttiva per ogni distanza, ma in effetti egli userà un paio di lenti per il vicino e se è necessario correggerà la vista anche per il lontano. In quest'ultimo caso potrà usare delle lenti bifocali, cioè adatte per la visione degli oggetti lontani e per quelli vicini.

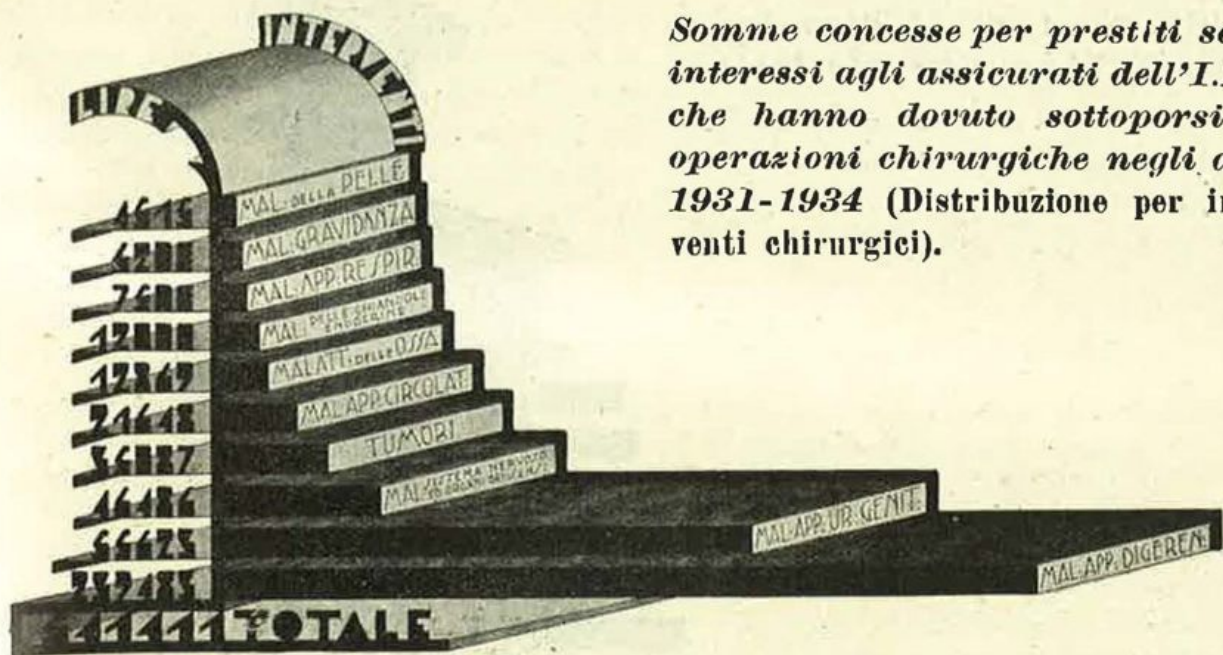
Come si è visto la scelta di un'occhiale è sempre un compito assai delicato ed è sempre opportuno ascoltare e seguire i consigli di un Oculista, che meglio di un Ottico potrà riconoscere le condizioni visive di un occhio e prescrivere la correzione adatta alle necessità dell'infermo.

Alcune attività del Servizio Sanitario

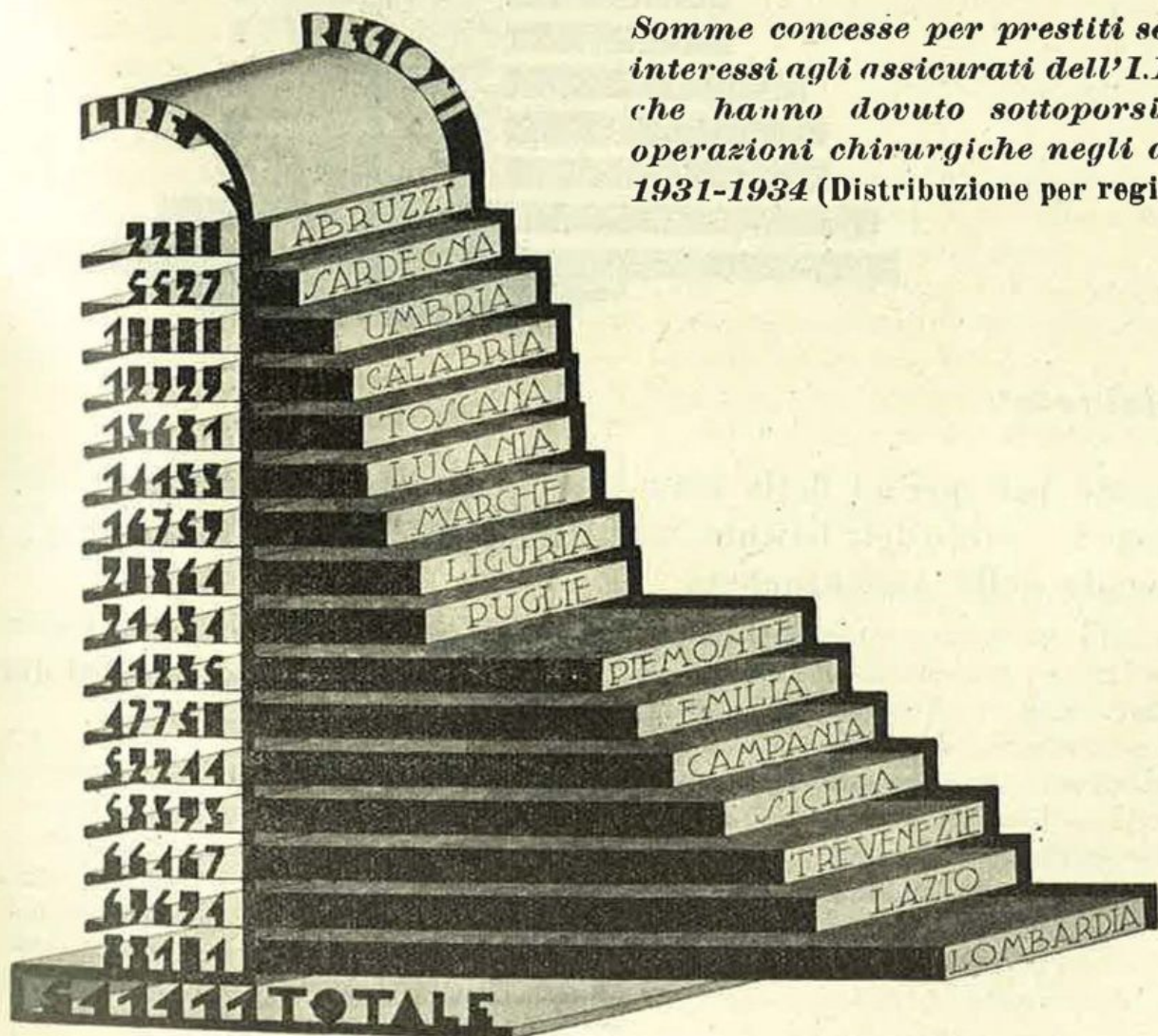
Utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica distribuiti dall'I. N. A.

Anno 1931	33,50 %	dei buoni distribuiti	
» 1932	36,70 %		» »
» 1933	53,60 %		» »
» 1934	59,60 %		» »
» 1935 (1° Trimestre)	59,10 %		» »



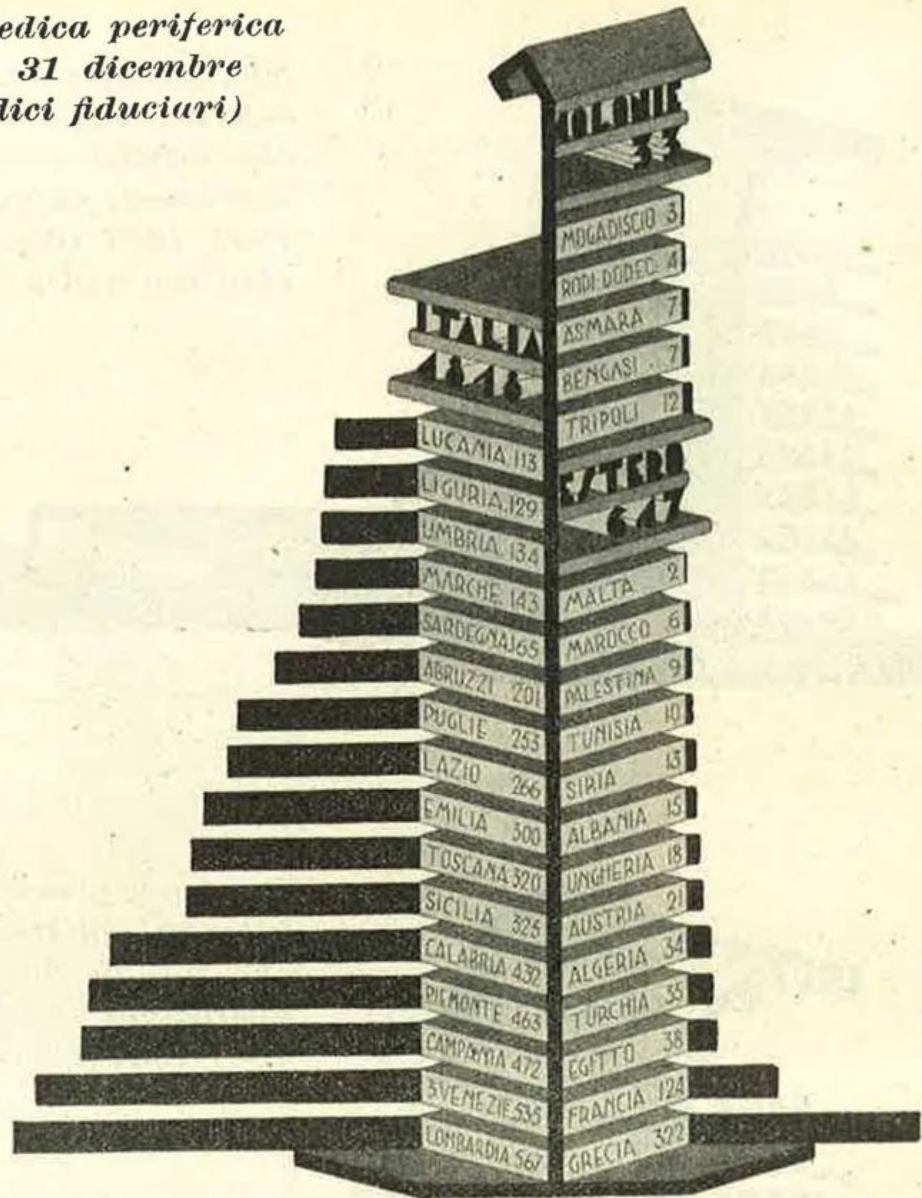


Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell'I.N.A. che hanno dovuto sottoporsi ad operazioni chirurgiche negli anni 1931-1934 (Distribuzione per interventi chirurgici).



Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell'I.N.A. che hanno dovuto sottoporsi ad operazioni chirurgiche negli anni 1931-1934 (Distribuzione per regioni).

*Organizzazione medica periferica
dell'I. N. A. al 31 dicembre
1934-XIII (medici fiduciari)*



Notiziario

Concorso per medici della Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Gli Atti del concorso di cui abbiamo parlato nei numeri precedenti, sono stati approvati dal Consiglio di Amministrazione dell'I. N.A. nella Seduta del 27 febbraio u. s.

Riportiamo, in ordine di graduatoria, i nomi dei primi sei vincitori sugli 89 concorrenti:

Dottor FLORIS EUGENIO

- » BIASIOTTI MARCELLO
- » VICENTINI FERNANDO
- » FIANDACA SALVATORE
- » GIANNELLI GIUSEPPE
- » Prof. PERATONER UGO

Essi hanno già assunto servizio presso l'Istituto e «L'Assistenza Sanitaria» è lieta di dare ai nuovi colleghi il più affettuoso benvenuto.

Il Centro di Assistenza Sanitaria in Torino per gli assicurati del Piemonte.

Il 18 febbraio c. a. contemporaneamente alla inaugurazione della nuova Sede dell'Agenda Generale di Torino nel grandioso palazzo costruito dall'I.N.A. in via Roma, è stato aperto al pubblico degli assicurati, specialmente del Piemonte, anche il Centro di Assistenza Sanitaria con ingresso in via Maria Vittoria n. 1.

Alla cerimonia inaugurale intervenne il Presidente dell'I.N.A., S. E. il Sen. Giuseppe Bevione, e le principali autorità cittadine.

Il Centro di Assistenza Sanitaria è fornito di tutti i mezzi di indagine medica, compresi apparecchi radiografici ed elettrocardiografici.

Ivi si eseguono ogni giorno gli esami periodici gratuiti per tutti comunque assicurati:

- 1° - ricerca della glicemia;
- 2° - ricerca della azotemia;
- 3° - reazione di Kahn;
- 4° esame chimico e microscopico delle urine;
- 5° misurazione della pressione arteriosa.

Vi è poi il Consultorio medico fatto da distinti professionisti, per il collaudo periodico della salute degli Assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuito, ai fini di prolungare, nel limite del possibile, la vita nelle migliori condizioni di salute.

Ma quello che veramente vi è di nuovo in questo Centro di Assistenza Sanitaria è la istituzione di un Consultorio di Igiene per tutti comunque gli assicurati ai quali vengono dati i consigli che riguardano l'igiene personale, l'igiene del lavoro e la profilassi di tutte le malattie, specie le infettive.

In nessuna altra parte del mondo assicurativo esiste qualcosa di simile, cosicché questo Consultorio di Igiene rappresenta una vera affermazione nel campo così ricco di promesse della Medicina preventiva.

Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari

Nei giorni 28, 29 e 30 settembre 1935-XIII avrà luogo a Venezia, per iniziativa dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, un Congresso delle Assicurazioni Popolari.

Il Congresso che ha finalità scientifiche, politiche e pratiche si prefigge di riassumere il cammino percorso nel campo della previdenza popolare e di tracciare le linee maestre del cammino da percorrere ancora, avendo presenti le funzioni e le linee di sviluppo delle Assicurazioni Popolari nello Stato fascista ed il loro funzionamento tecnico.

PROGRAMMA

Seduta inaugurale.

Discorso di S. E. il Conte Volpi di Misurata sul significato della riunione.

Prolusione del Sen. Giuseppe Bevione sul tema: « Concetto, origine e sviluppo delle Assicurazioni Popolari in Italia e negli altri paesi del mondo ».

Lavori del Congresso

PARTE I. — *Le funzioni delle Assicurazioni Popolari nello Stato fascista:*

- TEMA I - Le Assicurazioni Popolari nel Regime Corporativo;
- TEMA II - Le Assicurazioni Popolari e il Consorzio familiare, con particolare riguardo alla campagna demografica;
- TEMA III - Le Assicurazioni Popolari e le singole attività economiche: Industria, Commercio, Agricoltura;
- TEMA IV - Le Assicurazioni Popolari e le attività educative.

PARTE II. — *I problemi delle Assicurazioni Popolari:*

- TEMA I. - *Problemi giuridici:* La disciplina giuridica del contratto di assicurazione sulla vita nella forma popolare;
- TEMA II - *Problemi statistici e tecnici:* Statistiche e questioni pratiche connesse alle Assicurazioni Popolari;
- TEMA III - *Problemi medici:* L'assistenza sanitaria agli assicurati in forma popolare;
- TEMA IV - *Problemi organizzativi:* I problemi di organizzazione nelle assicurazioni popolari.

Nei locali del Congresso avrà luogo, sempre sotto gli auspici dell'I.N.A., una Mostra Sintetica delle Assicurazioni Popolari che sarà la documentazione precisa di quanto nel nostro Paese è stato fatto per diffondere i principi della previdenza popolare, soprattutto per opera dell'I.N.A.

Possono aderire al Congresso, previo accettazione della domanda da parte del Comitato Tecnico Direttivo, gli Enti e le persone singole che si interessano da un punto di vista scientifico o pratico ai problemi attinenti alla previdenza.

Le adesioni, con l'indicazione del domicilio e della qualifica accademica e professionale dell'aderente, e accompagnate dalla quota di iscrizione fissata nella misura di L. 10, debbono essere comunicate per iscritto alla Segreteria Generale del Comitato Ordinatore del Congresso: Venezia, Calle Goldoni, S. Luca 45, entro il 31 luglio 1935-XIII.

Al Congresso potranno altresì partecipare tutti quegli Enti e persone che saranno singolarmente invitate dal Comitato Tecnico Direttivo.

A ciascun membro regolarmente iscritto o invitato al Congresso viene rimessa una tessera che gli dà diritto di assistere alle adunanze, alle manifestazioni ufficiali, e di ricevere gratuitamente gli atti del Congresso stesso.

Congresso Internazionale di Medicina dell'Assicurazione-vita.

Rammentiamo che dal 23 al 27 luglio 1935, avrà luogo a Londra il Congresso Internazionale di Medicina dell'Assicurazione vita.

I temi delle relazioni sono i seguenti:

- 1° - Dei metodi sulla valutazione dei rischi;
- 2° - Il prognostico dell'ipertensione;
- 3° - Dell'accettazione dei glicosurici;
- 4° - Le ulcere gastro-duodenali e l'assicurazione vita.

Se i partecipanti al congresso saranno abbastanza numerosi si cercherà di ottenere delle riduzioni sui viaggi e soggiorno negli alberghi.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Direzione di questa Rivista.

VII Congresso Internazionale degli Infortuni e delle Malattie del lavoro.

Dal 22 al 27 luglio 1935-XIII avrà luogo a Bruxelles il VII Congresso internazionale degli infortuni e delle malattie del lavoro.

A - *Sezione chirurgica:*

- 1° Esiti lontani dei traumi del cranio;
- 2° Traumi della mano e delle dita.

B - *Sezione malattie professionali:*

- 1° La lotta contro le polveri industriali;

2° L'azione patologica dei gas delle miniere.

C - *Sezioni unite:*

- 1° Manifestazioni oggettive del dolore;
- 2° Lesioni da elettricità.

Tutti coloro i quali abbiano intenzione di partecipare al Congresso possono rivolgersi per informazioni alla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Via IV Novembre n. 144 - Roma.

Un viaggio dei medici fiduciari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni alle Terme e luoghi di cura che concedono facilitazioni agli assicurati.

Si sta organizzando per la seconda metà di settembre un viaggio dei medici fiduciari alle Terme e luoghi di cura che concedono facilitazioni agli assicurati.

Detto viaggio, il cui programma sarà pubblicato nel prossimo numero, avrà la durata di nove giorni.

I medici fiduciari converranno a Roma ove saranno ufficialmente ricevuti alla Sede dell'I.N.A. Da Roma saranno condotti a Littoria e Sabaudia e nelle principali località delle nuove provincie.

Nei giorni successivi saranno visitate le seguenti località: Fiumicino, San Casciano, Bagni di S. Giuliano, Montecatini, Bagni della Porretta, Bologna, Salsomaggiore, Recoaro, S. Pellegrino, Milano ove terminerà il viaggio.

Da Milano sono progettate due gite facoltative: 1) a Torino, per visitare l'importante Centro di Assistenza Sanitaria dell'I.N.A. recentemente inaugurato, con sosta alle Terme di Bognanco; 2) a Venezia, dopo aver visitato le Terme d'Abano, per assistere al grande Congresso delle Assicurazioni Popolari.

Si prevede che il costo del viaggio oscillerà intorno alle 700 lire.

I medici che intendessero prendervi parte possono inviare fin d'ora la loro adesione alla Direzione della Rivista «L'Assistenza Sanitaria» Via Sallustiana n. 51, Roma.

Medicina delle Assicurazioni Vita

L'encefalite cronica epidemica in rapporto alla Assicurazione vita

Dott. ALBERTO STARNA

Medico di Direzione dell' I. N. A.

Non vi è forse malattia che abbia destato tanto interesse e sollevate tante discussioni negli anni scorsi come l'encefalite epidemica.

La ricca letteratura pubblicata in proposito tranne la dimostrazione di varietà grande di sintomatologia descritta non ha portato a risultati definitivi nè sulla etiologia nè sulla patogenesi della malattia. E non poteva essere diversamente poichè quando V. Economo descrisse nel 1917 questa malattia come encefalite letargica acuta essa si dimostrò subito di sintomatologia proteiforme e difficilmente delimitabile in uno schema nosologico completo. Ma sopra tutto del destino di coloro che bene o male avevano superato la malattia acuta non era possibile prevedere nulla. Solo oggi a distanza di oltre un decennio è possibile comprendere in un quadro completo tutte le tristi sequele di questa dolorosa malattia il cui studio ha contribuito alla conoscenza di un sistema precedentemente quasi ignorato che regola e coordina le vie conduttrici motorie, il sistema extra piramidale.

Ma accanto allo schiudersi di uno dei più complessi e interessanti capitoli di neuropatologia è apparso in tutta la sua gravità il danno che questa affezione lasciava nei suoi cosiddetti esiti. Questa parola impropria che in un primo tempo fu adottata dai medici per indicare i disturbi della motilità soprattutto comparsi a distanza variabile di tempo dopo il quadro acuto oggi l'usiamo per comodità di linguaggio intendendosi però dal punto di vista patogenetico con tale termine un processo flogistico degenerativo lentissimo susseguente, dopo un periodo di silenzio, al primo tumultuario acuto. Ecco perchè oggi più esattamente con la maggior parte degli A.A. dovremmo qualificare tutti i quadri clinici non acuti che esporremo con la qualifica di encefalite cronica e non già di esiti il che farebbe supporre un processo definitivamente spento.

La gravità del danno che provoca questa malattia risulta nella sua vera estensione solo quando si passa a considerare alcune caratteristiche proprie della encefalite cronica. Nessuna malattia, nemmeno la tubercolosi polmonare presenta così spiccato il quadro della lentezza esasperante e graduale ma inesorabilmente progressiva della encefalite cronica. Una tubercolosi accanto alla forma cronica classica della durata di due, tre anni presenta, è vero, forme più lunghe, ma allora si verificano dei miglioramenti che consentono una ripresa di lavoro magari parziale che bene spesso permette al malato di non essere di peso alla società. Inoltre i moderni metodi di cura sanatoriale e di pneumotorace danno al tubercoloso un notevole affidamento per una guarigione o per lo meno di un miglioramento della malattia; invece gli encefalitici fino a qualche anno fa erano privi assolutamente di assistenza razionale; solo ora sono sorti alcuni istituti in Europa destinati alla cura e alla rieducazione di questi individui già ritenuti inutile fardello della società.

Poichè purtroppo dopo aver tentato tutti i più svariati metodi di cura in modo incostante e senza metodo gli stessi malati perdono ogni fiducia nella guarigione e una astenia psichica che si aggiunge a quella fisica viene ad aggravare maggiormente le loro condizioni. Questi soggetti perdono in tal modo ogni attività intellettuale e ridotti alla pura vita vegetativa trascinano per anni e decenni la vita nel breve spazio di una camera quasi rudero di ciò che sono stati una volta.

La tragedia degli encefalitici cronici si comprende nella sua interezza solo quando pensiamo che questi infelici a differenza degli altri malati oltre a pre-

sentare un deperimento lentissimo e graduale di tutte le facoltà come una casa che cade sotto il piccone demolitore mattone per mattone, sono ancora in età giovane o si tratta di ragazzi sui quali le devastazioni nervose del virus encefalitico sono anche più intense. Questa classificazione di morbosità per gruppi di età che riguarda l'epidemia di Manchester (1921-25) e del Giappone sono la prova di tale predilezione.

	E T À							TOTALE
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60 oltre	
Numero di casi osservati per epidemia di Manchester (1921-1925)	36	15	12	20	40	50	60	258
Idem e Epid. Giappone (1929)	281	202	158	152	158	265	842	2058

Diverso è invece il comportamento dell'epidemia americana di St. Louis del 1933 (Missouri) in cui la morbosità invece di colpire i giovani ha colpito le persone di età

	E T À			
	0-14	15-34	35-54	55 e oltre
Epidemia encefalite del Missouri (1933)	13 %	23 %	29 %	35 %

Non vi è dubbio che questa ultima presenti una maggiore letalità e quindi entro certi limiti la prognosi è più infausta in questa età che nei giovani; la minorazione individuale e il danno sociale che segue alla encefalite dei ragazzi e degli adolescenti è però di fatto assai maggiore. Infatti il virus infettivo e neurotropo dell'encefalite riesce, a somiglianza di quello che accade per il virus della poliomielite, a scompaginare la citoarchitettura di alcune zone del mesencefalo nei giovani in modo più profondo e più vasto anzichè negli individui di una certa età. Inoltre nel periodo dello sviluppo le lesioni più facilmente si diffondono anche ad alcune regioni corticali determinando gli esiti neuropsichici come osserveremo meglio successivamente.

L'encefalite ha perciò il triste privilegio di colpire il soggetto all'inizio della sua capacità lavorativa e spesso anche dopo un'apparente periodo di intervallo dalla infezione acuta. Il danno perciò dal punto di vista sociale è maggiore poichè a differenza di quasi tutte le altre affezioni croniche (artrite cronica, emorragia cerebrale, enfisema, miocarditi, cancro) che colpiscono, tranne eccezioni quando già l'individuo ha già dato una gran parte del rendimento individuale. Essa lede subito e in modo irreparabile queste capacità.

Il danno economico che ne consegue per la società è duplice perchè accanto all'impossibilità di adibire questi individui giovani a un qualunque lavoro redditizio essi hanno spesso bisogno di assistenza personale non indifferente; e tale stato di fatto si prolunga per anni e decenni il che ben raramente è riscontrabile in altre malattie.

Quando passiamo ad indagare quale sia il destino degli encefalitici troviamo il più spesso dati sconfortanti qualunque sia l'epidemia osservata tanto riguardo alla mortalità nel periodo iniziale quanto e maggiormente per la frequenza dei cosiddetti esiti.

Una statistica di Naville fatta varî anni fa, quando cioè il periodo di latenza intervallare troppo breve poteva falsare i risultati, dava postumi nel 30%; percentuale che saliva, se si consideravano le forme più gravi di encefalite, al 50% ed anche al 60%.

Quanto al tasso di mortalità esso ha variazioni maggiori seguendo il ge-

nio epidemico; Netter in Francia lo fa ascendere al 35 % dei colpiti. Economo in Austria nell'epidemia iniziale lo riscontrò del 54 %. In Inghilterra e nei Paesi Bassi negli anni 1919-1927 risultava del 47 % cifra però troppo elevata perchè come hanno dimostrato le successive inchieste speciali sempre inglesi sopra 3558 casi il tasso di mortalità è stato del 33,5 %; comunque esso varia con gli anni perchè mentre tende a diminuire quando si verificano certe diffusi epidemie come nel 1924 (allorchè scese al 27,9 %) esso era salito in media al 57,1 % negli altri anni.

E' però difficile stabilire una norma anche approssimativa per le mortalità; così mentre nell'epidemia del Missouri del 1933 essa è stata solo del 15 % è giunta nel Giappone a cifre molto più alte nella epidemia del 1929 quando raggiungeva addirittura la percentuale del 65 %.

Passando ad esaminare l'epidemia italiana, da alcuni dati è possibile rilevare che nei soggetti giovani la mortalità è risultata molto inferiore raggiungendo circa il 25 % dei colpiti; una parte notevole dei colpiti resiste all'infezione acuta.

Questa dà infatti la maggior letalità, cioè circa il 70 %, dell'encefalite acuta nel 1° mese, successivamente essa cambia fisionomia e lasciato il carattere tumultuoso assume un andamento sempre più lento fin quasi a far perdere i caratteri della flogosi al reperto anatomico.

Quanto al destino degli encefalitici acuti la più esatta statistica in merito è forse quella di Economo che dà il 40 % di morti, il 14 % di guarigioni, il 26 % di guarigioni con difetto ma con conservazione della capacità lavorativa e il 20 % di cronicità grave. Da questo quadro, a cui andrebbero poi aggiunte tutte le forme fruste e abortive di encefaliti diagnosticate solo al comparire delle successioni morbose, appare chiara la gravità della malattia. Forse nessun'altra, certo ben poche, possono avere questo triste primato di dare solo il 14 % di guarigioni complete e definitive.

Accertata in modo indubbio la impressionante devastazione che l'encefalite determina nei colpiti se vogliamo avere anche un criterio generale approssimativo sul numero di persone oggi rese invalide a proficuo lavoro potremo desumerlo dalle statistiche di morbosità che possediamo. Purtroppo solo dal 1920 la denuncia della malattia è obbligatoria e perciò il numero notevole di colpiti nel triennio 1917-1919 in Italia è sfuggito ad un accertamento; nè successivamente sono stati di fatto denunciati tutti i casi occorsi. In Inghilterra, ove la denuncia si è iniziata nel 1919, si calcola che circa il 30 % degli encefalitici per varie ragioni non risulti nelle statistiche. Le nazioni che maggiormente sono state colpite da questa malattia in Europa sono oltre l'Italia, l'Inghilterra, la Svizzera, la Finlandia, la Svezia e la Danimarca come risulta dalla seguente tabella ricavata dai dati riferiti nel « Rapport epidemiologique de la Section d'hygiene du Secretariat » della Società delle Nazioni del 1928 e del 1934.

Morbosità assoluta per encefalite in alcuni paesi d'Europa dal 1919 al 1932

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	TOTALE
Inghilterra . . .	541	890	1470	454	1025	5039	2635	2267	1615	1308	1088	738	654	564	20.238
Italia	—	5009	280	462	255	617	681	450	347	253	227	157	149	110	8.997
Svizzera	—	985	156	62	203	87	71	96	28	—	—	—	—	—	1.623
Danimarca	—	223	138	42	87	107	150	72	127	102	144	127	76	100	1.495
Finlandia	—	289	1095	46	83	43	31	13	6	5	2	6	1	4	1.574
Svezia	5	134	370	79	181	119	106	96	137	156	141	114	82	86	1.806
	546	7480	3509	1145	1834	6012	3674	2934	2255	1824	1552	1942	962	864	35.733

Come si rileva l'Italia dopo l'Inghilterra ha presentato il numero maggiore di encefalitici raggiungendo complessivamente circa 9000 casi dei quali circa 4000, accettando la percentuale di Economo dovrebbe presentare attualmente degli esiti. Senza dilungarci in altre ricerche epidemiologiche ricorderemo come il fatto stagionale primaverile osservato negli anni scorsi non si è verificato o si è spostato ad altri mesi nelle epidemie del Giappone e del Missouri che predilessero i mesi di agosto e settembre. Anzi sopra questa differenza stagionale i Giapponesi hanno distinto l'encefalite epidemica in due tipi *A* e *B* al secondo appartenerebbero le recenti epidemie nippo-americane.

Più interessante dal punto di vista sociale sarebbe forse conoscere, dopo aver ricordato i dati dell'epidemia inglese, quale età abbia prediletta la malattia in Italia. Non avendo però dei dati nostri sulla morbilità così catalogata possiamo come criterio di orientamento servirci di quelli sulla mortalità per gli anni in cui è stata fatta in Italia tale ripartizione dall'ufficio Centrale di Statistica e che qui riuniamo.

*Morti nel regno per encefalite letargica negli anni 1924-1930
divisi per gruppi di età*

ANNI Età	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60- <i>w</i>	TOTALE	T O T A L E	
									Uomini	Donne
1924	63	77	92	76	113	82	84	587	319	268
1925	68	92	87	82	104	98	75	606	329	277
1926	70	65	95	89	87	82	76	564	288	276
1927	47	50	102	77	80	74	83	513	257	256
1928	41	59	94	97	73	70	92	526	278	248
1929	32	50	97	94	79	67	82	501	250	251
1930	21	25	59	66	73	55	53	352	188	164
1924-30	342	418	626	581	609	528	545	3649	1909	1740

Mentre sappiamo che la morbilità predilige i giovani invece la mortalità ha preferito le età medie e avanzate, consegue a ciò una maggior sopravvivenza dei primi con un notevole numero di esiti. Ed oggi che dalle epidemie sono trascorsi vari anni è possibile passare ad esaminare i postumi con una certa conoscenza del loro svolgimento.

*
* *

Anzitutto un inquadramento di questi esiti sarebbe possibile solo se unica fosse l'etiologia ma ormai tende a prevalere il concetto della pluralità del virus. Dai « globoidiodies » al virus erpetico di Levaditi non è stato nell'epidemia europea possibile accertare quale sia esattamente tale virus che è risultato comunque neurotropo e filtrabile; nè nelle epidemie del Missouri (St. Louis) e del Giappone è stato possibile trasmettere l'infezione ad alcune scimmie mentre il virus erpeto encefalitico di Levaditi era stato trasmesso al coniglio. Le ricerche sierologiche ultime hanno confermato non solo la dualità del tipo del virus come avevano proposto i giapponesi (*A* Europeo, *B* nippo-americano), ma hanno dimostrato una vera pluralità di virus variabile con le singole epidemie, infatti i sieri di convalescente delle epidemie europee, americane e giapponesi non posseggono affatto la proprietà neutralizzante reciproca che ci si poteva atten-

dere, pur essendo tutti e tre, come riconosce recentemente lo stesso Levaditi, filtrabili e neurotropi.

Noi quindi limiteremo l'esame agli esiti riscontrati in Europa già da anni ormai ben noti; dalle ultime ricerche extraeuropee prenderemo la proposta di tralasciare il termine di encefalite letargica creata da Economo per sostituirla con quello più esatto di encefalite epidemica in cui l'elemento nosologico letargica non viene ammesso come indispensabile. E ciò si è verificato non solo nelle recenti epidemie degli altri continenti ma anche da noi in numerosi casi frustri o abortivi. E' infatti accaduto ad esempio che riandando la storia di un soggetto colpito apparentemente in modo primitivo da una sindrome parkinsoniana si è trovato che per un certo periodo l'individuo aveva sofferto di una insonnia a cui naturalmente non aveva fatto speciale caso e che doveva considerarsi come unico sintomo di una encefalite ipercinetica.

Perciò non il fatto letargico caratterizza questa polimorfa malattia, ma solo il fattore epidemico è veramente costante sebbene alcuni AA. abbiano fatto osservare che anche la contagiosità non sia ben dimostrata. Così non è affatto frequente la trasmissione familiare, ma solo il contemporaneo verificarsi di molti casi in zone piuttosto vaste e non in veri focolai epidemici addensati.

A tal proposito un caso di interesse epidemiologico e clinico notevole è quello riferito da Guillain, Alajonanine e Celine, in cui un soggetto con gravi esiti di poliomielite infantile si contagiò alla Salpêtrière di encefalite epidemica avendo vicini di letto due parkinsoniani encefalitici. Tre deduzioni si possono trarre da questo fortuito contagio: anzitutto che l'encefalite epidemica è contagiosa; che tale contagio è possibile durante il periodo cosiddetto di esiti per la persistenza dell'unico virus, che infine la poliomielite etiologicamente è ben distinta dall'encefalite letargica e non identica come alcuni avevano sospettato.

L'assenza dell'elemento letargia è poi non raramente causa di una errata diagnosi della malattia il che ha anche importanza dal punto di vista medicolegale in medicina assicurazione vita e in medicina del lavoro. Infatti se la malattia è stata misconosciuta potrebbero ad esempio in un lavoratore insorgere ad un certo momento disturbi gravi nervosi da esiti dell'encefalite ed essere invece erroneamente ritenuti secondari ad intossicazione professionale. Il quesito non è un'ipotesi in via assolutamente astratta a scopo scolastico ma perchè realmente in alcune categorie di operai ad esempio nei manipolatori di solfuro di carbonio o nei minatori delle miniere di manganese possono comparire sintomi d'intossicazione che ricordano l'encefalite. E' soprattutto il lungo, spesso lunghissimo, periodo di latenza di queste successioni che rende possibile questo errore anche e soprattutto con la più completa buona fede dell'operaio. Starà unicamente all'Ente Assicuratore infortuni il dimostrare la successione morbosa per poter evitare un indennizzo non legittimo.

Più interessante si presenta il quesito nel campo dell'assicurazione vita. Naturalmente non è già di fronte ad una encefalite sorta dopo l'ingresso in assicurazione che possa esservi elemento di discussione, ma quando, non essendo diagnosticata l'affezione nel periodo acuto durante il periodo di latenza che segue il soggetto abbia accesa una assicurazione. Tale evenienza è ben possibile perchè questo periodo di silenzio sintomatologico non è come si credette nei primi tempi del dopo guerra di pochi mesi ma esso raggiunge di solito vari anni: due, tre spesso, talvolta cinque, sei anni, e sono descritti casi di esiti di encefaliti insorti ben nove o dieci anni dopo il periodo acuto. Un altro fatto che rende insidiose queste complicanze è la non concordanza tra la gravità delle manifestazioni acute e quelle delle complicanze. Talvolta ad un quadro iniziale tumultuoso seguono esiti relativamente modesti; più spesso ad una forma frustra ed abortiva seguono, dopo intervallo silenzioso, manifestazioni neuropsichiche imponenti.

E' perciò possibile che essendo ignota al malato l'affezione progressiva il medico assicuratore abbia occasione di visitare in questo lasso di tempo il soggetto e solo se egli procederà ad un accurato esame obiettivo del sistema nervoso

non solo del sistema piramidale ma anche dell'extrapiramidale potrà intuire quei piccoli segni a cui l'assicurando non ha mai fatto caso. E' soprattutto il Parkinsonismo iniziale che un occhio medico esercitato potrà sospettare dalla facies stessa del soggetto dal modo in cui l'individuo si muove, cammina e parla. Perchè di fronte a tante difficoltà etiopatogenetiche questa malattia ha la possibilità di essere diagnosticata d'emblée da un occhio esperto. Non appena la facies, l'aumento del tono muscolare ci faranno sospettare qualche lesione extrapiramidale, mentre è assente ogni deficit delle vie motrici, come medici assicuratori passeremo a ricercare accuratamente nell'anamnesi remota un sospetto periodo di ipercinesia accompagnata o meno da febbre.

E' infatti questa la forma più frequentemente iniziale delle encefaliti acute complicate, la oculo-letargica è meno grave per i sintomi e soprattutto per i postumi.

Vi è poi la terza forma aniostatica-acinetica che rassomiglia molto a quella inizialmente cronica con lieve rigidità muscolare, lentezza, astenia la quale insensibilmente si continua nei postumi; ma è più rara.

A queste forme per così dire classiche di encefalite si dovranno poi aggiungere una notevole percentuale di forme frustrate ad *absolute* si comprende quindi che solo in Italia vivono oggi come abbiamo ricordato qualche migliaio di vecchi encefalitici.

La percentuale di guariti completamente è scarsa certo meno di quanto si credeva anni addietro; per Naville i postumi si riscontravano nel 20-30%; Romer che ha creato una casa di cura per encefalitici ed ha speciale competenza in merito ritiene che circa 2/3 dei sopravvissuti presentano successivamente disturbi nervosi ostinati che non tendono a regredire spontaneamente. Sauter in una recente inchiesta sulla sorte degli encefalitici ha trovato solo nell'11% dei casi guarigione completa nei quali però si presentava sempre qualche piccolo deficit all'esame neurologico come anisocoria, irregolarità pupillare, terpore del riflesso alla luce. Per tutti gli altri, nel 18% Sauter ha riscontrato incapacità a qualsiasi lavoro, in altrettanti una capacità molto limitata e nel 35% qualche difetto nervoso con piena capacità lavorativa. Anche Patry che in Inghilterra anni addietro si occupò della cosa dava circa il 70% di esiti apprezzabili e gli altri ai fini lavorativi li considera guariti sebbene portatori di qualche deficit.

Merita speciale osservazione il fatto che nel periodo di latenza prima della comparsa dei sintomi propri dell'encefalite cronica sono spesso rilevabili alterazioni dello stato psichico del soggetto mentre i fatti somatici sono minimi. Così questi soggetti si lamentano di spossatezza, di indebolimento della memoria ed altro tanto che ad un esame superficiale si potrebbero ritenere per nevrastenici e giustamente il periodo intermedio è anche chiamato pseudo-neurastenico. E' già stata ricordata l'importanza che assume in occasione di una visita per assicurazione vita un esame accurato del sistema nervoso per l'accertamento di questa diagnosi.

Talvolta la pseudo-neurastenia post-encefalitica permane invariata costituendo anzichè un periodo di transizione un vero esito. Allora oltre ai disturbi sopra ricordati si accompagna a senso di contrazioni muscolari e a tremori intervallari specie in condizioni di particolare eccitazione; obiettivamente si nota qualche alterazione pupillare e aumento dei riflessi.

Le manifestazioni dell'encefalite epidemica prolungata sono numerosissime e per utilità di orientamento e sede potremo riunirle con Riser e Mervel in tre gruppi che sono: 1° Stati distonici o disturbi della motilità; 2° disturbi mentali 3° Disturbi delle grandi funzioni organiche.

La parola distonia anzichè il termine troppo generico di disturbi della motilità ha però l'inconveniente di non ricordare i disturbi della regolazione statica e degli atti clonici involontari; ad ovviare questo inconveniente si può al termine generico aggiungere il carattere della durata di questi disturbi, risultandone così due tipi di distonie: la permanente e la parossistica.

Alla distonia permanente apparterranno tutti i parkinsoniani, inizialmente spesso soltanto emi-parkinsoniani.

Alle distonie parossistiche invece ascriveremo i disturbi motori transitori involontari che si ripetono e fanno assumere delle attitudini anormali per la presenza di un elemento clonico. Di questo fan parte alcune sindromi elementari quali la corea, le miositmie, l'atetosi, il torcicollo, la derecebrazione.

*
* *

Il parkinsonismo è senza dubbio la malattia di gran lunga più importante che segua all'encefalite epidemica; tutti gli A.A. ammettono che essa si stabilisca nella metà dei casi, da Patry a Naville e a Savter, qualunque sia il tipo clinico iniziale dell'encefalite non escludendo l'ipercinetico, l'abortivo nè quello *ab initio* cronico.

L'inizio di questo esito è subdolo e si compendia nella rigidità e nell'acinesia.

La espressione del soggetto è fissa, immobile. Subbiettivamente l'individuo ha crampi con ipertonìa generalizzata, atteggiamenti catatonici, scialorrea. Il paziente avverte un senso di legatura a tutto il corpo a cui succedono veri crampi dolorosi, lentezza di movimenti e il caratteristico fenomeno della retro-pulsione. Obbiettivamente la rigidità è dimostrata dal fenomeno della ruota dentata o fenomeno di Negro (che questo autore descrisse fin dal 1901) che si determina non solo nell'estensione del gomito ma anche nella estensione delle grandi articolazioni. Questa rigidità muscolare diffusa a tutto il corpo costituisce l'ipertonìa extrapiramidale si differenzia da quella piramidale, la quale ha la caratteristica di colpire in prevalenza i muscoli prossimatori flessori od agonistico anzichè che gli estensori e non cessa col sonno. Invece il « rigor » extrapiramidale è costituito da una resistenza uniforme sia degli agonisti che degli antagonisti in ogni tentativo di motilità passiva, inoltre con la narcosi cessa e così pure con il sonno.

L'ipertonìa è superiore anche a quella ai malati di Parkinson propriamente detto e quando s'associa ad ipotonia si ha il fenomeno della distonia. In questi malati la lentezza dei movimenti volontari (bradicinesia) è identica al morbo di Parkinson, però se ne differenzia perchè si accompagna ad improvvisi arresti che costituiscono il fenomeno detto braditeleiocinesia. Un fenomeno anche proprio del parkinsonismo è lo strano sintomo della braditeleocisia o cenesi transitoria che è costituito dalla temporanea facilità e rapidità di afferrare a volo un oggetto lanciato al malato il quale abitualmente ha invece una cinesi molto più tarda. Sacchetto in Italia ha richiamato l'attenzione su questo sintomo che sorprese casualmente in un ricoverato a cui da un vicino di letto era stato gettato un oggetto.

Di notevole importanza per la sindrome motoria extrapiramidale è il riflesso di postura che fisiologicamente è appena accennato e consiste in una abnorme persistenza della contrazione del tibiale anteriore cui sia stata data una posizione passiva.

Il tremore che tanto disturba il vero parkinsoniano non è che accennato nel parkinsonismo post-encefalitico non ha la continuità esasperante di quello è poi irregolare vibratorio talvolta quasi intenzionale. Il più spesso si presenta a grosse scosse localizzato da un lato e soltanto in casi gravi, diffuso, si propaga agli arti inferiori.

Nel parkinsonismo post-encefalitico talora isolati, talaltra associati appaiono non raramente fatti di ipercinesie motorie localizzate ad un territorio. A queste vanno ascritte le crisi oculogire, i movimenti coatti e le ipercinesie linguali associate assai spesso a quelle del facciale inferiore costituendo in tal caso gli spasmi facio-linguo-masticatori. Le varietà di associazioni di questi spasmi sono molteplici; Giraud riporta crisi oculogire verticali con spasmo degli elevatori delle palpebre, Von Bogaert e Lissen hanno descritto crampi tonici palato-

linguo-masticatori, Ritterhaus movimenti coatti analoghi con estensione della testa, abduzione del braccio e della coscia con flessione dell'avambraccio. Certamente forme così gravi si accompagnano anche a manifestazioni psichiche e prediligono i bambini.

Come si vede il quadro clinico del parkinsonismo si differenzia nettamente dalla paralisi agitante perchè oltre l'età inoltrata di questi ultimi malati e il periodo acuto nell'anamnesi vi sono altri elementi che permettono una esatta diagnosi. Così la immobilità del volto di un post-encefalitico non ha quell'aspetto di maschera del M. di Parkinson, in quest'ultimo prevale il tremore nel riposo, mentre nell'altro si determina quasi esclusivamente nei movimenti. Nei parkinsonismi post-encefalitici si ha poi il numeroso corteo di crisi: mioclonie spasmi, scialorrea, fatti tutti che mancano nella paralisi agitante.

Per la diagnosi differenziale tra le due malattie venne anni addietro proposta da Paulian e Tornovici la prova della sedimentazione delle emazie che si presenta rapida nel M. di Parkinson e lenta nel parkinsonismo; così pure i caratteri del liquor possono dirimere le incertezze in merito; specie l'iperiglicorrachia che si ha solo nei postencefalitici.

Molto spiccate in questi malati sono infine i fenomeni di catalessi e soprattutto di catatonìa, intesa però quest'ultima in senso stretto senza cioè il coefficiente psichico o alcun negativismo.

Quest'ultima attitudine può presentare varie modalità, Sicard e Paraf ne descrivono quattro tipi: il tipo parkinsoniano che è il più frequente, il tipo di torcicollo cervico-brachiale con la testa flessa e la spalla rialzata; il tipo di raddrizzamento plantare per cui il malato cammina sulla punta dei piedi ed il tipo della flessione delle mani. Queste e le altre distonie post-encefalitiche già ricordate consistono in movimenti lenti, ritmici ed ampi che Krebs ha assimilato agli spasmi di torsione.

I disturbi motori del parkinsonismo encefalitico possono non raramente da soli costituire l'unico esito della infezione. Così talvolta essi si riducono a semplici ipercinesie parcellari che il paziente avverte ogni tanto; consistono in brevi contrazioni cloniche in parte fibrillari. Tal'altra invece si hanno ipercinesie complesse come l'andatura a piccoli passi quasi meccanica per la difficoltà di mantenere il centro di gravità nella propria base.

La perdita dell'armonia motrice, per cui l'esecuzione dei movimenti volontari è inceppata è soprattutto la caratteristica dell'encefalitico cronico; così nel muoversi egli è incerto e nella deambulazione manca del movimento pendolare degli arti.

Alla stessa categoria vanno ascritti i disturbi dei muscoli oculari estrinseci che procurano diplopia, strabismo, crampi degli oculari allorchè il paziente fissa un oggetto e il nistagmo e i disturbi dei muscoli del linguaggio. La voce è monotona, bassa, iniziato il periodo a stento questo precipita nel completamento della frase costituendo a somiglianza dell'andatura la propulsione della parola; spesso si rileva il fenomeno della palilalia cioè l'involontaria ripetizione della parola con voce uniforme ed evanescente, qualche volta si ha mutismo.

I riflessi tendinei sono ineguali, anomalie presentano pure i riflessi cutanei il Babinski manca. Astuvatratauroff ha descritto nella sindrome parkinsoniana l'aumento dei riflessi; assai che sarebbero costituiti da un riflesso naso-palpebrale naso-labiale e dal masseterino. Questi a grandi linee i disturbi motori degli encefalitici cronici, che rappresentano i più importanti di tale proteriforme malattia. Come si rileva mancano a differenza delle lesioni piramidali le paralisi e le paresi, molto rare anche sono le contratture che si hanno solo a carico delle dita delle mani in iperestensione e talvolta del collo in flessione.

Naturalmente eccezioni a questo proposito esistono; così ricordiamo che Guilain e Alajouvanine anni or sono riferirono di un parkinsoniano post-encefalitico che dopo sei anni presentò crampi, mioclonia e paralisi periferica dello sciatico popliteo esterno. Ugualmente Krebs riferì di un altro caso con crampi dolorosi di

alcuni muscoli che si accompagnarono ad atrofia muscolare, e a variazioni della reazione elettrica. In tali casi le lesioni dei nuclei motori periferici rappresentano una evenienza assolutamente rara.

*
* *

Una interpretazione patogenetica dei sintomi motori su descritti è ben difficile e sebbene a tutt'oggi non si sia giunti ad una soluzione completa l'impostazione del problema e le teorie avanzate per spiegarlo nell'ultimo quindicennio sono di grande interesse e meritano di essere ricordate.

Le lesioni dei nuclei della base soprattutto del *locus niger*, tanto frequenti in questi malati, ha specialmente richiamato su questi fenomeni del mesencefalo l'attenzione degli studiosi. La fisiopatologia dopo gli studi di Vogt e di Smith ha permesso di delimitare e distinguere lo striato clinico (caudato e putamen) dal *globus pallidus* e tre sistemi: lo striato, il pallidale e il sotto pallidale; tutti agiscono involontariamente e automaticamente, e tra loro sono sovrapposti. Le sindromi patologiche che ne risultano sono pertanto dette di liberazione; così quando è distrutto lo striato, il pallido può determinare senza più un freno movimenti spontanei atetosici e coreici, cioè la sindrome striata pura; se invece anche il pallido è leso verranno liberati i centri sotto-pallidali che stabiliscono una ipertonìa muscolare con rigidità generalizzata cioè la sindrome pallidale. Infine se tutto il corpo striato è leso si determina la sindrome strio-pallidale che clinicamente corrisponderebbe al Parkinson in cui coesistono le ipercinesie e le ipertonie.

Come si vede ad una notevole rassomiglianza del quadro clinico tra il morbo di Parkinson e il parkinsonismo post encefalitico corrisponde una non minore affinità nelle alterazioni anatomiche nervose. Vedremo però che altri sintomi differenziano oltre quelli già ricordati le due affezioni e cioè la presenza negli encefalitici di un coefficiente psichico, il bradipsichismo di Naville, e la scialorrea di cui accenneremo appresso.

La questione però nonostante questi schematici concetti di fisiopatologia resta notevolmente difficile allorchè si prende a considerare l'ipertonìa muscolare di questi parkinsoniani. Esiste una analogia tra l'ipertonìa della sindrome striata suddetta e quella parkinsoniana tanto che molti hanno generalizzato la teoria della prima anche per la seconda, che cioè per deficiente azione del sistema pallidale sopra il tono muscolare gli stimoli cerebello mesencefalici prendano il sopravvento mettendo in evidenza il noto quadro. Ma si deve osservare che talvolta la sindrome coesisteva sebbene le fibre cerebello-mesencefaliche fossero lese oppure si aveva anche in casi in cui il *globus pallidus* era integro e le alterazioni ridotte al solo *locus niger*, tal'altra le lesioni erano invece talamiche.

Lhermitte ha avanzato l'ipotesi che la rigidità parkinsoniana non sia che una forma speciale della rigidità di derecebrazioni.

Si è anche supposto che la sindrome ipertonica encefalitica si potesse individualizzare con una lesione del fascio fronto-ponto cerebellare; altre vie trovate lese in questi parkinsoniani sono stati i fasci fronto-protuberanziali (Mingazzini) e le fronto cerebellari (Anglade).

Un fattore importante accanto a quello del disquilibrio dei centri mesencefalici e delle vie derebello rubrospinali è stato in queste sindromi indicato da Negro a cui si deve il sintomo della ruota dentata, vero Babinski extra-piramidale. Egli ammette che la rigidità in questi malati sia data da una ipertonìa sarcoplasmatica consecutiva ad alterazioni del sistema pallido-nigro-ipotalamico che regolerebbe appunto il tono del sarcoplasma.

Altri AA. sono stati più decisi, così Frank è giunto ad attribuire all'ipertonicità della sostanza isotropa sarcoplasmatica tutta la rigidità parkinsoniana poichè questa sostanza ripartita tra i muscoli agonistici e antagonistici si opporrebbe appunto alla normale estrinsecazione dell'atto volontario. A prova di ciò egli

ha osservato che la rigidità in questione sparisce in seguito alle iniezioni intramuscolari di novocaina che diminuiscono appunto il tono sarcoplasmatico, una uguale azione ha appunto la scopolamina. Bottazzi ha esteso queste patogenesi dell'ipertonia ai crampi muscolari alla miotonia congenita e ad altre rigidità. Anche i risultati della contrazione farado-muscolare dimostrano una tendenza miotonica e pertanto depongono per la natura sarcoplasmatica della rigidità e dei vari fenomeni post-encefalitici dalla ruota dentata ai riflessi di positura, dal fenomeno del tibiale anteriore al segno del frontale, tutti possono essere spiegati con la teoria sarcoplasmatica.

Se a questo punto ci domandiamo quale sia la causa di questa speciale ipertonia, dobbiamo ammettere che un altro centro nervoso presiede alla sua determinazione. Con Negro possiamo ritenere che, liberati dalla influenza inibitrice del sistema pallido-nigro-tegmento-spinale siano i centri nervosi simpatici mesencefalici a stimolare la sostanza isotropa e determinare così l'ipertonia sarcoplastica. A conferma di ciò depongono gli altri fatti di ipertonia vagale frequenti in questi malati come la scialorrea, l'iperidrosi, l'esagerazione del riflesso oculo cardiaco etc.

La miglior prova in appoggio al fattore vagotonico nell'ipertonia dei post-encefalitici è data pure dal fatto che questa cede come i segni vagotonici in seguito a somministrazione di atropina, scopolamina e ioscina, sostanze nettamente antivagali. Marinesco anzi ha creduto di identificare un centro parasimpatico nel globus pallidus e nella sostanza nigra. Ma come osserva Salmon le alterazioni anatomiche di questi centri sono irritative e degenerative insieme e non potrebbero contenere una prevalenza vagotonica; egli perciò pensa che la distruzione sia a carico dei centri simpatici. Queste in base a ricerche dei fisiologi debbono essere localizzate proprio nello striato e soprattutto nel *locus niger*. In tal modo il tono parasimpatico perderebbe il sopravvento e i suoi stimoli si trasmetterebbero al sarcoplasma con i filamenti simpatici intramuscolari provocando l'ipertonia.

Solo il vaglio successivo dell'osservazione clinica e anatomopatologica ci potrà confermare o meno questa seducente ipotesi od invece far rientrare tutto nel quadro del sistema extra-piramidale. Del resto non vi è dubbio che anche i dati acquisiti possano in avvenire subire modificazioni in un campo ancora incerto. Le stesse lesioni della substantia nigra alla quale si riportano tanto le teorie extra-piramidali che la sarcoplasmatica in uno studio di Emma si sono dimostrate di una importanza minore di quanto si riteneva. Questo A. infatti ha potuto riscontrare che circa un terzo di soggetti morti per varie cause clinicamente sani nel tono muscolare presentavano lesioni delle cellule nigriche identiche a quelle del Parkinson e del parkinsonismo encefalitico. Esistono dunque forme mute di sindromi extra-piramidali con lesioni del *locus niger* il che depone forse per la esistenza di altre vie o centri supplementari che ancora noi non conosciamo.

Di fronte a queste svalutazioni fisio-patologiche del corpo striato stanno ipotesi in senso tutt'affatto contrario. Lenaz di Trieste pochi mesi fa ha avanzato l'ipotesi che il corpo striato sia addirittura il centro principale della locomozione in tutti gli animali; nell'uomo la posizione verticale avrebbe creato variazioni per l'inervazione verticale. Per questo osservatore il tono muscolare avrebbe la caratteristica di essere variabile e di adattarsi al peso del carico per tendere così ad equilibrarlo.

Del resto le lesioni sono nel parkinsonismo post-encefalitico, o più esattamente encefalitico, spesso più diffuse di quanto non si creda perchè è colpito non solo il *locus niger* e il *globus pallidus* ma anche parti del *pallium*. Nei nuclei della base prevalgono i fatti degenerativi soprattutto là dove gli elementi sono compatti, sebbene non siano neanche rare infiltrazioni linfocitarie perivasali, ove si rilevano cellule a tipo protoplasmatico che aggruppandosi a rosetta formano le « zolle gliali » descritte da De Lisi. Nelle seconde studiate specialmente da Do-

naggio, vanno ricercati i centri delle alterazioni psichiche, psico-affettive e del carattere che purtroppo frequentemente si riscontrano in questi ammalati, alterazioni delle quali brevemente ora accenneremo.

*
* *

Per i disturbi psichici va ricordato che vari Autori hanno osservato come la loro insorgenza negli encefalitici sia legata ad una predisposizione ereditaria alle psicosi sebbene non tutti l'abbiano confermata; inoltre non vi è dubbio che per le speciali condizioni di favore il virus sconvolge più profondamente la citarchitettura corticale del ragazzo e dell'adolescente anzichè quella dell'uomo maturo.

Questa tabella che riassume alcune ricerche da me eseguite al Manicomio Provinciale di Santa Maria della Pietà di Roma conferma quanto altri avevano appunto osservato a proposito di questa preferenza.

*Psicopatici post-encefalitici ricoverati al Manicomio Provinciale
di S. Maria della Pietà di Roma*

1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	TOTALE
15	15	10	10	8	7	11	4	2	7	7	96

Non ho potuto praticare ricerche per gli anni antecedenti di maggiore epidemia perchè in quell'epoca molti pazienti erano avviati ad altro Manicomio. Come si rileva da quest'altro prospetto sono gli adolescenti e i giovani fino a 30 anni che danno il maggior contributo di queste complicanze. Anzi oggi le encefaliti infettive o post-infettive riconoscono quasi il prototipo in quella epidemica e si tende ad unificare molte psicosi e nevrosi sulle basi di alterazioni encefalitiche.

Psicopatici, post-encefalitici divisi per gruppi di età

0-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-60	61- <i>w</i>	Età imprecisata
2	19	22	19	10	5	3	4	3	6	1	2

Buscaino ed altri hanno indicato nei centri della base la sede dei sintomi isterici, l'associazione di sindromi parkinsoniane post-encefalitiche associate a quelle isteriche come talvolta è stato descritto confermerebbe questa possibilità.

Anche per quanto riguarda la prognosi di queste psicosi essa non è affatto buona; naturalmente questo va inteso non già per lo stato delirante o stuporoso iniziale ma per le profonde alterazioni di carattere o per le sue dissociazioni che compaiono in un secondo tempo e che costituiscono veramente gli stati secondari dell'encefalite epidemica. Difatti nei casi dei ricoverati al Manicomio da noi preso in esame, sopra 96 solo 24 sono stati dimessi guariti; 39 sono stati trasferiti in condizioni a un dipresso invariate; 25 sono degenti e 8 sono decessi. Le cause che condussero a morte questi nevropsicopatici sono stati il marasma, la t. b. c. polmonare, la setticemia e la polmonite.

Nei giovani e nei bambini è stato rilevato più che nelle altre età un perversimento molto accentuato del carattere. Questi ragazzi da docili e calmi che erano, diventano irritabili, perversi, con tendenze criminaloidi, esibizionismo etc. Probabilmente come dice Homann l'individuo perde il controllo critico dei

propri atti ed il subcosciente affiora con gli stimoli primitivi umani non più frenati. Qualunque sforzo educativo è inutile e la perversione del bambino avviene la sua nuova natura. In questa età è anche frequente l'epilessia che Comby ha riscontrato nel 22^o/_o; nel 24^o/_o si avrebbero stati vesanici dalla semplice deficienza fino alla demenza precoce; infine nel 14^o/_o si hanno distonia associata o isolata. In complesso nel 54^o/_o dei bambini encefalitici si avrebbero reliquati di disturbi psichici.

A carico del sonno si rilevano diverse alterazioni dall'ipersonnia iniziale all'agripnia (inversione delle ore del sonno), all'insonnia; tutti dovuti con grande probabilità a lesioni del centro del sonno e della veglia sulla cui localizzazione gli A.A. non sono d'accordo. Mentre Economo lo ritiene localizzato in vicinanza dell'acquedotto di Silvio presso allo sbocco di questo nel terzo ventricolo Poertzl lo localizza lungo la commessura media, Hines nel talamo e nella regione infundibolare, Hess nelle zone paraventricolari. Ma questa funzione così importante nella fisiologia umana ha forse un centro corticale o per lo meno sotto-corticale influenzato da un fattore vegetativo e a lungo andare questi disturbi non nocivi inizialmente contribuiscono ad alterare il fattore psichico abitudinario.

Il parkinsonismo poi nella sua tormentosa ipertonica che costringe l'individuo ad una vita inattiva ed uniforme, le sensazioni organiche patologiche e le mioclonie incidono ben presto tracce indelebili in queste intelligenze giovanili.

Pur rimanendo ancora la memoria, la percezione e l'orientamento la loro integrità ne soffre e si stabilisce con l'immobilità statuaria del corpo un indebolimento dei movimenti affettivi dipendenti dalla vita interna; una calma affettiva completa subentra nello spirito di questi malati.

Questi individui, soprattutto i parkinsoniani, incapaci anche di accudire ai propri bisogni personali finiscono col disinteressarsi non solo degli affari ma financo degli affetti a loro per l'innanzi tanto cari. Naville ha giustamente qualificato questo fenomeno generale di rallentamento di tutti i processi psichici col termine di bradifrenia; Verger e Besnard con una frase incisiva la chiamano viscosità mentale; similmente l'altro termine di bradicinesia è usato per esprimere la lentezza con cui questi malati esplicano i loro movimenti.

La vita affettiva in loro scorre ormai in modo più automatico non manifestando di fronte al mondo esterno nè meraviglia nè inquietudine. Pienkowski ha qualificato questa calma cronica con l'aggettivo di epica; termine incisivo ma non rispondente alla realtà in cui questa calma è invece dovuta all'alterata percezione del rapporto di relazione con l'ambiente.

Pur conoscendo gli effetti causali questi psicopatici cronici vengono a mancare del desiderio e degli impulsi volitivi.

Questo fatto conduce ad una dissociazione degli elementi superiori ed inferiori della volontà, a veri cambiamenti del carattere e della personalità.

Tienkowki distingue in questi periodi cronici dei psico-encefalitici tre stati:

1^o stati similari alla psicopatia costituzionale sotto la forma di « moral insanity » o leggere variazioni di carattere che ricordano i tipi psiconeurotici o catatonici;

2^o stati con predominio dello stupore a forma costante talvolta con eccitazione;

3^o stati atipici, dalla astenia alle sindromi di Korsakow, alle sindromi pseudoparalitiche.

Ma anche la classificazione di questi postumi è spesso difficile per il sovrapporsi di varie manifestazioni di diversa natura. È recente lo studio clinico di Rosenda e Maspes sui rapporti tra parkinsonismo post-encefalitico, sindromi isteriche e sindromi catatoniche confermando quanto Buscaino, come abbiamo già ricordato, ha ritenuto sull'avvicinamento tra i centri del sistema extrapiramidale e le grandi nevrosi. In un caso degli Autori comparve blefarospasmo e crisi e rigidità muscolare dopo ben nove anni dal periodo acuto.

Talvolta gli esiti dell'encefalite puramente psichici sono atipici e irregolari con episodi di mania e di malinconia, di confusione mentale e di psicosi ossessiva. Se queste hanno carattere di periodicità e si accompagnano a manifestazioni motorie oculogire e a dispnea ricordano molto i quadri delle nevrosi.

Queste alterazioni psichiche alcune volte tanto importanti da rappresentare la vera causa della invalidità individuale. Talvolta più lieve e ridotte a un semplice deficit psico-motorio devono mettersi in rapporto con alterazioni anatomiche centrali e non con fatti degenerativi-flogistici limitati al corpo striato e al mesencefalo anche perchè molti sindromi striate propriamente dette descritte da Biancore e Giannelli non presentano mai questi fatti psichici. I neurologi oggigiorno ammettono che i gangli centrali rappresentino per la vita emotiva solo il centro della coordinazione ed espressione di esso, cioè il centro dinamico della energia affettiva.

La stessa deficienza psico-affettiva dei parkinsoniani postencefalitici costituita dalla perdita dell'attenzione e soprattutto dell'iniziativa e dell'interesse spontaneo nonchè dei più semplici affetti, può riuscire meno oscuro, come ha ricordato Salmon, se si pensa che sia in questi individui intervenuta qualche alterazione anatomica o funzionale delle circonvoluzioni cerebrali.

Ma nelle psicosi permanenti le alterazioni devono essere anatomiche e di notevole entità come ormai i più ammettono anche per altre forme psichiche in cui il fattore tossinfettivo è molto meno evidente di quanto è dimostrato in questi encefalitici.

Già Economo aveva constatato all'autopsia una atrofia considerevole delle circonvoluzioni cerebrali, successivamente Anglade notò nei parkinsoniani encefalitici lesioni localizzate alla zona frontale che come sappiamo ha connessioni anatomiche strette con il *globus pallidus* e con il *locus niger*.

Successivamente Donaggio a cui si devono molte ricerche sulla associazione cortico-striata ha dedotto la teoria corticonigrica dei parkinsoniani postencefalici. Nello studio della corteccia con speciali metodi di colorazione del reticolo endoteliale egli ha potuto dimostrare come alcune regioni del pallio tra le più nobili e cioè la prefrontale, la temporale e la prerolandica possano presentare scompaginamenti del reticolo stesso con vaste chiazze chiare ed assottigliamenti delle fibrille non più ordinate ma disposte in una massa irregolare. È vero che non esiste un rapporto ben noto tra alterazioni corticali o meglio meningo-encefalitiche e i disturbi psichici ma in questo campo le conoscenze attuali fisiopatologiche delle vie e dei centri associativi sono incomplete e forse alle lesioni di queste dobbiamo riferire i maggiori disturbi nel campo psichico.

*
* *

Quanto al terzo gruppo delle manifestazioni dell'encefalite cronica consistenti in disturbi delle funzionalità organiche esse non compaiono che lentamente e non possono essere considerati in sè ma intimamente connessi con gli altri già descritti; talvolta il legame è ben noto, talaltra ci è sconosciuto.

Così la più importante modificazione vegetativa, il vagotonismo è ben dimostrato in questi malati dalla scialorrea, dalla esagerazione del riflesso oculocardiaco dalle crisi respiratorie e dall'eretismo sessuale. Questo vagotonismo ha una grande importanza non solo per queste relativamente modeste manifestazioni ma contribuisce certamente anche allo stabilirsi dell'ipertonìa del parkinsonismo. Questa infatti aumenta come tutti i segni vagotonici se somministriamo sostanze stimolanti del parasimpatico quali la pilocarpina e la fisostigmina come osservò per primo Marinescu; mentre migliora con l'uso di atropina che sappiamo invece depressore del sistema ed eccitatore di quello simpatico.

Questo squilibrio vago-simpatico non può non modificare il metabolismo basale e soprattutto l'ipertonìa porta ad un abbassamento di esso come in tutte le sindromi vagotoniche (Eppinger) mentre la tolleranza allo zucchero aumenta.

Osserviamo così che in questi individui tende a stabilirsi una disidratazione muscolare e un accumulo di glicogeno a cui va connesso un rallentamento della glicogenesi epatica. Aumenteranno anche nei muscoli la creatinina, espressione di una ipertonìa sarcoplastica, e la minore ossidazione intramuscolare tenderà a dare un abbassamento della temperatura.

E' vero che il glicogeno muscolare ha molta importanza nella contrazione delle miofibrille ma questa viene facilitata e fornita del glucosio necessario solo quando interviene uno stato di idratazione che converte il glicogeno in glucosio; perchè in caso contrario esso costituisce una sostanza isolante per la continuità nervosa. Perciò Salmon ha emesso l'ipotesi che questa difettosa fluidificazione o idratazione dell'eccessivo glicogeno muscolare sia la causa della lentezza di contrazione del torpore per così dire parkinsoniano. Questa bradicinesia e il rallentamento del tempo di reazione fino al doppio del normale si notano anche in altri stati vagotonici specie ipotiroidei e nel mixedema.

Ugualmente sono stati recentemente descritti da Labbé e da Gilbert Dreyfus sintomi e disturbi del metabolismo in senso basedoviano tanto che si è pure verificato qualche rarissimo caso di associazione del morbo di Basedow con il parkinsonismo post-encefalitico. Questi AA. pensano che questa sregolazione dei centri vegetativi sia dovuta alla localizzazione del virus nel centro del metabolismo basale.

La funzionalità anche dell'apparato respiratorio può in questi encefalitici presentare crisi di dispnea dovute allo spasmo dei muscoli lisci bronchiali, crisi che si possono verificare anche a carico del piloro e dell'esofago.

Molto studiate sono state le prove funzionali del fegato per una certa affinità dei parkinsoniani con la malattia di Wilson ed è risultato accanto ad una glicosuria adrenalina, l'ammoniuria sperimentale, l'emoclasia digestiva, l'urobilinuria; la positività della prova di Roch; al contrario si rileva diminuzione dell'azoto totale ed ammoniacale. Sulle eventuali alterazioni epatiche si basa anzi una delle teorie sulla patogenesi dal parkinsonismo secondo la quale l'autointossicazione entero-epatica determinerebbe la formazione di ammine elettivamente tossiche per la sostanza nigra.

Delle ghiandole endocrine è colpita soprattutto l'ipofisi come anatomicamente del resto è stato controllato da Gamma, Economo Tucker ed altri. A queste lesioni più che altro sono stati attribuite l'obesità (Ascoli, Nobecourt, Livet) la poliuria e l'arresto della crescita. Queste modificazioni potrebbero però come osservano l'Abbé e Dreyfus essere invece dovute ad alterazioni del centro regolatore del ricambio basale.

Ma data la molteplicità e gravità delle modificazioni del ricambio è più facile pensare ad alterazioni anatomiche di centri già noti anzichè sospettarne delle nuove. Così recentemente Salus ha descritto il caso di una donna che attualmente ha 32 anni la quale soffrì di encefalite acuta nel 1918 e che divenne dapprima polisarcica e diabetica. Successivamente negli ultimi sei anni è dimagrita fino a perdere 46 kg. di peso. Il processo flogistico degenerativo deve in questo caso probabilmente essere diffuso dai centri diencefalici all'ipofisi dove ha leso sia il lobo anteriore (diuresi) sia il lobo posteriore (cachessia); molto vicino del resto al centro strio-mesencefalico del simpatico. Una varietà speciale è quella del pseudo-diabete insipido osservato da Wohlfart e da altri in cui accanto alla polidipsia e alla poliuria il potere di concentrazione delle urine è conservato.

*
**

Abbiamo passato in rivista i tre gruppi di lesioni dell'encefalite epidemica cronica, dagli stati distonici a quelli psichici e ai disturbi della funzionalità. Il loro numero è grande, maggiore ancora è la variazione che il disturbo assume da caso a caso; certamente quando esso si è stabilito non accade mai che migliori spontaneamente. Sotto questo punto di vista la prognosi « quoad valetu-

dinem » è purtroppo infausto; però in questi ultimi anni da quando si sono saggiate le possibilità degli antivagali nei parkinsoniani si è visto che se essi non portano ad una guarigione definitiva riducono grandemente i disturbi e permettono una parziale ripresa lavorativa.

Trattandosi di una malattia infettiva è ovvio si sia ricorso specie all'inizio dell'epidemia agli stessi metodi di cura tentati per le altre infezioni dal mercurio all'arsenico allo iodio, dal chinino al tartato stibiato al salicilato di sodio. Su quest'ultimo anzi vari AA. hanno riposto fiducia nella cura delle sindromi post-encefalitiche dato che i primi risultati ottenuti usandolo per endovena in soluzione al 4-5% in dose di 2-3 grammi al giorno erano lusinghieri. Mac Bride e Carmichael ottennero effetti soddisfacenti dal suo uso così pure Bernard, Courcourt e Meignant. Anche l'urotropina è stata usata in questi esiti perchè trattandosi in realtà di un'infezione per quanto lenta sempre in atto, potesse giungere scissa come aldeide formica ai centri nervosi.

Ma la resistenza di questo virus di azione tanto prolungata è grandissimo, quale possono solo averla le spirochete della sifilide e della tripanosomiasi e quindi si è passato successivamente ad associare la cura antisettica dell'urotropina con una cura sintomatica antispasmodica, ad esempio lo stramonio. Questo migliora la rigidità ma non il tremore; è stato adoprato da Andrescu dopo che Juster, Laignel, Lavastin e Pagniez ne avevano messo in evidenza il valore antispasmodico.

La sieroterapia non ha dato risultati buoni poichè ignorandosi il germe le possibilità di trovare un siero idoneo erano insormontabili. Alla storia della terapia dell'encefalite appartengono i tentativi della sieroterapia specifica, fatti da Rosenov dieci anni fa, come pure il siero antinfluenzale giustificato questo ultimo dalla coincidenza della prima epidemia di encefalite con quella influenzale.

A tale proposito anzi è bene ricordare che dal punto di vista epidemiologico il sospetto avanzato che il virus dell'encefalite non fosse che quello dell'influenza virulentato od una forma simbiotica con questo è ormai completamente da escludere. Le epidemie recenti in America e in Giappone hanno ormai dato la certezza che i virus dell'encefalite siano molteplici tutti filtrabili e neurotropi ma con caratteristiche sierologiche diverse da altri virus già isolati in passato.

Più speranze si riposero a somiglianza di quanto è avvenuto per la scarlattina, nella sieroterapia con siero di convalescente ma, oltre all'impossibilità di avere il materiale facilmente a disposizione la molteplicità dei virus e soprattutto la mancanza di autoimmunizzazione dimostrava come questo metodo non potesse dare risultati concreti. Infatti le esperienze di Levaditi e Harvier hanno dimostrato l'assenza di anticorpi nel siero di questi convalescenti e lo Stern faceva osservare che i benefici da lui ottenuti dovevano attribuirsi alla proteinoterapia aspecifica.

Non sfiduciati da questi insuccessi Dardel e Gonet nell'ipotesi che gli anticorpi specifici del sangue pur esistendo non potessero superare la barriera « emato-encefalitica » per giungere al sistema nervoso centrale hanno iniettato per via endorachidea tale siero in soggetti affetti da postumi di encefalite epidemica da oltre due anni. Brill anche ha ottenuto buoni risultati nei quattro quinti dei malati; un po' meno Moore i cui malati solo nel 50% presentavano una attuazione della rigidità che per di più durava ben poco.

Paulian ha inattivato il siero di sangue a 56 centigradi e l'ha iniettato con la puntura lombare nello stesso paziente ottenendo nella rigidità parkinsoniana la riduzione di questa con la ricomparsa del naturale movimento oscillatorio delle braccia.

La piritoterapia specie con l'inoculazione della malaria è stata da Economo sperimentata nelle forme croniche ottenendo nel 20% indiscutibili miglioramenti sia nelle forme parkinsoniane sia in forme mentali. La possibilità di coesistenti alterazioni endocrine giustificano i tentativi di opoterapia a base

di endotiroide endoipofisi e paratiroidi alla quale ultima Cruchet ha riconosciuto il potere di attenuare la rigidità e il tremore.

Come si vede i metodi terapeutici sono stati molteplici ed ispirati a criteri più disparati; però il loro stesso numero dimostra lo scarso valore di ciascuno di essi come appunto non poteva non essere di una malattia della quale non si conosce nè il virus nè la via di penetrazione nè la patogenesi.

Rinunciato ormai alla cura chemioterapica, visto che la «sterilizatio magna» è inattuabile, gli sforzi dei neurologi si sono orientati più medestamente alla cura sintomatica dei postumi con effetto più lusinghiero. L'importanza di questa terapia è molto grande perchè trattandosi di malati a lunghissimo decorso i miglioramenti hanno duplice funzione; anzitutto morale sul malato che dopo tanto scadere delle proprie capacità fisiche vede un miglioramento reale nei disturbi motori e in secondo luogo sociale perchè centinaia di individui la cui vita era immobilizzata nell'ambito di una camera possono riprendere la loro attività lavorativa anche se in grado ridotto rispetto a quella antecedente la malattia.

L'esito incoraggiante di queste cure sintomatiche ha ormai prevalso e sebbene abbiano il grave inconveniente di perdere la loro efficacia qualche tempo dopo la sospensione di esse; per le ragioni suddette sono ormai applicate su larga scala anche in appositi reparti specializzati per encefalitici cronici.

Per la rigidità è molto usata la scopolamina o joscina, alcaloide esistente in molte solanacee e che come bromidrato è somministrato quotidianamente in dose di 1/10, 1/5 di milligrammo; assai simile è per Landenberg la duboisina estratta dalla *Duboisia mioparoides* e somministrata nelle stesse dosi. Anche l'josciamina alcaloide della belladonna e del giusquiamo ha uguale azione e posologia meno usata però per notevole tossicità più diffusa è invece la genosciamina privata di quest'ultimo potere. Molto nota è anche la datura, solanacea il cui estratto attivo daturina è isomero della atropina ed agisce soprattutto sulla rigidità e sulle condizioni generali.

L'uso della atropina si è dimostrato nei parkinsoniani molto efficace specie somministrato ad alte dosi e Romer che ha una casa di cura specializzata ad Hirsau (Wurtemberg) è riuscito con aumento graduale a somministrare fino a 30 mmgr. ed anche oltre al giorno in alcuni soggetti.

Marinesco e Façon hanno nello scorso anno sperimentato lo stesso metodo Romer in 51 casi confermando l'effetto benefico di questa cura sulla rigidità la quale è l'ostacolo maggiore ad una ripresa di attività nei post-encefalitici.

La novatropina che è bromuro di metilomatropina in dose di 50 mmgr. al giorno usato ultimamente da De Regt ha una azione terapeutica identica a quella della atropina sebbene non ne presenti gli inconvenienti.

Senza dilungarci ulteriormente con altre cure ad un dipresso simili e fondate sull'uso dei vari alcaloidi estratti da queste solanacee associate a diete speciali ed a metodico massaggio con idroterapia chiuderemo ricordando con piacere che anche in Italia sotto l'auspicio di S. M. la Regina si è adibito da vari mesi uno speciale reparto al Policlinico Umberto I a Roma per la cura del parkinsonismo post-encefalitico ed altri ne saranno prossimamente aperti a Bologna e a Pisa.

Il metodo di cura così detta «bulgara», come ha comunicato il Direttore del Reparto del Policlinico Prof. Panegrossi al XL Congresso di Medicina interna nell'ottobre u. s., è basato sulla somministrazione di decotti di radice di solanacee provenienti dalla Bulgaria e contenenti prevalentemente belladonna, coadiuvate dalla dieta atossica e dal massaggio. Pur non potendosi fare previsioni sui risultati finali i sintomi che tanto tormentano i malati dalla rigidità al tremore, dalla scialorrea alle crisi oculogire si attenuano e finiscono fin quasi a scomparire.

Il medico potrà così essere soddisfatto di aver restituito alla vita ed al lavoro per un notevole periodo di tempo individui che fino a pochi anni fa restavano, ombra di ciò che furono, pietoso fardello in tante famiglie.

*
* *

In tema di assicurazione vita va infine richiamata l'attenzione sopra due punti di speciale importanza.

Anzitutto sulla sintomatologia iniziale dei postumi dell'encefalite. Come è facile intuire, questa varia con la forma dei postumi presentati però solo alcuni speciali sintomi neurologici prevalgono di gran lunga negli encefalitici. Spesso anzi a questi precede un quadro a tipo nevrastenico con indebolimento della memoria che riguarda soprattutto l'esecuzione di ordini, di mansioni, nel cetto operaio o della capacità professionale se si tratta di professionisti. Le altre funzioni fondamentali della memoria rimangono invece integre. L'individuo non si sente bene e si lagna di contrazioni muscolari cloniche o fibrillari o allorchè è agitato, viene colto da uno stato di eccitazione o da un inaspettato tremore.

Come si vede purtroppo ci vuole spesso la cooperazione anamnesticca del soggetto per poter individuare questi postumi allo stato iniziale ma anche un esame obbiettivo accurato nemmeno può talvolta rilevarne la presenza. Poichè oltre il 50 % dei postumi consistono nel parkinsonismo (encefalite amiostatica di Levy), saranno i sintomi di questo che dovremo attentamente ricercare in casi di sospetta encefalite progressa. Così la rigidità andrà ricercata specialmente alle articolazioni dei gomiti e alle ginocchia ove è più facilmente apprezzabile; il vero fenomeno della ruota dentata già ricordato è piuttosto delle forme confermate.

Quanto al tremore emotivo e alle ipercinesie semplici esse rappresentano un fatto di solito anamnesticco come pure quel senso di impaccio e di legatura avvertito all'inizio od anche l'insonnia.

Obbiettivamente sono invece molto frequenti e importantissime le modificazioni pupillari soprattutto l'anisocoria, la torpidezza di reazione alla luce ma non un vero Argyll-Robertson, spesso unico indice di una encefalite progressa. Ugualmente deve dirsi dei disturbi dei muscoli oculari in specie dello strabismo paralitico e anche della semplice paresi di convergenza o dei crampi durante lo sguardo.

Come si vede, i disturbi somatici sono scarsissimi e non impediscono una certa capacità lavorativa. Anche il complesso dell'andatura, della mimica e dello stato psichico possono di per sè fare intuire al medico esperto gli esiti di una vecchia encefalite ormai dimenticata. Se si attende per avanzare la vera diagnosi che l'andatura parkinsoniana classica sia sviluppata o che insorgano i disturbi vegetativi, ci sfuggiranno tutte le forme di encefalite cronica subdola all'ingresso in assicurazione. L'altro punto sul quale dobbiamo fermare la attenzione dei medici fiduciari è la prognosi di questi malati che da alcune Società sono accettati in assicurazione tra i rischi tarati. Certamente mentre il giudizio prognostico dell'encefalite acuta è in rapporto diretto con l'intensità dei sintomi infettivi iniziali, molto più arduo si presenta per le forme croniche. Si è così osservato che un periodo acuto iniziale molto attenuato, talora anche addirittura frustrato non è affatto garanzia di una forma lieve per gli eventuali postumi. Questi possono mancare dopo una forma acuta tumultuosa mentre essere gravi in altre ad inizio subdolo.

Nè un lungo periodo di silenzio dopo le manifestazioni iniziali è sufficiente garanzia contro l'insorgenza di postumi, sono descritti casi nella letteratura nei quali essi sono stati accertati solo dopo otto-nove anni dal periodo acuto.

A manifestazione dichiarata ugualmente scarsi sono gli elementi che ci possono far giudicare se i disturbi si arresteranno od invece tendano a progredire. La triste esperienza degli anni scorsi aveva convinto i medici che l'encefalite cronica permetteva sì delle tregue, ma ad un certo momento una nuova poussée della malattia distruggeva altri neuroni od altri centri con conseguente aggravamento del quadro clinico; miglioramenti veri e propri non erano descritti.

La storia di questi soggetti segnava un periodo di requie da un aggravamento all'altro fino a che una complicità mortale poneva termine ad una così tormentosa odissea. Oggi i metodi di cura devono da un lato, evitare il sopravvenire di queste malattie intercorrenti e dall'altro provvedere ad una cura sintomatica di grande efficacia che per il nobile scopo che si ripromette è detta cura di ricupero.

Quanto alle malattie intercorrenti, come abbiamo visto nelle ricerche personali eseguite nei malati ricoverati al manicomio, esse sono indipendentemente dal marasma esito fatale nell'ultimo stadio del parkinsonismo; la tbc. polmonare, la setticemia e la polmonite e danno una mortalità notevole. Esse sono legate piuttosto alla gravità della malattia che rende l'organismo anergico di fronte a qualsiasi infezione anziché ad una speciale sensibilità per una affezione; quindi mantenendo con una cura dietetica e generale forte l'organismo tanto maggiori saranno le probabilità di evitarle.

Se passiamo ad esaminare le forme di media gravità vediamo che la sorte degli encefalitici è forse se non buona mediocre; infatti Sauter di 40 encefalitici ricoverati all'Ospedale di Zurigo negli anni 1920-29 ne ha nel 1932 rintracciati 34 con il 46% di piena capacità lavorativa.

La cura di ricupero degli encefalitici cronici migliorerà questa percentuale; essa come sappiamo è ormai definitivamente orientata verso l'uso di atropina ad alte dosi, terapia per la prima volta consigliata dal nostro Negro e che ha trovato conferma nel metodo di Romer, nella cura cosiddetta « bulgara » e in altre dello stesso tipo.

I benefici purtroppo di tali cure richiedono una somministrazione quasi continua del medicamento e mantengono la loro efficacia terapeutica nonostante l'assuefazione all'alcaloide. Ciò può dirsi specie della cura di Romer che ha ormai un lungo periodo di osservazione e che fanno avanzare migliori speranze per la prognosi di questi malati. Infatti questa casa di cura porta risultati veramente persuasivi, che sono dimostrati nel seguente prospetto pubblicato nel 1933 nel Wurt. Mediz. Korr. Esso si riferisce ai ricoverati del 1924-1932 che raggiungono complessivamente il numero di 185.

	All'ingresso	Alla dimissione	A distanza
Capacità di lavoro completa	7	60	54
Capacità parziale	39	73	73
Incapaci	139	52	58

Lo scomparire della rigidità muscolare, dei fatti ipercinetici, delle crisi oculogire della scialorrea che si verificano anche con la cura « bulgara » certamente per un lungo periodo e forse in modo permanente, sebbene si sia verificato il ricomparire dei sintomi dopo un certo tempo in qualche raro caso, ci permettono di avanzare una prognosi meno cattiva sull'avvenire una volta pessimo di questi soggetti. Essi però restano, anche se potranno riprendere una qualche capacità lavorativa con la cura sintomatica, malati latenti e nell'assicurazione vita dovremo non solo considerarli rischi fortemente tarati ma sempre, nonostante un periodo di benessere anche di decenni, facile preda di nuove poussées dell'encefalite cronica.

RIASSUNTO

Ricercata l'importanza sociale del problema degli encefalitici cronici che vivono sparsi ovunque ancor oggi senza una adeguata assistenza l'A. espone i

dati di morbilità e di mortalità nelle varie epidemie di encefalite nei principali paesi di Europa con speciale riguardo all'Italia. Successivamente rileva l'importanza di una diagnosi precoce nei cosiddetti esiti soprattutto ai fini della visita all'ingresso in assicurazione vita nel periodo intermedio quando solo un esame accurato potrà svelare i prodromi.

L'A. descrive poi i sintomi tipici dell'encefalite cronica che compaiono dopo un periodo di latenza e che riunisce in tre categorie fenomeni distonici, disturbi della funzionalità, e fenomeni psichici dei quali ultimi porta alcuni dati originali rilevati da ricerche eseguite presso il Manicomio Provinciale di Roma.

Passati in rapida rassegna numerosi tentativi di cura e i più recenti lusinghieri risultati ottenuti in questi ultimi anni, l'A. in rapporto all'assicurazione vita chiude ricordando i più recenti elementi che si possiedono sulla diagnosi nel periodo latente e sulla prognosi della malattia in esame.

La diagnosi precoce della paralisi progressiva

Dott. CORRADO CONFORTO

Medico Fiduciario dell'I.N.A.

Il diagnostico della paralisi progressiva (Pp) conclamata non ha mai offerto difficoltà al medico, e non può interessare molto dal punto di vista assicurativo. Invece è importante in assicurazione avere un concetto esatto del così detto stato prodromico (*prodromalstadium* dei tedeschi), che come è noto precede lo stato iniziale (*initialstadium*). E ciò perchè, essendo la caratteristica della Pp colpire soggetti dai trenta ai cinquanta anni, in piena salute fisica e morale, è facile, nella pratica assicurativa, imbattersi in paralitici (Pr) allo stato prodromico, anche perchè chi ingaggia l'affare è spesso tratto in inganno dall'apparente stato sano dell'assicurando.

I pareri sono tutt'ora discordi se la diagnosi precoce della Pp sia possibile con il solo esame clinico, o come asserisce il Salomon, solo l'esame del liquor può darci una diagnosi sicura. Ma questo esame richiede un laboratorio bene attrezzato, con un sperimentato ricercatore, senza dire che non è nella pratica assicurativa sottoporre un assicurando alla puntura lombare.

Al medico assicuratore non resta che usufruire di un esatto esame clinico, che, del resto, è spesso sufficiente per stabilire una diagnosi di orientamento verso uno stato precoce della Pp. Una convalida della esattezza della diagnosi è invece assolutamente necessaria quando ci si prefigge un problema terapeutico, in questo caso sono indispensabili le ricerche sul liquor.

Recentemente (1933) Pilez, trattando questo argomento, ha dimostrato come il periodo prodromico della Pp, per quanto con sintomi vaghi, pure da certi rilievi sintomatologici, può metterci in guardia sulla eventuale esistenza di detta malattia. E' noto che la più frequente manifestazione della Pp sia una neura-stenia che si manifesta con una spiccata irritabilità. (Non è da escludersi che la Pp possa iniziare con uno stato ipocondriaco).

I pazienti, ad ogni piccola evenienza che li contraria, reagiscono in modo vivace assolutamente sproporzionato allo stimolo efficiente, dopo si esauriscono restano depressi e facilmente si abbandonano ad atti emotivi. Subentra in essi

uno speciale stato di impassibilità; lo stesso paziente, allo stesso stimolo non reagisce come prima, anzi finisce col non valutare affatto l'evenienza occorsagli. Ricordo a tale proposito un caso personale: trattavasi di un paziente che fu indotto dai parenti a consultarmi per una accentuata neurastenia. Nel raccogliere l'anamnesi, chiesi con i dovuti riguardi, e a solo, se in passato avesse sofferto di ulcere. A questa domanda il paziente divenne congesto, eccitato, scattò in piedi e con grande effusione verbale, protestò a lungo dicendo che egli era una persona insospettabile, assolutamente morigerata, e che una simile accusa era indegna di lui. A nulla valsero i miei tentativi di calmarlo, si vestì in fretta, e lasciò la camera di osservazione. Ma poco dopo ritornò calmo e sorridente, come se nulla fosse stato, e dichiarò candidamente di avere avuto la lue; ma che la sua *costituzione forte* aveva facilmente superata l'infezione, senza cura alcuna. Ecco il Pr incipiente nel suo stato prodromico! Alla facile irritabilità e alla conseguente esauribilità si associano spesso: umore vario, ora allegro, ora depresso, insonnia, e frequentemente cefalea a tipo emicranico. Come si vede nulla manca perchè questa sindrome sia confondibile con una comune neurastenia. Però nota il Pilez deve sospettarsi una Pp quando questo stato di neurastenia manca di una evidente etiologia. Questo autore annette grande importanza a questo rilievo, e passa in esame tutte le cause che possono apportare uno stato di neurastenia (fatica eccessiva, convalescenza di grave malattia esauriente, nevropatie, etc.). Non nego che una neurastenia può essere anche «sintomatica» cioè ad etiologia nota; ma non bisogna dimenticare che alcune psicosi hanno pure inizio con uno stato neurastenico (schizofrenia, alcool-paranoia, le psicosi maniaco-depressive in genere, la paranoia, la demenza senile, e persino l'arteriosclerosi cerebrale). Ma un esatto esame psichico fa spesso facilmente scartare dette malattie, mettendo in evidenza il Pr per certi suoi peculiari caratteri. È notevole nel Pr soprattutto quel particolare abito mentale di cui il primo segno è la deficienza del senso critico. Il Pr incipiente comincia a non curare l'effetto dei suoi atti, egli cede ai suoi impulsi senza valutarne la portata, passa da uno eccesso all'altro senza uno stato intermedio, si contraddice e cede alle sue ostinazioni al semplice ascoltare ragionamenti monchi, privi della più comune logica. Non è l'abito mentale del paranoico costruito su un sistema ideologico assolutamente personale, elaborato solo per alimentare la propria pazzia «ordinata»; nè tanto meno l'irritabilità dello stato prodromico della Pp è da confondere con l'irritazione del demente senile affetto da amnesia completa dei fatti recenti e incapace di concentrare la propria attenzione; nella Pp non si verifica ciò che avviene nella schizofrenia, dove gli scoppi d'irritabilità sono sempre improntati alla violenza. Il Pr, sempre allo stato incipiente, è verboso, interloquisce spesso e a sproposito, sostiene tesi impossibili, ha in conclusione l'ideazione eccitata con difettoso senso critico. Ma uno dei segni più evidenti, non è superfluo ripeterlo, è il contrasto del facile divampare e del facile spegnersi di scoppi di sfrenata irritabilità, prodotti da cause trascurabili, assolutamente inadeguate a produrre normalmente effetti così eclatanti. Le anomalie vere e proprie del carattere (mancanza di affettività, prodigalità, esibizionismo, accresciuto appetito sessuale, etc.) non sono proprie di questo periodo, ma dello stato iniziale, e così pure i segni oculari. È da notare pure che alcune variazioni, appena accennate, del carattere, si verificano anche nel periodo prodromico per cui è bene farne menzione. Schuele ritiene che l'elemento essenziale della diagnosi è fornito dalla nozione che il soggetto non somiglia più affatto a quello di prima, e ciò senza che egli se ne sia accorto. Su questo è bene dare qualche particolare. Malgrado l'autorevole asserzione dello Schuele, vi sono casi nei quali a quanto pare il paziente si accorge della sua iniziale rovina (Vurpas e Corman). E questi sono i casi nei quali la Pp si inizia con uno stato ipocondriaco; però in questo caso il Pr non si affligge per quei segni che il medico ritiene gravi, ma bensì per i disturbi di prognostico assolutamente

buono, che accompagnano il corteo sintomatologico, senza peraltro essere patognomoni della Pp (disturbi digestivi, dolori di testa, etc.). Anche questo rilievo secondo Vurpas e Corman gioca un importante ruolo per la diagnosi. Spesso il Pr si convince di essere ammalato, perchè ha acquistato questa nozione dagli altri, essendo il suo automatismo conservato. Per misurare in ogni caso lo stato di degradazione del carattere e l'indebolimento della intelligenza, nelle sue funzioni di iniziativa e di critica i metodi migliori sono: da un lato il paragone del soggetto con quello che era prima, per testimonianza dei suoi familiari, dall'altro il confronto del soggetto con sè stesso, mettendolo in presenza dei suoi propositi, dei suoi atti e delle sue parole e facendolo giudicare. Questo ultimo metodo deve essere preferito dal medico assicuratore quando sospetta di essere in presenza di un Pr iniziale. I trattatisti (Chaslin, Séglas, Dupré et Logrè etc.) richiamano l'attenzione sui così detti «piccoli segni» della Pp. Questi segni non sono enumerabili, essi sono atti, atteggiamenti, rilievi che tradiscono l'alterata personalità. Chaslin riporta il caso di una donna che da Lui invitata a scoprirsi un ginocchio si scoprì invece fino al petto. Esquirol riporta un caso di un Pr apparentemente cocciuto e ostinato, che diveniva docilissimo alla semplice enunciazione di una qualsiasi promessa. Nella Pp iniziale spesso si verifica che facendo leggere ad alta voce il Pr sostituisce una parola con un'altra, senza correggere il proprio errore. Grande importanza ha il modo con il quale il Pr si comporta durante l'esame clinico. Sovente questi entra col cappello in testa, interrompe la discussione per affacciarsi alla finestra o per esaminare un oggetto, compie in una parola atti che dimostrano la deficienza del controllo autocritico. Molta importanza in pratica si attribuisce alla constatazione dei piccoli segni per stabilire la diagnosi precoce della Pp. Come si vede da questa breve esposizione, non è facile rendere con precisione il quadro della Pp precoce; è solo possibile dare un indirizzo generale, per approssimarsi, spesso con difetto, ad una diagnosi di orientamento; però bisogna convenire con il Pilcz, che questo è possibile, e con molta frequenza. Il semplice sospetto è già per il medico assicuratore un rilievo importantissimo perchè, come è noto, la prognosi della Pp, pure essendo migliorata con la piritoterapia, non è tale da assicurare un rischio assicurativo anche condizionato. La Pp è una malattia da tenere sempre presente nel redigere un esame a scopo assicurativo specialmente nel suo stato prodromico, ecco perchè ho ritenuto utile compilare queste brevi note.

BIBLIOGRAFIA.

- PILCZ ALEXANDER, *Frühdiagnose der häufigsten Geisteskrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse*. — « Die Ärztliche Praxis Heft », 12, 1933.
- VURPAS et CORMAN, *La diagnosi clinica precoce della paralisi progressiva*. — « Monde Médical », N. 156, 1933.
- LASÈGUE, *De la paralysie générale*. — « Etudes médicales », VI, II.
- DUPRÉ et LOGRÉ, *La psycho-diagnostic de la paralysie générale*. — « Journal méd. franç. », 15 Fév. 1914.
- SÉGLAS, *Paralysie générale et confusion mentale*. — « Études cliniques », p. 244.
- SALOMON W., *Medizinische Klinik*. — Berlin, N. 3, 1932.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita**Sempre a proposito delle dichiarazioni sanitarie dell'assicurando**

Dott. FABIO MARSELLA

Medico Capo dell'I.N.A.

Nell'articolo su « Malafede e raggiro nelle dichiarazioni di carattere sanitario nell'assicurazione vita » pubblicato in questo periodico nel Dicembre 1934 dicevo a proposito della interpretazione della clausola di incontestabilità: « fortunatamente la nostra magistratura comincia ad orientarsi nel senso che il comportamento ingannatore dell'assicurato, dimostrabile con le risposte rese in malafede nel questionario propostogli, sia sufficiente alla contestabilità del contratto ».

A conferma di quanto allora scrissi mi piace riportare e illustrare brevemente due casi di sinistri di morte per tumori maligni, che diedero luogo a contestazione e a vertenze giudiziarie per le quali recentemente si è pronunciata, con importanti giudicati, la Corte di appello di Roma.

1° Caso. — Riguarda un assicurato di anni 50 di professione medico-chirurgo, che nell'agosto 1931 stipulò diversi contratti di assicurazione per la somma complessiva di circa mezzo milione.

L'assicurato decedette il 4 luglio 1932 per broncopolmonite, giusta il certificato di morte.

Da un'inchiesta sanitaria eseguita risultò che la broncopolmonite acuta non era stata che l'episodio terminale letale causato da un epiteloma recidivato della faccia. Risultò anche che l'epiteloma si era manifestato nell'individuo circa un anno prima dell'ingresso in assicurazione e che erano già state eseguite cure chirurgiche con relative biopsie confermantì la natura maligna del tumore. Alla cura chirurgica erano seguite applicazioni radiumterapiche.

Ai medici visitatori l'assicurando viceversa aveva dichiarato di avere goduto sempre buona salute, di non avere medico di famiglia e di non avere consultato mai medici, di non avere subito atti operativi o praticato cure speciali e che la cicatrice che presentava alla guancia sinistra era il reliquato di una infezione da barba contratta molti anni prima, mentre trattavasi invece della cicatrice chirurgica residuata all'operazione di epiteloma.

Date queste risultanze dell'inchiesta il sinistro fu contestato e i beneficiari, pel pagamento delle somme assicurate, adirono le vie giudiziarie.

Il Tribunale di Roma condannò l'Istituto a pagare agli attori le somme richieste dicendo che tutti i fatti addebitati all'assicurato non costituivano elementi di malafede conducenti alla nullità dei contratti.

Avverso la sentenza del Tribunale propose appello l'Istituto, insistendo nelle sue eccezioni.

La Corte di appello di Roma, con sentenza del 3 luglio 1934, accolse appieno il ricorso dell'I. N. A.

Riporto la sentenza in alcune sue parti molto importanti.

La Corte dice che « il contratto di assicurazione è un contratto di indennità, fondato essenzialmente sul rischio e che questo non ha carattere di azzardo, ma è valutato in grandissima parte attraverso calcoli di probabilità oramai noti in tavole matematiche: ne consegue che il comportamento dell'assicurato, specialmente nelle assicurazioni sulla vita, ha un'importanza decisiva nella determinazione del rischio ».

La Corte d'appello fa le opportune distinzioni fra il dolo nei negozi giuridici contemplato dall'art. 1115 del Codice Civile e la malafede di cui parla l'art. 429 del Codice di Commercio a proposito dei contratti di assicurazione e dice che « la malafede è cosa che somiglia al dolo, ma non è il dolo e se per caratterizzare il dolo occorrono artefizi e raggiri, a malafede non ha bisogno di questi elementi così conclamati e se finalmente per la nullità

del contratto di assicurazione basta uno stato di malafede, gli artifici e i raggiri non sono essenziali ».

Più oltre si dice, con espressione di sintesi, che la malafede non è buona fede. « E poichè buona fede è uno stato di lealtà e di equità, la falsa nozione del vero, la ignoranza di vizi di una cosa, così la malafede, sarà quello stato subbiiettivo di perfetta conoscenza dei vizi stessi accompagnato da un comportamento malizioso idoneo altresì a trarre in inganno l'altro contraente, pur senza macchinazioni ».

La Corte nelle dichiarazioni dell'assicurato di non avere avuto medici di famiglia mentre negli ultimi anni sarebbe stato visitato e curato da una diecina di medici; in quella che la cicatrice alla guancia sinistra fosse un residuo di una infezione da barba, mentre si sarebbe trattato di una operazione chirurgica per epiteloma ed in altre negative di fatti importanti trova « circostanze che rivelano manifesti elementi di malafede e costituiscono, come dice l'art. 429 Cod. Comm. dichiarazioni false ed erronee e reticenze di piena malafede ».

La stessa Corte circa la visita dei medici fiduciari dell'Istituto assicuratore riafferma un principio oramai assodato in dottrina e in giurisprudenza dicendo: « Nè ha importanza il fatto della visita medica eseguita da un sanitario di fiducia dell'Istituto, perchè a prescindere che la visita non esonerava l'A. dall'obbligo di dire la verità, è noto che l'interrogatorio del soggetto da visitare è elemento essenziale per una buona diagnosi, per modo, che il silenzio e l'inganno rendono per lo meno difficile e talvolta fallace la diagnosi stessa ».

2° Caso. — Donna di anni 39, maritata con figli, nell'ottobre 1931 stipulò un contratto di assicurazione — forma mista — della durata di 25 anni, per un discreto capitale. Ai primi di agosto 1932 l'assicurata morì per carcinoma della mammella di destra. Da un'inchiesta eseguita risultò che la donna nell'aprile 1931 era stata operata di amputazione della mammella destra per carcinoma e che verso la fine di agosto dello stesso anno era stata rioperata per riproduzione del tumore con metastasi cutanea ed ascellare. Quindi era stata consigliata una cura radiumterapica.

Nella proposta di assicurazione in data 20 ottobre 1931 l'assicuranda invece dichiarò di trovarsi in ottimo stato di salute e di non avere medico di famiglia. In occasione della visita medica subita da parte del fiduciario dell'Istituto, la stessa assicuranda disse di non avere avuto alcuna malattia, di non aver subito operazioni chirurgiche, di non avere medico di famiglia e di non avere consultato alcun medico negli ultimi anni.

Nel sottoporsi alla visita medica la donna, ostentando ragioni di pudore, non denudò il petto e il sanitario date le ottime condizioni generali di salute desumibili anche dalle seguenti misure somatiche rilevate: altezza m. 1.67, Peso Kg. 87, Collo cm. 36, Torace cm. 100, Addome 108, di nulla sospettando giudicò la donna sana e il rischio fu accettato a condizioni normali.

Date le risultanze, ben documentate, dell'inchiesta sanitaria retrospettiva, la liquidazione del sinistro fu contestata per evidente malafede.

I beneficiari della polizza adirono le vie legali e il Tribunale di Roma con sentenza in data 10 giugno-2 luglio 1934 condannava l'I. N. A. al pagamento della somma assicurata.

Contro la sentenza ricorse l'I. N. A. ritenendola ingiusta e violatrice della legge.

La Corte d'appello di Roma in data 24 gennaio 1935 ha emesso una sentenza completamente favorevole all'I. N. A.

La Corte dopo aver riportata la clausola di incontestabilità nella sua dizione letterale dice: « Ora la questione è di vedere che cosa debba intendersi per la malafede, di cui parla la clausola, a fine di far salva, oltre i sei mesi, l'azione di nullità della polizza, se cioè, ammessa in ipotesi la difformità fra le dichiarazioni dell'assicurata e la realtà delle cose, basti la semplice conoscenza da parte dell'assicurata medesima, di tale difformità, e la coscienza della sua incidenza nel rapporto con la efficacia suddetta, ovvero occorre che da parte dell'assicurata stessa, fossero intervenuti raggiri ossia artifici fraudolenti diretti a tener celato e che abbia valso a tener celato quella difformità ».

La Corte dice che la clausola in discussione ha evidente riferimento all'art. 429 del Codice di Commercio ed aggiunge che « in talune specie di assicurazioni e particolarmente in quella sulla vita umana a differenza che in altri negozi giuridici le dichiarazioni richieste all'assicurato concernono fatti passati (malattie pregresse di lui, causa della morte dei genitori e dei prossimi congiunti di lui, ecc.), la verità dei quali non è per l'assicuratore facilmente controllabile onde, potendo il consenso dell'assicuratore essere carpito mediante il nudo mendacio o la semplice reticenza senza che occorra da parte dell'assicurando l'uso di raggiri idonei a suffragare l'efficacia del mentire o del tacere ». Per determinare la nullità del contratto non si richiedono un dolo o un errore di tale importanza ed efficacia quali si richiedono invece a determinare la nullità dei negozi giuridici in genere « Invero mentre per l'art. 1115 Cod. Comm. il dolo deve consistere in determinati raggiri invece per l'art. 429 Cod. Comm. a costituire il dolo dell'assicurando basta la coscienza delle falsità o della reticenza ». Più oltre si dice: « Nel contratto di assicurazione sulla vita una delle parti, l'assicuratore, non può fare a meno di attingere soprattutto dalle dichiarazioni dell'altro gli elementi attuali di fatti della situazione e quindi la natura e l'entità del rischio che è oggetto del contratto stesso venendo così ad assumere dalle dichiarazioni valore di base e di riferimento dell'accordo ».

Quindi si dice: « Sembra alla Corte che malafede e dolo sull'argomento non si possano equivalere. La malafede è qualcosa meno del dolo. La malafede è cosa che somiglia al dolo e se per caratterizzare il dolo occorre l'uso di artifici o raggiri, da parte di uno dei contraenti, e tali che l'altro senza di essi non avrebbe contrattato, la malafede non ha bisogno di siffatto elemento per concretarsi ». La stessa Corte definisce: « la malafede uno stato di coscienza cioè la consapevolezza della difformità fra la dichiarazione del contraente e la reale situazione con la coscienza dell'importanza di tale difformità; dolo invece un'attività maliziosa diretta ed idonea ad irretire il consenso dell'altro contraente ».

La Corte aggiunge: « una diversa opinione sarebbe contraria ad ogni regola ermeneutica e andrebbe contro la lettera e lo spirito dell'art. 429 del Codice di Commercio ».

Infine si dice: « In concreto la clausola inserita nel contratto di assicurazione in esame parla di malafede e a costituire la malafede escludente la incontestabilità sono sufficienti la dichiarazione falsa e la reticenza da parte dell'assicurato a scopo di inganno accompagnate cioè da un comportamento malizioso, idoneo a trarre in inganno l'altro contraente, pur senza che si faccia ricorso a macchinosi espedienti ».

La recentissima sentenza che abbiamo riportata nelle sue parti essenziali accoglie in pieno i concetti propugnati dai relatori del tema dell'incontestabilità delle Polizze Vita al 2° Congresso di Scienza delle Assicurazioni tenuto a Trieste nel 1932. La stessa Corte anzi ha fatto riferimento ai lavori di detto Congresso.

Siamo lieti di ciò, perchè se l'assicurazione vita deve essere sicurezza e garanzia per l'atto di previdenza compiuto dagli individui onesti e leali, premurosi del proprio avvenire economico e di quello della famiglia, non può e non deve diventare un campo di speculazioni illecite e di frodi, facilmente conseguibili con le menzogne e le reticenze in malafede.

A tali abusi si potrebbe giungere con una diversa interpretazione, per me non logica, non legale e non morale, della clausola di incontestabilità.

Alcuni dati di Statistica Medica

Capitali dei contratti del Portafoglio « *Cessioni Legali* » e « *Riassicurazioni* » - sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nel 1934 (quote a carico dell'Istituto)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI										Totali
	0 - 6 m.	6 m. - 1 a.	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 - 10	10 - 15	oltre 15		
Ogni forma di tubercolosi	8.310	65.292	77.075	109.940	108.930	124.150	379.394	68.400	55.000	966.491	
Altre malattie infettive e parassitarie	80.500	97.500	129.000	53.840	129.000	112.500	320.625	46.220	147.500	1.116.685	
Tumori	10.150	78.000	130.500	100.300	30.360	14.835	695.445	279.945	24.340	1.363.875	
Apoplessie, trombosi	8.000	7.000	19.220	120.835	62.000	47.118	312.535	197.340	161.860	985.928	
Malattie del sistema nervoso.	9.200	10.000	12.000	11.200	14.805	19.115	48.500	29.000	3.200	157.020	
Malattie dell'apparato circolatorio	3.615	22.535	89.120	179.428	122.625	165.550	922.151	747.520	231.190	2.483.674	
» » respiratorio	31.000	117.510	74.885	171.000	146.850	144.638	384.115	212.320	38.400	1.321.318	
» » digerente	85.500	111.460	114.005	103.000	466.500	117.535	482.535	102.120	23.600	1.256.255	
» » genito-urinario.	22.400	36.100	13.000	54.734	96.810	39.500	350.315	135.800	89.800	889.509	
Suicidi	40	14.000	230.445	319.500	98.000	65.750	193.350	109.000	10.000	1.040.035	
Morti violente ed accidentali.	30.815	18.000	91.600	186.400	70.810	79.000	684.938	75.965	15.440	1.252.968	
Altre cause di morte	113.000	4.500	83.755	100.000	127.800	49.280	622.525	149.065	108.950	1.358.895	
<i>Totali</i>	402.530	581.897	1.064.605	1.510.827	1.114.490	978.971	5.407.428	2.152.715	909.240	14.122.703	

Capitali dei contratti del Portafoglio « *Cessioni Legali* » e « *Riassicurazioni* »
sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nel 1934
(quote a carico dell'Istituto)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						Totale
	0 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 70	oltre 70	
Ogni forma di tubercolosi.	59.401	321.466	389.954	99.590	116.080	10.000	996.491
Altre malattie infettive	10.000	332.925	248.400	241.800	191.060	102.500	1.116.685
Tumori.	—	89.000	404.530	346.805	500.040	23.500	1.363.875
Apoplessie, trombosi, embolie cerebrali.	—	—	79.570	482.080	372.478	51.800	935.928
Malattie sistema nervoso	8.700	54.200	18.920	87.200	38.000	—	157.020
Malattie dell'apparato circolatorio	—	46.245	382.225	1.243.718	689.556	121.930	2.453.674
. respiratorio.	30.340	112.998	348.585	618.645	183.550	27.200	1.321.318
. digerente	60.000	171.565	352.460	488.780	158.450	25.000	1.266.255
. genito-urinario	—	89.100	299.970	231.184	208.455	10.800	839.509
Suicidi	—	186.900	147.650	675.535	30.000	—	1.040.085
Morti violente ed accidentali	22.000	230.388	365.300	131.435	503.845	—	1.252.968
Altre cause di morte.	5.550	100.625	279.415	327.600	567.305	78.400	1.353.895
<i>Totale</i>	195.991	1.735.412	3.316.979	4.874.372	3.548.819	451.130	14.122.703

Assicurazioni con visita medica - Portafoglio diretto e preconstituito - Assicurati dell'I. N. A. morti nel quinquennio 1929-1933
per malattie dell'apparato digerente.

CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE												Totali	
	0 - 24 a.		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		oltre 65			
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.
Ulcera dello stomaco e del duodeno (51)	1	—	18	1	55	2	52	1	27	2	4	—	157	6
Enteriti ed ulcere intestinali (55)	2	4	4	2	16	1	18	2	13	5	1	3	54	17
Appendicite (54)	1	—	34	1	64	5	44	2	18	—	5	—	166	8
Ernia, occlusione intestinale (55)	1	1	8	—	18	3	20	3	11	3	2	—	60	10
Cirrosi del fegato (56)	—	—	6	—	37	1	68	5	57	2	9	—	177	8
Altre malattie del fegato e delle vie biliari, compresi i calcoli biliari (57)	—	—	13	1	25	3	48	5	18	6	4	1	108	16
Altre malattie dell'apparato digerente (58)	1	—	10	1	16	3	24	3	9	4	1	1	61	12
<i>Totali</i>	6	5	93	6	231	18	274	21	153	22	26	5	783	77

NB. — Il numero tra parentesi, accanto alla causa di morte, corrisponde al numero dell'elenco nosologico dell'Istituto Centrale di Statistica.

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

CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI														Totals					
	0 - 6 m.		6 m. - 1 a.		1 - 2		2 - 8		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.		
Ulcera dello stomaco e del duodeno (51)	10	—	14	—	16	2	16	2	9	1	19	—	59	1	19	1	26	—	188	7
Enteriti ed ulcere intestinali (53)	6	3	1	1	9	3	6	—	3	1	2	1	17	2	11	5	7	3	62	19
Appendicite (54)	10	2	16	—	17	1	17	2	27	2	17	—	57	2	26	—	18	—	205	9
Ernia, occlusione intestinale (55)	7	—	2	—	8	—	4	—	5	5	6	—	22	1	13	3	12	1	79	10
Cirrosi del fegato (56)	3	—	9	2	11	—	16	2	12	3	24	1	66	2	38	1	36	—	215	11
Altre malattie del fegato e delle vie biliari, compresi i calcoli biliari (57)	7	1	14	1	12	1	13	2	15	1	14	1	53	7	18	2	11	1	157	17
Altre malattie dell'apparato digerente (58)	4	—	7	—	5	3	6	2	3	1	3	2	28	6	11	1	11	—	78	15
<i>Totals</i>	47	6	63	4	78	10	78	10	74	14	85	5	302	21	136	13	121	5	984	88

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

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

CAUSA DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI														Totale													
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.										
Ulcere dello stomaco e del duodeno (51)	9	—	27	1	21	—	4	—	5	1	2	1	6	1	6	—	38	—	27	1	5	—	7	2	—	—	157	6
Enteriti ed ulcere intestinali (53)	5	—	12	2	3	1	2	—	5	—	—	—	1	—	2	—	9	—	10	3	2	—	3	8	—	3	54	17
Appendicite (54)	3	—	31	—	13	—	10	—	4	—	2	1	3	—	7	—	41	1	45	2	5	—	2	4	—	—	166	8
Ernia, occlusione intestinale (55)	2	—	12	1	4	—	4	—	3	—	1	—	3	—	4	—	10	—	10	2	1	2	2	5	—	—	60	10
Cirrosi del fegato (56)	7	1	37	2	28	—	14	—	3	—	2	—	8	—	11	—	30	—	20	2	8	—	9	3	—	—	177	8
Altre malattie del fegato e delle vie biliari, compresi i calcoli biliari (57)	7	1	19	—	12	—	4	—	1	—	3	—	2	1	2	—	22	—	27	3	5	4	4	7	—	—	108	16
Altre malattie dell'apparato digerente (58)	5	1	7	1	5	—	5	—	1	—	—	—	2	—	1	—	18	—	12	2	2	1	3	7	—	—	61	12
Totale	38	3	145	7	86	1	43	—	22	—	10	2	25	2	33	—	168	1	151	15	28	7	34	36	—	3	783	77

N. B. — Il numero tra parentesi, accanto alla causa di morte corrisponde al numero dell'elenco nosologico dell'Istituto Centrale di statistica.

Varie**“Andare verso il Popolo,”**

GIUSEPPE BEVIONE

Presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (1).

È trascorso ormai quasi un decennio da quando l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, convinto della necessità sociale, etica, economica e politica di curare la diffusione della previdenza assicurativa fra le classi meno abbienti, volle affrontare la soluzione di tale importante problema creando speciali tipi di « assicurazione popolare senza visita medica » che, dopo un primo periodo di esperimento, hanno assunto quella forma e quel contenuto che ne costituiscono ancora oggi le peculiari caratteristiche.

Se volgiamo indietro lo sguardo non possiamo non essere lieti dei risultati raggiunti, giacchè, in pochi anni di effettivo lavoro, che hanno poi coinciso, tra l'altro, con il periodo più difficile della economia pubblica e privata, si è costituito un portafoglio ammontante, al 31 dicembre 1933, a più di 337.000 contratti in vigore per oltre 739.000.000 di capitali, mentre un primo assaggio fatto al riguardo, permette di confidare che, al 31 dicembre 1934, i capitali assicurati non saranno molto lontano dal miliardo.

Non v'ha dubbio che in confronto di Nazioni che hanno più lunga e matura esperienza nella previdenza popolare, molto cammino ci resta ancora da compiere.

Il periodo trascorso è stato il periodo arduo del dissodamento, degli esperimenti e della semina; il compito che ci attende domani è quello della semina sempre più vasta e del raccolto sempre più abbondante, opportunamente valendoci dei risultati dell'esperienza trascorsa.

Tra le due fasi, è opportuno, anzi, direi, necessario un intermezzo nel quale, sulla base dell'esperienza passata, si raccolgano le forze e si stabiliscano le linee programmatiche dell'avvenire.

Questo intermezzo ci sarà dato dal Congresso Nazionale delle Assicurazioni popolari.

Le finalità del Congresso sono presto dette: riassumere panoramicamente il cammino percorso nel campo della previdenza popolare, e, soprattutto, tracciare le linee maestre del cammino ancora da percorrere. Questa finalità non è una vana affermazione di principio, ma appare ben chiara dal programma dei lavori, programma di vasto respiro, complesso, e nello stesso tempo organico e incisivo. Questo programma merita di essere meditato.

In esso sono nettamente visibili, sia pure fuse armonicamente ad unità, due grandi linee direttive alle quali si riconducono tutti i vasti e complessi problemi della previdenza popolare: le funzioni e le linee di sviluppo delle assicurazioni popolari nello Stato fascista ed il loro funzionamento tecnico.

Nel quadro della prima linea direttiva — le funzioni delle assicurazioni popolari in Regime fascista — si presenta innanzitutto un problema generale che chiamerei di sistematica politica; quello della posizione delle assicurazioni popolari nel regime corporativo; problema delicatissimo che costituirà quasi la base logica di tutti i problemi di svolgimento. Questi a loro volta formano ad un tempo le grandi linee di penetrazione della previdenza popolare e soprattutto i campi nei quali questa si dimostrerà uno dei più efficaci strumenti della politica del Regime: consorzio famigliare; attività economiche, attività educative.

Nel consorzio famigliare le assicurazioni popolari contribuiranno alla vittoria della battaglia demografica: il giovane e la fanciulla che ancor bimbi sono stati assicurati in forma popolare, hanno al momento opportuno quel modesto capitale che è loro necessario al matrimonio: la polizza nuziale dà loro la sicurezza per l'avvenire; e il ciclo ricomincia.

(1) Da *Assicurazioni*, 1935, fasc. I, Roma.

Nelle attività economiche (agricoltura, industria e commercio) le assicurazioni popolari, lungi dal contrastarle, costituiscono le più dirette collaboratrici e integratrici delle assicurazioni sociali. Queste si riconnettono direttamente alla tutela del lavoro e garantiscono il lavoratore contro i rischi che possono diminuirne la capacità lavorativa; quelle, invece, integrano e superano questa posizione elevando il benessere del lavoratore. Per questo solo fatto permettono anche il realizzarsi di molte altre finalità del Regime: così ad es. in agricoltura, lo spezzamento del latifondo, la fedeltà alla terra ecc.

La penetrazione delle assicurazioni popolari, infine nelle attività educative (scuola, O. N.B. ecc.) oltre a sbocciare nella prima grande direttrice, il consorzio famigliare, è uno dei più sicuri strumenti per l'elevazione morale ed economica del popolo, perchè dà al giovane che affaccia alla vita i mezzi per continuare gli studi o per intraprendere un mestiere, una professione, un'arte.

Queste le funzioni fondamentali. Perchè siano raggiunte in pieno occorre che le assicurazioni popolari si atteggino in modo sempre più aderente alle necessità delle masse alle quali sono rivolte.

Di qui sorge la seconda linea direttiva su cui si svolgerà il secondo gruppo dei lavori del congresso.

Pregiudiziali sono i problemi attuariali: l'attuarìa è la scienza che ci può dire fino a quale limite si possa abbassare il prezzo dell'assicurazione in confronto ad un *maximum* di prestazioni a favore dell'assicurato; quali le forme più adatte per le varie categorie di interessati; quali e quanti i rischi supplementari (infortuni, invalidità) e quali altre provvidenze di carattere sociale l'assicuratore può assumere.

Subentra poi l'opera del giurista che costruisce il contratto elaborandone le clausole più delicate, e che, in via generale, indica le eventuali direttive legislative più atte a dare alle assicurazioni popolari quella individualità e quella disciplina fondamentale che meglio corrispondono alle loro finalità.

Segue la medicina che non ha soltanto compiti di controllo e di studio sulla natura dei rischi da assumersi, ma esplica funzioni di assistenza sanitaria, ed anzi deve sempre più ampliarle nelle assicurazioni popolari in quanto gli assicurati appartengono normalmente a categorie meno abbienti.

Infine si sviluppano i problemi organizzativi diretti a potenziare al massimo grado l'espansione della previdenza popolare nei limiti dei margini di costo disponibili.

Un programma di così vasto respiro, in cui si intrecciano problemi scientifici a problemi politici, aspetti ambedue che devono illuminare le direttive della classe, non può essere un semplice dibattito chiuso di scienziati, e, tanto meno, un dibattito chiuso di assicuratori. I lavori si svolgeranno con metodo rigorosamente scientifico ed obiettivo: ma all'opera comune saranno chiamati a collaborare i rappresentanti di tutte le categorie alle quali per virtù di studi o per esigenze sociali le assicurazioni popolari si ricollegano. Il Congresso sarà promosso dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, l'Ente di Stato che esercita le assicurazioni popolari, ma ai lavori saranno invitati a partecipare gli Enti di Stato che esercitano la previdenza sociale e le imprese private, la scuola, il clero, le organizzazioni sindacali.

A questo proposito la presenza dei dirigenti delle Confederazioni dei Lavoratori nel comitato tecnico direttivo del Congresso merita di essere rilevata perchè conferma la particolare sensibilità per i problemi della previdenza assicurativa da parte delle Organizzazioni sindacali chiamate a svolgere la loro attività fra le categorie generalmente meno abbienti dei cittadini.

Operano pertanto in felice collaborazione scienziati, giuristi, attuari, medici e pratici; dirigenti e dipendenti; assicuratori, produttori e assicurati. Solo così il programma totalitario potrà avere uno svolgimento totalitario, cioè veramente nazionale.

Il Congresso avrà dunque un'alta missione nazionale di scienza, ma di una scienza che vive per la vita; avrà dunque soprattutto una missione sociale e morale. Esperti e categorie interessate collaboreranno con stile fascista per lo sviluppo della scienza, della tecnica e del-

l'industria della previdenza popolare: ma soprattutto per lo sviluppo dell'idea. Questa idea dovrà entrare nel cuore del popolo ed a chiusura del Congresso avrà anzi la sua consacrazione attraverso la proclamazione e la premiazione dei Fedeli della previdenza popolare, che, nel campo della previdenza ripetono il silenzioso e diuturno eroismo dei Fedeli della terra.

Nell'anno 1935, mentre Istituto Nazionale e Imprese continueranno il loro ritmo fecondo, il Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari nel quadro delle direttive della politica fascista, segnerà una tappa di profondo significato nella marcia del Regime verso il Popolo.

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

Dott. A. LAMBERTI-BOCCONI

Segretario del Consorzio Italiano Rischi Tarati

(Seguito e fine: vedi numero precedente)

CECOSLOVACCHIA. — Nel 1922 a Praga fu fondato il Consorzio Cecoslovacco per l'assicurazione di rischi aggravati.

I criteri fondamentali che segue per la valutazione e tariffazione dei rischi ad esso deferiti sono presso a poco quelli del Consorzio Austriaco, al quale appartenevano, prima dello smembramento dell'Impero Austro-Ungarico, quasi tutte le attuali consorziate cecoslovacche.

Infatti, la tavola di mortalità normale è quella già indicata — l' H_G^S — ed il tasso d'interesse il 4 $\frac{0}{10}$. Il Consorzio di Praga lavora con 8 gruppi di rischi; il primo prevede una sopramortalità di 50 $\frac{0}{10}$, il 2° di 75. . . . il 7° di 300 e l'ultimo di 400 $\frac{0}{10}$.

FRANCIA. — Diciamo qualcosa di questo paese, prima del nostro, per ultimare il rapido sguardo che abbiamo lanciato oltr'Alpe. In Francia non esiste un unico centro di raccolta, un Consorzio o qualcosa di simile che si incarichi di valutare e tariffare i rischi aggravati. Tali rischi, però, non sono abbandonati, bensì offerti a grandi Compagnie di Riassicurazione — la Münchener di Monaco, la Compagnie Suisse de Réassurances di Zurigo, l'Union, anch'essa di Zurigo — che hanno organizzato propri uffici di tariffazione e di riassicurazione di rischi aggravati, praticando anche in Francia i concetti di cui abbiamo già detto.

In questi ultimi anni, poi, si è aggiunta la « Compagnie d'Assurances Générales » di Parigi che ha creato anch'essa un apposito reparto con analoghi scopi: tariffazione e riassicurazione di rischi anormali.

I criteri che segue la « Compagnie d'Assurances Générales » sono prettamente americani: infatti nella valutazione dei rischi aggravati ricorre al sistema « numerico », secondo le direttive della « New York Life » avendo come presupposto, peraltro ammissibilissimo, che la vita media degli assicurati francesi non differisce gran che da quella degli assicurati nordamericani.

In Francia la tariffa comune è quella concordata, ricavata dalla tavola di mortalità « A. F. », 4. $\frac{1}{4}$ $\frac{0}{10}$.

ITALIA. — Nel nostro Paese, soltanto verso la metà del 1927, si è giunti alla costituzione del Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati: generalmente noto col breve appellativo di « CIRT ». Esso è stato fondato dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e da tutte le Imprese Vita italiane ed estere che lavorano in Italia, e lo Statuto prevede la possibilità di aderirvi anche a compagnie di riassicurazione, o che esercitano la riassicurazione vita.

Il CIRT era, per il passato, considerato un po' come « la bestia nera della produzione vita ». Quando un affare era deferito al CIRT, nella mentalità di certi produttori (e, si potrebbe anche aggiungere, non soltanto dei produttori...), voleva significare affare perduto. Non si pensava, allora, che il CIRT apriva, invece, proprio alla produzione un nuovo campo di sfruttamento, un vasto campo fino a poco tempo fa inesorabilmente inaccessibile, salvo per ben pochi casi, all'assicurazione vita. Ed infatti oggi, alla distanza di circa otto anni dai primi aneliti di vita, il CIRT può vantare di aver guadagnato una doppia battaglia: battaglia morale, in quanto è riuscito a modificare quella pregiudizievole mentalità, è riuscito a provare che non è un nemico della produzione, bensì un sincero e leale collaboratore; battaglia materiale, in quanto che dei 3000 e più assicurati a condizione CIRT, pochi, pochissimi avrebbero potuto soddisfare la esigenza previdenziale senza l'esistenza del Consorzio stesso.

E dando un'occhiata complessiva alla « qualità » del lavoro che giunge al Consorzio, se ne ha la riprova. Mentre i rischi dei primi anni provenivano da una massa di assicurandi ritenuti normali e che soltanto la visita medica per l'assicurazione metteva in evidenza la menomazione, fra quelli che sono deferiti in questi ultimi tempi stanno per prendere il sopravvento i rischi notoriamente aggravati. Ecco, quindi, che il nuovo terreno da sfruttare comincia ad esser conquistato alla previdenza. Ed appunto in questo constatato « allargamento » delle possibilità produttive io credo sia da ricercarsi la ragione principale della mutata opinione verso le direttive di lavoro del Consorzio Italiano.

E non par fuor di luogo aggiungere che le direttive del CIRT non sono mai mutate perchè, nella sostanza, quelle adottate fin dall'inizio si sono rivelate, nel collaudo della pratica quotidiana, buonissime ed opportune.

Soltanto dalla pratica stessa sono state spinte verso quella necessaria evoluzione che ha consentito di realizzare notevoli vantaggi.

I criteri che guidano l'attività del Consorzio Italiano si possono ritenere l'avanguardia del vasto e complesso movimento europeo di studi, di ricerche, di pratica che riguarda l'interessantissimo problema dell'assicurazione dei rischi aggravati.

Non starò a descrivere quelli che sono stati i canoni tecnici in base ai quali iniziò e sviluppò l'attività del CIRT, e della evoluzione di essi fino a giungere agli attuali, poichè di ciò già disse il Dott. Ottaviani in un pregevole ed interessantissimo lavoro pubblicato dal giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari (anno V, n. 1, 1934-XII), nonchè io stesso ed in questa rivista (cfr. n. 4, anno 1934-XII) or non è molto.

Voglio invece intrattenermi, sia pure brevemente, sulle attuali direttive di lavoro e sulle possibilità offerte agli assicurandi.

Abbiamo fin qui accennato a quattro sistemi di valutazione dei rischi aggravati: il sistema « individuale » (De Hoop); il « numerico » (Munchener ecc.); quello delle tavole di mortalità per quanti sono i gruppi di malattie (Dana, Varma); il sistema dei « gruppi di tarature » o « classi di rischio » a cui corrispondono percentuali medie di sopramortalità (Verband di Vienna, Verband di Praga, ecc.). Il Consorzio Italiano pratica quest'ultimo sistema.

Infatti le classi di rischio sono:

50 % di sopramortalità presumibile ;	150 % di sopramortalità presumibile ;
75 % » »	200 % » »
100 % » »	250 % » »
125 % » »	300 % » »

In tutto, quindi, otto.

Importante e caratteristica, però, è la distinzione, che il CIRT ammette in ogni gruppo di tarature, in rapporto con il presumibile andamento delle tarature stesse. Questa distinzione che, come vedremo, ha un riflesso sulle tariffe e non è praticata da nessun'altra organizzazione che si interessi di rischi aggravati, considera i rischi come « decrescenti », « costanti » o « crescenti » a seconda che la tara riscontrata all'ingresso in assicurazione, presumibilmente possa avere un corso decrescente, costante o crescente.

Così, ad esempio, del primo gruppo fanno parte le malattie della pelle, la sifilide, la tubercolosi ossea o polmonare guarita, le calclosi epatiche e renali e così via. Al secondo appartengono le malattie degli organi di senso, la magrezza ecc. Sono considerate, infine, tare della categoria crescente, le cardiopatie, le artriti, la bronchite, l'obesità, le nefriti, ecc. ecc.

Ad ognuna di queste categorie corrispondono premi che, per quanto possibile, seguono per così dire l'andamento della tara. A rischi decrescenti premi decrescenti: infatti entro i 5 o al massimo 10 anni di assicurazione, il soprapremio sanitario per l'extrarischio si riduce ed in molti casi si elimina addirittura. Per i rischi con tare « crescenti », peraltro il premio è costante, così come per i rischi « costanti », e ciò per ovvie considerazioni. Senonché nel calcolarlo, il fattore « mortalità » è variamente considerato. Infatti i premi che si applicano a rischi con tare « crescenti », sono determinati in base a percentuali costanti di sopramortalità per tutto il periodo di assicurazione e quindi con sopramortalità crescente proporzionalmente all'aumento della mortalità normale: sistema questo che il Consorzio applicò nei primi anni di attività per qualsiasi specie di tara.

I premi invece che si applicano a rischi con tare « costante » vengono determinati in base ad un aumento iniziale di sopramortalità costante in cifra assoluta per tutto il periodo di assicurazione (cfr. OTTAVIANI, *op. cit.*). Analogo sistema è seguito per i rischi decrescenti, salvo indicare la decrescenza del soprapremio per l'extrarischio.

Un esempio darà più evidenza ai criteri fondamentali ora espressi. I premi infatti, per età di 40 e 50 anni, per una durata di 20 anni, nel caso di sopramortalità 100 ‰, saranno:

In caso di rischio con tara « crescente » :

	40 anni	50 anni
V. I. p. t.	49,60	68,90
Mista	57,—	74,85
T. Fisso	45,70	53,90

In caso di rischio con tara « costante » o « decrescente » (per quest'ultimo caso il premio corrisponde a quello iniziale) :

	40 anni	50 anni
V. I. p. t.	45,75	62,25
Mista	54,05	67,05
T. Fisso	45,05	50,40

I premi base che il Consorzio applica, sono, ormai scesi, dal Giugno dello scorso anno in seguito all'adozione della Tavola di Mortalità « M. 901 », saggio d'interesse $3\frac{1}{2}\%$ e di opportuni caricamenti, allo stesso livello di quelli praticati dalle Imprese per i rischi normali. Questa circostanza assume particolare valore quando si pensi che per il passato non pochi assicurati, che rappresentavano rischi aggravati al momento dell'ingresso in assicurazione e che dopo pochi anni, per la particolare menomazione, non lo erano più, abbandonavano le loro polizze perchè trovavano conveniente stipulare nuovi contratti di assicurazione.

Ma ciò che certamente rappresenterà per il portafoglio del Consorzio un freno alla decadenza, è costituito dalla introduzione dei soprapremi decrescenti per tutti quei casi nei quali la menomazione attuale diventa nulla o quasi col passar degli anni.

Se ne deduce, quindi, che una vasta classe di persone può godere di questi criteri liberali ed equi che il Consorzio Italiano, unico fra quante organizzazioni si occupano dell'importante attività, ha adottato da circa un paio d'anni.

E certamente oltre minori decadenze, il Consorzio avrà occasione di registrare, malgrado il momento non troppo favorevole per le assicurazioni vita, un incremento nei perfezionamenti.

Un altro provvedimento adottato dal Consorzio e che in definitiva ridonda a beneficio degli assicurati, anch'esso non comune che a poche organizzazioni similari europee, consiste nel garantire — a scadenza del contratto — la restituzione di tutti i soprapremi che un assicurato può aver pagato, in relazione alla tara riscontrata all'ingresso, per la durata del contratto. Quindi, tutti quegli assicurati che non possono ottenere, durante lo svolgimento

del contratto, un alleggerimento del premio per la particolare malattia di cui sono affetti, hanno peraltro il conforto di sperare nella restituzione, a scadenza, di tutti i soprapremi versati.

Ma il Consorzio, in molti casi va anche più in là. Nel fissare il soprapremio all'ingresso, promette, nello stesso momento, il riesame del rischio a breve scadenza — due, tre, cinque anni — allo scopo di attenuare il soprapremio stesso, qualora da nuovi accertamenti sanitari dovesse risultare un miglioramento nelle condizioni di salute dell'assicurato.

È questo un importantissimo provvedimento a favore degli assicurati e, ciò che più conta, *ad esclusivo loro favore*. Infatti, tecnicamente il riesame del rischio con la possibilità di mutarne, eventualmente soltanto in un senso, l'entità del sopra-premio, non è di gradimento dell'attuario, il quale vede, nell'adesione alla riduzione richiesta dall'assicurato, un peggioramento nella parte residua del portafoglio.

Infine, il Consorzio Italiano ha anche abbracciato, or non è molto, il sistema dello scaglionamento del capitale assicurato in un certo numero d'anni, di massima 3, 5 o 10, in tutti quei casi nei quali non può essere concessa la immediata copertura dell'intero capitale proposto per l'assicurazione.

Questo provvedimento è pure assai importante, anche se a prima vista può sembrare che ridondi ad esclusivo vantaggio dell'ente assicuratore. Infatti, se è vero che l'esposizione di esso si attenua nei primi anni di assicurazione, fermo restando il premio che dev'esser pagato sull'intero capitale proposto, è pur anche un fatto certo che, non potendosi accordare integralmente la copertura immediata e dovendosi pertanto rinviare la possibilità della stipulazione del contratto di 3, 5, 10 anni, l'assicurato dovrà invecchiare di 3, 5, 10 anni, ed il premio che allora gli sarà richiesto risentirà inevitabilmente del periodo trascorso.

Un'attenuazione, comunque, a questa condizione restrittiva si potrebbe vedere nell'accordare la garanzia integrale nel solo caso di morte in seguito ad infortunio. Ma il Consorzio, su questo punto non ha ancora manifestato decisamente il suo punto di vista.

* * *

Abbiamo con ciò finito di passare in rapida rassegna l'attività delle organizzazioni europee che si interessano dell'assicurazione vita di rischi aggravati ed accennato fuggacemente ai vari sistemi di valutazione dei rischi stessi.

Ognuna di quelle organizzazioni segue con scrupolosa diligenza l'andamento di questi gruppi di rischi e tutte hanno in corso di elaborazione statistiche ed indagini.

A quali risultati esse giungeranno? Il tempo ce lo dirà.

Problemi profilattico-sociali dell'odontoiatria

*Conferenza tenuta dal Dott. A. BENAGIANO
nella sede del Dopolavoro dell'I. N. A.*

Quando all'annuncio del titolo di questa conferenza un amico candidamente mi domandava quale rapporto potesse avere il mal di denti con le questioni sociali, mi sono convinto sempre più della necessità di trattare un argomento pur tanto importante.

Oggi che ogni Stato si preoccupa non solo della prevenzione e cura delle malattie ma del miglioramento eugenetico della stirpe, è dovere della classe medica di illuminare il pubblico sui vari problemi di igiene e di profilassi delle malattie, ed è dovere di ogni cittadino di conoscere tali questioni per collaborare con la classe sanitaria nella lotta contro il male. Ben opportunamente è stato organizzato perciò il ciclo di conferenze mediche che io ho l'onore.

di iniziare questa sera. Ed è bene che sia un odontoiatra a parlare per primo, giacchè dopo gli studi più recenti nel campo stomatologico, si sono scoperti tali e tanti rapporti tra le malattie odontoiatriche e la patologia di tutto l'organismo, che non è possibile più parlare di profilassi, d'igiene collettiva, di bonifica e di miglioramento della razza, senza fermarsi a considerare i più importanti problemi d'igiene dentaria.

L'ufficio principale del sistema dentario è senza dubbio in rapporto con l'attività gastroenterica.

Nella bocca il cibo viene triturato e insalivato; questa doppia importante funzione meccanica e chimica è interdipendente, giacchè per aversi una buona secrezione salivale è necessario che ci sia lo stimolo della masticazione e della permanenza in bocca dei cibi. Mentre con la triturazione questi vengono preparati ad essere rapidamente attaccati dai succhi gastrici, la saliva col suo fermento principale — la ptialina — opera la prima scissione dell'amido in carboidrati, preparando ed agevolando l'attività fisiologica dello stomaco e dell'intestino.

Una diminuita funzionalità masticatoria deve avere, pertanto, prima di tutto ripercussioni sullo stomaco ed intestino. Se la dentatura è incompleta od insufficiente, anche la funzione importantissima della masticazione e salivazione diviene difettosa, ed il bolo alimentare non più completamente triturato ed insalivato, una volta giunto nello stomaco, ha bisogno di rimanervi più a lungo per subire ad opera dei succhi gastrici quell'azione di trasformazione e di disintegrazione che sarebbe avvenuta in tempo minore se la sua preparazione nella bocca fosse stata completa.

Per una masticazione incompleta, la digestione diventa, perciò, più prolungata e difficile, lo stomaco viene sottoposto ad un lavoro maggiore e finisce per diventare sofferente, la secrezione salivare e quella gastrica, che per via riflessa è in rapporto con la masticazione, diventa insufficiente, la digestione viene ad essere difettosa, l'assimilazione incompleta e la nutrizione pregiudicata. Occorrerà ricorrere allora a quelle diete speciali che fanno perdere la gioia della mensa e il sorriso della perfetta salute.

La vita moderna che col suo ritmo febbrile, ci fa quasi considerare tempo perduto quello del pasto, ha diffuso in modo enorme le gastropatie; non sarà male allora ricordare il vecchio aforisma: « prima digestio fit in ore ».

Queste brevi considerazioni sull'importanza del sistema dentario nella funzionalità dell'apparato gastro-enterico sono ormai conosciute da tutti, e non v'è persona civile ed intelligente oggi, che non supplisca con la protesi dentale alle deficienze del proprio apparato masticatorio.

Ma l'attenzione del mondo medico viene maggiormente oggi richiamata sulle malattie della bocca e dei denti, per il ruolo importante che esse giuocano nel campo della patologia dello intero organismo.

Quando noi ci preoccupiamo del dente cariato e ci sforziamo di curarlo, quando in presenza di una fistola dentaria o di una radice infetta insistiamo per l'allontanamento dell'organo malato, sfidando le riluttanze del paziente, quando di fronte ad una piorrea alveolare, noi raccomandiamo i rimedi radicali, innanzi al nostro spirito non è solo la preoccupazione di provvedere a salvare la funzione masticatoria con la conservazione dei denti curabili, o con la sostituzione protesica di quelli da estrarre, ma col pensiero andiamo molto più oltre, a provvedere alle ripercussioni che in organi lontani le affezioni dei denti può dare.

La carie dentaria, la malattia che insieme alla piorrea alveolare sta al centro di tutta la patologia dentaria, non bisogna oggi guardarla per il dolore che può dare al paziente, o per la minaccia che può portare all'integrità dell'organo masticatorio, sono fatti questi che basterebbero da soli a giustificare la vigilanza che su tali affezioni si deve avere, ma bisogna guardarla da un punto di vista più generale.

Il dente, nessuno ne ha mai dubitato, è un organo come tutti gli altri, ed ha per mezzo della sua polpa, ricca di fasci nerveo-vascolari, intimi rapporti nervosi, circolatori, trofici con il resto dell'organismo. È logico quindi che sul sistema dentario si ripercuotano le condizioni

generali dell'organismo (ereditarietà, avitaminosi, disendocrinopatie, discrasie, abitus costituzionale, stati morbosi, ecc.) e viceversa come affezioni dentarie possano portare danni più o meno gravi all'organismo in generale.

Questa lapalissiana constatazione non vi sembri superflua, poichè ancora oggi in pieno secolo XX v'è della gente (un'infima minoranza invero) che crede alla possibilità che l'odontoiatria possa essere esercitata competentemente dai non medici.

Se esaminiamo la stomatologia col concetto dianzi espresso ben fisso nella mente, noi ci spiegheremo una gran quantità di fatti che diversamente rimarrebbero oscuri.

Innanzitutto vedremo più chiaramente alcuni dati della etiologia di questa malattia la quale è antichissima quanto il genere umano (se ne trovano tracce nei più antichi teschi che si sono rinvenuti; anche « nell'Homo rhodesiensis » che sarebbe vissuto qualche cosa come 25.000 anni fa, si trova traccia di carie in diversi denti).

Per comprendere il meccanismo patogenetico della carie sono stati scritti libri interi. C'è chi l'ha spiegata con un processo puramente chimico, pensando che del materiale acido formatosi nella bocca potesse attaccare i sali calcarei che compongono i tessuti duri del dente, e sciogliendoli; determinare le cavità cariose; c'è chi invece ha attribuito ai microrganismi l'azione deleteria sul tessuto dentale; e chi infine, conciliando le due opinioni, ha pensato che l'uno e l'altro fattore insieme possono influire nel determinismo della malattia.

Da questa teoria sulla origine della carie è venuto diffondendosi l'uso dell'igiene dentale per mezzo dello spazzolino.

Portando via meccanicamente ogni residuo di cibo che fermentando possa produrre acido lattico nocivo alla sostanza minerale del dente e disinfettando il più possibile, con i dentifrici miracolosi di cui è pieno il mercato, l'ambiente boccale, la carie dovrebbe essere eliminata dal genere umano.

E come mai nelle bocche più pulite e più scrupolosamente curate compaiono lesioni cariose, e viceversa in tanti contadini che non hanno mai conosciuto l'uso dello spazzolino, i denti sono sani?

La verità è che bisogna guardare a questo male con occhio di medico. Come in tutte le malattie il medico guarda all'infezione e al terreno organico in cui l'infezione si manifesta, così anche nella carie dentaria bisogna guardare sì alle condizioni locali, ma soprattutto occorre tener presente le condizioni di tutto l'organismo.

Quante volte la lesione dentale è il sintomo di una malattia o di uno stato patologico organico remoto o presente?

Grazie alla conoscenza dell'epoca di formazione delle diverse sezioni della corona dei denti, lo stomatologo oggi è in grado di indovinare, dalle zone di ipoplasia dello smalto dentale, se nell'adolescenza d'un individuo vi sono state delle malattie generali, e può precisarne anche l'epoca con molta approssimazione.

Se al momento della formazione d'una zona del dente l'organismo ha subito un debilitamento generale, o una deficienza di sali di calcio, o una mancanza di poteri di fissazione di sali minerali, in quella zona vi sarà sempre un *locus minoris resistentiae* e vi sarà sempre più possibilità che l'affezione cariosa si impianti; così se un organismo si trova in uno stato di debolezza, per infezioni generali o per deficienza qualitativa o quantitativa alimentare, o è afflitto da un disordine endocrino o da un'alterazione generale del ricambio (diabete, stati uricemici, gotta) o si trova in uno stato particolare che richiede a tutti i tessuti un superlavoro (gravidanza), tali condizioni generali non possono non ripercuotersi sul sistema dentario e renderlo più debole e più facile preda ai processi infettivi.

Qualcuno potrebbe dirmi: Allora è perfettamente inutile usare lo spazzolino e curare l'igiene dentale quando v'è, per una direi quasi fatale disposizione organica, la tendenza per alcuni denti ad ammalarsi.

Accanto al fattore « disposizione » di natura generale, è indubbiamente dimostrato — però — che occorre il fattore locale. La carie procede sempre dall'esterno all'interno anche se recenti teorie (Retterer) sulla vitalità della dentina e dello smalto, ritenendo queste so-

stanze dipendenza cellulare degli odontoblasti, e quindi sottoposte a metabolismo come qualsiasi altro tessuto organico, ammettono che la lesione iniziale della carie risieda nelle cellule situate nella polpa dentale; queste moderne vedute se aiutano a comprendere la patogenesi del male, non potranno negare che la carie si inizia negli strati superficiali del dente; se questo lo si copre — infatti — con una protezione (capsula metallica) la carie non si sviluppa. Occorre dunque un fattore locale, il quale può essere benissimo dato dalle patine che si formano su denti mal tenuti, e dalla flora batterica della bocca.

Io un cavo orale in cui vi siano molteplici radici putride, denti cariati, e siano completamente dimenticate le cure igieniche, il processo carioso trova più facile campo di azione e più agevole diffusione.

Quello che voglio bene fissare in questo momento è il principio che le norme igieniche comunemente intese, l'uso cioè dello spazzolino e del dentifricio, non sono una garanzia profilattica sicura, e che son ben altri i problemi di profilassi da usarsi. Ad essi accenneremo più tardi.

A proposito di dentifrici, chi di noi non ha letto nelle quarte pagine dei giornali le più mirabolanti qualità antisettiche delle paste del commercio?

È bene che il pubblico sia messo in guardia anche da queste affermazioni che si leggono nelle reclame tanto frequentemente. È possibile con i vari dentrifici disinfettare la bocca? Non ci illudiamo o signori.

La cavità boccale è un'incubatrice continua di microrganismi, anche molto pericolosi, i quali per fortuna vivono allo stato saprofitico, rimangono cioè innocui, per l'equilibrio biologico creato dalle difese ambientali organiche.

Questo equilibrio può essere rotto o per modificazione dell'ambiente boccale, o per depressione dei poteri generali di difesa dell'organismo.

Quando in una bocca si sono formate delle cavità cariose più o meno profonde, in esse si raccolgono detriti alimentari in fermentazione, in mezzo ai quali i comuni germi che vivono nella bocca, trovano un ambiente ben differente da quello in cui vivevano quando le caverne cariose non c'erano. Il materiale putrido che si trova in una cavità dentale è ben diverso dall'ambiente di tutta la bocca, specialmente se questa era tenuta igienicamente. In un ambiente così trasformato anche i germi si trasformano non solo nella loro azione tossica, ma anche nella loro morfologia (si ricordi la recente teoria del polimorfismo streptococcico).

Ne viene di conseguenza che in una bocca malsana con diffuse cavità cariose, la flora batterica non è più innocua come in una bocca sana, ma contiene ceppi microbici pericolosissimi, come quelli del tifo, della tubercolosi, del colera, ecc. . . ; microrganismi questi che se possono ancora essere innocui alle persone che li ospitano (portatori sani), sono in grado di danneggiare gravemente gli altri, quando col parlare, o semplicemente col respirare, vengono proiettati nell'aria e negli ambienti.

In un ufficio, in un laboratorio, in una scuola, la presenza di bocche in cattive condizioni igieniche è veramente pernicioso, specialmente per coloro i quali hanno un terreno costituzionale più favorevole all'attecchimento di determinate infezioni. Nè sembri esagerato quello che dico. Ci sono dei fatti sperimentali che provano in modo luminoso la differenza enorme che presenta l'aria in un ambiente chiuso nel quale vi siano persone con la bocca igienicamente tenuta, e l'aria dove vivono persone con bocche malsane.

Il danno è infinitamente più grave se immaginiamo la presenza di bocche malsane in ambienti dove vivono dei bambini (Asili, Scuole, Collegi).

È stato ripetutamente osservato che: mettendo delle bacinelle di vetro (capsule di Petri) con terreni di cultura diversi in una Scuola dove i bimbi avevano la bocca trascurata igienicamente, i terreni in breve tempo si popolavano di colonie numerosissime e patogene, mentre le colonie si sviluppavano misere e assolutamente non patogene nelle aule dove i bimbi avevano precedentemente subito un trattamento profilattico.

I microrganismi mandati fuori dalla bocca con le particelle salivari nel parlare e nel-

l'espriare infettano il pulviscolo atmosferico di tutto l'ambiente, specie se chiuso ; e con questo meccanismo si trasmettono, specialmente nei bambini, le più comuni malattie infettive.

Non sarà sorpresa per nessuno, pertanto, se il diffondere le norme che devono prevenire e curare le malattie della bocca e dei denti, costituisce un dovere preciso nostro, e se la profilassi stomatologica è un problema sociale.

A che giova aereare, pulire, disinfettare bene gli ambienti scolastici, gli opifici, i laboratori, gli uffici, se poi noi ne inquiniamo con la nostra bocca l'atmosfera ?

Così a che giova avere candidamente pulita tutta la nostra persona, gli oggetti che hanno contatto con noi, le stoviglie che noi usiamo ? A che giova cambiare aria, andare in montagna, al mare, se lasciamo inquinare la nostra stessa bocca e l'aria che respiriamo e i cibi che ingeriamo ?

Com'è incoerente tante volte l'uomo !!!

Si è intrapresa in Italia una lotta veramente grandiosa, con una dovizia di mezzi e larghezza di vedute che onora il nostro paese, contro la tubercolosi ; ebbene chi di noi non è convinto che non può essere in tale lotta assolutamente trascurata l'igiene della bocca ?

E questo non è che un lato del problema sociale che l'odontoiatria impone ; abbiamo accennato ai danni che una bocca malsana può arrecare al prossimo, vediamo ora quali sono i danni che le malattie della bocca arrecano a tutto l'organismo dell'individuo.

Il processo carioso distruggendo i tessuti duri del dente, procede abbiamo detto, dall'esterno all'interno del dente ; ora finchè esso si è limitato allo smalto e alla dentina, il pericolo per l'organismo è piuttosto relativo, ed è dato solo dal fatto che nelle piccole cavità i germi della bocca riacquistano una virulenza che prima non avevano ; ma quando la cavità cariosa si è approfondita fino a raggiungere la polpa dentaria, allora quella flora batterica, ormai pericolosa, viene a contatto con un tessuto ricco di vasi e di nervi, ed incomincia a produrre un'infezione vera e propria, con tutta una sintomatologia imponente di dolore che, mirabile provvidenza della natura, sta lì a richiamare l'attenzione del malato sui pericoli che il male può dare a tutto l'organismo.

La polpa infetta s'infiamma, nel posto accorrono numerosi i militi di difesa dell'organismo : i globuli bianchi del sangue, la lotta s'ingaggia tra gli elementi sanguigni da una parte, i germi patogeni dall'altra. E la meravigliosa organizzazione difensiva dell'organismo che mobilita le sue forze.

Nell'interno del piccolo dente è tutto un assieparsi di elementi nuovi in lotta ; il campo è congestionato di soldati che si pigiano, che si urtano, combattono e muoiono : le piccole gocce di pus sono il sangue bianco di questa lotta ; non è possibile, come in altre parti del corpo, nessun sconfinamento ; i tessuti duri del dente sono rigidi, non si può avere gonfiore. I piccoli filuzzi nervosi che si trovano nella polpa del dente vengono senza alcun riguardo compromessi : il dolore è fortissimo, come in nessuna altra parte del corpo.

La congestione diventa tale che il traffico si fa impossibile, all'apice del dente avviene quasi uno strozzamento delle piccole arterie ; non è più possibile ormai mandare nell'interno del dente nè combattenti nè vettovaglie. La polpa dentale, priva di nutrizione cade in necrosi. I germi vinta la prima battaglia, si buttano sul tessuto morto e provocano la cancrena della polpa. Il dolore da questo momento è cessato, poichè i filuzzi nervosi nell'interno del dente sono distrutti ; il fragore delle armi non si ascolta più. Interviene una lotta di posizione, di trincea, subdola, nascosta ma pericolosa sempre, anche più di prima ; i germi avanzano silenziosi verso l'apice del dente.

Se l'infezione, oltrepassato l'orifizio apicale delle radici dentali, non trova, per la sua grande virulenza, o per indebolimento delle difese organiche, una barriera d'arresto, si propaga ai tessuti peridentali, all'osso alveolare, e se non si esteriorizza con un ascesso che si apra all'esterno, può diffondersi ai mascellari, determinando gravi complicazioni locali ; in casi, fortunatamente più rari, può invadere le vie sanguigne e dare setticemie acute anche letali.

Per lo più l'organismo, quasi intuendo il pericolo di una avanzata ulteriore dei germi,

organizza all'apice radicolare una barriera di difesa, dinanzi alla quale questi si arrestano e l'infezione prende un decorso cronico. Si forma il cosiddetto granuloma apicale.

La sintomatologia è muta, i pazienti non hanno più alcun disturbo, i denti possono anche essere adoperati, sembra che tutto sia finito.

Invece sono proprio quei granulomi apicali che secondo le teorie più recenti, costituiscono la fonte della maggior parte dei malanni della nostra vita. Fu il clinico inglese William Hunter che nel 1910 col suo lavoro « Sepsi orale come origine di malattie generali » mise in rilievo che da focolai dentari cronici, quali sono i granulomi apicali, può partire la causa di disturbi generali subacuti e persistenti che dimostrano uno stato settico più o meno intenso di tutto l'organismo.

I granulomi apicali finiscono per diventare veri nidi di germi patogeni i quali se ne rimangono entro i limiti del granuloma stesso, elaborano continuamente tossine che penetrano nel circolo sanguigno e danno quelle intossicazioni croniche rivelate da malessere, lievi rialzi termici, qualche brivido, e che contribuiscono a deprimere col tempo le fibre più resistenti.

Ma non solo le tossine si diffondono al corpo del focolaio apicale, anche i germi, come è stato sperimentalmente dimostrato, sfuggono alla barriera di difesa, raggiungono i vasi sanguigni e penetrano in circolo. Una volta nel torrente circolatorio i microrganismi patogeni possono andare a localizzarsi negli organi più differenti e nei più lontani distretti, dando origine alle malattie più diverse, che non lasciano neppure lontanamente pensare al focolaio dal quale sono partite.

L'origine di tante glomerulo nefriti, appendicitis, endocarditi sarebbe data, secondo l'opinione dei più illustri clinici moderni, proprio dai germi partiti da questi focolai microbici (foci).

La teoria sulle infezioni focali, sulle infezioni cioè dell'organismo che partono dai focolai situati in organi comunicanti con l'esterno, è ormai entrata nel dominio comune della scienza e, sfrondata di tutto ciò che può essere esagerazione, è stata accettata ormai dai migliori clinici, e grazie ad essa, tante malattie di genesi oscura (criptogenetiche) hanno potuto essere spiegate.

Le osservazioni cliniche e la patologia sperimentale hanno corroborato le teorie, e quando si è dimostrato che i germi trovati negli organi ammalati di alcuni pazienti erano gli stessi che si riscontravano nei suoi focolai dentali (Rosenow), quando iniettando in un animale da esperimento il materiale infetto prelevato dai focolai dentali, si ottenevano le lesioni negli stessi organi che si trovavano lesi nel paziente (Rosenow), quando è stato sperimentalmente dimostrato il passaggio in circolo dei germi più diversi dai focolai dentali, allora si è visto quanto l'odontoiatria si ricolleggi intimamente alla medicina generale, e come la sua collaborazione sia necessaria per le maggiori conquiste della patologia e della terapia.

Uno dei fratelli Mayo, i più famosi ed illustri chirurghi d'America ha scritto: « I medici e i chirurghi dovrebbero mettere in guardia i loro pazienti che la bocca è la più frequente porta di entrata dei germi patogeni nell'organismo ».

La prossima grande tappa nel progresso medico, nei riguardi della medicina preventiva, dovrebbe essere opera degli odontoiatri.

Il problema che queste conoscenze nuove hanno fatto nascere sono tanto importanti che si è vista la necessità di trattarle in congressi di medicina, e nel congresso di medicina interna tedesco a Wiesbaden qualche anno fa, e nel Congresso di medicina e chirurgia italiano a Pavia l'anno scorso, i rapporti tra le infezioni focali e un gran numero di malattie hanno attratto l'attenzione generale.

Da tutto quanto si è detto scaturisce l'urgente necessità di eliminare, guarendoli o distruggendoli, i focolai infettivi dentali dall'organismo, dico urgente necessità, perchè, quando con gli agenti patogeni provenienti dai focolai dentali, si è stabilito un focolaio secondario nell'interno di un altro organo, anche eliminando il focolaio primario, non è più possibile distruggere la fonte dell'infezione.

Aver cura della bocca è, come si vede, un dovere imprescindibile, verso la propria salute, e verso quella degli altri; di fronte a questo dovere neanche lo Stato può esimersi.

Una volta intuito il danno che alla Società può derivare dalla trascuratezza dell'igiene orale, una Nazione che realmente si preoccupa della salute dei suoi figli deve prevenirlo e combatterlo.

Nella vita di un popolo non vi è patrimonio più gelosamente da conservarsi, da difendersi, da migliorarsi, che la salute della stirpe. Non vi è ricchezza che l'equivalga, non v'è potenza che la superi.

Accanto alla lotta ingaggiata contro la tubercolosi, contro il reumatismo, accanto alle istituzioni per la protezione dell'infanzia e della giovinezza, vi deve essere la battaglia contro le malattie orali, devono sorgere le istituzioni per la profilassi stomatologica.

Non si immagina neanche quello che per questo scopo si spende in altre Nazioni dove le malattie del sistema dentario sono più diffuse che da noi.

Negli Stati Uniti d'America si spendono 7 miliardi all'anno per la difesa dai mali della bocca.

In Germania si spendono 220 milioni di lire all'anno per la profilassi e cura dentale.

A Rochester in America per la profilassi delle sole scuole si spendono 2 milioni all'anno.

Non sembrano esagerate queste cifre se si pensi all'enorme danno economico che deriva alla Nazione dalle giornate di lavoro che si perdono solo per le malattie reumatiche, e per l'artrite cronica (nominiamo le due malattie che più insistentemente oggi si mettono in rapporto con le infezioni focali).

Secondo le statistiche delle cliniche dei fratelli Mayo in America, l'artrite cronica nel 54% dei casi prenderebbe origine da focolai dentali e peridontali, mentre Schmidt dalle statistiche del suo sanatorio in Cecoslovacchia ha dedotto che nel 56% dei suoi malati di reumatismo articolare acuto si può trovare un nesso etiologico con le malattie della cavità orale.

In armonia a questa concezione scientifica, come riferisce Beretta, una Cassa di Assicurazione tedesca ha osservato che sopra 200 invalidi per artrite cronica, ben 70 poterono riprendere il lavoro dopo la guarigione delle affezioni dentali; il che significa avere ottenuto il 35% di guarigioni dell'artrite cronica semplicemente in seguito alle cure odontoiatriche.

In Italia si è fatto poco ancora; ma come a Roma l'Istituto Eastman, a Milano l'Istituto Stomatologico, e in altre città istituzioni dello stesso genere, vanno già svolgendo la loro opera benefica, così, ci auguriamo, che l'importanza della profilassi dentaria farà nascere ovunque un servizio di prevenzione e di cura delle malattie della bocca, per il bene del nostro popolo, per il miglioramento della nostra razza.

I mezzi che questa lotta richiede sono enormi, non è possibile perciò, almeno per ora, attendersi tutto dallo Stato; alla deficienza delle iniziative statali deve supplire l'iniziativa degli enti privati.

La istituzione di gabinetti odontoiatrici nelle sedi del Dopolavoro, dell'O.N.B., dei vari Istituti privati è un provvedimento che va incoraggiato e difeso.

Il temuto studio del dentista che prima incuteva orrore e spavento, oggi deve essere guardato con fiducia e benevolenza; il dolore da esso è bandito ormai con i mezzi comuni di anestesia. Nè deve ritenersi la cura dentaria un lusso, ma una cura indispensabile e urgente giacchè non potendosi prevenire la carie, si può curarla appena compare, e prima ancora che provochi molti danni. Non si deve attendere la comparsa del dolore per correre dal medico; quando il dolore interviene l'infezione ha già camminato troppo e ha già raggiunto la polpa del dente.

La visita periodica dello specialista, anche senza lo stimolo del dolore, costituisce insieme alle comuni regole di pulizia quotidiana della bocca, la norma migliore di profilassi.

Le visite consultive gratuite degli Ambulatori hanno questo scopo: vigilare la prima comparsa delle macchie di una carie. Curare in tempo significa evitare tutti i danni e tutti i dolori.

Questi sono i consigli da diffondersi per l'igiene individuale stomatologica.

Per quanto riguarda l'igiene collettiva essa può essere riassunta in questi cinque compiti di profilassi fissati già in un Congresso di specialisti tenutosi a Roma qualche anno fa:

1° *Profilassi prenatale* — (igiene della gravidanza, igiene dell'alimentazione della donna). Favorire una dieta qualitativamente e quantitativamente idonea nella madre, significa provvedere all'organismo che si sviluppa nel grembo materno i mezzi più idonei a ben formare i suoi organi e i suoi sistemi, denti compresi.

2° *Profilassi postnatale* — Obbligatorietà dell'allattamento materno ricco di tutte le sostanze veramente adatte alle diverse età del lattante.

3° *Profilassi dentaria prescolastica* — Negli asili di infanzia, nelle cliniche pediatriche, nei nidi di fabbrica. Essa è semplice e deve consistere nella visita dei piccoli per correggere subito eventuali anomalie dell'articolazione dentaria, per la pulizia della bocca, e per curare le carie dei denti di latte che vanno trattati come i denti permanenti, perchè possono dare tutti i disturbi di questi, e che non vanno estratti prima del tempo, perchè la loro precoce caduta può fare alterare la posizione corretta dei denti che più tardi verranno fuori.

4° *Profilassi scolastica e parascolastica* — Essa deve applicare le norme dette prima in tutte le scuole, in tutti i collegi, colonie estive, istituti di ricovero ecc.

5° *Educazione igienica individuale* — La si acquisterà certamente se avremo avuto cura di insegnarla ai bimbi sin dai primi anni della sua vita. La propaganda di questa igiene dovrebbe essere organizzata su vasta scala nelle scuole, nelle società, nelle famiglie. In Giappone è stata fissata una giornata speciale dell'anno per fare tale propaganda, così come da noi v'è la giornata della tubercolosi.

Prima di concludere questa conferenza farei una grave omissione se dimenticassi di ricordare un'altra funzione dall'apparato dentario, che, se interessa in prevalenza il gentil sesso non deve essere trascurata da nessuno. La funzione estetica; anche perchè avrò così modo di far rilevare come le disarmonie date da una dentatura irregolare rappresentano una deviazione dalla norma e sono indice di una turba organica presente o remota.

La poesia di una bocca bella e la dolcezza di un sorriso non è mai disgiunta dalla visione di una dentatura regolare e sana. Non saprei concepire il profumo delicato e la freschezza soave di una bocca, nell'età più lieta della giovinezza, se nel sorriso non mostra due file di denti bianchi, regolari, olezzanti.

Il dentista è stato sempre dall'età più antica, dalla lontana civiltà egiziana a quella greca e romana, l'apostolo del sorriso, ed ha avuto in questa visione gentile e delicata la collaborazione degli artisti e dei poeti.

Catullo chiama i denti: lo splendente candore della bocca, e la Regina di Saba li vuole «... bianchi puri come greggi di agnelli che sorgono dall'acqua del fiume...»

Orazio poi senza complimenti dice:

*Importunus amor refugit te
Quia turpant luridi dentes*

Quale ammonimento è più efficace di questo, a tener la bocca igienicamente a posto?

Anche le prime protesi dentali ebbero lo scopo di riparare l'oltraggio degli anni, ed il castigo della trascuratezza.

Oggi l'odontoiatra non si limita più a consigliare la pulizia e la protesi per conservare l'estetica, ma va oltre, a correggere le anomalie delle arcate dentarie, ravvisando in esse un'altra ragione di danno al corpo di chi le presenta.

Una branca nuovissima dell'odontoiatria: l'ortopedia-dento-facciale o altrimenti detta ortodontoiatria o ortodontia, si occupa di studiare la genesi delle malformazioni dei mascellari e delle arcate dentarie, la influenza che tali deformità hanno sull'armonia dei lineamenti facciali e sulla salute del corpo, essa ci dà le norme per prevenire le deformazioni nell'età dell'adolescenza, prima che si formino, o durante il loro delinearci, e ci offre i mezzi per correggere le anomalie quando queste si sono già prodotte.

Sarebbe molto utile ed interessante entrare in un esame più dettagliato di questa nuova scienza; ma non voglio abusare della vostra pazienza.

Per dare un'idea del danno che le anomalie dentofacciali provocano sull'organismo vi dirò a modo di esempio che quando i denti superiori sono protrusi in fuori e costretti nelle zone laterali dell'arcata, e debordano dalla rima labiale, impedendo alla bocca di restare chiusa, non è soltanto la disarmonia del viso che ne soffre, ma sono ben altri i danni che l'organismo riceve.

Innanzitutto tutti gli incisivi ed i canini che non combaciano con gli inferiori corrispondenti non sono utilizzati, e la masticazione è compromessa e ridotta, per cui la nutrizione ne risente.

La mancata chiusura della bocca, porta ad una respirazione buccale; la pressione che la colonna d'aria entrante per la bocca esercita sul palato, insieme ad altri fattori che non è qui il caso di ricordare, provocano un innalzamento della volta palatina, ed un rimpicciolimento, quindi, della cavità nasale, che ha per pavimento il palato, e la respirazione nasale quale fisiologicamente dovrebbe essere, finisce per eliminarsi quasi del tutto.

L'aria che entra nei polmoni non è più quindi pulita, filtrata, depurata, inumidita e riscaldata nei turbinati nasali, con tutte le conseguenze che tale difetto porta sul tessuto polmonare; silicosi polmonare, bronchiti croniche, tbc. polmonare ecc., specialmente negli individui giovani che sono a contatto, nel loro lavoro quotidiano, con sostanze nocive, carbone, piombo, polvere di silicati ecc.

La difficoltà respiratoria per la via orale, fa sì che nell'inspirazione gli angoli polmonari non vengono dilatati e riempiti di aria, e si ottiene in tali posti un *locus minoris resisten-tiae*, dove più facilmente possono attecchire i processi tubercolari. Inoltre il sangue si ossigena meno, ed i giovani soggetti diventano anemici, pallidi, denutriti.

L'aria penetrante per la bocca determina uno stato di secchezza nella mucosa faringea e produce quelle forme di faringiti croniche a tipo atrofico, tanto diffuse; la circolazione sanguigna e linfatica delle tonsille faringee (anello di Valdayer) viene ostacolata, e queste si ipertrofizzano, sorgono le vegetazioni adenoidi. È tutta una patologia speciale che è in rapporto con una malformazione dell'osso mascellare; è tutto un quadro clinico che si delinea nei piccoli soggetti dei quali pochi raggiungono età adulte.

Quando si pensi che queste anomalie si possono correggere durante l'età giovanile e che si possono addirittura eliminare nei piccoli, togliendo loro certi difetti che possono provarle (come il succhiamento del dito, la posizione della lingua e del labbro inferiore tra i denti, la presenza della tettina del biberon nei bambini ecc.), non è un vero peccato trascurare questi esseri che con poca fatica potrebbero essere salvati e corretti a tempo opportuno come si raddrizza una delicata pianticella?

I denti affardellati e impiantati fuori di posto vanno corretti anche perchè andranno più facilmente incontro alla piorrea alveolare non avendo per la loro posizione anormale una irrorazione sanguigna regolare.

Si salva l'estetica in definitiva, e si preven-gono malanni.

La mano provetta che guidata dalla luce della Scienza, s'appresta a correggere le conseguenze deformanti delle anomalie dentali e mascellari, il medico che con lo sguardo fiso nell'avvenire traccia nella mente le linee ideali del volto, per ricondurre quelle deviate dai mali sulle vie della perfezione, a seconda del tipo biologico a cui quel volto appartiene, ha in sé tutti i dati dell'artista.

L'odontoiatria è una scienza ed è un'arte, come la clinica; dalla scienza prende i colori come dalla tavolozza il pittore, con l'arte forma un quadro pieno di nobile poesia: la dolcezza di un sorriso, la gioia del viver sani.

La pagina del Medico fiduciario

Importantissimo.

Si rammenta ai medici fiduciari che essi debbono ricevere l'invito, per le visite agli assicurandi, esclusivamente dagli Agenti Generali o Locali o viaggianti delle località per le quali sono stati designati dalla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Pertanto è fatto assoluto divieto ai fiduciari stessi, di accettare l'incarico di visite per assicurandi residenti in località diverse da quelle appartenenti al territorio indicato nella lettera di nomina della Direzione Generale dell'I. N. A.

Tentato raggio da parte di un assicurando.

Il caso che esponiamo è in tutto simile a quello riportato nel n. 1 del corrente anno della Rivista. Questa volta si tratta di un uomo di 24 anni molto . . . ingenuo, il quale sperava di poter occultare al medico fiduciario la malattia dalla quale era affetto.

Egli, dopo aver dichiarato nell'anamnesi di aver sempre goduto ottima salute, continuò ad insistere nelle sue asserzioni, anche dopo la visita del sanitario, il quale aveva accertato una affezione dell'apice di sinistra con pneumotorace in atto. Fu solo in seguito alle abili ed incalzanti domande del fiduciario stesso che l'assicurando si indusse a confessare di essere malato di tubercolosi polmonare da oltre tre anni e di essere sottoposto a cura pneumotoracica da due mesi. Soggiunse infine di aver cercato di nascondere la sua malattia sperando che il medico fiduciario non se ne sarebbe accorto.

F. V.

Danni che potevano essere evitati.

L'importanza della visita medica all'ingresso in assicurazione, viene da qualche medico disconosciuta e la visita intesa come una semplice formalità di dover riempire un modulo. Purtroppo qualche fiduciario con questa errata mentalità abilmente sfruttata da chi ha scopi non onesti, viene a trovarsi in situazioni spiacevoli con grave danno della propria dignità.

Ne segnaliamo un caso di questi giorni.

Il giorno 10 ottobre 1934 un nostro fiduciario dichiarò sano e rischio buono, un assicurando che cinque giorni dopo veniva ricoverato in Ospedale per cirrosi epatica con ascite. La forma grave ed avanzata condusse a morte il soggetto il 18 del mese seguente nello stesso Ospedale.

Ogni medico comprende, indipendentemente da quanto risultò poi dalle indagini, che in soli cinque giorni non si può stabilire una cirrosi grave con ascite. Una visita medica, non diciamo accuratissima, ma anche normale avrebbe evitato a questo fiduciario la qualifica di negligente nei confronti dell'Istituto e di . . . ingenuo rispetto all'Agente di produzione.

Il caso istruttivo lo segnaliamo alla riflessione di quanti medici tengono alla propria dignità e serietà professionale cioè a tutti i nostri fiduciari.

St.

* *

Nel dicembre 1934 è deceduto per emorragia cerebrale un assicurato per un discreto capitale.

Da un'inchiesta eseguita è risultato che l'individuo era stato riconosciuto affetto da arteriosclerosi con ipertensione da oltre un anno prima dell'ingresso in assicurazione.

Al medico visitatore l'assicurando aveva dichiarato di non aver sofferto mai alcun disturbo, di non avere consultato mai medici.

F. M.

* *

A distanza di appena un anno dalla stipulazione del contratto, un assicurato è venuto a morte per apoplezia cerebrale.

Dall'indagine eseguita è risultato che l'in-

dividuo circa due anni prima dell'ingresso in assicurazione cominciò ad avere disturbi congestivi cerebrali da ipertensione arteriosa. Furono istituite cure adeguate: sanguisugio, ipotensivi, ma senza riceverne apparente beneficio.

Il medico fiduciario quando ebbe a visitarlo per l'assicurazione dichiarò di aver riscontrato ogni organo e sistema normale e giudicò quindi il rischio accettabile.

M. C. B.

Dai Libri e dalle Riviste

La variabilità dei punti di vista nella valutazione medica dei rischi.

(*The Eastern Underwriter*, 12 ottobre 1934).

Le considerazioni seguenti, che naturalmente intendono essere soltanto esemplificative, sono dovute al Capo del servizio sanitario di una compagnia americana.

Occorre, per la valutazione e la selezione dei rischi, essere costantemente vigili e tener sempre conto dei progressi della scienza medica. Le compagnie non esercitano oggi una maggiore severità nella selezione preventiva, ma trovano maggior numero di individui tarati.

Dal punto di vista dell'assicurazione vita, uno dei problemi che presentano oggi maggiore interesse ed importanza è quello della pressione del sangue: si è avuta negli ultimi anni una spiccata tendenza ad abbassare il valore di quella che può essere considerata come pressione normale a qualsiasi età: per la pressione sistolica si è scesi da 160 a 150, a 145; oggi si è a 140 mm.

Si acquista sempre più la convinzione che le compagnie abbiano subito perdite gravi per aver accettato proponenti con pressione del sangue apparentemente normale al momento della visita, ma che in un prossimo passato, per una ragione o per un'altra, avevano presentato ipertensione. Queste persone dovrebbero tutte essere considerate come pazienti potenziali di malattie cardiovascolari e renali, quindi appartenenti ad un gruppo con forte ipermortalità.

Rapidi cambiamenti ha subito anche la situazione nei riguardi delle affezioni cardiache. Si è stati, almeno per qualche tempo, sicuri che l'elettrocardiogramma desse una risposta sicura al quesito. Oggi esistono almeno due metodi assolutamente opposti di interpretazione del tracciato elettrocardiografico. Gli esperti spesso dissentono. L'elettrocardiogramma non offre quindi quell'ausilio infallibile che se ne era sperato.

Un altro problema nuovo è quello delle malattie delle coronarie, malattie che solo di recente sono state osservate come entità distinte. Dacché

vengono raccolti al riguardo dati statistici a parte, cioè dal 1930, la frequenza della malattia è aumentata del 200 per cento; ma l'aumento è con probabilità in gran parte apparente e dovuto al miglioramento dei sistemi di diagnosi.

(Dal *Bollettino* di Novembre della Biblioteca dell'I.N.A.).

I benefici per invalidità totale e permanente nelle polizze americane di assicurazione sulla vita.

Il prof. Charles K. Knight dell'Università di Pennsylvania ha pubblicato nel n. 6 di *Assicurazioni* — la giovane e già tanto apprezzata rivista di diritto economia e finanza delle assicurazioni private, che esce a cura dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni — un interessante studio sulla copertura del rischio di invalidità secondo le polizze americane di assicurazione sulla vita.

Crediamo utile darne un breve cenno, rimandando coloro cui l'argomento interesserà in modo speciale alla lettura dell'intero studio.

Com'è noto, in connessione con l'assicurazione sulla vita, a richiesta dell'assicurato e mediante il pagamento di un soprapremio, la compagnia include nel contratto clausole disponenti che, in caso di sopraggiunta invalidità totale e permanente della persona assicurata, la compagnia rinuncia ai futuri pagamenti del premio, ovvero non soltanto rinuncia ai futuri pagamenti, ma s'impegna anche alla corresponsione di determinati benefici agli assicurati medesimi.

Questo tipo di cautela partecipa della natura dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie, ramo esercitato dalle compagnie di assicurazioni contro gli incidenti casuali. Se ne differenzia solo in quanto:

1° questa cautela garantisce l'assicurato solo contro la inabilità totale e permanente, mentre l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie protegge contro le invalidità temporanee e parziali;

2° questa clausola non può essere annullata

o modificata nel corso del contratto, a differenza di quanto avviene nell'assicurazione malattie.

Le compagnie di assicurazione sulla vita si sono indotte a prendere in considerazione la copertura di questo rischio, poiché si è riconosciuto che la sola assicurazione sulla vita non è sufficiente a coprire le eventualità cui gli esseri umani sono esposti. Infatti nei riguardi del bilancio familiare, la malattia prolungata, per esempio, o un lungo periodo di degenza per infortunio che si risolve nella morte, è più grave della improvvisa scomparsa del capo famiglia. Ecco quindi il beneficio della sospensione del pagamento del premio presentemente concesso da quasi tutte le compagnie americane di assicurazione sulla vita.

La prima compagnia che adottò i benefici della inabilità fu la *Fidelity Mutual Life Insurance Company* di Filadelfia, nel 1896.

La *Fidelity*, in caso di riconosciuta invalidità, lasciava all'assicurato la scelta tra una di queste alternative:

1° il pagamento dei premi è sospeso e la polizza rimane in vigore, alle condizioni indicate di volta in volta, in proporzione del fondo di riserva;

2° in sostituzione della polizza sarà corrisposto un vitalizio pari a quello che il valore della polizza consentirebbe di acquistare all'età che avrà allora l'assicurato.

Soltanto sei anni dopo, un'altra compagnia americana adottò una clausola d'invalidità, e fu nel senso della cessazione del premio.

Nel 1906, sette compagnie coprivano il rischio di invalidità.

Nel 1911, ben 150 compagnie assumevano, in varia forma, il rischio della invalidità.

Furono particolarmente le compagnie giovani che adottarono questo rischio per aumentare il volume dei loro affari, la cui effervescenza fu favorita dal discredito caduto su quasi tutte le grandi vecchie compagnie in seguito all'inchiesta governativa del 1905.

Dietro la spinta della concorrenza, però, anche le vecchie compagnie, ormai risanate e meglio vigilate dalla nuova legislazione assicurativa, nel 1915 gareggiavano tutte nell'escogitare ed attuare nuove forme di benefici.

Così la *Pacific Mutual Life Insurance Company* della California inaugurava l'assicurazione infortuni e malattie non revocabile.

Altre compagnie accordavano la sospensione dei premi e il pagamento rateale in dieci anni del valore nominale della polizza.

Altre aggiungevano che i pagamenti rateali sarebbero continuati durante l'invalidità anche se l'assicurato restasse invalido per più di dieci anni e l'ammontare nominale della polizza fosse stato totalmente esaurito.

Infine, sempre nel 1915, apparve la clausola che concedeva:

1° la sospensione dei premi; 2° l'assegno annuale del 10% del valore nominale della polizza; 3° il pagamento dell'intero ammontare della polizza in caso di morte dell'assicurato invalido.

Dopo la stasi della guerra e dopo l'epidemia di influenza del 1918-19, nel 1920 incominciò quel decennio di aumento «spaventoso» nell'importo complessivo delle assicurazioni sulla vita che stimolò la più attiva concorrenza.

Sempre nel 1920, fu introdotta la clausola per cui in caso di invalidità era concesso mensilmente l'1% del valore nominale della polizza per tutta la durata dell'invalidità, fermo restando il pagamento dell'intero ammontare nominale della polizza in caso di morte.

Nel 1921 fu introdotta la «clausola dei 90 giorni»; essa stabiliva che tre mesi di invalidità totale sarebbero stati considerati come invalidità permanente.

Verso il 1930 tutte le compagnie americane, meno due o tre, concedevano benefici di invalidità totale e permanente consistenti nella sospensione dei premi e nella corresponsione di un assegno mensile.

Su cento miliardi di dollari di capitale assicurato, questi benefici erano estesi a tante polizze per un capitale nominale assicurato di oltre quaranta miliardi di dollari.

Parallelamente allo sviluppo degli affari in questo ramo, le compagnie hanno continuato a dimostrarsi sempre più liberali nello interpretare le loro definizioni dell'invalidità, e le stesse Corti con le loro sentenze stimolavano questa liberalità.

Con poche eccezioni e lievi varianti, la definizione generale usata dalle compagnie prima della guerra era sostanzialmente la seguente:

«Se l'assicurato, dopo il pagamento dei premi per il primo anno di polizza, mentre la polizza è in pieno vigore, e prima di raggiungere l'età (di 60 o 65 anni) avrà fornito regolare prova di essere diventato intieramente e permanentemente invalido, in modo che egli è e sarà permanentemente continuamente ed interamente impedito per questo dal compiere qualsiasi lavoro, o dall'attendere a qualsiasi occupazione, per compenso o altro utile (alcune compagnie dicevano «dal compiere uno qualsiasi dei doveri inerenti alla sua ordinaria occupazione») e che l'invalidità sia durata ininterrottamente per un periodo (variabile, da nessun periodo di carenza, fino a 60 o 90 giorni o a 6 mesi a seconda della prassi della compagnia), la compagnia stessa rinuncerà ai premi futuri e pagherà i benefici stipulati (di regola, 10 dollari al mese per ogni mille dollari di assicurazione)».

In tal modo veniva chiaramente definita l'in-

validità « permanente » come quella consistente in una invalidità « totale » per un determinato periodo di tempo; così ben poca difficoltà hanno avuto le compagnie e le Corti nello interpretarla.

La interpretazione dell'invalidità « totale » invece è stata una costante sorgente di conflitto tra compagnie ed assicurati, con la conseguenza che si sono avute sulla materia un gran numero di decisioni giudiziarie assai contrastanti. La tendenza generale delle decisioni negli ultimi 20 anni è stata però in definitiva contro le compagnie nel senso della liberalità per favorire gli intestatari delle polizze.

Poche Corti americane hanno ritenuto che l'invalidità a tenere « qualsiasi occupazione » signifi- chi praticamente l'assoluta incapacità dell'assicurato. Al contrario poche altre Corti hanno interpretato le parole « qualsiasi occupazione » come riferentisi all'occupazione indicata nella polizza di assicurazione, cioè la ordinaria occupazione dell'assicurato. Nella maggior parte delle autorità giudiziarie americane, per altro, la preponderanza delle decisioni porta al risultato che invalidità « totale » significa che la persona assicurata deve essere incapace di attendere alla sua personale occupazione o ad altra cui l'assicurato medesimo, con preparazione e capacità, possa essere adatto.

Più di tre quarti delle controversie, sorgono dalla definizione generale. Di esse la maggior parte vengono appianate senza far ricorso alle Corti, anche perchè le compagnie ne conoscono la tendenza a pronunciarsi in favore dell'assicurato.

Nel 1929 la *Mutual Benefit Life Insurance Company* del New Jersey adottò una definizione secondo la quale l'assicurato viene considerato come totalmente invalido quando il suo reddito di lavoro sia ridotto, per infermità o per infortunio, a un quarto di quello percepito anteriormente all'infermità o all'infortunio.

Molte compagnie però usano ancora la definizione generale che si è suesposta salvo che molte hanno ridotto il beneficio, abbassato i limiti di età ed esteso il periodo di carenza.

Le compagnie americane di assicurazione vita hanno evitato la estensione dei benefici alle inabilità parziali e temporanee. Così la perdita dell'udito non è stata compresa nella copertura.

Inoltre, ciascuna compagnia ha limitato la copertura a 25.000 dollari di capitale assicurato ovvero a 250 dollari di assegno mensile, senza tuttavia vietare agli assicurati di coprirsi contemporaneamente, per lo stesso rischio, anche presso altre compagnie.

Le compagnie hanno anche cercato di evitare la protezione contro l'invalidità derivante da vecchiaia, limitando l'età, prima che debba iniziarsi l'invalidità. Hanno poi stabilito che periodicamente

l'invalido debba fornire la prova del perdurare dell'invalidità: la mancata presentazione di tale prova determina la cessazione del beneficio. Sono stati esclusi i rischi di guerra e, quasi sempre, quelli sulle donne.

I primi premi furono basati sull'esperienza delle società di assistenza fraterna (mutue). Ma ben presto si dimostrarono inadeguati perchè le compagnie non riuscivano a impedire le simulazioni di infermità, essendo le simpatie locali sempre dalla parte dell'assicurato. I premi vennero aumentati, ma in modo caotico: in talune età, per benefici sostanzialmente identici, il tasso imposto da differenti compagnie oscillava sino all'80 %.

Questa situazione era destinata a divenire grave. Col sopraggiungere della crisi, gli assicurati che incontravano rovesci finanziari tendevano a diventare « totalmente e permanentemente » invalidi. Finché, nel 1928, la Convenzione nazionale dei commissari delle assicurazioni dei vari Stati della Confederazione, nominò un Comitato misto per lo studio di clausole uniformi per l'invalidità.

In queste clausole-tipo, presto adottate, la definizione della invalidità è ristretta. Per invalidità totale s'intende la mancanza della capacità di attendere a qualsiasi occupazione; e il periodo di carenza, prima che l'invalidità totale possa considerarsi come permanente, è fissato da 4 a 12 mesi. Le cause specifiche di invalidità sono limitate alla perdita di due arti, anziché alla perdita dell'uso di due arti ammessa qualche volta in passato; e, salvo lievi deroghe, l'età-limite prima della quale l'invalidità deve essersi iniziata, è convenuta a 60 anni. La denuncia della invalidità deve essere fatta mentre dura l'invalidità stessa, nessun assegno può essere corrisposto per i primi tre mesi d'invalidità, e i pagamenti retroattivi vengono ridotti.

Queste clausole sono state introdotte da molte compagnie nel 1930. Dapprima, la maggior parte di esse applicarono, tra i termini che potevano variare nella determinazione contrattuale, quelli più liberali, come il periodo di carenza di 4 mesi. Si ebbe un moderato aumento generale del tasso dei premi per le donne, ma le perdite continuarono, tanto che le compagnie furono costrette a correre a più radicali ripari.

Il 1° febbraio 1932, già 60 compagnie americane avevano sospeso l'assegno mensile per beneficio di invalidità e altre 39 lo avevano modificato. Questo movimento è continuato, fino a che quasi tutte le compagnie americane hanno notevolmente ridotto i benefici, aumentato il tasso dei premi, o interamente sospeso il beneficio dell'assegno mensile. Presentemente quasi tutte le compagnie americane ammettono ancora la cessazione del pagamento dei premi in caso di invalidità totale e per-

manente. Un numero rilevante, che abbraccia alcune delle più grandi compagnie, non accorda alcun beneficio addizionale di invalidità. Le altre, per lo più, hanno ridotto l'età-limite a 55 anni, hanno ridotto il beneficio dell'assegno mensile a 5 dollari, invece di dieci, per ogni mille dollari di assicurazione, ed hanno elevato il periodo di carenza a sei mesi. La concessione dei benefici dello assegno alle donne è stata generalmente sospesa. Il tasso dei premi per un assegno mensile di 5 dollari rimane quasi lo stesso di quello che era per il passato, per l'assegno mensile di dieci dollari.

« In tal modo, conclude il Prof. Knight, le compagnie americane hanno sufficientemente corretto uno sbaglio che, con l'azione concomitante delle forze economiche, minacciava di mandarle in rovina ».

Alcuni dati statistici sull'arteriosclerosi.

(Dal *Wirtschafts und Assekuranz Compass*, n. 24 del 20 dicembre 1934). Conferenza tenuta da A. Feller alla Associazione dei Medici di Vienna l'11 maggio 1934.

Le forme leggere di arteriosclerosi si riscontrano prevalentemente nelle donne, mentre quelle gravi più frequentemente negli uomini; quelle medie nei giovani e nelle donne di età avanzata. L'arteriosclerosi colpisce gli uomini prima delle donne e in forme più gravi; soltanto dopo i 70 anni le curve statistiche di mortalità s'incontrano. Le donne spesso ingrassano, sia per tendenza costituzionale, sia in seguito alle gravidanze. Negli uomini, l'arteriosclerosi si riscontra precocemente e raggiunge la stessa gravità con 10 o 15 anni di anticipo sulle donne. La calcificazione delle arterie cerebrali venne riscontrata nel 13 % delle autopsie e l'inizio di essa si constata verso i 35 anni. L'arteriosclerosi inizia sempre nell'aorta. Nei fumatori si riscontra una notevole arteriosclerosi periferica, nei mangiatori invece si ha una rilevante alterazione nei vasi coronari: negli atleti si nota arteriosclerosi prevalentemente nei vasi cerebrali. L'obesità non predispone all'arteriosclerosi bensì alla lipoidosi. Tra gli israeliti di ambo i sessi l'arteriosclerosi è maggiore e nettamente precoce. Tra i rurali al contrario è inferiore per gravità e per l'epoca d'insorgenza. Un uguale comportamento si ha nelle classi povere che vivono una vita attiva, non sedentaria e per il minor uso di cibi ricercati ed antigienici. Le forme gravi si riscontrano negli intellettuali, non già al cervello, bensì localizzate all'aorta, in conseguenza della vita sedentaria e dell'ipertensione tanto frequente in questa classe. Tra gli operai invece si riscontra una arteriosclerosi lieve; in coloro però che lavo-

rano restando a lungo in piedi l'arteriosclerosi colpisce prevalentemente i vasi degli arti inferiori. Un'accentuazione dell'arteriosclerosi non è dimostrabile coll'uso dell'alcool, ma si verifica bensì coll'uso della nicotina.

SULT.

La mortalità per tubercolosi negli Stati Uniti ed in diversi paesi.

(*The Spectator*, 25 ottobre 1934).

Questo studio — che fa parte di una serie di indagini sull'andamento delle principali cause di morte — è dovuto al Prof. Hoffman, consulente statistico della Prudential Insurance Company of America.

Il saggio di mortalità per tubercolosi polmonare in tutto il territorio degli Stati Uniti, è sceso da 56.4 per 100.000 nel 1932 a 53.6 per 100.000 nel 1933; questo è il più basso saggio di mortalità per tubercolosi che sia stato mai registrato, ed il progresso è tanto più notevole in quanto ottenuto in periodo di depressione economica. Quale miglioramento abbia avuto la mortalità per questa causa negli Stati Uniti nell'ultimo quarto di secolo è dimostrato dal fatto che in 59 città aventi complessivamente, alla fine del 1933, una popolazione di oltre 33.5 milioni di abitanti, il saggio stesso è sceso da 174.4 per 100.000 nel 1910 a 54.3 per 100.000 nel 1933.

A scopo di raffronto internazionale riportiamo nella tabella seguente, i saggi di mortalità per tubercolosi registrati in diversi paesi per periodi quinquennali recenti:

Nuova Zelanda (1928-32)	45 per 100.000
Australia (1927-31)	53 » »
Danimarca (1926-30)	76 » »
Olanda (1928-32)	76 » »
Canada (1927-31)	79 » »
Stati Uniti (1926-30)	79 » »
Inghilterra (1927-31)	93 » »
Belgio (1925-29)	97 » »
Germania (1924-28)	100 » »
Italia (1926-30)	120 » »
Svezia (1927-31)	129 » »
Svizzera (1927-31)	131 » »
Spagna (1926-30)	139 » »
Austria (1925-29)	164 » »
Francia (1926-30)	166 » »
Norvegia (1924-28)	174 » »
Cecoslovacchia (1925-29)	189 » »
Giappone (1926-30)	191 » »
Ungheria (1926-30)	219 » »
Finlandia (1924-28)	244 » »

(Dal *Bollettino* di Novembre della Biblioteca dell'I.N.A.).

La mortalità per cancro nel 1932 (O.

STRAUSS in : *Medizinische Klinik*,
N° 51 del 21 dic. 1934).

L'ultimo annuario statistico tedesco contiene tra l'altro un quadro statistico sulla mortalità per cancro nel 1932, la quale mortalità non era mai stata oggetto di statistiche ufficiali elaborate come l'attuale. Per la prima volta, possiamo, grazie all'enorme materiale numerico, dare uno sguardo alla localizzazione dei diversi carcinomi.

La nuova statistica presenta innanzi tutto l'aumento — del resto atteso — della mortalità per cancro. Essa è salita da 79.018 a 87.133 unità; calcolata su 10.000 vivi da 12,3 del 1931 a 13,4. Il carcinoma, risp. la metastasi, è la malattia che numericamente miete il maggior numero di vittime e che nella statistica di mortalità occupa il primo posto. Nella statistica generale della Germania facciamo per la prima volta questa constatazione nel 1932. Quest'importante spostamento si spiega in parte con il fatto che alcuni gruppi di malattie questa volta sono stati elaborati diversamente (così ad es. il gruppo delle malattie di cuore e dei vasi che sono disposte molto meglio di prima e che nel 1931 occupavano ancora il primo posto con 135.578 casi di morte). D'altra parte esso è dovuto all'effettivo aumento delle metastasi (constatato anche in altri paesi).

Se nel 1932 la mortalità per carcinomi fosse rimasta identica a quella del 1931, i casi mortali dovuti alle malattie di cuore che ora ammontano a 79.436, avrebbero occupato il primo posto. (Si ritiene che anche per il 1933 la mortalità per cancro occuperà il primo posto nella statistica delle cause di morte). Essendo nel 1932 la cifra complessiva dei morti 699.620 e quella dei morti per cancro 87.133, ne risulta che nel 1932 vi è un morto di cancro su ogni otto decessi. Ed infine, essendo morte in Germania nel 1931, 373.411 persone in età superiore ai 60 anni e tra queste 55.999 per carcinoma, si può dire che nelle classi di età piuttosto avanzata la mortalità per cancro raggiunge $\frac{1}{6}$ di quella totale.

Mentre nel 1925 la mortalità per tubercolosi superava ancora quella per cancro, oggi sussiste tra le due malattie una proporzione di 1 : 1,8, il che significa che il carcinoma miete quasi il doppio delle vittime che dà la tubercolosi con i suoi 48.688 casi di morte (7,6 su 10.000 viventi).

I dati su esposti hanno soprattutto valore per il giudizio della Salute Pubblica. Essi ci dimostrano l'estensione del cancro. Ma questo non vale solo per la Germania poiché la situazione non è diversa negli altri Paesi. Da queste cifre possiamo in un certo modo giudicare in che misura l'intera umanità

è oggi minacciata dal cancro. Una statistica americana, recente ma non aggiornata, secondo la quale ben 100 milioni di persone dell'attuale popolazione vivente sarebbero destinate a morire per cancro, dà dei valori già sorpassati, malgrado la cifra straordinariamente alta. Il numero dei minacciati dal cancro è da porsi molto più in alto. Lasciamo ora queste questioni generali e dedichiamoci a quella parte dei dati statistici che presentano particolare interesse dal punto di vista clinico. Com'era da attendersi, lo stomaco è l'organo maggiormente colpito dal carcinoma.

Su 87.133 carcinomi, 33.241 (= 38%) colpiscono lo stomaco e il duodeno. Il sesso maschile presenta una maggiore tendenza a questa forma di carcinoma (18.221 casi), ma anche la donna ne è colpita in forte misura (15.020 casi). Tra tutti i carcinomi della donna il carcinoma dello stomaco è di gran lunga il più frequente. Nelle statistiche ufficiali lo stomaco e il duodeno sono trattati insieme. Finora ritenevamo che il carcinoma duodenale rappresentasse una rarità (a prescindere dal cancro della papilla di Vater) e che dovesse essere valutato all'1%. Forse dovremo modificare la nostra opinione in questo senso. Se il carcinoma dello stomaco e del duodeno colpisce maggiormente gli uomini, il carcinoma del fegato e della cistifellea colpisce maggiormente le donne. Come causa di morte quest'ultimo colpisce 9072 persone (3173 uomini e 5899 donne) e rappresenta il 10,4% sul totale dei carcinomi. Poiché da noi il carcinoma primitivo del fegato — al contrario di quello che accade presso certi popoli orientali — costituisce una rarità vera e propria (di tanto in tanto si riscontra anche nei lattanti) si dovrebbe ritenere che la stupefacente altezza di questa cifra di mortalità sia dovuta in gran parte al cancro della cistifellea.

Dalle nostre statistiche particolari calcoliamo dal 3,5% al 7% di mortalità per carcinomi della cistifellea. Anche qui sarebbe opportuno distinguere i carcinomi della cistifellea da quelli del fegato. Una statistica della mortalità per carcinoma della cistifellea sarebbe necessaria in quanto ci potrebbe fornire l'appoggio per lo studio della tanto discussa proflassi del cancro. Soltanto in terz'ordine — calcolata secondo le frequenze — segue la mortalità per carcinoma dell'utero con 7513 casi di morte (= 8,6%). A carico di tutti gli altri organi genitali della donna si sono verificati 2370 carcinomi.

Nell'uomo i carcinomi del sistema urogenitale che condussero a morte ammontarono a 3288. I casi di carcinoma del retto, che rappresentano il 4,5%, condussero a morte 3929 persone (2368 uomini e 1561 donne). Il cancro dell'esofago presenta 3.022 casi di morte (= 3,4%), tra i quali si ebbero 2344 uomini e 678 donne. Il cancro della bocca

comprende 1163 casi (= 1,3%) e cioè 819 uomini e 344 donne. Tra i gruppi di minore entità si notano il cancro del pancreas con 788 casi (427 uomini e 361 donne) e quello del peritoneo con 537 casi (145 uomini e 392 donne). Altri 6694 tumori maligni degli organi digerenti sono elencati senza precisazione degli organi colpiti (3077 uomini e 3617 donne). Il carcinoma della mammella si presenta nei limiti previsti con 4382 casi (= 5%). Le neoplasie dell'apparato respiratorio ammontarono a 3949 (= 4,5%) di cui 2834 uomini e 1115 donne. I carcinomi della pelle sono 1077 (483 uomini e 596 donne) e costituiscono l'1,3% della mortalità per cancro. Infine si riscontra un altro forte gruppo di 6011 neoplasie (2407 uomini e 3604 donne) che non sono più precisamente classificate.

La statistica in questione ci permette anche di dare uno sguardo alle varie età maggiormente colpite dal carcinoma.

Si constata che la donna presenta già nell'età giovanile una maggiore tendenza dell'uomo al cancro. Tra i 30 e i 45 anni riscontriamo 2138 neoplasie nell'uomo (2,8 su 10.000 persone viventi) e 5150 nella donna (5,7 su 10.000). Anche nelle età tra i 45 e i 60 anni il carcinoma prevale numericamente nella donna. Si rilevano 10.975 carcinomi nell'uomo (20,2/10.000) e 15.414 nella donna (25,5/10.000). Soltanto tra il 60° e il 70° anno di età prevale la mortalità maschile. Si hanno qui 14.794 casi mortali nell'uomo (67,8/10.000) e 14.637 (61,2/10.000) nella donna. Oltre il 70° anno la cifra di mortalità per cancro ammonta a 12.596 (114,8/10.000) per gli uomini e a 13.972 (99,6/10.000) per le donne.

Queste differenze tra uomini e donne si riscontrano anche in ciò che concerne gli organi colpiti. Il carcinoma dello stomaco raggiunge il suo massimo nelle età tra i 60 e i 70 anni (6865 uomini e 5346 donne). Analogamente si presenta il carcinoma del retto. Anche qui la più alta cifra di mortalità si trova tra i 60 e i 70 anni con 951 casi di morte negli uomini e 489 nelle donne. I carcinomi nelle donne raggiungono i loro massimi tra i 45 e i 60 anni. Si hanno così 1869 casi di morte per carcinomi della mammella, 3305 per quelli dell'utero. Oltre i 60 anni i casi mortali diminuiscono notevolmente; per il carcinoma della mammella si riducono a 1017, oltre i 70 anni diventano 864. Nel carcinoma dell'utero la cifra di mortalità tra i 60 e i 70 anni scende a 1553, dopo i 70 anni a 922.

La nuova statistica tedesca ci dà la conferma di opinioni già da tempo espresse dalla letteratura medica.

Come risultati più importanti sono da notare i seguenti: 1° Le neoplasie maligne costituiscono oggidì la più frequente causa di morte. 2° Tra i neoplasmi il carcinoma dell'utero non offre numericamente l'entità che finora gli veniva attribuita.

Se si considerano i carcinomi della donna separatamente, si rileva che i carcinomi dell'utero non rappresentano che la metà dei carcinomi dello stomaco. 3° Una altissima cifra è data dai carcinomi del fegato e della cistifellea. Mentre nel carcinoma dell'utero si può affermare che un'influenza della terapia sulla cifra di mortalità è rilevabile, la cifra elevata dei carcinomi del fegato e della cistifellea è invece allarmante. In questo senso la statistica ci dà un serio insegnamento che dobbiamo valorizzare per una profilassi del cancro.

La mortalità per cancro nel 1933.

(*Wirtschafts-und Assecuranz-Compass*, n. 1, 5 gennaio 1935).

Come tutti gli anni, il noto statista Dr. F. L. Hoffman pubblica nello «*Spectator*» un riassunto della mortalità per cancro negli Stati Uniti. Non è naturalmente possibile tracciare un parallelo tra la mortalità americana e quella europea, poiché per stabilire una base comparativa si dovrebbe tener anche conto dei vari gruppi di età nei diversi Dipartimenti di Stato.

È noto che lo straordinario aumento della mortalità per cancro che, senza eccezione alcuna, è segnalata ovunque, è strettamente collegata con l'aumentata durata della vita, poiché i gruppi di età più anziani sono più numerosi di una volta. È questa una circostanza che verrà rilevata ancora maggiormente in avvenire. Senza dubbio ciò è apparentemente vero, tuttavia l'aumento di mortalità per cancro è in tal modo solo in parte giustificato. Se per il cancro la denuncia fosse obbligatoria come per altre malattie infettive, si noterebbe che il numero dei nuovi casi di malattia è salito di più di quello dei casi di morte e anche nei più bassi gruppi di età che fino a pochi anni or sono non erano che raramente minacciati da questa morte. Ciò però non ha importanza per la statistica delle cause di morte in quanto, grazie ai continui progressi dei metodi di trattamento, pur non possedendo i mezzi per una cura certa del cancro, si riesce a guarire (per lo meno temporaneamente) persone giovani colpite da carcinoma, le quali non muoiono che dopo una lunga serie di anni, sì che i relativi casi di morte debbono essere annoverati tra quelli dei gruppi di età più elevati. Si può piuttosto affermare con certezza che la diffusione del cancro tra gli abitanti delle Nazioni civili è aumentata senza tener conto dell'età e che questo fatto vale soprattutto per le classi più anziane. Ma di questo aumento non può essere soltanto imputata la più lunga durata della vita.

Hoffmann ha posto come base per il suo studio la statistica di mortalità di cinquanta città nord-americane ed egli ha riscontrato dall'anno 1932 al

1933 un aumento della mortalità per cancro che va da 12,27 a 14,27 (la cifra assoluta di mortalità si riferisce sempre a 10.000 abitanti della popolazione in questione). Dal 1806 in poi in dette città — che recentemente contavano 30 milioni di abitanti — sono morte complessivamente 722.274 persone per cancro. La relativa quota su 100.000 viventi al principio era ancora di 71,6; fino al 1920 si elevò a 101,2 e recentemente raggiunse i 124,7.

Per ciò che riguarda l'intensità della mortalità nelle varie città, essa varia notevolmente; la quota oscilla tra 30,4 (Madison, Wisconsin) e 0,17 (Hamntranck, Michigan). Delle grandi città Boston e San Francisco presentano una mortalità per cancro particolarmente elevata. A Filadelfia essa raggiunge 14,00, a Los Angeles 12,34 a New-York 12,18 e a Chicago, 11,30. Queste cifre però non sono che apparentemente alte e non rappresentano certo un punto di appoggio per la dimostrazione che le età maggiormente colpite sono le più elevate.

In Austria per il decennio 1924/33 si ha una quota media di 15,37, cifra notevolmente superiore a quelle delle grandi città americane, e mentre all'inizio di detto periodo la cifra era di 13,35, recentemente era salita a 16,66. Quest'aumento in uno spazio di tempo relativamente breve equivale al 24,79%, ossia a un quarto circa. Inoltre è da tener presente che in Austria in non pochi paesi la constatazione di morte è affidata a profani per cui si registra debolezza senile ecc., dove in realtà esisteva il cancro.

Questo risulta senz'altro dalla Statistica della città di Vienna che segnala con la cifra media di 19,04 il cancro a decorso mortale durante il suddetto decennio, con 15,54 l'inizio del 1934 e con 21,75 (provvisoriamente) la fine del 1933. Questo incredibile aumento corrisponde al 41,25% e non può quindi essere causato dalla maggiore età. In media su ogni 1000 casi di morte che si sono verificati a Vienna nel 1933, 163,38 furono causati da carcinoma. In altri termini su 6 persone viventi una è destinata a morire di cancro.

Ora Hoffman suddivide le città degli Stati Uniti in tre gruppi che comprendono rispettivamente le città da 25-100 000 abitanti, da 100.000-500.000 e oltre 500.000 abitanti. Del primo gruppo fanno parte 87 città con 5.704.000 abitanti (nell'anno precedente 5.621.000), del secondo 76 città con 15.941.306 abitanti (15.660.904), del terzo 13 città con 22.078.000 abitanti (21.699.000). Nel primo gruppo la mortalità per cancro salì da 10,8 a 11,2; nel secondo 11,55, senza aumenti, poi 11,54; nel terzo infine da 12,05 a 12,20. Ora le differenze sono troppo piccole per aver particolare rilievo e inoltre va aggiunto che nelle grandi città esistono speciali impianti che attirano quei malati che altrimenti rimarrebbero in vita. E sono precisamente le città

che presentano il più piccolo aumento di popolazione (considerato sia in senso assoluto che relativo) che sono state prese in esame. Per farla breve la ripetuta ipotesi della maggior durata della vita non è per nulla convalidata dai fatti su esposti.

È interessante conoscere i risultati ottenuti dal Hoffman in seguito alle indagini eseguite negli ospedali. Dal 1933 in poi in 23 ospedali sono stati curati 25275 malati di cancro (una cifra notevolmente bassa) dei quali furono operati soltanto 14.372, ossia circa il 56%. Di questi ne morirono 5.562, ovvero il 22%, già durante la cura e di questi ultimi 1922 in seguito all'operazione, cioè il 13,37% di tutti gli operati.

Tra le molte tabelle che sono riportate nel lavoro, merita soprattutto di essere menzionata quella che tratta i vari gruppi di età dei morti per cancro nel Massachusetts, come anche una tabella parallela per l'Inghilterra ed il Galles. Anche qui le cifre sono calcolate su 10 000 viventi nei vari gruppi di età. Va però anche aggiunto l'aumento in % dal 1900 al 1930 poichè anche qui si rileva che la teoria della maggior durata della vita è giustificata solo in parte.

L'aumento più sensibile si nota nelle classi meno anziane, le quali una volta erano raramente colpite da cancro, e poi nuovamente nelle persone di oltre 60 anni. L'aumento generale, senza tener conto dei vari gruppi di età, è molto notevole, ma è ancora inferiore a quello che risulta in Europa. Così in Germania nel 1900 i decessi per cancro erano soltanto 39.247, mentre nel 1932 erano saliti a ben 91.567. Computato su ogni 10.000 abitanti queste cifre corrispondono a una quota rispettivamente di 7,22 e 14,11. Ciò equivale a un aumento del 95,43% rispetto al 58,71% del Massachusetts.

Una volta la Germania aveva un minor numero di casi di morte per la causa in questione, circostanza questa che non può essere imputata alla maggior durata della vita. Per ciò che concerne le tavole inglesi, esse dovrebbero presentare degli errori, poichè si constaterrebbe che dal 1900 al 1930 la mortalità per cancro nelle donne — a qualunque gruppo di età esse appartengano dai 25 a 65 anni — sarebbe in regresso.

Il lavoro di Hoffman contiene anche altri dati che non corrispondono alle esperienze cliniche degli ultimi venti anni. Così ad es. l'A. afferma che per il carcinoma dello stomaco una sola persona su cento riesce a conservarsi sana fino a 5 anni dopo il trattamento. Questo rapporto di tempo sale a 5 su cento per il carcinoma dell'intestino e del retto, da 9 a 10% per quello della mammella, dell'utero e della lingua. Fortunatamente — poichè altrimenti si dovrebbe abbandonare ogni speranza — la quota dei guariti è di gran lunga maggiore, sempre che il cancro sia stato riconosciuto in tempo, e quindi reso operabile.

Mortalità per cancro su 10.000 viventi nel Massachusetts

ETÀ	1900-1909	1910-1919	1921-1930	Percentuale di aumento dal 1900 in poi
Inferiore ai 5 anni	0,34	0,38	0,41	20,59
da 5 - 9 »	0,13	0,20	0,21	61,54
» 10 - 14 »	0,12	0,14	0,19	58,33
» 15 - 19 »	0,28	0,30	0,33	17,86
» 20 - 29 »	0,58	0,74	0,72	24,15
» 30 - 39 »	3,03	3,28	3,35	10,56
» 40 - 49 »	10,51	11,85	11,88	13,03
» 50 - 59 »	23,98	27,77	30,65	27,81
» 60 - 69 »	42,06	52,04	60,76	44,46
» 70 - 79 »	61,71	82,32	100,13	62,26
oltre i 79	71,68	105,06	128,38	79,10

Prognosi della durata della vita.

(Blatter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung n. 1, gennaio-marzo 1935).

L'A., dopo aver ricordato che il medico di assicurazione non s'interessa tanto dell'età che può raggiungere un singolo individuo, quanto dell'età media della massa degli assicurati, cita qualche esempio, che vuol dimostrare come le statistiche, pur essendo in sé stesse esatte, vanno interpretate con molta cautela, poiché non sempre corrispondono alla realtà.

Così ad es. venne fatta una ricerca su 517 persone che avevano oltrepassato gli 85 anni. Di esse 458 erano uomini e 59 donne. Di queste ultime, ad eccezione di una, tutte erano state sposate ed avevano avuto numerosi figli. Se si fanno le percentuali si ha l'88,7% di uomini e l'11,3% di donne, rapporto questo che in apparenza non rivela nulla di particolare o di improbabile, ma che richiama subito l'attenzione se, come necessario, viene confrontato con le cifre che riguardano l'intera massa degli assicurati, dalla quale sono state tolte le 517 persone esaminate. Queste cifre rivelano che la percentuale di donne durante tutto il periodo in questione ha oscillato tra il 4 e il 6%; cosicché questa percentuale si è raddoppiata nel gruppo di età oltre gli 85 anni. Questo però può essere spiegato soltanto con il fatto che queste ultime donne avevano una straordinaria tendenza alla longevità, si da poter essere considerate come rischi particolarmente buoni.

Ma questo è proprio il contrario, secondo l'A., di ciò che si ritiene dei rischi femminili; cosicché si dovrebbe sospettare che sia stato fatto qualche errore di calcolo. E l'errore esiste, ma è di altra natura: le donne in questione furono esaminate senza tener conto della loro età all'ingresso di assicurazione.

Se ora queste donne, a seconda della loro età

all'ingresso, vengono divise in 3 periodi: a) fino a 30 anni; b) da 31 a 50 anni e c) oltre i 50, risulta che durante il primo periodo addirittura nessuna donna si era assicurata, nel secondo il 28,81% e nel terzo il 71,19%, il che significa che le donne assicurate appartenevano quasi senza eccezione a quella età che si trova al di là del noto punto critico nella mortalità femminile. E perciò questo gruppo di donne non era costituito che da soggetti in età matura o molto avanzata dei quali già da tempo si sa che rappresentano degli ottimi rischi tanto che ottengono anche delle riduzioni di premio da alcune compagnie, mentre donne in età giovanili non vengono addirittura assicurate — data la loro alta mortalità — o lo sono soltanto con un sovrappremio.

Con questo esempio l'A. ha voluto soltanto dimostrare con quanta cautela si debbano interpretare le statistiche compilate senza la massima precisione.

L'articolista accenna poi a un nuovo metodo usato in America per calcolare la probabile durata della vita di un uomo, metodo denominato Tial (Total Immediate Ancestrale Longevity, ossia totale della longevità degli immediati ascendenti). Sommando quindi le età raggiunte dal padre e dalla madre, dal nonno e nonna paterni e nonno e nonna materni si otterrà il Tial, termine che diviso per sei ci darà la probabile durata di vita del soggetto in esame. Questo sistema presenta però il demerito che è necessario che tutti i sei ascendenti diretti dell'assicurato siano decessi, il che sarà piuttosto raro per gli assicurandi al disotto dei 50 anni. Le età meno avanzate sono quindi senz'altro escluse dal computo, ma ciò non toglie che per le altre il metodo conserva il suo giusto valore e che in avvenire, a parere dell'A., potrà rendere grandi servizi ai medici di assicurazione poiché la longevità è certamente una forza vitale che si eredita.

Estratto dal «Notiziario Demografico» del 10 di cembre 1934 XIII, N. 12, anno VII, dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia.

Tavole di mortalità per gli anni 1926-30 in Danimarca.

Dalla tavola di mortalità relativa al periodo di osservazione 1926-30, riprodotta nell'Annuario Statistico 1934 della Danimarca (nel «Notiziario Demografico» N. 9 del 1930 si era riportata quella per gli anni 1921-25) si stralciano i seguenti dati:

ETÀ ANNI	Probabilità di morte ‰		Sopravviventi su 100.000 nati vivi		Vita media in anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	91,30	71,12	100.000	100.000	60,9	62,0
1	10,56	8,98	90.870	92.888	66,0	66,4
2	3,91	3,72	89.910	92.054	65,7	66,0
3	2,56	2,12	89.559	91.712	65,0	65,2
4	2,06	1,80	89.330	91.517	64,1	64,3
5	1,68	1,57	89.145	91.352	63,2	63,4
10	1,18	0,87	88.498	90.777	58,7	58,8
20	2,88	2,74	87.089	89.431	49,6	49,6
30	2,91	3,29	84.724	86.828	40,8	42,0
40	4,50	4,84	81.951	83.478	32,0	32,4
50	8,30	8,52	77.325	78.629	23,6	24,1
60	19,77	17,86	68.467	70.021	15,9	16,3
70	46,60	45,99	50.422	52.967	9,6	9,8
80	126,79	126,99	22.593	24.292	5,1	5,2
90	278,59	266,80	2.677	3.065	2,5	2,6

Le probabilità di morte segnano una sensibile diminuzione rispetto a quelle del 1921-25, per tutte le classi di età fino ai 40 anni. La vita probabile, che si calcolava nel 1921-25 a 69,5 anni per i maschi e 70,5 anni per le femmine, è aumentata fino a 70 anni per i maschi e fino a 71 anno per le femmine. La vita media per un neonato si calcolava, secondo le tavole del 1921-25, in 60,3 anni per i maschi e 61,9 anni per le femmine.

Tavole di mortalità per gli anni dal 1921-22 al 1930-31 in Norvegia.

Da queste tavole, dedotte dall'osservazione della mortalità durante gli anni dal 1921-22 al 1930-31, si è tratta la seguente tabella:

ETÀ ANNI	Probabilità di morte ‰		Sopravviventi su 100.000 nati vivi		Vita media in anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	55,10	44,10	100.000	100.000	60,98	63,84
1	9,01	8,11	94.490	95.590	63,51	65,76
2	4,54	3,94	93.639	94.815	63,08	65,30
3	3,16	2,64	93.214	94.441	62,37	64,56
4	2,54	2,11	92.929	94.192	61,56	63,72
5	2,24	1,79	92.683	93.993	60,72	62,86
10	1,67	1,45	91.808	93.239	56,27	58,35
20	5,81	4,67	89.217	90.628	47,73	49,85
30	5,67	4,72	83.994	86.232	40,39	42,14
40	5,75	5,29	79.481	82.121	32,40	34,00
50	9,12	8,15	73.982	77.085	24,41	25,87
60	18,36	14,65	65.188	69.349	16,97	18,16
70	42,07	36,23	49.476	55.171	10,63	11,40
80	105,23	97,45	25.180	30.467	5,87	6,31
90	247,62	222,63	4.410	6.253	2,97	3,28
100	500,84	437,50	61	158	1,38	1,60

La mortalità è considerevolmente diminuita in Norvegia, rispetto ai precedenti periodi decennali dal 1901-02 al 1910-11 e dal 1911-12 al 1920-21 specialmente per le prime età infantili e per le classi tra i 15 ed i 30 anni. Relativamente elevata rimane la mortalità tra i 20 ed i 30 anni per la frequenza della tubercolosi. Come effetto della diminuita natalità, si osserva un considerevole aumento della vita media in tutte le età, in confronto alle cifre calcolate per i decenni precedenti, a partire dal 1821-1830; l'accrescimento avvenuto nell'ultimo decennio dal 1921-22 al 1930-31 è più forte di quello che si riscontra nei decenni precedenti. La vita probabile a 0 anni, che era di 65,03 anni per i maschi e di 68,89 anni per le femmine dal 1911-12 al 1920-21, è salita a 69,74 anni per i maschi ed a 72,50 anni per le femmine dal 1921-22 al 1930-31.

Nei due paesi scandinavi, nella Danimarca e nei Paesi Bassi, la vita media a 0 anni risulta quasi uguale, come si vede dallo specchio seguente:

	Maschi	Femmine
Norvegia dal 1921-22 al 1930-31	61,0	63,8
Svezia 1921-25	60,7	63,0
1926-30	61,2	63,3
Danimarca 1921-25	60,3	61,9
1926-30	60,9	62,6
Paesi Bassi 1921-30	61,9	63,5

Tavole di mortalità per gli anni 1921-1930 nei Paesi Bassi.

L'Ufficio Centrale di Statistica dei Paesi Bassi ha pubblicato le tavole di mortalità per gli anni, 1921-1930 elaborate dal Muller, e da tale pubblicazione è stata tratta la seguente tabella:

ETÀ ANNI	Probabilità di morte ‰		Sopravvivenuti su 100.000 nati vivi		Vita media in anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	65,28	50,62	100.000	100.000	61,9	63,5
1	14,83	13,12	93.472	94.938	65,3	65,8
2	6,25	5,33	92.086	93.692	65,3	65,7
3	3,99	3,36	91.510	93.193	64,6	65,0
4	3,13	2,66	91.145	92.880	63,9	64,2
5	2,46	2,09	90.860	92.633	63,1	63,4
10	1,31	1,20	90.006	91.906	58,7	58,9
20	2,80	2,61	88.425	90.339	49,7	49,8
30	2,76	3,19	85.912	87.800	41,0	41,1
40	3,80	4,71	83.219	84.506	32,1	32,5
50	7,74	7,96	78.965	79.731	23,5	24,1
60	19,12	17,60	69.976	71.025	15,9	16,4
70	49,32	46,19	51.512	53.446	9,6	10,0
80	127,30	118,00	22.770	24.779	5,2	5,5
90	276,20	254,30	2.822	3.630	2,7	2,9
100	500,00	420,00	29	55	1,3	1,7

Dalla diminuzione della mortalità che si verifica, a paragone di precedenti periodi, per i quali vennero calcolate tavole di mortalità, è derivato per la vita media un notevole aumento ed infatti:

	Vita media a 0 anni	
	Maschi	Femmine
Anni 1900-1909	51,0	53,4
1910-1920	55,1	57,1
1921-1930	61,9	63,5

In quanto alla vita probabile, essa è risultata, a 0 anni, di oltre 70 anni per i maschi e di oltre 71 anno per le femmine.

Tavole di mortalità per gli anni 1921-1930 in Finlandia.

La seguente tabella è stata desunta dalle Tavole di mortalità e di sopravvivenza della Finlandia per gli anni 1921-1930, recentemente pubblicate:

ETÀ ANNI	Probabilità di morte ‰		Sopravvivenuti su 100.000 nati vivi		Vita media in anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	99,83	82,82	100.000	100.000	50,68	55,14
1	25,73	23,56	90.017	91.718	55,27	59,09
2	11,26	10,75	87.701	89.557	55,71	59,50
3	7,51	7,26	86.713	88.594	55,34	59,14
4	5,08	4,54	86.062	87.951	54,76	58,57
5	4,57	4,25	85.625	87.552	54,04	57,83
10	3,24	2,90	84.085	86.080	49,98	53,78
20	10,18	6,37	80.594	82.290	41,89	46,00
30	7,11	6,36	74.146	77.191	35,13	38,71
40	9,17	7,63	68.593	72.259	27,55	31,01
50	15,28	10,30	61.012	66.451	20,32	23,27
60	32,04	19,95	48.918	58.158	13,99	15,82
70	64,06	50,03	31.218	42.585	8,98	9,61
80	129,25	129,59	12.114	18.701	5,49	5,35
90	170,83 (1)	209,86 (1)	2.263	2.919	2,29	2,55

(1) 89 anni.

La vita media risulta considerevolmente superiore a quella che era stata calcolata per il decennio 1911-1920, nel quale, all'età di 0 anni, corrispondeva una vita media di 43,4 per i maschi e di 49,1 per le femmine. La vita probabile a 0 anni risulta come segue:

	Maschi	Femmine
Anni 1911-1920	48,7	59,9
. 1921-1930	59,3	65,9

Le fluttuazioni stagionali della morbilità.

Nel nuovo periodico «Assistenza Fascista» edito a cura della Cassa Nazionale Malattie addetti al Commercio, leggiamo un interessante articolo sull'argomento dovuto alla penna del Dott. Pinghini Capo dell'Ufficio statistico attuariale della Cassa stessa. Ciò merita di essere rilevato poiché abitualmente ricerche del genere praticate da medici con l'esposizione di cifre assolute non esprimono sempre i fenomeni nella loro vera essenza e nel loro andamento reale; l'attuario invece può felicemente con formule più complesse rilevare le fluttuazioni in maniera più adeguata ai fenomeni in esame.

Inoltre il Dott. Pinghini ha trattato un argomento affine alle metereopatie, il cui interesse scientifico si è accentuato in questi ultimi tempi, con una ricchezza considerevole di materiale in quanto egli ha potuto disporre dei dati ricavati dalle denunce di malattia alla Cassa per gli addetti al Commercio.

Tutti coloro che si occupano di morbilità sanno quanto sia difficile avere dati sicuri al di fuori delle malattie di cui è obbligatoria la denuncia; con sulteranno perciò con interesse le numerose tabelle di cui l'articolo è corredato.

Per lo studio degli indici stagionali l'A. si è servito del metodo Persons che esprime in rapporto percentuale il valore di ogni mese rispetto al precedente opportunamente perequato; con diagrammi ha poi completato e reso di immediata lettura l'andamento del fenomeno. L'intensità delle variazioni stagionali è poi più esattamente studiata con altre espressioni statistiche quali lo scostamento semplice medio, la differenza media, il campo di variazione e la oscillazione media mensile.

Così rileviamo che la morbilità in Italia è maggiore nel primo trimestre dell'anno, se limitiamo tale ricerca alla Venezia Tridentina vediamo che tale aumento si verifica fin dal novembre forse per la precoce comparsa dell'inverno in questa regione.

L'esame poi dell'andamento stagionale per le singole forme morbose dimostra variazioni notevolissime per la polmonite la cui prevalenza dal gennaio all'aprile si accompagna ad una oscillazione media mensile (239) e ad un campo di variazione (1489) veramente importante. Anche la

bronchite, la laringite e la tracheite, il morbillo, il reumatismo articolare, le enteriti, la malaria, il paratifo, vengono con lo stesso metodo studiate dal Pinghini rilevando l'andatura stagionale ad un dipresso già nota. Ma è soprattutto nell'influenza e nel tifo che queste fluttuazioni raggiungono cifre imponenti, raggiungendo nella prima un campo di variazione di 2993 ed una oscillazione media mensile di 422, nella seconda un campo di variazione di 2383 e una oscillazione media mensile di 467.

Queste indagini che Pinghini chiama prime ricerche, meritano certamente la massima attenzione da parte degli igienisti e dei sociologi.

STARNA.

Tabe dorsale.

Lezioni clinica del Prof. LUIGI FERRANNINI, Direttore della Clinica Medica della R. Università di Bari (Da *Minerva Medica* del 15 dicembre 1934 XII, N. 50).

Con la premessa fatta all'inizio della lezione l'oratore avverte che la tabe dorsale non si presenta più con la frequenza di una volta; a tal proposito ricorda che in passato, dieci anni prima, in una lezione ebbe modo di presentare contemporaneamente ben 7 casi.

Dopo aver dettagliatamente esposte le notizie anamnestiche l'O. illustra il quadro obiettivo mettendo in rilievo i principali sintomi riscontrati nel malato e più propriamente la poca sensibilità alla pressione bilaterale del cubitale nella doccia olecranica (segno di Biernachi) dello sciatico popliteo contro la testa del perone (segno di Bechterew) del tendine di Achille (segno di Abadie) del testicolo (segno di Pitres), della trachea (segno di Sicaud) della lingua (segno di Carrez). L'anisocoria, il segno di Argyll Roberston, l'alterazione a carico della papilla, l'ipotonia muscolare, la quasi completa abolizione dei riflessi tendinei.

L'O. dopo aver inoltre ampiamente esposto la maniera con la quale viene interrotto l'arco riflesso di Marshal-Hall (che rappresenta la lesione essenziale e fondamentale del malato in esame) passa ad esaminare in quale maniera avviene l'alterazione delle radici posteriori ed a tal fine riasume tutte le numerose ricerche eseguite dal Bondon e Luys, Charcot e Pierret, Erb-Struempell, Westphal, Schultze-Dejerine, P. Marie etc.

Riguardo poi alla predilezione della sifilide per il sistema linfatico è stato notato che la lesione iniziale della tabe è una lesione sifilitica del sistema linfatico, alla quale segue una meningite cronica lenta per cui le radici posteriori subiscono una alterazione atrofizzante ad inizio irritativo.

La lesione interessa precocemente il prolungamento centripeto (radici e cordoni posteriori) e tardivamente assai spesso quello periferico (nervo sensitivo) e talvolta perfino le radici motrici.

L'evoluzione e la localizzazione del processo morboso danno ragione dei diversi sintomi e delle diverse forme della malattia.

Questa si localizza con molta frequenza nel tratto lombare, perchè qui è più notevole il piccolo strozzamento al punto di entrata delle radici posteriori e si ha così la tabe inferiore lombare o lombo-sacrale, con sintomatologia prevalentemente a carico degli arti inferiori e della sfera genito-urinaria; nella forma dorsale o dorso lombare si hanno sintomi a carico degli arti superiori e prevalgono i dolori a cintura e le crisi viscerali. Più rara è la tabe superiore che può dividersi in cervicale e cefalica. La cervicale interessa specialmente gli arti superiori, il torace ed il collo ed è più grave della forma precedente. La cefalica invece comprende una varietà bulbare, una basilare, una amourotica.

Gli Autori hanno sempre descritto nella tabe una regolare successione di tre periodi: dolorifico o preatassico, atassico, paralitico o cachettico. Eppure la malattia può iniziarsi con qualunque sintomo e proseguire in qualsiasi ordine, arrestarsi o progredire. La tabe può decorrere lentamente o rapidamente con una certa benignità o malignità in rapporto con la gravità della lesione o la peculiarità della sua localizzazione; essere completa od incompleta e frustra nella sua sintomatologia, percorrere più o meno regolarmente tutti gli stadi fino al paralitico od arrestarsi ai due primi, preatassico od atassico.

Per l'etiologia della tabe dorsale è ormai da tutti dimostrata l'importanza che assume la sifilide per detta malattia.

Da alcuni, per es. dal Fournier, si è pensato che la tabe, come la p.p. sia di origine ma non di natura sifilitica e per questo motivo è stata creata la parasifilide, ma appena fu possibile trovare nel midollo dei tabici come nell'encefalo dei p.p. il treponema di Schaudinn dopo che le ricerche sierologiche avevano dimostrato la positività della R. W. per il sangue e per il liquor dei relativi malati, si è concluso che la tabe come la p.p. è una lesione sifilitica terziaria al pari di qualsiasi altra.

È stato notato che oggi si presentano all'osservazione medica pochi tabici, anzi poche forme ner-

vose di sifilide, perchè la cura di detta malattia è fatta molto meglio che non nel passato ed anche perchè si riesce tempestivamente a diagnosticare alcune lesioni e curarle quindi con tutta la possibile precocità.

La tabe segue tanto a sifilide acquisita, quanto a sifilide ereditaria: si calcola che in media intercedono 6-15 anni tra le prime manifestazioni della sifilide e della tabe, pur potendosi avere al di fuori di questa media delle forme precoci e tardive di sifilide.

Per quanto riguarda la cura l'O. è d'avviso che avendo la fortuna di poter diagnosticare assai precocemente la tabe, prima che lesioni indelebili si siano costituite, si può sperare negli effetti favorevoli di una terapia bene organizzata ed intensamente perseguita.

Ma in ogni caso parecchio si può sempre sperare dalla terapia, purchè di regola si rinunci alla solita aspirazione verso il programma massimo della guarigione e ci si contenti in mancanza di meglio, di una qualche miglioria oppure dell'arresto della malattia od anche di una sua più lenta evoluzione.

M. C. BARNABEI.

L'avvenire della gente pesante.

LUIGI FERRANNINI, *L'avvenire della gente pesante.*
(Dalla « Medicina Internazionale » febbraio 1935).

Poichè il peso corporeo è il migliore indice dello stato di salute, il suo controllo costituisce una regola importante ma semplice per vivere sani. Il peso del corpo viene messo in rapporto con l'altezza i cui centimetri oltre il metro, debbono secondo Broca non essere superati in numero dai chilogrammi di peso. Questa regola per quanto non sempre esatta è la più adottata per la sua semplicità.

Fino dall'antichità la questione del peso corporeo era stata presa in considerazione: Galeno aveva notato che breve è la vita degli obesi e Baccone aveva osservato che la grossezza in età giovanile indica vita breve.

Danui merosi lavori sull'argomento si deduce che il sovrappeso è un vero danno e deve preoccupare non meno della glicosuria e dell'albuminuria o di un soffio cardiaco ed anche più della magrezza.

L'obesità accelera i processi degenerativi dei tessuti. I sovrappesi muoiono di frequente per vizi di cuore, angina di petto, paralisi cardiaca, arteriosclerosi, uremia, diabete ecc.

Romanelli su 8251 assicurati presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ha notato che la percentuale di mortalità è più elevata nei sovrappesi, per le malattie dell'apparato digerente, per

quelle dell'apparato cardio-vascolare, per quelle del sangue e delle ghiandole endocrine.

Dublin ha segnalato che il cancro è più frequente nei sovrappesi. Anche le malattie del ricambio sono in questi individui assai frequenti.

L'insufficienza di cuore e la miocardite colpiscono spesso gli obesi, perché il cuore ha da vincere la difficoltà dell'aumento del letto vasale, dello sforzo dei movimenti, della maggiore difficoltà del respiro, dell'accumulo di grasso nel pericardio e della arteriosclerosi assai frequente negli obesi.

Nello studio della obesità vanno distinti tre periodi: uno di sanità apparente, uno di piccoli disturbi per alterazioni funzionali, un terzo delle complicazioni per lesioni viscerali (iper- ed ipofunzione gastrica, intestinale ed epatica; stasi polmonare; sclerosi cardio-renale; aortite; litiasi e sclerosi del rene ecc.).

L'obesità inizia nei maschi a 25-30 anni e nelle femmine qualche anno prima. Secondo Romanelli il numero massimo di sovrappesi si riscontra nei maschi a 46-50 anni e nelle femmine a 41-50 anni.

Tra le cause predisponenti alla obesità ha una parte notevole la vita sedentaria; infatti una forte percentuale degli obesi è data dai commercianti, impiegati, professionisti. Altro fattore di primaria importanza è la iperalimentazione.

Tra queste due forme sta la obesità di evoluzione in rapporto con modificazioni endocrine, la quale assume aspetti diversi a seconda della ghiandola alterata: si distingue perciò una obesità da ipotiroidismo, una obesità ipofisaria, iperepifisaria, surrenalica per iposurrenalismo e quella ben nota da lesioni delle gonadi: vi è poi la obesità diabetogena e quella timica.

Ma più spesso l'obesità endogena è dovuta ad alterazioni di più ghiandole e si manifesta come sindrome plurighiandolare.

VICENTINI.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Carlo Pinghini, *Prime ricerche sulle fluttuazioni stagionali della morbilità*. — Estratto da «Assistenza Fascista», N. 12, Ottobre-Gennaio 1935-XIII.

Alfredo Macloce e Giuseppe Strucchi, *L'assicurazione sulla vita*. — Elementi tecnici, amministrativi ed organizzativi. — Napoli, Giliberti, 1935-XIII, pagg. 164.

Alessandro Scaramelli, *Sul risparmio assicurativo*. — Estratto da «La riforma sociale», Gennaio-Febbraio 1935.

S. Flandaca e I. Capizzi, *Sull'azione degli estratti di*

corteccia surrenale. — Estratto da «Endokrinologie», Ottobre 1934. — Leipzig.

S. Flandaca, *Ricerche siero ematologiche riguardo ai sierii neoplastici*. — Estratto da «Biochimica e terapia sperimentale», 1934.

S. Flandaca, *Contributo allo studio delle connessioni funzionali tra epifisi e lobo ipofisario anteriore*. Nota 1. Azione sulla chetonemia. — Estratto da «Biochimica e terapia sperimentale», 1935.

F. Musumeci Grasso, *Albuminuria*. — Estratto da «Medicina Nuova», 1933, n. 16.

Luigi Silvagni, *Augusto Murri Maestro ed Educatore*. — Bologna, N. Zanichelli, 1934.

U. Baccarani, *L'asistolia epatica. Contributo clinico allo studio delle asistolie parziali*. — Estratto da «Riforma Medica», 1934, n. 45.

U. Baccarani, *Le nevrosi respiratorie pre-tubercolari*. — Estratto da «Riforma Medica», 1934, n. 45.

C. Malan, *Sommario di Terapia Medica. Malattie interne*. — Torino, Tip. C. Accame, 1935.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Rivista di Patologia e clinica della tubercolosi — Dicembre 1934.

E. RE, *Osservazioni sulla glicemia nella tubercolosi polmonare*.

Nel corso delle forme evolutive di tubercolosi polmonare la glicemia a digiuno si riscontra nel più dei casi ai limiti superiori della norma. Dopo ingestione di zucchero si verificano spesso valori abnormemente alti. Questi fenomeni mancano nelle forme non evolutive.

Cause della alterata glicemia sarebbero la tossiemia tubercolare e la febbre che producono insufficienza funzionale del fegato e turbe endocrine (surrenali).

Nei casi trattati con pneumotorace col miglioramento delle condizioni generali si ha un abbassamento della glicemia.

Circa il quesito se la tbc. possa favorire l'insorgere del diabete l'A. è di parere contrario, inquantochè non è mai evidente una compromissione dell'apparato insulare. La tubercolosi infine che si manifesta nei diabetici determina un peggioramento nella malattia, ma una ben condotta cura insulinica può giovare non solo agendo sul diabete, ma anche, elevando le difese immunitarie dell'organismo, contro il processo tubercolare.

La Presse Médicale — Parigi.

— 2 febbraio 1935.

C. LIAN e J. ODINET, *Il sintoma dell'eco idatideo*.

Premesso che la diagnosi clinica della cisti idatidea del fegato è irta di difficoltà e che in al-

cuni casi il fremito idatideo è vago od assente, gli AA. riferiscono i risultati da loro ottenuti con la percussione ascoltata. Questa può far constatare un segno stetoscopico di valore semeiologico uguale a quello del fremito e da loro chiamato: l'eco idatideo.

Si applica il padiglione di uno stetoscopio biauricolare nella regione addominale dove sporge la tumefazione e si percuote a colpi brevi, leggeri e isolati a fianco del padiglione con un martello da riflessi; nei casi di cisti idatidea del fegato si odono generalmente da uno a tre rumori che seguono quello normale della percussione.

— 2 marzo 1935.

EDWARD L. TARNER e ALBERT G. LATTU, *L'ulcera duodenale malattia familiare.*

Per quanto sia stata da molti attirata l'attenzione sulla possibilità di una predisposizione familiare all'ulcera peptica, tuttavia ancora pochi sono gli studiosi che pongono tale predisposizione tra i fattori etiologici.

Dopo avere passato in rassegna la letteratura più recente su questi argomenti, gli AA. riferiscono intorno a sei casi di ulcera duodenale in una stessa famiglia, accuratamente studiati dal punto di vista clinico, radiologico e delle indagini di laboratorio.

Il caso N. 1 ricoverato nel reparto Medicina dell'Ospedale Americano di Beyrouth, riferi nella anamnesi che nella sua famiglia soffrivano della stessa malattia: la nonna materna, la madre, il fratello, una zia e uno zio materno e permise così agli AA. di compiere queste interessanti ricerche.

Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang — Parigi.

— Gennaio 1935.

P. COSSIO e J. BERCOUSKY, *La cianosi delle malformazioni congenite del cuore.*

La cianosi è dovuta ad una causa fondamentale: l'aumento della quantità di emoglobina ridotta nel sangue capillare ed appare quando essa arriva intorno a gr. 5. Tale aumento può essere dovuto ad una insufficiente saturazione di ossigeno del sangue arterioso (cianosi centrale), oppure ad una riduzione esagerata della ossiemoglobina nei capillari (cianosi periferica) od ancora a tutte e due queste condizioni insieme (cianosi mista).

L'unico metodo che permette di conoscere con certezza il tipo di cianosi in una malformazione congenita del cuore è di eseguire sul vivente, lo studio dei gas del sangue e quello delle funzioni respiratoria e circolatoria.

L'esame clinico e nemmeno quello anatomico patologico sono capaci di risolvere detto problema.

— Febbraio 1935.

G. BICKEL, I. MOZER e F. SOICLONOFF, *La sedimentazione globulare nell'infarto del miocardio - Suo significato diagnostico e prognostico.*

Dopo aver analizzato i vari sintomi dell'infarto del miocardio, gli AA. insistono sulla importanza diagnostica e prognostica dello studio della sedimentazione globulare in questa malattia.

La velocità di sedimentazione delle emazie appare aumentata, ma tale aumento si manifesta tardivamente e persiste anche per mesi, cosicché quando la velocità è ritornata alla norma si può affermare che è completa la cicatrizzazione dell'infarto.

Gli AA. vedono la causa di questo aumento della velocità nel riassorbimento di materiali necrotici dalla zona dell'infarto. Il meccanismo di formazione del fenomeno va ricercato in una in versione del rapporto tra siero albumine e siero globuline, cioè in un aumento di queste ultime oppure in un aumento del fibrinogeno del sangue.

Medizinische Klinik — Berlino.

— 1 marzo 1935.

H. GERHARTZ, *Rapporti tra sclerosi multipla e tubercolosi.*

L'A. riferisce intorno a 15 malati di sclerosi multipla, in 13 dei quali riscontrò positiva nel sangue la reazione di Besredka per la tubercolosi. Come si sa tale reazione riesce positiva solo nella tubercolosi attiva. Nei due casi nei quali la reazione fu negativa nel sangue, riuscì positiva nel liquor. Basandosi su questi dati l'A. ritiene possa affermarsi che la sclerosi multipla è una affezione metatubercolare.

Il Pollicinico — 1935, Sezione Pratica, n. 4.

G. ZAPPALÀ, *La colecistografia nei diabetici.*

Il metodo Antonucci per la colecistografia rapida (associazione glucosio T.I.F.) ha messo in luce lo speciale comportamento dei diabetici rispetto alla eliminazione della tetraiodoftealeina.

L'A. in 11 diabetici a glicemia alta, ha ottenuto in 10 casi una colecistografia rapida praticando una iniezione endovenosa di sola T.I.F.. Egli asserisce che questo fatto è dovuto esclusivamente alla iperglicemia. Riferisce inoltre che il tasso glicemico minimo per ottenere una colecistografia rapida è intorno ad 1,80‰. Nei diabetici che in seguito alla cura presentano glicemia normale, mancano detti fenomeni.

— Sezione Pratica, 1935, n. 7.

A. CHIASSERINI, *Vagotomia destra in un caso di asma bronchiale grave.*

L'A. riferisce un caso di asma bronchiale ribelle alle cure mediche, nel quale la sezione del

n. vago di destra produsse un miglioramento notevole.

L'A. si propone di praticare nello stesso paziente anche la simpatectomia cervicale.

— Sezione Pratica, 1935, n. 9.

G. B. COTTINI, *Su di un caso di diabete sifilitico.*

È il solo criterio *ex adjuvantibus* che permette ancor oggi di porre la diagnosi di diabete sifilitico.

L'A. riporta un caso di diabete mellito manifestatosi in un soggetto luetico, che guarì in seguito a cura di iniezioni di sublimato.

— Sezione Medica, 1 marzo 1935, n. 3.

F. GUCCIONE, *Su tre casi di sarcomi primitivi dello stomaco.*

L'A. riferisce su tre casi di sarcoma primitivo dello stomaco e nota come la sintomatologia clinica non abbia presentato alcun carattere speciale o differenziale in confronto del cancro primitivo.

L'emorragia gastrica non è un reperto frequente.

Il chimismo gastrico, in un caso solo in cui fu studiato, dimostrò l'esistenza di quelle stesse modificazioni che si trovano di solito nel cancro.

Il reperto radiologico, nelle due osservazioni in cui fu eseguito, non portò alcun elemento utile per la diagnosi.

Il decorso in tutti e tre i casi fu, dopo l'inizio delle manifestazioni morbose, più rapido di quanto non si osservi ordinariamente nel cancro.

La diagnosi anatomica il più delle volte possibile su dati di non dubbio valore, alle volte è difficile, quando la neoplasia è a sviluppo endo gastrico, localizzata al piloro, e non circoscritta, ma a carattere infiltrativo.

Difficile è la classificazione dei sarcomi primitivi dello stomaco su fondamento istogenetico, sebbene i tre casi riferiti abbiano dimostrato che in qualcuno le strutture istologiche permettono una sicura differenziazione.

A. GUALDI, *Sindromi emorragiche e stati anemici nell'uremia cronica da ritenzione.*

L'A. prima riassume i vari concetti patogenetici per spiegare il modo di formazione delle porpore, passa poi ad illustrare alcuni casi clinici di stati emorragici secondari a insufficienza cronica renale, cioè sintomatici ed enumera altri casi clinici di lesioni renali (glomerulo-nefrite acuta-rene grinzoso secondario) in cui però i reni erano del tutto o parzialmente sufficienti, senza alterazioni ematologiche importanti.

Dallo studio critico dei vari casi illustrati, l'A. è portato a concludere che la causa dei disordini ematici ed emorragici vada ricercata nel complesso delle modificazioni umorali d'ordine chimico e fisico-chimico (iperazotemia-iperindacemia-ritenzio-

ne di sostanze aromatiche acidose) che costituiscono lo stato tossico della uremia cronica vera, e che il meccanismo patogenetico sia da ricercarsi, per le manifestazioni anemiche nell'ipoplasia del midollo osseo, e per le manifestazioni emorragiche, per gran parte nelle alterazioni dei capillari e in parte minore nella diminuzione del numero delle piastrine, senza escludere che possa anche entrare in causa la diminuzione del fibrinogeno.

Il Valsalva.

— Gennaio 1935.

A. PATRONI e GJARTO, *Contributo al comportamento del labirinto posteriore nella sindrome di Bernard-Horner.*

In un individuo affetto da carcinoma latero-cervicale destro, si sviluppò una sindrome di Bernard-Horner (paralisi del simpatico cervicale). Oltre ai sintomi caratteristici di questa sindrome gli AA. hanno riscontrato una perturbazione dei riflessi calorici vestibolari omolaterali, consistente in diminuzione di eccitabilità al freddo ed aumento al caldo. Riferiscono tali sintomi alla paralisi del simpatico cervicale.

La Riforma Medica — 1934, n. 50.

CALDERARA, *La triade siero-ematologica di Maurizio Ascoli per la diagnosi di tumori maligni.*

M. Ascoli ha messo in rilievo alcune nuove ed importanti proprietà del sangue nei soggetti portatori di tumori maligni.

Tre sono le prove proposte:

1) Prova etere + bilirubina: è positiva se avviene la gelificazione *in toto* dei due strati etere sierico, con colorazione gialla dello strato etereo (prova di orientamento).

2) Acidimetria dell'estratto etereo, saggiata con KOH N/100, in sieri neoplastici, dà valori alti.

3) Glicolisi *in vitro* dei corpuscoli rossi presenta nei soggetti portatori di tumori maligni un aumento cospicuo.

Le ricerche dell'A. si riferiscono a 49 casi: 15 tumori maligni, 6 tumori benigni, 10 affezioni varie e 18 sicuramente normali. Si ebbe esito costantemente negativo delle tre reazioni nei soggetti normali od affetti da altre malattie. In due casi di tumori benigni fu positiva la sola prova della bilirubina. Nei portatori di tumori maligni i risultati furono positivi in dodici e negativi in tre (80% di positività).

— 1935, n. 8.

M. SORRENTINO, *La diatermia del sinus carotideo nell'ipertensione.*

L'A. ha tentato un nuovo metodo di cura dell'ipertensione consistente nella stimolazione del

sinus carotideo, mediante applicazione di diatermia locale.

I risultati da lui ottenuti sono stati buoni: in fatti in quasi tutti i malati la pressione arteriosa si è, sia pure di poco, abbassata e parecchi di essi affermarono di sentirsi meglio.

Gli abbassamenti più marcati furono notati nelle forti ipertensioni.

Varia è stata la durata dell'abbassamento: dopo circa un mese e mezzo dalle cure la pressione ricominciò a salire ma non raggiunse le cifre primitive, almeno entro i primi sei mesi.

Minerva Medica:

— febbraio 1935, n. 8.

E. FILLA, *L'influenza della psiche sulla glicemia.*

È stato da tempo dimostrato che la psiche può avere una influenza di primo ordine sui fenomeni della vita vegetativa.

L'A. constatò che certi stati particolari quali le emozioni, i desideri ecc. possono modificare la glicemia; sperimentalmente egli è riuscito ad ottenere simili effetti, in genere abbassamento della glicemia, per mezzo dei riflessi condizionati e della suggestione.

Rassegna di articoli d'igiene.

La salute e l'igiene nella famiglia — Roma.

— 15 gennaio 1935.

E. BAJLA, *Le malattie del « Duemila ».*

G. PUGLIESI, *Una nuova cura del raffreddore.*

— 1 febbraio.

R. MONTELUCCI, *Silenzio e salute.*

E. BAJLA, *L'elogio del formaggio.*

— 15 febbraio.

RUDY, *Le malattie emorragiche.*

P. CAPASSO, *Moralità e sanità della donna.*

— 1 marzo.

N. PENDE, *Naturismo alimentare.*

G. PUGLIESI, *A avete voi un'ernia?*

— 15 marzo.

G. TALLARICO, *Il cancro è un aumento!*

G. BBECCIA, *La scienza della bellezza femminile.*

E. BAJLA, *Poco sale o molto sale?*

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Carezano (Alessandria) il Dott. Fanzio Lorenzo.

A Corte Palasio (Milano) il Dott. Maggi Paride.

A Venosa (Potenza) il Dott. Intaglietta Michele.

A Pistoia il Dott. Corradi Antonio.

A Peschiera del Garda (Verona) il Dott. Maffezoli Teodoro.

A Biennio (Brescia) il Dott. Francesconi Filippo.

A Fondi (Littoria) il Dott. Dinia Attilio.

A Frattamaggiore (Napoli) il Dott. Pezzullo Angelo.

A Finale Ligure (Savona) il Dott. Ponzio Marco.

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

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