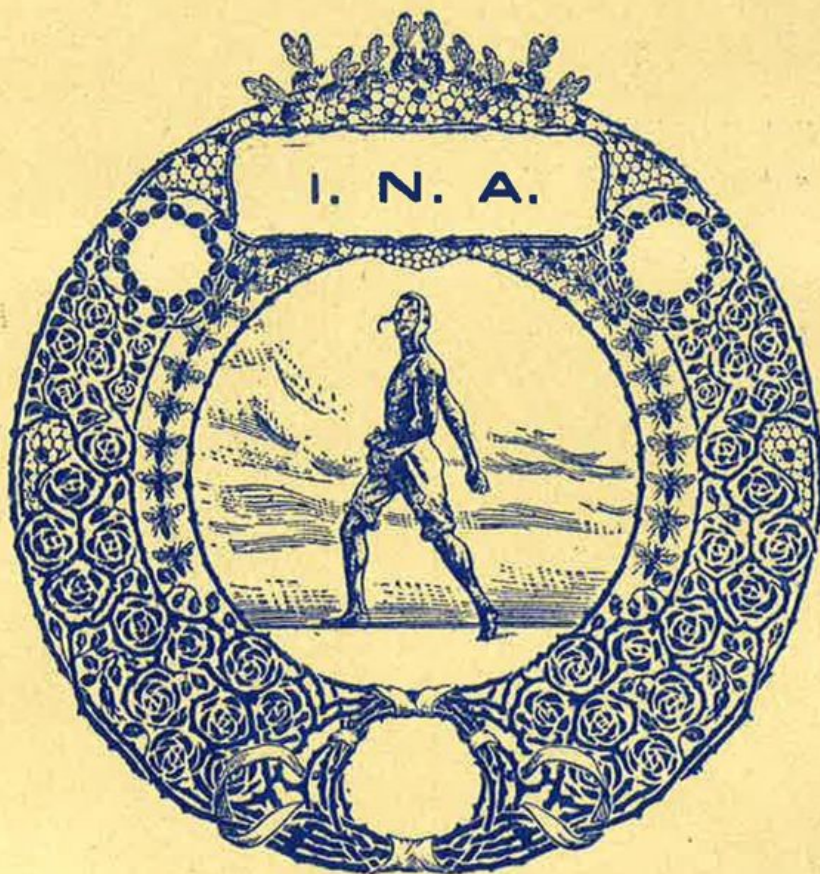


# L'ASSISTENZA

# SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO  
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IV  
Numero 3  
C. C. Postale

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



Corporate Heritage  
& Historical Archive

## SOMMARIO

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati . . . pag. I-XX</p> <p>2. Consigli agli assicurati:</p> <p>    a) Dr. SILVIO CIPOLLONI, Otite catarrale ed ipoacusia . . . 145</p> <p>    b) Dr. FERNANDO VICENTINI, La diagnosi precoce del cancro dello stomaco . . . 147</p> <p>3. Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale. . . . 151</p> <p>4. Notiziario . . . . 153</p> <p>5. Medicina delle Assicurazioni-vita:</p> <p>    a) Dr. M. BIASIOTTI, L'importanza di alcune ricerche di laboratorio per la prognosi «quoad vitam» . . . . 158</p> <p>    b) Prof. Dr. MARIO ACQUA, Stati morbosi iniziali e anomalie ormoniche latenti . . . . 167</p> | <p>6. Medicina legale delle Assicurazioni-vita:</p> <p>    Dr. FABIO MARSELLA, Il concetto d'infortunio nelle polizze popolari di assicurazione vita pag. 182</p> <p>7. Alcuni dati di statistica medica . 185</p> <p>8. Varie:</p> <p>    a) Prof. Dr. BASILIADES, L'influenza in Grecia . . . . 193</p> <p>    b) Prof. Dr. VITTORIO SERRA, Considerazioni patogenetiche e profilattiche sul problema della arteriosclerosi . . . 193</p> <p>    c) Dott. LAMBERTO SIVIERI, L'assicurazione sulla vita in Italia 199</p> <p>9. La pagina del medico fiduciario . 210</p> <p>10. Dai Libri e dalle Riviste . . . 210</p> <p>11. Pubblicazioni ricevute . . . 214</p> <p>12. Dai periodici di medicina . . . 215</p> <p>13. Rassegna di articoli d'igiene . 216</p> <p>14. Vuoti nelle file dei medici fiduciari 216</p> |
|--|--|

**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

A) Concessione gratuita periodica presso i Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale dell'I. N. A. in *Roma*, Via Sallustiana n. 51 e presso il Centro di Assistenza Sanitaria in *Torino*, Via Maria Vittoria n. 1, di: ***un elettrocardiogramma*** a tutti comunque assicurati.

B) Concessione gratuita periodica presso i Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale dell'I. N. A. in *Roma*, Via Sallustiana n. 51, di: ***un esame del sangue per la reazione di Wassermann*** a tutti comunque assicurati.

### PALERMO

*Casa di Cura del Prof. Gioacchino Arnone*, via Ugdulena n. 2, 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, roentgendiagnostica e roentgen-radiumterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

# PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) *Visite mediche periodiche gratuite; Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti; 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.* — I) *Consultazioni gratuite di Igiene.*

A) 1. *Visite mediche periodiche gratuite.*  
— 2. *Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti.* — 3. *Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.* — 4. *Gabinetto per le cure odontoiatriche.*

1. a) 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.

b) Gli assicurati che non hanno diritto al buono di cui sopra, possono usufruire del consultorio medico gratuito per il collaudo della salute, istituito in Torino presso il Centro di Assistenza Sanitaria per gli Assicurati del Piemonte (Via Maria Vittoria n. 1, Torino).

c) Gli assicurati con polizze popolari possono usufruire gratuitamente una volta ogni anno di una visita completa, ivi compresi tutti gli esami clinici e di laboratorio, presso il Policlinico del Lavoro in Roma, Via Ripetta n. 180.

d) Per la diagnosi precoce dei tumori tutti gli assicurati possono ottenere gratuitamente le visite negli ambulatori dell'Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori, in Roma, Viale Regina Margherita n. 291.

2. Concessione gratuita presso i Laboratori del Servizio Sanitario della

Direz. Generale dell'I. N. A. in Roma, Via Sallustiana n. 51, e presso il Centro di Assistenza Sanitaria in Torino, Via Maria Vittoria n. 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) un esame del sangue: per la reazione di Wassermann (solo presso i Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale dell'I. N. A. in Roma, Via Sallustiana, n. 51);

f) la misurazione della pressione arteriosa;

g) un elettrocardiogramma.

## 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. 5.000;

## OGNI QUATTRO ANNI

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

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

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

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

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

per l'azotemia 10-15 cc. di sangue prelevato a digiuno;

per la glicemia 1-2 cc. di sangue prelevato a digiuno, con l'aggiunta di alcuni granellini di fluoruro di sodio, allo scopo di renderlo incoagulabile;

per la reazione di Kahn 5-10 cc. di sangue o meglio 1-2 cc. di siero possibilmente già centrifugato;

per la reazione di Wassermann 5-10 cc. di sangue o meglio 1-2 cc. di siero possibilmente già centrifugato (solo ai Laboratori del Servizio Sanitario della Direz. Generale dell'I. N. A. in Roma, Via Sallustiana n. 51).

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, n. 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** (Vedi 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'I. N. A.

I) **Consultazioni gratuite di igiene:** igiene personale, igiene della casa, igiene del lavoro, consigli per la prevenzione delle malattie, specie infettive, presso il Consultorio di Igiene istituito presso il Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli assicurati del Piemonte: Torino, Via Maria Vittoria n. 1.

## ELENCO PER PROVINCIA

### AGRIGENTO

*Odontoiatri:* Dott. CUORULLO Antonio.

CANICATTI - Dr. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

### ALESSANDRIA

*Odontoiatri:*

Dr. MOTTA Luigi, Piazzetta della Lega, 7.

Dr. OSIMO Guido, Via Mazzini, 1.

Dr. 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.

Dr. DURANDO Francesco, Via Legnano 11.

**CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO**  
Angelo.

*Otorinolaringoiatri:*

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

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

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

**CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO**  
Giovanni.

**ANCONA**

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

**AOSTA**

*Odontoiatri:* Dr. CHIAMPO Arnaldo.

Dott. SPIRITO Tito.

**IVREA - Dott. MAUTINO Giuseppe.**

Dott. PUGLIESE Giuseppe.

*Oculisti:* **IVREA - Dr. GARZINO Mario Ca-**  
simiro, Ospedale Civile.

*Otorinolaringoiatri:*

**IVREA - Dott. MAGGIOROTTI Ugo.**

**AQUILA**

*Odontoiatri:*

Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

*Otorinolaringoiatri:*

Dr. CIPOLLONI SILVIO, Via S. Marciano, 31

**AREZZO**

*Odontoiatri:* Dr. MICHELINI Mario, Via Fran-  
cesco Crispi, 2.

**ASCOLI PICENO**

*Odontoiatri:* Dott. MONDOZZI Andrea, Via  
Benedetto Cairoli.

Dott. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dott. TASSONI Adolfo.

*Otorinolaringoiatri:*

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

**BARI**

1. *Clinica privata del prof. Florenzo d'Erchia per le Malattie Ginecologiche*, Via M. Signorile, n. 2, 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, Roentgen-diagnostica Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella clinica.



BARI - Clinica Privata del Prof. F. d'Erchia  
per le Malattie Ginecologiche.

*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<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> 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:* Dr. AVETTA Enzo.

Dott. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dott. CALDEROLI Guido.

Cav. Dott. CASTELLI Carlo.

Prof. Dott. CAVAZZENI Giovanni.  
Dott. DAL LAGO Vittorio.  
Dr. GATTI Giovanni.

**Oculisti :**

Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Via Tasso, 4  
Prof. Dott. SEGUINI Arminio.  
Dott. ZONCA Giovanni.

**Otorinolaringoiatri:** Dr. 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.



TERME DI PORRETTA - Stabilimenti salsojodici.

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<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe, e del 10% se usufruiranno della 3<sup>a</sup> classe, sia per le rette che per gli onorari medici.

3. *Casa di salute « Policlinica »*, Piazza Umberto I, n. 9 a tutti gli assicurati — « Villa Verde », Via Mamolo, n. 45 — « Villa Rosa », Via Castiglione, n. 108, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive riduzione del 30%



BOLOGNA  
Casa di Salute  
POLICLINICA



BOLOGNA - Villa Rosa.

sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium.

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 Guerazzi, 29.

**Otorinolaringoiatri :**

Prof. Dott. CANEPELE Adelson, Viale XII Giugno, 12.  
Dott. FAOCHINI 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.  
Dr. ROSSLER Federico, Via Regina Elena



## 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 Roentgen, 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 Giovanni, 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, Roentgendiagnostica e Roentgen-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, Roentgendiagnostica e Roentgen-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, Roentgen-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 Vecchiotti, 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. Horwat in Abbazia*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sull'importo delle rette in vigore, e del 50% sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali, che per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, elettrica e di idroterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

### FOGGIA

1. *Clinica Troiano in Sansevero*, Viale della Stazione, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per ana-



SANSEVERO (Foggia) - La Clinica Troiano.

lisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Clinica.

#### Odontoiatri:

Dott. ARBORE Giulio.  
 Dott. DI MAIO Enzo.

MANFREDONIA - Dott. MELUCCO Pasquale.

S. SEVERO - Dott. RECCA Pietro.

#### Oculisti:

FOGGIA - Dott. ALTAMURA Alfredo  
 CARLANTINO - Dott. DE SIMONE Nicola.  
 S. SEVERO - Dott. COLIO Giovanni.

#### Otorinolaringoiatri:

FOGGIA - Dott. GALLO Antonio.  
 S. SEVERO - Dott. GERVASIO Arnaldo.

### FORLÌ

#### Odontoiatri:

Dott. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi.  
 Dott. MOLNAR Geza, Via M. Missirini.  
 Dott. BRIGANTI Antonio, Capitano 2° Fanteria.

Dott. CASALI Alvaro - Corso Garibaldi.

RIMINI - Dott. LAZZAROTTO Eugenio.

Dott. PEDRAZZI Luigi.

Dott. PELOSI Romano.

#### Oculisti:

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

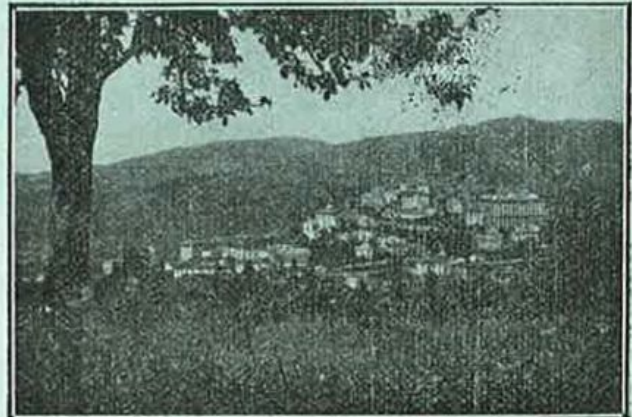
Dott. SANTONOCETO Ottavio, Via Giov. dalle Bande Nere.

#### Otorinolaringoiatri:

Dott. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

### FROSINONE

*Stabilimenti termali di Fiuggi*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% (trenta per cento) su tutte le tariffe in vigore.



FIUGGI - Panorama generale.

A Fiuggi è stato istituito un ufficio di rappresentanza e propaganda che ha la sua sede presso lo stabilimento della 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, Roentgendiagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

2. *Policlínico 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. ODISIO 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 (Lecca)*, 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. PIEGATA 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. FUCCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.

Dott. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vittorio Emanuele, 103.

### MATERA

Odontoiatri: Dott. MARINARO Domenico.

Oculisti: Dott. Lo RUSSO Stefano.

## MILANO

1. *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Eugenio Carpi, n. 80, 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 28, 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.

## Oculisti:

Prof. Dr. Busacca Annibale, Via Porpora, 108.

## Odontoiatri:

MONZA - Dott. BONSAGLIO Elia, Via Vittorio Emanuele, 1.

Dott. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.  
Dott. SAVIO Piero, Via B. Luini, 1.

## MODENA

1. *Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti*, Via Giardini, 20, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-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 assi-

curati: 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, Roentgendiagnostica e Roentgen-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, Roentgendiagnostica e Roentgen-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:

Dr COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 8.

Dott. DONATO Carlo, Via R. De Cesare, 7.

Dott. GIUFFRÉ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

Dott. IZZO Giuseppe, Via S. Arcangelo a Baiano.

Dott. LIPPO P., Via S. Lucia, 15.

Dott. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 86.

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

Dott. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio Emanuele, 460.

Dott. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.

SPARANISE - Dott. GRANDE Francesco.

## Otorinolaringoiatri:

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

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

## NOVARA

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

2. *Casa di Cura per malattie polmonari « Eremo » in 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 microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

3. *Consultorio Materno in Novara*, dell'Isti-



BOGNANCO - Terme.

tuto Naz. Fascista della Previd. Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

*Odontoiatri*: Dott. BORRINI Francesco.

Dott. SOENDRATI 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 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%



ABANO TERME (Padova) - Stabilimento Hôtel Trieste.

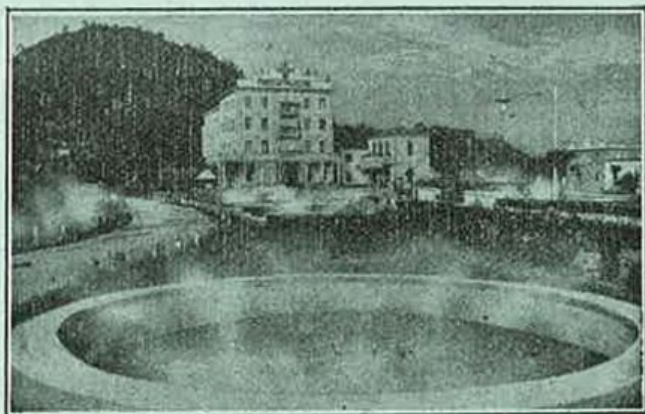
sull'importo della pensione giornaliera, escluso servizio e tassa soggiorno.

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 Montegrotto* (Padova), a tutti gli assicurati: riduzione del 20% sull'importo della pensione di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe; riduzione del 15% sull'importo della pensione di 3<sup>a</sup> classe. Nella pensione oltre all'alloggio, vitto (vino compreso), servizio, è compresa anche la cura (fango o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno L. 10 per la 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe e L. 5 per la 3<sup>a</sup> clas



MONTEGROTTO TERME (Padova), Terme Preistoriche

se. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di L. 10 per la 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe e L. 5 per la 3<sup>a</sup> classe.

## PALERMO

1. *Casa di Cura prof. Gioacchino Arnone*, Via Ugdulena 2, 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, roentgendiagnostica e roentgen-radiumterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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 Villaerrosa, 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, 471  
 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 praticeranno lo stesso trattamento per vitto ed alloggio che quegli alberghi praticano ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. Esercito, alla M.V.S.N. ed ai Corpi Armati dello Stato.*

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

**Odontoiatri :**

Dott. ALBERTI Silvio, Via Farini, 52.

**Oculisti :**

Prof. Dott. CANDIAN Ferruccio, Viale Umberto I.

Prof. Dott. CARMi Alberto, Via San Biagio, 1.

**Otorinolaringoiatri :**

Prof. Dott. LASAGNA Francesco, Piazzale Cervi, 17.

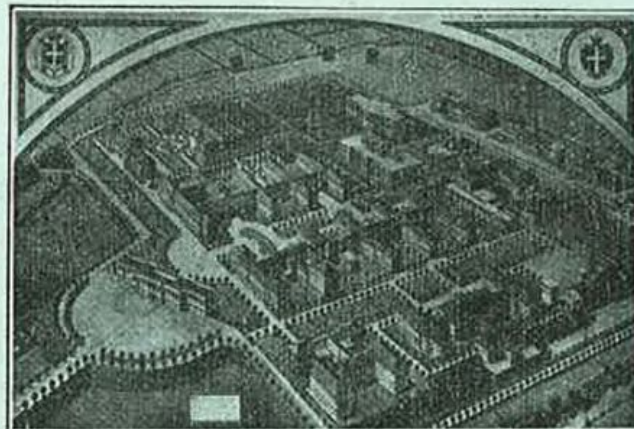
Prof. Dott. TASSI Umberto, Via 22 Luglio, 15.

**PAVIA**

1. *Casa di Cura prof. Eugenio Morelli, Piazza 24 Maggio, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Roentgen diagnostica e Roentgen-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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.*

3. *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sia per le cure ambulatorie che per le rette di qualsiasi genere. La riduzione del 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgen-dia-*



PAVIA - Ospedale Policlinico S. Matteo.

*gnostica e Roentgen-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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-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 riduzione. 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. STOCCO 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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate in detti ospedali.

## Odontoiatri :

Dott. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vitt. Emanuele.

## Oculisti :

Dott. DE LOGU Antonio.

Dott. Prof. LAGANA Domenico.

Dott. STILO Antonio.

## Otorinolaringoiatri :

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

## ROMA

1. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori), tutti gli assicurati* otterranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Roentgen-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. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e Roentgenterapia, 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 Roentgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisio-terapici 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 n. 291

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 n. 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.

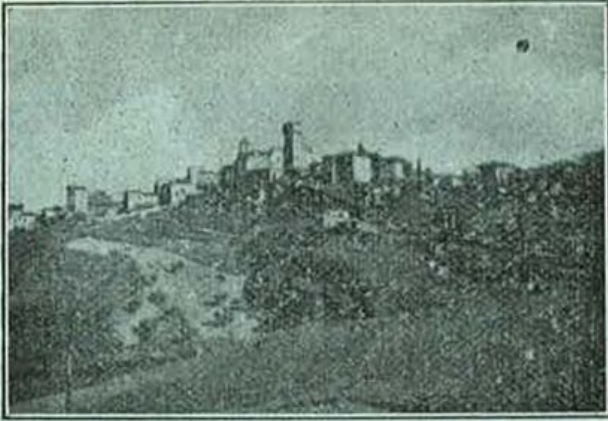
#### Otorinolaringoiatri:

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<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe. Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3<sup>a</sup> 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.



Panorama di S. Casciano dei Bagni

### 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.).

### 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 Aloide, 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.
6. Elettrocardiogramma.

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 Roentgen-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, 3.  
 Dott. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

#### Oculisti:

- Dott. CAFFARATTI C., Corso Oporto, 47.  
 Dott. CANTÙ Carlo, Via Madama 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. Dr. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.  
 Dott. TOSO G., Via S. Secondo, 15.  
 Dott. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.  
 Dott. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.  
 Prof. Dott. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 31-bis.

#### Otorinolaringoiatri:

- Dott. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.  
 Prof. Dott. BRUZZONE Carlo, Via Davide Bertolotti, 2.  
 Dott. CARBONE Agostino, Corso Vittorio Emanuele, 76.  
 Prof. Dott. CASASSA Adolfo, Via Principe Amedeo, 52.  
 Prof. Dott. DIONISIO Ignazio, Corso Vinzaglio, 10.  
 Prof. Dott. DONADEI Giovanni, Via Cavour, 6.  
 Dott. FERRERO A., Via Goito, 6.  
 Dott. LEALE G., Corso Oporto, 5.  
 Prof. Dott. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.  
 Dott. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Plana, 11.  
 Prof. Dott. PALLESTRINI Ernesto, Corso Roero di Cortanze, 2.  
 Prof. Dott. PINAROLI Guido, Corso Vittorio Emanuele, 82.  
 Dott. PRECERUTTI-TAPPARELLI Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.  
 Dott. VASSI C., Via Santa Chiara, 20.

### TRAPANI

#### Otorinolaringoiatri:

- Dott. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

### TRENTO

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

#### Odontoiatri:

- Dott. AGOSTINI Fortunato.  
 Dott. LACHMANN Carlo, Piazza Silvio Pellico, 2.  
 Dott. RIGHI Ferruccio, Via Belenzani, 27.  
 Dott. SEPPI Cesare, Via Gazzoletti.  
 ARCO - Dott. PENNECHER Ercole.  
 CAVALESE - Dott. BROSECHINI Giuseppe.  
 LEVICO - Dott. CALIARI Federico.  
 ROVERETO - Dott. SOMMADOSSI Mario.  
 Dott. ZANNINI Gino.

#### Oculisti:

- TRENTO - Dott. GENTILINI Giuseppe, Piazza Venezia, 2.  
 Dott. GRILLO Gino, Via S. Maria Maddalena, 21.

#### Otorinolaringoiatri:

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

Prof. GARBINI Giuseppe, Via S. Maria Maddalena, 10.  
Dott. MAESTRANZI Dario, Via Rosmini, 25.  
Dott. Cav. MAFFI Giuseppe, Via Oss. Muzzurana, 16.

### TREVISO

1. Casa di cura prof. Piero Brisotto, Ponte Garibaldi, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen-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. Roentgen-diagnostica e Roentgen 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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-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. BRIVIO Giano, Via Marsala.  
Dott. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.  
Dott. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.  
Dott. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.  
Dott. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.

BARDOLINO - Dott. PEDUZZI P.

LEGNAGO - Dott. BONFANTE Ugo.

## VICENZA

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

*Odontoiatri:*

Dott. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 58.

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 vulcaniciminerali.

**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.

**Bognanco** (Novara): Acque bicarbonate magnesiache radio attive.

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

**Fiuggi** (Frosinone): Acque oligometalliche radiattive.

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

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

- Porretta** (Bologna): Acque salsobromoiodiche e clorurate sodiche solfuree.  
**Recoaro** (Trento): Acque ferruginose carbocalciche.  
**Salsomaggiore** (Parma): Acque salsobromoiodiche.  
**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 sodiocalcicomagnesiaca a 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 sodiocalcica, 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) artritisimo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc. :  
**Abano e Montegrotto Terme** (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 - linfatismo:  
**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. Mancioi - 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.

**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 Prof. Arnone, Via Ugdulena, 2.

**Pavia** - Casa di cura Prof. Eugenio Morrelli - 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 n. 291.

— 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, 1935-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

# OTITE CATARRALE ED IPOACUSIA

Dott. SILVIO CIPOLLONI

*Medico-chirurgo - Specialista in otorinolaringoiatria*

Tutti sanno quanta importanza abbia il senso dell'udito nella vita sociale e quanto esso influisca sullo sviluppo intellettuale e psichico dell'uomo. Se solo un momento ci si sofferma a considerare un sordo, facilmente si può dedurre lo stato penoso di questo individuo e la sua condizione di inferiorità rispetto all'uomo normale. Il sordo, costretto a vivere in società, ed impossibilitato da questa sua deficienza a partecipare ai discorsi altrui, obbligato sovente a farsi ripetere quanto gli è stato detto, finisce col considerarsi menomato anche moralmente, diviene misantropo e sospettoso. Quanto più egli sarà elevato socialmente ed intellettualmente tanto più risentirà della mancanza di questa preziosa facoltà che molto contribuisce allo sviluppo della propria coltura ed alle relazioni col mondo esterno. Un appassionato per le lettere, per la musica e per il teatro sarà privato dei suoi maggiori godimenti spirituali; un musicista si considererà rovinato nella sua arte e danneggiato nella sua capacità produttiva. Un impiegato, un insegnante, un industriale, un lavoratore potrà essere impossibilitato nell'esercizio delle proprie mansioni con danno dei propri interessi: molti individui si vedranno ostacolati nelle loro aspirazioni e nell'impossibilità di dedicarsi alle occupazioni che richiedono un udito normale; e tutto ciò con danno oltre che particolare anche sociale: di qui l'opportunità di prevenire in tempo utile le cause che possono indurre a sordità, e sopra tutto alcune forme di otiti non curate, alle quali tale difetto va attribuito nella maggior parte dei casi.

L'otite acuta in genere, per i suoi sintomi eclatanti, richiama l'attenzione del paziente e lo induce alla cura; non così è per alcune otiti a sintomatologia modesta, ad andamento cronico che spesso vengono trascurate. Tali otiti sono per lo più intimamente legate a stati patologici cronici del naso-faringe e, come questi, soggetti a fatti di riacutizzazioni frequenti, che, coll'andar del tempo, portano ad una progressiva alterazione dell'orecchio medio, con conseguente diminuzione dell'udito, tale da raggiungere sovente stati permanenti di grave sordità.

Spesso accade che gli ammalati, i quali si rivolgono a noi accusando disturbi a carico dell'orecchio, rimangano sorpresi e magari titubanti nel vedere

le nostre cure rivolte al loro naso ed alla loro faringe anzichè agli orecchi, per i quali ci hanno interpellato. Perchè sia possibile far comprendere con chiarezza l'intimo rapporto che corre tra naso faringe ed orecchio, e quindi rendere ai profani più persuasivi i nostri consigli, ritengo opportuno dare un cenno il più breve ed il più schematico possibile della struttura anatomica dell'orecchio medio. Tale porzione del complesso e fine apparato uditivo detto cassa del timpano, può considerarsi grossolanamente una cavità pressochè cubica, tappezzata da mucosa, non comunicante coll'esterno se non per mezzo di un sottile condotto osseo-cartilagineo, rivestito anche esso da mucosa, detto tuba di Eustachio, che sbocca nella parte alta del faringe. Ad essa è assegnata la importante funzione di permettere il passaggio dell'aria dalla cavità faringea a quella dell'orecchio medio. Un qualsiasi fatto che meccanicamente o per processo infiammatorio determini edema della mucosa tubarica o ristagno di secrezione lungo essa, può ridurne od abolire tale sua funzione. Se ciò avviene, dopo un certo periodo di tempo, l'aria contenuta nella cassa si rarefa e nell'orecchio medio si stabilisce una pressione negativa rispetto a quella esterna atmosferica. Tale squilibrio di pressione si ripercuote sul labirinto, causando vertigini, nausea, ronzii, aggravati da più o meno notevole ipoacusia; si ha cioè la sintomatologia della stenosi tubarica acuta. Per lo stesso squilibrio di pressione la parete esterna della cassa, costituita in massima parte dalla sottile membrana del timpano, viene ad essere spinta dall'aria atmosferica dall'esterno verso l'interno; per tale forza si distende e si infossa. Tale posizione forzata, finchè sussiste, impedisce alla membrana ed alle ossicine situate dietro di essa di vibrare come nell'orecchio normale al giungere delle vibrazioni sonore. Quando la membrana del timpano viene spinta dall'aria verso l'interno, tale catena di ossicini assume una posizione difettosa, ostacolando così, la percezione dei suoni; e di qui la sordità parziale talora intensa.

Se la causa che ha determinata la stenosi permane, al fattore meccanico sopraggiunge la infiammazione della mucosa per diffusione di germi che dal naso attraverso la tuba raggiungono la cassa, e si ha l'otite acuta vera e propria, con tutta la sintomatologia eclatante ad essa inerente. Quando invece la stenosi tubarica si stabilisce lentamente o dopo una fase acuta iniziale passa a stato cronico, mantenuto da processo catarrale della mucosa faringea, causa il perdurare nell'orecchio medio di un analogo processo infiammatorio cronico. Tale otite catarrale decorre per lo più con scarsi sintomi, ed è soggetta a fasi di riacutizzazione in rapporto con riacutizzazione della flogosi naso-faringea. In seguito al prolungato stato infiammatorio la mucosa della cassa va incontro ad ispessimento del suo tessuto, interessando anche la membrana del timpano le articolazioni delle diverse ossicine, che perdono la loro elasticità, fino a formare un tutto rigido, riducendo progressivamente la loro capacità di trasmissione. Tutto ciò si svolge in un periodo di tempo molto lungo, di vari anni, in un solo orecchio o in tutti e due, con diversa intensità. L'andamento lento della malattia, i sintomi lievi nei primi periodi, fanno sì che il paziente, o per trascuratezza, o per ignoranza, spesso si rivolga al medico solo quando i disturbi diventano molesti o quando l'udito si è talmente affievolito da ostacolare od impedire le abituali occupazioni.

Il primo senso di chiuso, i primi ronzii, le prime lievi vertigini, che si iniziano coll'otite per lo più nella giovinezza, si aggravano col progredire della malattia. Più tardi, si manifestano i rumori subiettivi, intermittenti o continui, talora molto molesti, specie se in individui nevropatici; si ha senso di pesantezza e di stiramento alla nuca, le vertigini si aggravano, e possono sopraggiungere disturbi gravi e caratteristici dell'udito. Colla vecchiaia in genere, ma spesso anche prima, la sordità può divenire gravissima: in tale stadio i vari mezzi curativi a disposizione dello specialista sono per lo più insufficienti o del tutto inefficaci ad ottenere un ripristino della completa capacità funzionale dell'organo.

Dimostrato l'intimo rapporto funzionale e patologico del naso-faringe e dell'orecchio, chiara risulta l'utilità di una sorveglianza e di una cura tempestiva del naso-faringe ogni qualvolta il caso ne indichi l'opportunità.

Rimando ad altra volta quanto riguarda la patologia del naso, accennerò ora soltanto alle varie forme di faringiti croniche, capaci di determinare l'insorgere lento dell'otite catarrale cronica; e poichè trattarle diffusamente equivarrebbe a svolgere un ampio capitolo di patologia, citerò le più frequenti, facendo notare come molto spesso alcune di esse non si riducano a fatto esclusivamente locale, ma siano manifestazioni di uno stato patologico generale e quindi di grande importanza, perchè spesso si fanno guida diagnostica per alcune malattie gravi non ancora manifestatesi colla loro sintomatologia più rilevante.

Tra le faringiti che sostengono più frequentemente tali otiti, va citata la catarrale cronica, in tutti i suoi stadii dipendente da cause svariatissime, e cioè stati patologici nasali, vegetazioni adenoidi ed ipertrofia tonsillare; spesso la si riscontra legata a fumo di tabacco, ad abuso di alcool, a respirazione in ambienti troppo caldi o troppo asciutti, ad inalazioni di polveri, di gas e di vapori irritanti, ad azione irritante del vento, ad eliminazione attraverso le mucose di sostanze tossiche assorbite dalla cute nei pittori, tipografi, lavoratori di piombo, fosforo, zinco ecc. Talora è in rapporto a linfatismo, a rachitismo, diabete, albuminuria, artrismo ecc. Talora l'otite catarrale è in rapporto a faringiti specifiche, come la ozenatosa, la luetica, la tubercolare; come può essere conseguenza di tumori naso-faringei e di paralisi faringee. Alcune volte va attribuita alla così detta eredità otopatica, per cui pur non essendo manifeste le cause che hanno determinata l'otite nei singoli individui, questa si riscontra in vari componenti la famiglia per generazioni successive.

## LA DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO DELLO STOMACO

Dott. FERNANDO VICENTINI.

*Medico della Direzione Generale dell' I. N. A.*

Il cancro dello stomaco, terribile malattia la cui diagnosi, quando non è fatta precocemente, suona quasi sempre come una condanna a morte a più o meno breve scadenza per i poveri infermi che ne sono colpiti, occupa il primo posto nella triste statistica dei tumori maligni; infatti circa il 40% di tutti i cancri ha la sua sede nella cavità dello stomaco. A rendere ancora più scuro il quadro, contribuisce la notizia che la frequenza di questo morbo è andata aumentando, in questi ultimi tempi: è questa probabilmente una conseguenza della vita febbrile di oggidì, con la quale stanno purtroppo in relazione, l'alcoolismo, il tabagismo, la sifilide.

Mi domanderà qualcuno di voi, a nulla dunque sono approdate le ricerche faticose e pazienti di tanti scienziati, l'abnegazione e l'ardire di tanti chirurghi nel tentativo di debellare questo tremendo flagello? Ecco che cosa rispondono i chirurghi, questi uomini dal duro cuore i quali, la mano armata del ferro salutare, osano quotidianamente nella lotta contro questo potente nemico: non esiste cura medica del cancro dello stomaco; la terapia di esso è esclusivamente chirurgica; la radioterapia non ha dato fino ad oggi successi degni di nota. L'ideale da raggiungere con la cura chirurgica è la asportazione radicale del

tumore e delle ghiandole linfatiche con esso in rapporto e ciò si può ottenere con la cosiddetta operazione di resezione.

I risultati della resezione gastrica, intervento senza dubbio grave e delicato, condizionato ad una precocità ragguardevole nella diagnosi della malattia, sono andati progressivamente migliorando sia per quello che riguarda la mortalità operatoria, che per quello che concerne i risultati definitivi: le statistiche più recenti informano che una percentuale dei resecati per cancro, oscillante tra il 30 e il 50, a seconda dello stato di avanzamento del male, di coloro che hanno superato l'intervento chirurgico, si trova in vita dopo tre anni e talora anche più dopo l'operazione; dopo tale epoca, purtroppo, il numero diminuisce a causa delle riproduzioni del cancro; ma vi sono anche le sopravvivenze di 10 e più anni le quali equivalgono a vere guarigioni. Se voi pensate che invece i casi abbandonati al loro triste destino, perchè non hanno potuto o voluto beneficiare dell'opera del chirurgo, hanno una sopravvivenza media di 4-5 mesi, facilmente dedurrete in quale conto debba tenersi l'opera della chirurgia in questo campo. Ma accanto alla operazione radicale altre palliative ne vengono tentate, quando pur non potendosi ormai più asportare il tumore *in toto*, si cerca di alleviare in qualche modo le sofferenze dei poveri malati: così per mezzo della gastroenterostomia si riesce a permettere di alimentarsi a dei cancerosi nei quali il tumore aveva ostruito il piloro. Notevole è il vantaggio che molti pazienti ritraggono da questo intervento: aumentano in peso, in benessere e possono ancora, per qualche tempo, sia pur breve, tirare avanti la vita in condizioni non del tutto disprezzabili, essendosi le sofferenze gastriche di molto attenuate. Purtroppo ancora pochi sono i malati che possono beneficiare dell'opera del chirurgo perchè i cancerosi dello stomaco giungono ad esso in una alta percentuale, troppo tardi, quando ormai il tumore ha raggiunto una diffusione eccessiva nello stomaco, non solo, ma ha anche invaso le ghiandole linfatiche lontane o si è riprodotto in altri organi ed ha contemporaneamente prodotto nelle condizioni generali dei malati dei guasti tali, che questi non potrebbero assolutamente sopravvivere ad intervento operativo alcuno. E' appunto il ritardo della diagnosi che lamentano tutti i chirurghi ed insistono sulla assoluta necessità di un riconoscimento il più precoce che sia possibile della malattia. E di chi la colpa? Spesso sono i malati stessi la causa del ritardo, perchè non avendo dato peso alle prime avvisaglie del morbo, hanno atteso a consultare il medico quando ormai più nulla o quasi era possibile fare per loro.

Il cancro dello stomaco dunque è una delle malattie che più di ogni altra può beneficiare di una diagnosi precoce, data la sua rapidità di invasione. Ma occorre qui che io spenda due parole per spiegare a voi che cosa si debba intendere per diagnosi precoce nel caso specifico di questa malattia. Il cancro dello stomaco ha un inizio silenzioso, subdolo e quando si rivela con le prime manifestazioni cliniche spesso è già all'opera nefanda da parecchio tempo ed ha raggiunto un certo sviluppo.

Si calcola sui dati della patologia che questa malattia può decorrere muta di ogni sintomo per un periodo di tempo che può giungere fino a tre anni; se d'altra parte si tien conto che in genere, dal momento nel quale i primi sintomi si palesano, alla morte del paziente, intercorra un periodo da un anno a un anno e mezzo, si deduce che in genere la diagnosi che può farsi è solo relativamente precoce. Ciononostante resta un margine discreto di utilità di questa diagnosi precoce, come stanno a dimostrare le statistiche dei risultati degli interventi operativi: di qui la necessità di istruire i profani in modo che essi imparino a valutare quei sintomi primi che possono dare l'allarme della presenza del temuto nemico.

Si tratta in genere di individui un po' più spesso di sesso maschile, in età tra i 50 e i 60 anni, i quali in pieno benessere, cominciano ad avvertire lievi sofferenze gastriche, che si insediano a poco a poco: una tra le prime è una

notevole diminuzione dell'appetito ed una ripugnanza assoluta per alcuni cibi come la carne e le sostanze grasse, mentre continuano ad essere ancora graditi i farinacei ed altre specie di alimenti. Nessuna medicina vale a correggere questa inappetenza che aumenta sempre di più. Si aggiunge presto senso di pienezza, di peso allo stomaco, e malessere generale dopo ogni pasto, specialmente se un poco abbondante ed anche eruttazioni, bruciori e dolori leggeri. Il dolore veramente non è un sintoma costante all'inizio di questa malattia e manca in circa la metà dei casi; quando è presente, si mostra variabile come intensità e come momento della comparsa. Ora continuo, ora intermittente si acutizza con l'ingestione dei cibi, oppure è maggiore quando lo stomaco è vuoto. Il vomito, non molto frequente da principio, comparisce in genere un po' più tardi ma sempre in periodo precoce. Esso può essere mucoso, costituito da sostanze filanti, mucillagginose che vengono emesse senza sforzo sia al mattino a digiuno che durante la giornata, oppure alimentare che presenta caratteri differenti in rapporto soprattutto con la sede del tumore e conseguentemente con un soggiorno più o meno prolungato dei cibi nello stomaco; infine ematico nei casi di ulcerazione del cancro: di rado viene emesso sangue rosso, in genere si tratta di materie nerastre del colore del fondo del caffè.

Da questi vomiti i malati non ritraggono nessun senso di sollievo, contrariamente a quanto accade in altre affezioni dello stomaco come le gastriti o l'ulcera gastrica. Oltre a questi sintomi locali altri ve ne sono generali attinenti al peso ed alla sanguificazione del paziente. Il dimagrimento è un segno molto precoce e che desta nel malato dei timori, come pure nei di lui familiari. Ed è pienamente giustificata questa apprensione perchè intorno al quinto decennio di vita il bilancio dell'economia del ricambio è stabilito in modo che per parecchi anni, in condizioni normali non si verificano oscillazioni rilevanti nel peso, uniformi restando le esigenze del cibo e regolari le funzioni digestive. Al dimagrimento si aggiunge scadimento delle forze, che si manifesta talora anche prima della perdita del peso, l'uno e l'altro segno essendo in relazione con fenomeni tossici legati alla presenza del cancro. Pure importante è lo stato di anemia che si traduce con pallore a tinta leggermente paglierina o addirittura cerea in alcuni casi più avanzati.

Ma di questi sintomi precoci nessuno è di per sè caratteristico del cancro dello stomaco: solo valutandoli acutamente nel loro insieme, riferendoli alla età del malato, alla storia od anamnesi, come si suol dire, personale di lui ed a quella della sua famiglia (come è risaputo la ereditarietà ha una certa importanza nei riguardi del cancro dello stomaco), è possibile giungeré ad un motivato sospetto della esistenza di questa terribile malattia. Senza dubbio il fattore età è di grande importanza diagnostica, ma non credete che si possa escludere la malattia solo per il fatto che i sintomi di essa si sono presentati in un individuo giovane o molto anziano: il cancro dello stomaco può insorgere molto prima e molto dopo la cinquantina. E' bene anche che sappiate che talora la coorte sintomatologica del tumore viene ad aggravare il quadro clinico di una gastrite cronica o di una ulcera dello stomaco di vecchia data: anzi, recenti studi, non ancora bene confermati, tenderebbero a far credere che il cancro dello stomaco si impianti quasi sempre su lesioni gastritiche od ulceroze della mucosa del ventricolo. Sorto dunque il sospetto urge convalidare la diagnosi ai fini della cura la quale, come più volte vi ho ripetuto, deve intraprendersi il più precocemente possibile. Purtroppo l'esame clinico del malato non è capace di dare all'inizio le prove assolute della presenza del carcinoma: l'unico sintoma evidente di esso, la tumefazione palpabile e talora anche visibile nella regione epigastrica, fa la sua apparizione in un'epoca nella quale più nulla o quasi si può fare di giovevole al povero infermo. E' alle ricerche di laboratorio ed al potente ausilio diagnostico della radiologia che si dovrà ricorrere.

L'esame chimico e microscopico del succo gastrico estratto con la sonda è

un metodo di indagine di grande importanza e non dovrebbe mai essere tralasciato: esso metterà in evidenza, in presenza di un tumore maligno, la scomparsa o notevole diminuzione dell'acido cloridrico libero, l'esistenza quasi costante fino dai primi stadi della malattia dell'acido lattico, la presenza di sangue. Talora la sonda riuscirà a portar fuori delle particelle piccolissime di tumore, che costituiranno un criterio diagnostico assolutamente sicuro. Anche importante è la ricerca nelle feci delle emorragie occulte cioè non apprezzabili grossolanamente. Possono pure riuscire utili ai fini della diagnosi precoce alcuni esami che vengono eseguiti con tecniche speciali sul siero di sangue, la sensibilità dei quali è maggiore per il cancro dello stomaco che non per quello degli altri organi.

Importanza grandissima ha invece l'esame radioscopico, il quale è in grado di rivelare la presenza del tumore molto più precocemente di ogni altro mezzo di ricerca. Il criterio diagnostico radiologico si basa sulla presenza del « difetto di riempimento gastrico » e permette di fissare bene la sede e la estensione del tumore, dati questi che sono preziosi soprattutto nei riguardi della indicazione operatoria. Vi farò cenno infine di un nuovo mezzo di indagine molto promettente: intendo parlare della gastroscopia; per mezzo di un adatto strumento il gastroscopio flessibile che con delicate manovre viene introdotto nello stomaco, è possibile esplorarne con la vista quasi tutta la superficie interna. Purtroppo questo strumento, il quale potrebbe essere di ausilio grandissimo nella diagnosi precoce delle malattie tutte dello stomaco, è di uso difficile per cui è ancora poco adoperato.

Come voi vedete non mancano i mezzi di indagine atti a scoprire il primo agguato del temuto nemico: occorre che ad essi si sottopongano fiduciosi i malati al primo inizio dei loro disturbi. E' necessario che si faccia strada la persuasione di dover ricorrere alla visita del sanitario ogni qual volta si manifestano fastidi anche lievi e vaghi a carico dello stomaco: non bisogna passar sopra ai doloretto che appaiono sia pure saltuariamente dopo mangiato o lontano dai pasti; al senso di bruciore che viene attenuato dall'uso ed abuso del bicarbonato di soda; non bisogna essere eccessivamente fiduciosi nelle gocce amare in caso di inappetenza o di nausea. Ricordatevi che tali sofferenze, apparentemente di poca entità, possono essere i primi sintomi di un tumore maligno dello stomaco. Se coloro che li avvertono ricorreranno al consiglio del loro medico, questi li esaminerà al lume dei moderni criteri e per mezzo di tale esame o li tranquillizzerà sulla natura non maligna della malattia, oppure nel caso disgraziato della presenza del cancro, li metterà in condizione di poter usufruire a tempo di un adatto intervento chirurgico dal quale può dipendere la loro salvezza.

Alcune Attività del Servizio Sanitario Centrale*Capitali dei contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1934.*

Portafoglio diretto e precostituito (assicu- razioni ordinarie e collettive con visita medica all'ingresso) . . . . .	L. 47.326.603
Portafoglio diretto senza visita medica . . . . .	» 3.068.376
Portafoglio popolare . . . . .	» 2.946.379
Cessioni legali e riassicurazioni (quote a carico dell'Istituto) . . . . .	» 14.122.703
<b>Totali . . . . .</b>	<b>L. 67.464.061</b>

**Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell'I. N. A. che hanno dovuto sottoporsi ad operazioni chirurgiche. (Per cause di intervento)**

	Quadriennio 1931-1934	1° Quadrimestre 1935	Totale
<b>Interventi per :</b>			
1) Cancro ed altri tumori . . . . .	35.087	—	35.087
2) Malattie delle ghiandole endocrine . . . . .	12.000	—	12.000
3) Malattie apparato circolatorio . . . . .	21.648	—	21.648
4) Malattie del sistema nervoso e degli or- gani dei sensi . . . . .	46.486	6.420	52.906
5) Malattie apparato respiratorio . . . . .	7.500	—	7.500
6) Malattie apparato digerente . . . . .	239.483	38116,50	272.599,50
7) Malattie apparato urinario e genitale . . . . .	155.623	2.650	158.273
8) Malattie della gravidanza e del parto . . . . .	6.200	4.000	10.200
9) Malattie della pelle e tessuto cellulare . . . . .	4.515	—	4.515
10) Malattie delle ossa e degli organi della locomozione . . . . .	12.869	3.996	16.865
<b>Totali . . . . .</b>	<b>541.411</b>	<b>50.182,50</b>	<b>591.593,50</b>

Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell'I. N. A. che hanno dovuto sottoporsi ad operazioni chirurgiche. (Per regioni alle quali appartengono gli assicurati).

REGIONI	Quadriennio 1981-1984	1° Quadrimestre 1935	Totale
Piemonte . . . . .	41.235	5 620	46.855
Liguria . . . . .	20.864	—	20.864
Tre Venezie . . . . .	66.467	3.050	69.517
Lombardia . . . . .	88.101	16.696	104.797
Emilia . . . . .	47.750	—	47.750
Toscana . . . . .	13.681	4 550	18.231
Marche . . . . .	16.759	—	16.759
Umbria . . . . .	10 000	—	10.000
Lazio . . . . .	69 694	10.159	79.853
Abruzzi . . . . .	2.200	937,50	3.137,50
Campania . . . . .	52.244	2.110	54.354
Puglie . . . . .	21.434	1.260	22.694
Lucania . . . . .	14.133	—	14.133
Calabrie . . . . .	12.929	5.000	17.929
Sicilia . . . . .	58.393	800	59.193
Sardegna, . . . . .	5.527	—	5.527
<i>Totali</i> . . . . .	541.411	50.182,50	591.593,50

*Riunioni periodiche dei medici del servizio sanitario della Direzione Generale dell' I. N. A.*

Indice delle relazioni e discussioni svoltesi dal 15 marzo al 15 maggio 1935-XIII

- 18 marzo — Relatore Dott. VICENTINI, *La prognosi della bronchite cronica.*  
 25 id. — Relatore Dott. FLORIS, *La prognosi della calcolosi epatica.*  
 1 aprile — Relatore Dott. BIASIOTTI, *Le ricerche di laboratorio in rapporto alla prognosi quoad vitam.*  
 8 id. — Relatore Dott. FIANDACA, *L'esame della funzione renale (Parte I).*  
 15 id. — Relatore Dott. FIANDACA, *L'esame della funzione renale (Parte II).*  
 6 maggio — Relatore Dott. MARSELLA, *Le questioni medico-legali nelle assicurazioni popolari.*  
 13 id. — Relatore Dott. TROTTARELLI, *Le funzioni del medico nell'accettazione dei rischi nelle assicurazioni popolari.*

## Notiziario

### 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, il Congresso delle Assicurazioni Popolari. Il programma di esso è riportato nel N. 2 della presente Rivista. Rammentiamo che le adesioni accompagnate dalla quota di iscrizione di L. 10, debbono essere inviate per iscritto alla Segreteria Generale del Comitato Ordinatore del Congresso: Venezia, Calle Goldoni, S. Luca 45, entro il 31 luglio 1935-XIII.

### Congresso Internazionale di Medicina dell'Assicuraz.-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° - La prognosi dell'ipertensione;
- 3° - Dell'accettazione dei glicosurici;
- 4° - Le ulcere gastro-duodenali e l'assicurazione-vita.

Per informazioni sulle riduzioni ferroviarie, prenotazioni alberghiere, escursioni, gite e per le pratiche relative all'acquisto delle valute estere, rivolgersi agli uffici viaggi CIT e alla Direzione di questa Rivista.

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

Nel numero precedente della Rivista annunciammo che si stava organizzando un viaggio dei medici fiduciari dell'I.N.A. alle Terme e luoghi di cura che concedono facilitazioni agli assicurati. Comuniciamo ora il

Programma-itinerario di detto viaggio il quale avrà la durata di nove giorni e cioè dal 18 al 26 settembre 1935-XIII (al 28 settembre, per coloro i quali prenderanno parte ad una delle gite facoltative).

#### PROGRAMMA.

Viaggio di nove giorni a Roma (Littoria, Sabaudia, Fiumicino), Bagni di Chianciano, Bagni di S. Casciano, Pisa, Bagni di S. Giuliano, Bagni di Montecatini, Bagni della Porretta, Salsomaggiore, Verona, Vicenza, Levico, Vetriolo, Recoaro, S. Pellegrino, Tresscore Balneario.

#### PREZZO DEL VIAGGIO

**L. 810 per persona.**

Vitto ed alloggio in buoni alberghi. Trasporto delle persone e del bagaglio a mano dalle stazioni agli alberghi e viceversa. Il trasporto delle persone si effettuerà parte in ferrovia (seconda classe), parte in torpedoni di grande turismo. Assistenza di un funzionario della Compagnia Italiana Turismo (CIT) per tutta la durata del viaggio.

#### ITINERARIO.

1° giorno - *Mercoledì 18 settembre.*

Arrivo a **Roma** nella mattinata dei partecipanti al viaggio - pensione completa in Albergo.

*Mattino*: ore 10 - Ricevimento presso la Direzione Generale dell'I.N.A.

*Pomeriggio*: ore 14,30 - Visita in torpedone, con guida, della città e di alcuni Istituti Clinici della Capitale - serata libera.

2° giorno - *Giovedì 19 settembre.*

Prima colazione in Albergo.

Partenza alle ore 8 da Piazza Esedra (CIT) in torpedone per l'escursione a Littoria e Sabaudia, con la seconda colazione da consumare a Sabaudia - ritorno a Roma in serata - pranzo e pernottamento in Albergo.

3° giorno - *Venerdì 20 settembre.*

Prima colazione in Albergo.

Partenza ore 8 da piazza Esedra (CIT) in

torpedone per l'escursione a **Fiuggi** e relativa visita alle Fonti e agli Stabilimenti - seconda colazione a **Fiuggi** - ritorno in serata a **Roma** - pranzo e pernottamento in **Albergo**.

4<sup>o</sup> giorno — *Sabato 21 settembre.*

Prima colazione in **Albergo** - trasporto alla stazione.

Partenza da **Roma** alle ore 7,30.

Arrivo a **Chiusi** alle ore 10,14 - trasporto in torpedone a **Chianciano** - visita degli Stabilimenti - seconda colazione - prosecuzione per **S. Casciano** - visita e ritorno a **Chiusi**.

Partenza da **Chiusi** alle ore 15,55 (treno).

Arrivo a **Pisa** alle ore 20,48 - trasporto in **Albergo** - pranzo e pernottamento.

5<sup>o</sup> giorno - *Domenica 22 settembre.*

Prima colazione in **Albergo** - trasporto alla stazione.

Partenza da **Pisa** alle ore 9,02.

Arrivo a **S. Giuliano** alle ore 9,16 - visita degli Stabilimenti.

Partenza da **S. Giuliano** alle ore 10,59.

Arrivo a **Montecatini** alle ore 12,15 - seconda colazione - visita degli Stabilimenti.

Partenza da **Montecatini** alle ore 16,12.

Arrivo a **Bagni di Porretta** alle ore 17,44 - trasporto in **Albergo** - pranzo e pernottamento.

6<sup>o</sup> giorno - *Lunedì 23 settembre.*

Prima colazione in **Albergo** - mattino libero per la visita degli Stabilimenti - seconda colazione in **Albergo** - trasporto alla Stazione.

Partenza da **Bagni di Porretta** alle ore 14,26.

Arrivo a **Salsomaggiore** alle ore 20,40 - trasporto in **Albergo** - pranzo e pernottamento.

7<sup>o</sup> giorno - *Martedì 24 settembre.*

Prima colazione in **Albergo** - mattino libero per le visite agli Stabilimenti - seconda colazione in **Albergo**.

Partenza da **Salsomaggiore** in torpedone verso le ore 15.

Arrivo a **Nogara** verso le ore 20.

Partenza da **Nogara** (treno) ore 20,38.

Arrivo a **Verona** alle ore 21,33 - trasporto in **Albergo** - pranzo e pernottamento.

8<sup>o</sup> giorno - *Mercoledì 25 settembre.*

Prima colazione in **Albergo** - trasporto alla stazione.

Partenza da **Verona** alle ore 8,32.

Arrivo a **Vicenza** alle ore 9,11.

Partenza da **Vicenza** in torpedone per **Levico**, **Vetriolo** e **Recoaro** con le visite agli Stabilimenti e seconda colazione - ritorno la sera a **Vicenza** - pranzo e pernottamento in **Albergo**.

9<sup>o</sup> giorno - *Giovedì 26 settembre.*

Prima colazione in **Albergo** - trasporto alla stazione.

Partenza da **Vicenza** alle ore 7,08.

Arrivo a **S. Pellegrino** alle ore 12,30 - seconda colazione - visita agli Stabilimenti.

Partenza da **S. Pellegrino** alle ore 15.

Arrivo a **Bergamo** alle ore 16.

Partenza da **Bergamo** alle ore 16,10 in torpedone.

Arrivo a **Trescore Balneario** alle ore 16,30 - visita degli Stabilimenti.

Partenza da **Trescore Balneario** alle ore 18,15 in torpedone.

Arrivo a **Bergamo** alle ore 18,40.

Partenza da **Bergamo** alle ore 19,33.

Arrivo a **Milano** alle ore 20,27 - trasporto in **Albergo** - pranzo e pernottamento -

#### FINE DEL VIAGGIO.

Il ritorno da **Milano** a **Roma**, purchè in comitiva di otto persone, costa in 2<sup>a</sup> classe — per persona — **L. 124.**

**PROGRAMMA DELLA GITA FACOLTATIVA A VENEZIA per partecipare alla seduta inaugurale del CONGRESSO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI POPOLARI, con escursione e visita ad ABANO TERME e MONTEGROTTO.**

1<sup>o</sup> giorno - *Venerdì 27 settembre.*

Partenza da **Milano** alle ore 9.

Arrivo a **Padova** alle ore 12,46 - seconda colazione.

Partenza da **Padova** alle ore 14,30 in torpedone per **Abano** e **Montegrotto** con visita degli Stabilimenti.

Arrivo a **Padova** verso le ore 19.

Partenza da **Padova** alle ore 19,24.

Arrivo a **Venezia** alle ore 20,03 - trasporto agli Alberghi - pranzo e pernottamento.

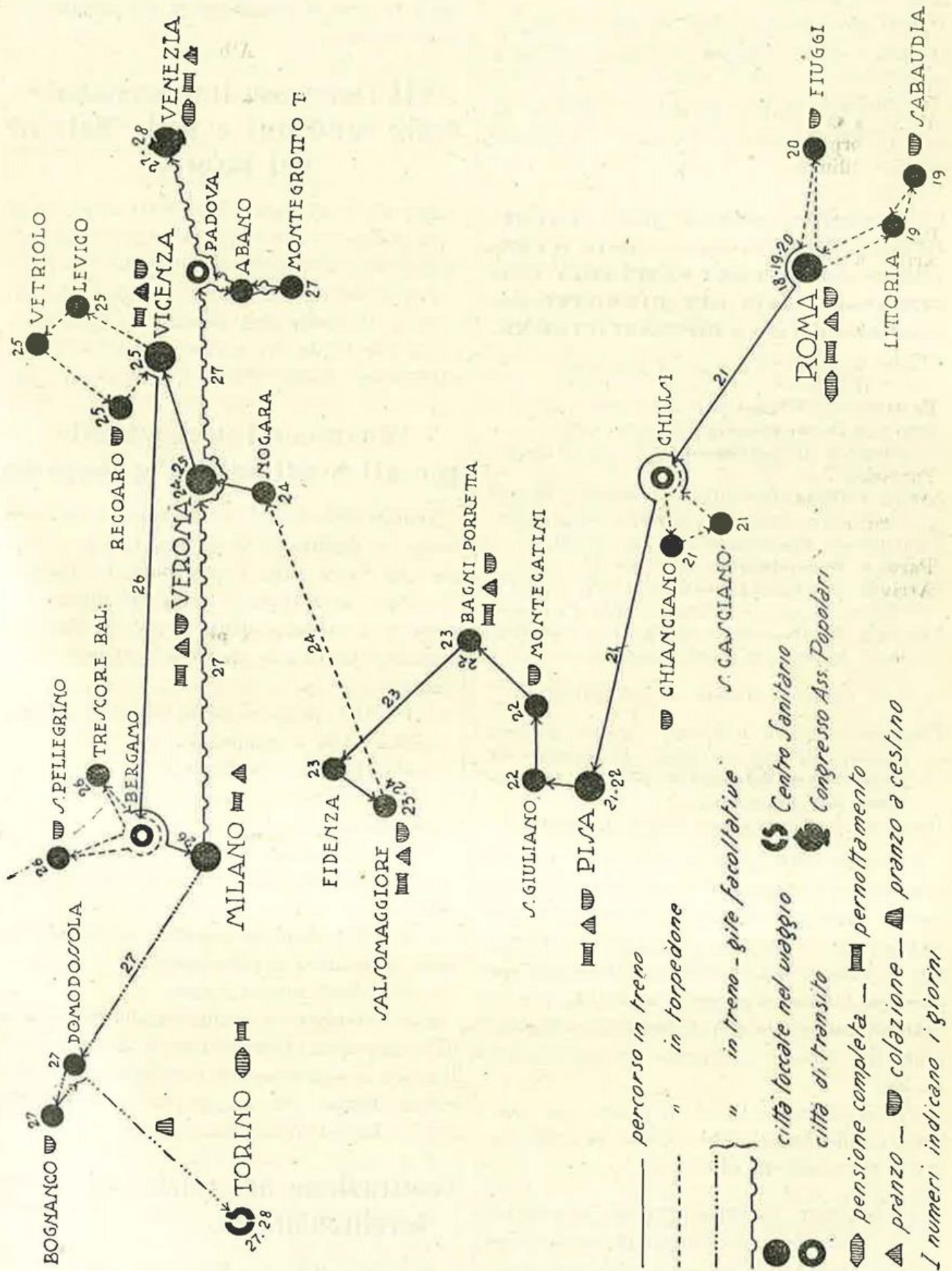
2<sup>o</sup> giorno - *Sabato 28 settembre.*

Pensione completa in **Albergo** - giornata dedicata alle sedute inaugurali del **Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari.**

Partenza da **Venezia** in serata per **Roma.**

Il prezzo della gita facoltativa a **Venezia**, comprendente il biglietto ferroviario in 2<sup>a</sup> clas-

Itinerario del viaggio dei Medici Fiduciari dell'I. N. A. alle Terme e luoghi di cura che concedono facilitazioni agli assicurati.



se, da Milano, gita in torpedone per Abano e Montegrotto e seconda colazione a Padova, servizi alberghieri a Venezia, fino al pranzo incluso del secondo giorno, è di **L. 145** (minimo otto persone).

Ogni giorno di pensione in più a Venezia, costa per persona **L. 36** (compreso servizio e tasse).

Il ritorno a Roma, purchè in comitiva di otto persone, costa in 2<sup>a</sup> classe — per persona — **L. 116**.

**PROGRAMMA DELLA GITA FACOLTATIVA A TORINO per visitare il CENTRO DI ASSISTENZA SANITARIA PER GLI ASSICURATI DEL PIEMONTE con escursione e visita a BOGNANCO TERME.**

*1<sup>o</sup> giorno - Venerdì 27 settembre.*

Partenza da **Milano** alle ore 7,10.

Arrivo a **Domodossola** alle ore 9,42.

Partenza da **Domodossola** alle ore 10 in torpedone.

Arrivo a **Bognanco** alle ore 10,30 - visita degli Stabilimenti - seconda colazione.

Partenza da **Bognanco** alle ore 16,30.

Arrivo a **Domodossola** alle ore 17.

Partenza da **Domodossola** alle ore 17,43 - pranzo al cestino fornito durante il viaggio.

Arrivo a **Torino** alle ore 23,40 - trasporto agli Alberghi - pernottamento.

*2<sup>o</sup> giorno - Sabato 28 settembre.*

Pensione completa in Albergo - giornata libera disponibile per la visita al **Centro di Assistenza Sanitaria per gli assicurati del Piemonte**.

Partenza da **Torino** per Roma in serata.

Il prezzo della gita facoltativa a Torino, con fermata a Bognanco, comprendente tutti i servizi (trasporto in ferrovia 2<sup>a</sup> classe e torpedone, pasti, servizi alberghieri a Torino fino al pranzo incluso del secondo giorno) per persona (minimo otto persone) è di **L. 147**.

Ogni giornata in più di pensione a Torino, costa per persona (compreso servizio e tasse) **L. 36**.

Per il ritorno a Roma, il prezzo per persona, purchè in comitiva di otto persone, costa in 2<sup>a</sup> classe **L. 128**

*Le iscrizioni al viaggio ed alle gite facoltative si ricevono, accompagnate dalle quote stabilite come sopra, presso la Direzione della Rivista « L'Assistenza Sanitaria agli Assicu-*

*rati dell'I.N.A. », Roma, via Sallustiana n. 51 e presso tutti gli Uffici CIT di Roma. Le iscrizioni terminano un mese prima dell'inizio del viaggio, che non si potrà effettuare se non si raggiungerà un minimo di 51 persone.*

## 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.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro : Roma, Via IV Novembre, n. 144.

## Congresso Internazionale per gli Studi sulla Popolazione.

Dal 26 agosto al 1<sup>o</sup> settembre 1935 avrà luogo in Berlino il Congresso Internazionale per gli Studi sulla Popolazione. La materia scientifica sarà trattata in quattro sedute plenarie e numerose sedute sezionali. Faranno oggetto delle sedute plenarie i seguenti argomenti:

- 1<sup>o</sup> - La quistione delle nascite ;
- 2<sup>o</sup> - Città e campagna ;
- 3<sup>o</sup> - Igiene delle razze ;
- 4<sup>o</sup> - Protezione e conservazione della vita.

Le sezioni comprendono :

- 1<sup>o</sup> - Statistica demografica ;
- 2<sup>o</sup> - Biologia demografica ed igiene delle razze ;
- 3<sup>o</sup> - Problemi demografici a carattere sociale, economico e psicologico ;
- 4<sup>o</sup> - Medicina ed igiene.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Congresso : Geschäftsstelle des Internationalen Kongresses für Bevölkerungswissenschaft, Berlin, 26. August bis 1. September 1935 - Berlin W62, Einemstrasse 11.

## Costituzione del nucleo di talassoradiobiologia.

Il nucleo di Talassoradiobiologia alle dipendenze del Gruppo italiano della Società Inter-

nazionale di Radiobiologia di Venezia si è riunito per la prima volta presso la Stazione Zoologica di Napoli.

Il Presidente Prof. S. Ranzi ha illustrato all'Assemblea il compito del Nucleo. Il Prof. F. P. Mazza ha prospettato i principali problemi di Talassoradiobiologia: Penetrazione delle radiazioni luminose e cosmiche nelle acque marine. Azione di queste radiazioni sugli organismi viventi a diverse profondità ed in particolare sulla maturità sessuale e sullo sviluppo embrionale. Importanza biologica dei fenomeni di fluorescenza e dei pigmenti degli organismi marini in rapporto alle radiazioni esistenti alle diverse profondità.

Fosforescenza degli animali marini. Applicazioni degli stessi problemi all'ambiente lacustre e fluviale. Gli intervenuti hanno lungamente discusso intorno a questa relazione.

### La Sezione Tecnica di Medicina Sociale del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici.

Sotto la Presidenza del Segretario Nazionale On. Prof. Eugenio Morelli si è riunito il Consiglio Direttivo della Sezione Tecnica di Medicina Sociale. Allo scopo di facilitarne l'ampliamento del campo di azione ai fini della politica sanitaria del Regime, detta Sezione è stata in seno al Sindacato suddivisa in otto sottosezioni: *A)* formata dagli studiosi di biologia in rapporto ai problemi della medicina collettiva e preventiva; *B)* formata dai cultori delle discipline medico-chirurgiche per dare opera scientifica e pratica nel campo della medicina sociale (medicina del lavoro di fabbrica, assistenza di fabbrica, infortunistica ecc.); *C)* formata dai cultori di medicina legale i quali estendano la loro attività allo studio ed alla pratica attuazione dei problemi della legislazione medico-sociale e di quelli inerenti alla personalità umana nella collettività; *D)* formata dai cultori della medicina preventiva, igiene generale, igiene mentale, prevenzione e lotta contro i morbi sociali; *E)* formata dai cultori di medicina assicurativa e mutualistica; *F)* formata dai cultori della medicina scolastica, sportiva, militare; *G)* formata dai cultori del problema so-

ciale della maternità e dell'infanzia; *H)* formata dagli studiosi della statistica medico-biologica e dell'economia in rapporto a problemi medico-biologici.

I componenti il Consiglio direttivo sono i seguenti: Presidente il prof.: Carlo Foà, Segretari: i proff. Oreste Bellucci e Cesare Coruzzi. Per la sottosezione *A)* i proff.: S. E. Filippo Bottazzi, Carlo Foà, on. Sabato Visco, Vito Massarotti, Ponzo Mario. Per la sottosezione *B)* i proff.: sen. Luigi Devoto, on. Nicolò Castellino, Camillo Tovo, Piero D'Alessandria, Giacomo Bianchi, il dott. Arnaldo Pisa e il dott. Vittorio Mogliazza. Per la sottosezione *C)* i proff.: Antonio Cazzaniga, Leone Lattes, Arnolfo Ciampolini. Per la sottosezione *D)* i proff.: S. E. Dante De Blasi, Enrico Ronzani, Federigo Bocchetti, Furio Travagli, Francesco Piccirilli. Per la sottosezione *E)* i proff.: Cesare Giannini, Ilario Romanelli, Oreste Bellucci. Per la sottosezione *F)* i proff.: sen. Nicola Pende, Amedeo Herlitzka, Ugo Cassinis, Carmelo Midulla. Per la sottosezione *G)* i proff.: Emilio Alfieri, Paolo Gaifami, Luigi Spolverini, Ernesto Cacace. Per la sottosezione *H)* i proff.: Cesare Coruzzi, Giuseppe Tropeano, Elena Fambri, e i consulenti proff.: Alfredo Niceforo e Marcello Boldrini.

### Notizie liete.

La casa del Dott. Marcello Biasiotti medico della Direzione Generale dell'I. N. A. è stata allietata dalla nascita di un grazioso bambino al quale è stato imposto il nome di Arnaldo.

L'Assistenza Sanitaria invia rallegramenti vivissimi al Collega Biasiotti ed alla di lui gentile Signora e porge il benvenuto al neonato, con l'augurio che sia il primo di una lunga serie.

\* \* \*

Siamo lieti di annunciare il matrimonio del Dott. Dante Capuzzello, medico fiduciario dell'I. N. A., direttore dell'Ufficio di Igiene di Lecce con la gentile signorina Rita Sticchi avvenuto in Lecce il 9 giugno 1935-XIII. Alla coppia felice inviamo i più fervidi auguri di ogni bene.

Medicina delle Assicurazioni Vita**L'importanza di alcune ricerche di laboratorio per la prognosi "quoad vitam",**

Dott. M. BIASIOTTI

*Medico della Direzione Generale dell'I.N.A.*

Le ricerche di laboratorio hanno portato forse il massimo contributo a quella sostanziale trasformazione dei metodi diagnostici che tende a fare della medicina una scienza esatta; ma il laboratorio non si limita alla conferma di una diagnosi clinicamente dubbia e cerca tutti quei dati che permettono di stabilire una prognosi quanto più esatta possibile. Oggi infatti tutti gli sforzi degli studiosi si orientano verso la diagnosi precoce delle malattie, verso un periodico controllo della salute, verso un sempre maggiore sviluppo della medicina preventiva. Considerando perciò che il laboratorio non ritiene più sufficiente accertare se un organo è lesa, ma cerca di determinare colla maggiore precisione possibile se e fino a qual punto l'organo malato è ancora in grado di funzionare e quali energie di riserva esso possedga, evidente è l'importanza del posto preso dal laboratorio nel campo della medicina assicurativa e preventiva.

Naturalmente non tutte le ricerche di laboratorio sono alla portata di ogni medico pratico in quanto richiedono strumentario e tecnica alquanto complessi, sono perciò sorti attrezzatissimi laboratori che sono in grado di mettere a disposizione del medico tutte quelle ricerche che hanno importanza non solo per l'accertamento diagnostico ma anche e particolarmente per il giudizio prognostico. E' necessario d'altronde che il medico ricorra sovente al Laboratorio per chiedergli quei dati precisi e sicuri che la clinica non è talora in grado di fornire e che sappia correttamente interpretare le risposte del laboratorio, tenendo sempre ben presente che il laboratorio (come la radiologia e tutti gli altri metodi di indagine fisica e chimica) non può e non deve sostituirsi al medico ma deve solo fiancheggiarlo e coadiuvarlo nel suo difficile compito.

Esporremo ora brevemente quali siano le ricerche di laboratorio più importanti per la prognosi della vita e data la vastità dell'argomento ci limiteremo all'esame chimico del sangue e ad un brevissimo cenno sull'esame immunologico.

\*  
\* \*

E' ormai a tutti nota la grande importanza diagnostica e prognostica dell'esame chimico del sangue in rapporto al *metabolismo dell'azoto*.

A tale riguardo la più importante ricerca è senza dubbio la determinazione dell'*azotemia* (intendendo per azotemia la concentrazione del sangue in azoto ureico); l'urea viene normalmente eliminata attraverso il rene senza alcuna soglia, la ritenzione di urea nel sangue è quindi una delle principali manifestazioni funzionali dell'insufficienza renale, anche se iniziale. Ha l'iperazotemia un preciso significato prognostico?

Secondo Widai all'iperazotemia spetterebbe il massimo valore prognostico e si potrebbe dal grado più o meno elevato dell'iperazotemia dedurre con quasi matematica certezza la più o meno lunga sopravvivenza dell'individuo in esame.

## Secondo Widal :

gr. 0,50 <sup>0</sup> / <sub>100</sub> . . . .	= sopravvivenza di allarme
da gr. 1 a gr. 2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	= sopravvivenza fino ad un anno
da gr. 2 a gr. 3 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	= morte dopo pochi mesi o settimane
sopra i 3 gr. . . . .	= morte in brevissimo tempo.

Si è potuto in seguito osservare che molti iperazotemici superavano quel limite di sopravvivenza che si doveva loro assegnare in base ai valori dell'iperazotemia, e che i dati proposti da Widal se conservavano la loro importanza per le azotemie superiori all'1 <sup>0</sup>/<sub>100</sub>, avevano un valore molto relativo per le azotemie che vanno da gr. 0,50 a 1 <sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

Quindi si può ritenere che l'azotemia, pur fornendoci un primo elemento di apprezzamento importantissimo per la prognosi, va oggi integrata da altre ricerche che esporremo in seguito; la prognosi va basata soprattutto sul risultato di dosaggi successivi: prognosi relativamente buona se il tasso dell'urea nel sangue rimane stazionario e specialmente se si abbassa, prognosi infausta se il tasso ureico tende ad un progressivo aumento.

Ricordo ancora che l'azotemia ha un certo valore solo se sia praticata in determinate condizioni tendenti ad eliminare alcuna delle più importanti cause di errore :

a) così il prelevamento del sangue a digiuno per evitare di cogliere proprio il momento in cui l'urea passa in circolo per essere eliminata;

b) la determinazione del regime alimentare anteriormente seguito (perchè se in un individuo sano tenuto a dieta mista il tasso dell'urea nel sangue varia tra gr. 0,20 e 0,40 <sup>0</sup>/<sub>100</sub> in un individuo tenuto a dieta esclusivamente vegetariana una azotemia di gr. 0,40 <sup>0</sup>/<sub>100</sub> deve già considerarsi eccessiva, mentre al contrario in un forte mangiatore di carne una azotemia di gr. 0,50 <sup>0</sup>/<sub>100</sub> non deve far concludere senz'altro per una lesione renale.

c) la nozione del metodo impiegato nella determinazione (il dosaggio volumetrico coll'ipobromito di sodio è il più usato per la sua semplicità e praticità ma è meno preciso perchè libera insieme all'azoto ureico piccole frazioni azotate di altri composti e dà quindi dei valori lievemente superiori a quelli che si ottengono con i precisi metodi dell'urease o dello xantidrol);

d) la convenienza di praticare il dosaggio dell'urea sul siero perchè il risultato che così si ottiene si avvicina molto di più al contenuto di urea nel liquor e degli altri umori; operando invece sul sangue totale si trova il 10 <sup>0</sup>/<sub>100</sub> in meno che operando sul siero (un valore di 0,90 sul sangue totale corrisponde a 1 sul siero).

Credo anche necessario accennare brevemente ad una importante causa di errore che deve essere evitata: i fattori extrarenali capaci di provocare una iperazotemia e di aumentare una iperazotemia dipendente da lesioni renali. È infatti noto che negli oligurici (specie nei cardiaci iposistolici), negli operati, nelle ritenzioni vescicali degli urinari, si può avere una azotemia fino all'1 <sup>0</sup>/<sub>100</sub> e anche oltre, iperazotemia che non dipende da una lesione renale ma semplicemente dall'oliguria, tanto che basta ristabilire la normale diuresi perchè l'azotemia ritorni ad un tasso normale, mentre d'altra parte la più minuziosa esplorazione funzionale dei reni dimostra la loro integrità.

Per quello che concerne la tanto discussa importanza prognostica della costante ureosecretoria di Ambard mi limiterò ad accennare che essa può avere un certo interesse prognostico dal punto di vista chirurgico negli urinari con pielonefrite ascendente con modica iperazotemia (per la controindicazione all'intervento) o quando sia incerta la diagnosi di nefrite per mancanza di sintomatologia obbiettiva e subbiettiva e con una azotemia limite (tra gr. 0,40 e 0,60 <sup>0</sup>/<sub>100</sub>, in tali casi un valore *K* maggiore di 0,09 può indirizzare verso un disturbo della eliminazione renale.

In caso di iperazotemia elevata la costante di Ambard è inutile; essa del resto è stata modificata opportunamente dal *Van Slyke* che fa il rapporto nel modo seguente:

$$\frac{D}{ur} = \frac{\text{quantità di urea in 24 ore}}{\text{grammi di urea } \text{‰} \text{ nel sangue} \sqrt{\text{vol. urine}} \times \text{peso}} = K.$$

Il normale valore di  $K$  oscilla intorno a 4,5.

L'abbassamento di questa cifra indica una insufficienza renale.

*Azoto totale o incoagulabile* (Reststickstoff) è l'azoto dei costituenti azotati non albuminoidei del siero sanguigno, dosato col metodo di Kjeldahl, sul sangue prelevato a digiuno. L'azoto totale esprime in una sola cifra la somma dell'azoto di tutti i costituenti non proteici del sangue (urea, aminoacidi, acido urico, creatinina, indacano); esso ha molta importanza dal punto di vista prognostico perchè mentre la sua cifra normale è del 0,25 ‰, nelle nefriti croniche aumenta fino a 0,40-1 e anche 2 ‰. L'aumento dell'azoto è dovuto alla ritenzione non soltanto dell'urea (come l'iperazotemia) ma anche dell'azoto residuo dei francesi (=  $N$  totale -  $N$  ureico).

La titolazione dell'azoto incoagulabile è adottata come metodo di elezione nelle cliniche tedesche quale indizio dell'accumulo azotato da insufficienza renale e in realtà ne è l'esponente più completo.

Siccome però questa determinazione per quanto semplice richiede un dispendio di tempo maggiore che non la più semplice determinazione dell'urea col metodo dell'ipobromito (*azoto ipobromitico*), per tale motivo in pratica si ricorre più frequentemente alla titolazione dell'azoto ureico od ipobromitico.

Nel soggetto normale la frazione ureica dell'azoto totale è del 50 ‰ e sale fino all'80-90 ‰ nell'insufficienza renale: il che dimostra come in questa sia specialmente l'accumulo dell'urea quello che determina l'aumento dell'azoto totale.

Possiamo quindi ritenere come indice praticamente fedelissimo della ritenzione azotata il dosaggio dell'azoto ureico nel sangue che ci dà un'idea abbastanza precisa della concentrazione dell'urea nell'organismo intero (poichè come abbiamo già visto l'urea rappresenta la sostanza azotata quantitativamente preponderante nella ritenzione da insufficienza renale). Il dosaggio dell'azoto totale, considerando anche il comportamento dell'azoto non ureico (che aumenta solo nelle ultime fasi dell'uremia ed esprime la comparsa nel sangue dei prodotti della decomposizione albuminoidea dei tessuti), ha particolare valore prognostico nella insufficienza renale avanzata, poichè il suo aumento sta ad indicare un esito letale a breve scadenza.

Le alterazioni renali che portano all'insufficienza dell'organo producono oltre alla ritenzione azotata anche la ritenzione di alcuni *composti aromatici* (indacano, fenoli, difenoli e trifenoli, paracresolo, ossiacidi aromatici); l'accumulo di tali composti aromatici, facilmente svelabili nel sangue ha grande importanza prognostica.

L'*iperindacanemia* infatti è indice abbastanza fedele del grado dell'insufficienza renale. Normalmente l'indacano è presente nel sangue in quantità minima (inferiore a grammi 0,128 ‰) che sfugge alla ricerca qualitativa praticata su piccole quantità di siero; valori superiori al 0,130 ‰ indicano una insufficienza renale; tale iperindacanemia sarebbe dovuta in gran parte a ritenzione e in parte minore a iperproduzione. (La ricerca dell'indacano può farsi semplicemente in via qualitativa col metodo di Jolles, tenendo conto della positività della reazione e della sua varia intensità dopo trattamento del siero dealbuminizzato col reattivo di Obermeyer, oppure si può procedere ad un dosaggio quantitativo per via colorimetrica).

In pratica però, agli effetti diagnostici e prognostici per giudicare del grado dell'accumulo dei composti aromatici è sufficiente la loro titolazione globale eseguita molto semplicemente mediante la *reazione xantoproteica* sul sangue dealbuminizzato. E' a tutti noto come la reazione xantoproteica sia positiva anche nel soggetto normale in rapporto alla presenza nel sangue di piccole quantità di composti aromatici; tale positività nel soggetto normale è però molto debole mentre nel rene grinzoso secondario o genuino, in prossimità del manifestarsi di fenomeni uremici la positività diviene molto spiccata. La reazione xantoproteica divenendo intensamente positiva, specie al manifestarsi dell'uremia, ha grande valore prognostico immediato nelle insufficienze renali gravi, ma ha scarso valore per la prognosi lontana.

Ricorderò ancora brevemente come oggi da alcuni autori si dia valore diagnostico e prognostico anche all'aumento delle altre frazioni azotate all'infuori dell'urea e dell'azoto incoagulabile; elevato valore prognostico giustamente si attribuisce all'*uricemia* e alla *creatininemia*. Infatti il *dosaggio dell'acido urico* nel sangue permetterebbe di svelare l'insufficienza renale fin dal suo primo inizio inquantochè l'aumento dell'acido urico nel sangue precederebbe l'aumento dell'urea. L'uricemia nel soggetto normale è di mgr. 35-40‰, nelle nefropatie con insufficienza renale può salire fino a mgr. 100-250‰. Si è quindi parlato di una iperuricemia d'allarme (come Widai parlava di una azotemia di allarme); tale iperuricemia è anch'essa da ritenzione ed è quindi segno precoce d'insufficienza renale. Ricordiamo però come l'iperuricemia possa riscontrarsi in varie malattie (gotta, leucemia, febbre) sebbene in tali casi l'iperuricemia sia meno costante e meno evidente della uricuria.

Si può inoltre osservare che l'iperuricemia riscontrabile nella gotta è in-costante nella gotta semplice, mentre è più frequente nei gottosi viscerali, o nei gottosi affetti da nefrite; questi fatti confermerebbero il valore prognostico dell'iperuricemia nelle nefropatie, poichè la diminuzione del potere di concentrazione del rene, produrrebbe una ritenzione di acido urico nel sangue, costituente un nuovo segno dello sbarramento renale. Prima di praticare un dosaggio dell'uricemia è bene sottoporre il paziente a qualche giorno di dieta ipopurinica per eliminare quella frazione esogena dell'acido urico che è in rapporto coll'alimentazione e che potrebbe essere causa di errore.

Anche la *creatininemia* (normalmente da mgr. 6-16‰) sale nella insufficienza renale fino al 40‰, tale ipercreatininemia, sarebbe anch'essa dovuta a ritenzione, in quanto che la creatinina che normalmente viene eliminata dal sangue con facilità tre volte maggiore dell'urea, nell'insufficienza renale viene ritenuta nel sangue. Quando nelle nefriti croniche creatininemia e azotemia sono entrambi elevate il prognostico è grave, e se pur essendo basse le cifre dell'azoto incoagulabile e dell'azotemia il tasso della creatinina è alto, la prognosi è ugualmente grave.

*Colesterina*: il dosaggio della colesterina (o meglio del colesterolo) nel sangue eseguito col metodo colorimetrico di Autenrieth o di Grigaut (usati correntemente e sufficientemente esatti nella pratica) dà come tasso normale di colesterolo la cifra di mgr. 180‰; parleremo quindi di ipercolesterinemia per cifre superiori a gr. 2‰.

Ipercolesterinemia lieve si può avere nella nefrite cronica, elevata se esiste una impronta nefrotica; elevata è pure nella litiasi biliare, nel diabete mellito, negli artritrici e negli arteriosclerotici. Nell'arteriosclerosi il colesterolo sanguigno è aumentato e questo fatto avrebbe scarsa importanza prognostica se l'ipercolesterolemia restasse un semplice fatto circolatorio e non fosse spesso accompagnata da depositi di colesterolo nelle pareti delle arterie, donde la produzione di arteriti oblitteranti. Letulle, M. Labbé e Heitz hanno quindi giustamente ri-

chiamato l'attenzione degli studiosi sul valore prognostico dell'ipercolesterinemia negli arteriosclerotici e in taluni diabetici, perchè essa permette di prevedere e talora anche di evitare l'insorgenza dell'arterite stenosante.

Da recenti ricerche sembra che la colesterinemia abbia anche grande valore per la prognosi lontana del Morbo di Basedow.

Altro reperto frequente nelle malattie renali è la *ipoproteinemia* (il dosaggio delle proteine nel siero si può fare con il metodo di Kjeldahl o con il refrattometro; l'idremia si misura invece determinando per mezzo del refrattometro il tasso di albumina nel sangue e deducendo da questo per differenza il tasso dell'acqua).

L'albuminemia dosata al refrattometro è dell'80‰; l'idremia si deduce per differenza (1000 — 80 = gr. 920‰ di acqua). Per avere una valutazione più esatta dell'idremia basterebbe ricorrere al metodo ponderale pesando prima e dopo essiccamento a 100 gradi in capsula tarata. Per avere una valutazione più precisa dell'albuminemia si può dosare con il Kjeldahl l'azoto totale del siero non dealbuminizzato. Accenno appena all'importanza del dosaggio frazionato delle due albumine del sangue (sieroalbumina e globulina) e del quoziente  $\frac{\text{albumine}}{\text{globuline}}$  che sarebbe invertito in talune forme di edemi e particolarmente nelle nefrosi lipoidee.

Ricorderò ancora come la *viscosità nel sangue* misurata col viscosimetro di Hess può illuminarci sullo stato di diluizione del sangue; la viscosità diminuisce negli edemi; aumenta invece nelle iperglicemie (diabete) e nelle iperuricemie (gota, leucemia) e nella ipertensione arteriosa dei pletorici.

Per quello che riguarda il *metabolismo minerale* mi limiterò ad accennare alla grande importanza prognostica della *cloremia* in quelle iperazotemie extra-renali alle quali ho già accennato e che sono dette azotemie cloropeniche. La cloremia nel soggetto normale oscilla da gr. 5,80 a gr. 6 per mille, essa sarebbe aumentata nelle nefriti azotemiche e precisamente a questo aumento, come alla cloropessia tissulare (aumento del cloro nei tessuti) Blum attribuisce alcuni dei fenomeni uremici. La cloremia invece è diminuita nelle azotemie cloropeniche che si possono avere all'inizio delle nefriti croniche e in cui l'alimentazione declorurata è nociva, mentre la somministrazione di cloruro di sodio produce un abbassamento della iperazotemia.

Una certa importanza ha pure la *calcemia*: il tasso normale del calcio sanguigno oscilla da mgr. 95 a 110 per mille. Da recenti ricerche, ancora allo studio, in alcuni soggetti (diabetici, arteriosclerotici, ipertesi) e precisamente in quelli che più sono esposti agli accidenti di arterite obliterante, la calcemia sarebbe diminuita.

\*  
\* \*

*Ph e riserva alcalina.* — Tra i metodi di esame fisico-chimici che più hanno contribuito ai progressi conseguiti in questi ultimi anni nello studio di numerose affezioni stanno certo in prima linea la misura del Ph dei liquidi organici (urina e plasma sanguigno) e quella della riserva alcalina del sangue. Tali ricerche sono indispensabili per la diagnosi di certi stati (acidosi e alcalosi) e sono utilissime per formulare una prognosi in certe malattie e in particolare nel diabete.

Per quello che riguarda i metodi di misura del Ph ricorderò solo che si può determinare col metodo colorimetrico od elettrometrico (potenziometro). La misura dei bicarbonati del sangue ( $\frac{9}{10}$  della RA si fa col metodo di Van Slyke).

Dirò succintamente quali dati fornisce la misura del PH e della RA per la prognosi.

*Acidosi diabetica.* — Quando il diabete è complicato da acidosi e da acetoneuria la RA è il primo elemento che si modifica. La caduta del tasso dei bicarbonati del sangue (valutata in volumi di  $\text{CO}_2$  col metodo di Van Slyke) costituisce il miglior elemento di prognosi di cui possiamo disporre inquantochè:

50-60 Volumi	=	tasso normale
40-50 »	=	acidosi leggera
30-40 »	=	acidosi grave, minaccia di coma
20-30 »	=	coma
sotto 20 »	=	morte

Il Ph sanguigno oscilla normalmente tra 7,30-7,40, e fintanto che è normale, l'acidosi è compensata. Quando la RA è fortemente abbassata (25-20 volumi) anche il Ph varia e la prognosi è cattiva.

*Acidosi nelle nefriti.* — Specie nelle nefriti con iperazotemia, ha un grande valore prognostico, in molti casi superiore a quello dell'azotemia. Anche se l'azotemia è poco elevata, se la RA è sotto i 30 volumi la prognosi è sempre molto grave. Nei rari casi di iperazotemia con lunga sopravvivenza la RA era poco ridotta. Nelle nefriti l'acidosi si ha per difetto di eliminazione mentre l'acidosi diabetica si ha per anormale formazione.

Accenniamo appena alle acidosi gassose che si hanno nelle affezioni respiratorie in cui l'ematosi è ostacolata (enfisema, asma, t.b.c. polm. avanzata).

Ricorderò ancora l'*indice di acidosi di Pirondini* che basandosi sulla tensione del  $\text{CO}_2$  nell'aria alveolare ottenuta con una forte e prolungata espirazione valuta il comportamento del  $\text{CO}_2$  del sangue per il fatto che il  $\text{CO}_2$  ha nell'aria alveolare una tensione che si può considerare corrispondente a quella del sangue. Esiste un certo rapporto tra insufficienza renale specie latente e indice di acidosi: l'abbassamento dell'indice di acidosi è segno di prognosi cattiva anche se l'azotemia non è molta alta.

\*  
\* \*

*Metabolismo degli idrati di carbonio — Glicemia.* — Il dosaggio della glicemia serve a dare un indice dello stato di glicoregolazione ossia di quel complesso meccanismo che riesce a mantenere pressochè fisso il tasso dello zucchero nel sangue: il valore della glicemia normale oscilla intorno a gr. 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> con estremi di 0,80 e 1,20<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

E' a tutti nota l'importanza dell'iperperglicemia per differenziare il diabete mellito dalle glicosurie normoglicemiche (diabete renale ecc. per abbassamento della soglia renale per il glucosio, per iperpermeabilità al glucosio ecc.).

Al contrario nel diabete genuino complicato a nefrite si può osservare come conseguenza della impermeabilità renale un'assenza di glicosuria coincidente con una iperperglicemia. Se nel diabete vero la glicemia a digiuno è sempre elevata e superiore a 1,20<sup>0</sup>/<sub>100</sub> non esiste però una relazione netta fra il grado di questa iperperglicemia e la gravità del caso, ma le due prove che danno un più sicuro indizio della gravità del diabete sono la *curva glicemica alimentare* e la *determinazione della tolleranza ai carboidrati*.

Tralascio la tecnica di queste prove e ricordo solo come sia indice di forte gravità una curva glicemica alimentare che si innalzi di molto subito dopo la ingestione della soluzione glucosata e resti alta col massimo livello raggiunto per tutta la durata dell'esperienza. Se volendo fare una ricerca più fine eseguiamo la stessa curva glicemica alimentare dosando la glicemia contemporaneamente nel sangue capillare (arterioso) e nel sangue venoso, si vedrà anche la scomparsa di ogni differenza tra la glicemia capillare e quella venosa (prova di Depisch e Hasenhörl). Sarà invece indice di minore gravità una curva glicemica che salga alta all'inizio, ma che alla fine dell'esperienza tende a raggiungere più o meno il livello iniziale e che pur non presentandola all'inizio,

però presenta alla fine una maggiore o minore differenza tra glicemia capillare e venosa.

Anche la *determinazione della tolleranza agli HC* ha grande importanza per la prognosi inquantochè il diabete sarà gravissimo se il paziente continua ad eliminare glucosio anche dopo 2 giorni di dieta assolutamente priva di idrati di carbonio (non tollerando nemmeno i carboidrati che forma dai lipidi e dalle proteine).

Intendendo per tolleranza per i carboidrati il numero di grammi di idrati di carbonio con cui il paziente comincia ad eliminare tracce di glucosio nell'urina potremo classificare il diabete: leggero se va oltre i 70 grammi, di media gravità tra 40 e 70 grammi, grave tra 0 e 40 grammi.

Infausta è la prognosi del diabete negli epatoinsufficienti (cirrotici, epatici) e nei casi di diabete bronzino.

Ricordo ancora la *iperlipemia* riscontrabile nei casi di diabete di una certa gravità.

Ho già parlato del comportamento della *Riserva alcalina* e del suo valore prognostico. Anche l'*aminoacidemia* è più o meno aumentata nel diabete grave, in cui si ha anche iperammoniuria e iperazoturia. E' a tutti noto quale grave significato prognostico abbiano l'acetoniuria e l'acetonemia.

Tralascio l'esame batteriologico e parassitologico del sangue.

Accennerò appena all'importanza non solo diagnostica ma anche e soprattutto prognostica dell'esame citologico.

Così per considerare il solo gruppo delle anemie gravi a tipo pernicioso ricorderò come l'esame citologico del sangue permette di distinguere le anemie plastiche in cui ogni speranza di miglioramento è permessa, dalle anemie ipoplastiche ed aplastiche in cui la prognosi è nettamente infausta.

Dato che esiste quasi sempre nelle anemie un certo parallelismo tra il reperto ematico e lo stato anatomico e funzionale degli organi emopoietici è quindi della massima utilità per fare una prognosi quanto più esatta possibile di una malattia del sangue praticare almeno l'esame emocitometrico (determinazione quantitativa dei globuli rossi, dosaggio dell'emoglobina e valore globulare) per la prognosi delle anemie inquantochè una intensa eritropenia che si accompagna a un valore globulare superiore all'unità ci indirizza verso un'anemia grave a tipo pernicioso e a prognosi più severa mentre una eritropenia più o meno intensa con valore globulare inferiore all'unità ci indirizza verso le anemie a tipo clorotico e se eguale a 1, verso un'anemia a tipo secondario a prognosi certo più favorevole.

Così nell'esame morfologico l'anisocitosi, la poichilocitosi, la policromatofilia sono segni dell'attività del midollo osseo, le emazie nucleate (normoblasti) si osservano in genere nelle forme plastiche (forme gravi).

Se i megaleblasti invece sono più abbondanti dei normoblasti la prognosi deve essere ancora più riservata perchè significano nell'adulto una rigenerazione del sangue deviata dal tipo normale.

Nelle anemie aplastiche (anemia perniciosa progressiva) è solo grazie ai caratteri ematologici che è possibile fare una esatta prognosi. Caratteristica è la progressiva diminuzione numerica dei globuli rossi e il valore globulare inferiore all'unità, assenza di anisopoichilocitosi, l'assenza di emazie nucleate, significativi fatti dell'insufficienza del midollo osseo.

L'esame del sangue nelle anemie gravi ipoplastiche è importante perchè consente di fare una prognosi meno grave di quella del caso precedente.

Tralascio di parlare dell'importanza prognostica dell'esame del sangue (emocitometrico e morfologico nelle leucemie) perchè a tutti ben nota.

\* \* \*

*Esame sierodiagnostico e immunologico.* — Mi limiterò ad un brevissimo cenno comparativo del valore delle reazioni di deviazione del complemento rispetto alle reazioni di precipitazione e di flocculazione.

Le reazioni di flocculazione sono basate sull'apparizione di un precipitato o flocculato nel liquido che si esamina quando su di esso si fa agire questo o quel reattivo da determinare e sull'abbondanza del precipitato si basa il maggiore o minor grado di positività della reazione.

Le reazioni di flocculazione debbono il loro grande numero e il loro successo al vantaggio che presentano dal punto di vista della loro tecnica che è innegabilmente più semplice di quella delle sieroreazioni che (come la RW) si basano sulla deviazione del complemento. Però malgrado tutte le speranze che in esse si erano riposte si è dovuto riconoscere che il loro valore è innegabilmente inferiore a quello delle reazioni di deviazione del complemento.

Oggi infatti il maggior numero dei sierologi è del parere che nessun metodo di flocculazione o di precipitazione possa essere usato da solo ma è invece molto utile praticare contemporaneamente la Reazione Wassermann e una o più sieroreazioni di precipitazione e trarre una conclusione dal complesso delle risposte.

Un raffronto tra i diversi metodi di flocculazione ha dimostrato che la reazione di Kahn è attualmente una di quelle che hanno maggior valore.

La reazione di Sachs e Witebsky ha il vantaggio di una tecnica ancora più semplice ma sembra meno specifica.

Non è ancora prevedibile quale importanza diagnostica e prognostica possa avere la triade sierematologica di M. Ascoli nel cancro.

\*  
\* \*

*Metabolismo basale.* — Le affezioni della tiroide sono attualmente la causa più importante delle anomalie del metabolismo basale. Il MB è aumentato negli ipertiroidi e diminuito invece negli ipotiroidei. Il MB è della massima importanza diagnostica e soprattutto prognostica in quanto permette di differenziare il Basedow tipico a prognosi infausta dagli stati parabasedowiani da ipersimpaticotonia a prognosi fausta.

L'aumento del MB costituisce il sistema essenziale e costante dell'ipertiroidismo e quindi manca negli stati parabasedowiani (distonie neurovegetative senza ipertiroidismo), mentre è costante nel corso del morbo di Basedow (che è prodotto dall'associazione dell'ipertiroidismo alla distonia neurovegetativa).

Il MB è anche importantissimo per la prognosi inquantochè il suo aumento è proporzionale alla reale gravità della malattia e non all'apparente intensità dei sintomi; infatti il MB misura il substrato fondamentale del Basedow, ciò che lo rende grave: l'ipertiroidismo, mentre l'altra compensata del Basedow, la ipersimpaticotonia modificando l'aspetto esterno, pur saltando più all'occhio del clinico, è meno pericolosa.

Recenti ricerche, tuttora allo studio, sembrano dare grande importanza prognostica alla colesterinemia anche nel morbo di Basedow.

Quando un aumento del MB ci dimostra l'iperfunzionamento tiroideo occorre stabilire una prognosi e questo possiamo fare servendoci di parecchie valutazioni in serie del MB: si sa infatti che un Basedow a MB aumentato ma largamente oscillante è più riducibile di una forma a MB relativamente modesto ma di una maggiore stabilità. Tutto ciò vale però più per la prognosi immediata che per la prognosi lontana perchè è difficile poter dire quale sarà a lunga scadenza l'evoluzione spontanea.

Per la prognosi lontana sembra avere una certa importanza il dosaggio del colesterolo sanguigno inquantochè esisterebbe una specie di antagonismo tra il colesterolo e i prodotti della secrezione tiroidea. Il tasso di colesterolo nel sangue aumenta negli animali stiroidati e nel mixedema umano; si abbassa dopo somministrazione di tirossina; è inoltre possibile ridurre una ipercolesterolemia patologica con iniezioni di tirossina. Si è così potuto stabilire un certo paral-

lelismo tra i valori del MB e i valori del colesterolo nel sangue, i quali ultimi sembrano aver maggior valore per la prognosi evolutiva inquantochè le complicazioni più gravi sono state riscontrate in pazienti con MB modicamente elevato e con colesterolemia molto bassa. Si può quindi concludere che per la prognosi lontana la cifra del colesterolo sanguigno ci informa meglio sulla prognosi lontana che i valori del MB.

Dovrei ora accennare all'importanza prognostica degli esami funzionali degli organi interni.

Per quello che riguarda l'esame della funzionalità respiratoria accenno all'importanza della determinazione della capacità vitale fatta collo spirometro di Hutchinson utile per la prognosi degli enfisematosi, tbc, cardiaci ecc.

La prova di Stange o durata dell'apnea volontaria che è diminuita in relazione al grado di gravità quando si hanno disturbi respiratori di origine polmonare o cardiaca.

Pneumatometria (misura della pressione nella in. ed espirazione profonda): i valori della ispirazione diminuiti nell'asma bronchiale, enfisema polmonare ecc., i valori ispiratori diminuiti nella tbc polmonare iniziale.

Determinazione della tensione del  $\text{CO}_2$  alveolare coll'apparecchio di Pironcini (indice di acidosi).

Per quello che riguarda l'esame funzionale del cuore mi limiterò ad accennare l'importanza prognostica della pressione arteriosa della misurazione della frequenza del polso in riposo e dopo sforzi (colle prove proposte da vari autori: Gallavardin, Hetz, Lian) dato che il polso accelera maggiormente e per maggior tempo nelle insufficienze cardiache che nel soggetto normale; delle variazioni della pressione arteriosa la Mx diminuisce o resta stazionaria, mentre la Mn aumenta nell'insufficienza cardiaca.

Importanza prognostica dell'oscillometria nella diagnostica funzionale dei vasi, delle prove di Aldrich e Macclure, di Moskovitz, Balinskie e Heitz) della capillaroscopia.

Tralascio infine di parlare, perchè troppo oltre ci porterebbe, dell'esame funzionale delle ghiandole endocrine (determinazione del tipo morfologico, pr. art. MB ecc.), del rene e del fegato pur avendo spesso questi esami un particolare valore per la prognosi *quoad vitam*.

\*  
\* \*

Da quanto abbiamo brevemente esposto sulla importanza prognostica delle più comuni ricerche di laboratorio risulta in modo evidente quale grande valore abbiano queste ricerche nel campo dell'assicurazione vita.

Così ad esempio il comportamento dell'azotemia, quale indice della ritenzione azotata, specie se opportunamente integrata da altre ricerche (uricemia, esame della funzionalità renale ecc.), ci mette in grado di poter giudicare della gravità del rischio in un nefritico cronico con precisione molto maggiore di quella che non ci possa dare la sola clinica.

Così per l'accettazione dei diabetici in assicurazione vita sarà della massima utilità richiedere oltre alla glicemia anche la curva glicemica alimentare e la determinazione della tolleranza ai carboidrati perchè, come abbiamo visto, queste ricerche ci possono fornire un più sicuro indizio della gravità del diabete od anche permettere di classificare secondo un esatto criterio di gravità la forma di diabete in esame.

Altrettanto evidente è la grande importanza che va assegnata all'esame sierodiagnostico della sifilide; la contemporanea esecuzione della reazione di Wassermann e di una reazione di flocculazione è di grande ausilio pel medico delle assicurazioni vita per poter escludere con una certa sicurezza questa in-

fezione così frequente e spesso ignorata e giudicare della eventuale guarigione di una infezione progressiva.

In caso di ipertiroidismo o di Morbo di Basedow il metabolismo basale potrà darci dei preziosi ragguagli sulla presumibile evoluzione della malattia.

Infine gli esami funzionali degli organi e in modo particolare l'esame funzionale del rene e quello del cuore sono di grande importanza per il medico nel campo dell'assicurazione vita.

Le ricerche di laboratorio ci possono svelare una malattia all'inizio e in periodo di silenzio sintomatologico, ci permettono di confermare un sospetto ed eliminare un dubbio diagnostico; considerando inoltre che in assicurazione vita tutti gli elementi diagnostici e prognostici debbono spesso essere tratti da un solo e rapido esame, senza l'ausilio di quelle ripetute e prolungate osservazioni che sono possibili nella clientela privata o nella pratica ospedaliera, ancor più evidente appare la grande importanza che al laboratorio spetta nel campo dell'assicurazione vita.

È necessario perciò che il medico delle assicurazioni vita ricorra il più spesso possibile al Laboratorio per chiedergli tutti quei dati che possono agevolargli nel suo difficile compito.

I Laboratori medici dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, presso il Servizio Sanitario della Direzione Generale in Roma e presso il Centro di Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I. N. A. in Torino sono attrezzati in modo da mettere a disposizione del medico delle assicurazioni vita quasi tutte le ricerche che hanno importanza per l'accertamento diagnostico e per il giudizio prognostico e che vanno quindi sempre praticati nel campo dell'assicurazione vita.

## Stati morbosi iniziali e anomalie ormoniche latenti

Prof. Dott. MARIO ACQUA

*Della R. Università di Roma - Medico Fiduciario dell'I. N. A.*

Potrebbe a prima vista ritenersi superflua una trattazione particolare su questo argomento; si potrebbe, e forse con ragione, obiettare che allo stato attuale delle nostre conoscenze troppo può dirsi su questo argomento dato che oramai non vi è forma morbosa per la quale non possa essere ammessa una compartecipazione delle glandole a secrezione interna.

Noi crediamo invece che la trattazione dell'argomento compreso da questo titolo possa essere di grandissimo valore specialmente nelle colonne di questa rivista, in tema di rischio assicurativo.

Si ritiene oggi molto agevole porre diagnosi di malattia glandolare endocrina poichè delle varie forme di anomalie ormoniche sono stati dettati dei quadri clinici e sintomatologici così chiari e sicuri da essere oramai familiari non soltanto ai medici, ma anche alla cultura profana.

Ma l'esperienza endocrinologica insegna che fra l'individuo clinicamente sano e normale (parole queste che in linguaggio diagnostico assicurativo hanno un valore ben più complesso che nel linguaggio consueto) ed il malato di una data alterazione endocrina, esiste tutta una gamma di stati fisiopatologici dai più diversi aspetti ed appartenenti ai più svariati tipi disfunzionali più o meno latenti, la cui diagnosi è tanto difficile quanto grande ne è l'importanza ai fini di una valutazione del rischio vita. Occorre oggi con facilità di vedere interpretati come malattie endocrine, dei fatti morbosi aventi tutt'altro agente etiologico e nei quali il fattore ormonico può avere tutt'al più un valore di predisposizione o di concomitanza, e viceversa.

Cercheremo qui di rappresentare sommariamente ma quanto più completamente ci sarà possibile, questi rapporti delle alterazioni delle funzioni endocrine con le varie malattie e sindromi morbose, onde cercare di fissare la portata diagnostica ed il valore interpretativo nei riguardi della prognosi dei diversi quadri sintomatologici.

*Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo.*

È nota l'influenza che le secrezioni interne hanno sul trofismo dei tessuti delle cute e del sottocutaneo. Nel campo della patologia ormonica, come in quello della patologia sperimentale, si ha una grande copia di osservazioni in base alle quali è più che giustificato il sospetto di alterazioni a carico delle glandole a secrezione interna in presenza di malattie cutanee.

Una classificazione di queste, sotto il punto di vista della patologia delle glandole endocrine, non è ancora possibile. Possiamo citare però dei fatti la cui concatenazione presenta grande interesse :

Prendiamo punto di partenza dalla *diatesi essudativa* le cui multiformi manifestazioni cutanee, sia nel campo pediatrico che negli adulti, avrebbero come base ultima uno stato di iperfunzione timica e di altri ormoni vagotonici (insulina, corticale) con relativa ipofunzione ormonica simpaticotonica (cromaffine tiroideo-genitale). La prevalenza funzionale degli ormoni vagotonici porterebbe alla ipertonìa del sistema nervoso parasimpatico, mentre la deficienza di ormoni cromaffini basterebbe a spiegare la costituzione linfatica di questi malati.

L'osservazione poi di questi soggetti in epoca più remota alla vita, porta alla conoscenza della loro predisposizione all'artrite, eczemi cronici, psoriasi, dermatosi varie, forme tutte le quali si manifestano nelle famiglie con ereditarietà artritica. In base a ciò Pende ritiene che « la formula endocrina dell'artrite e quella della diatesi essudativa non sono molto differenti l'una dall'altra ».

La foruncolosi, le tricofizie, l'acne cronico, le erisipele recidivanti, la psoriasi, l'ittiosi, gli eczemi cronici, il prurigo sarebbero in rapporto con stati di ipotiroidismo (Rothschild, Levi). In alcuni casi di ittiosi sono state realmente individuate delle alterazioni atrofiche della tiroide.

In alcune alopecie diffuse o circoscritte, in certi disturbi della secrezione sudorale o sebacea, sono oggi ritenuti agenti causali anomalie tiroidee ipofisarie e genitali.

È dimostrata inoltre la facilità di eruzioni acniformi o di alterazioni nella pigmentazione della cute, in giovinette affette da perturbamenti nella funzione ovarica. La presenza di macchie cutanee sul viso o sulla linea alba addominale, simili a quelle che si possono osservare durante il periodo gravidico, è indizio di disovarismo, mentre la presenza di vitiligini depone per uno stato di ipertiroidismo ed ipoparatiroidismo; nei soggetti diabetici è nota la facilità con la quale la cute soggiace alle infezioni ed a stimoli necrotizzanti.

Maggiore influenza hanno le malattie delle glandole a secrezione interna sopra le alterazioni trofoneurotiche della cute e del sottocutaneo, così la cianosi abituale delle estremità degli arti ed i geloni sono in probabile rapporto con una deficienza funzionale della tiroide, la gangrena simmetrica di Rajnaud, le asfissie cutanee circoscritte con fatti di ipertiroidismo, iperipofisismo posteriore o iperfunzione dei tessuti cromaffini.

L'insufficienza tiroidea o l'iposurrenalismo o entrambi le due alterazioni associate, o l'insufficienza ipofisaria formerebbero il substrato funzionale ormonico favorevole all'insorgenza della sclerodermia, mentre la genesi dell'edema di Quincke e delle altre sindromi analoghe (orticaria, idrarto periodico) sarebbero in rapporto con alterazioni funzionali della tiroide, delle paratiroidi, delle glandole della sfera genitale e dell'ipofisi. Bene conosciuta è poi l'importanza delle anomalie endocrine a carico della tiroide, delle ovaie, della pituitaria e delle glandole surrenali (Pende, Pellegrino, Castellino, Bernard ed altri A.A.) nel determinismo della neurofibromatosi multipla di Reklinghausen e l'importanza che le alterazioni ormoniche hanno sulla genesi delle adiposi e lipomatosi, circoscritte o diffuse, dolenti o indolori.

La lunghezza e la complessità degli argomenti che dobbiamo trattare ci impedisce di

maggiormente trattenerci e diffonderci su questo speciale argomento. Ci basta avere attirato l'attenzione sulla circostanza che la presenza di malattie o di alterazioni del genere a carico della cute e del sottocutaneo è elemento probativo sufficiente per suscitare il sospetto di disfunzione ormonica a carico dei vari sistemi glandolari e per provocare una più speciale indagine in questo senso.

#### *Alterazioni del ricambio.*

a) *Obesità.* Oltre all'origine tiroidea, pituitaria e genitale, in senso di ipofunzione, esiste anche un'origine *pancreatica* della obesità.

Premettiamo che non sempre il carattere pancreatico dell'alterazione è tale da portare con sé sintomi di diabete; esiste una obesità pancreatogena prediabetica e senza diabete.

Dalle esperienze del Biedl risulta che animali trattati con la resezione parziale del pancreas presentano talora una forma di adiposità che si accompagna a semplice glicosuria alimentare. Secondo Fajta potrebbe esistere una obesità iperinsulare, Pende descrive una obesità ipercorticoadrenale. Esistono poi casi frequenti di obesità nei quali non è possibile mettere in rilievo anomalie ormoniche a carico di una o più glandole a secrezione interna. Talora nell'anamnesi personale del soggetto si riscontrano abusi alimentari e sistemi di vita sufficienti di per sé stessi a spiegare l'origine dell'affezione (fattore esogeno). In talaltri casi però non si trova né l'uno né l'altro precedente anamnestico, è necessario allora pensare ad uno squilibrio fra i due gruppi ormonici eccitoadrenale ed eccitocatabolico, con prevalenza del primo sul secondo (fattore endogeno). Nella adiposità di natura glandolare, per ipofunzione parziale del lobo ipofisario anteriore, il ricambio basale non è alterato, analogamente a quanto si osserva nei casi di obesità costituzionale dovuta non a diminuzione del ricambio basale, ma a diminuzione della azione stimolatrice dinamica che hanno certi alimenti sui processi ossidativi endocellulari (Raphel Plant). Tale carattere comune tra le due specie di obesità induce la Plant ad ammettere una relazione di dipendenza della seconda forma dalla prima, in quanto la ipofunzione ipofisaria anteriore non sensibilizzerebbe sufficientemente le cellule dell'organismo verso l'azione dinamica specifica delle sostanze alimentari.

b) *Magrezza:* Quanto abbiamo succintamente esposto per l'obesità vale, in senso inverso, per gli stati di magrezza. Qui si tratta di stati di insufficienza glandolare dei medesimi gruppi imputati per l'obesità, di iperfunzione e di prevalenza di ormoni eccitocatabolici sugli eccitoadrenali. Anche per la magrezza è possibile, attraverso lo studio del ricambio gassoso, trovare un ricambio basale inalterato; in questo caso si tratta di aumento di azione dinamica alimentare o, meglio ancora, di un eccesso di funzione ormonica sensibilizzante sulle cellule verso l'azione stimolatrice dei materiali alimentari.

Da quanto si è detto si spiega la parentela prossima della uricemia con l'obesità e con il diabete.

Pende, in accordo con Rothschild e Levi, con Maranon e più recentemente con Lindeman, richiama l'attenzione sopra la frequenza con la quale si riscontrano segni di iper ed ipotiroidismo in soggetti affetti da gotta. Nei figli dei gottosi vi è tendenza alla *mors thymica* e nell'età successiva ai fatti di ipopituitarismo (Pende). Secondo ricerche recentissime ed in corso, il campo di tali rapporti di interdipendenza funzionale ormonica si allargherebbe molto di più (sindromi di esoftalmo, ingrossamento tiroideo, glicosuria alimentare, disfunzioni mestruali in soggetti uricemici; fibromiomi a carico dell'utero in donne affette da gotta; rapporto di interdipendenza fra funzione sessuale e gotta) ma su questo lato dell'argomento non ci diffonderemo maggiormente per non perdere di vista lo scopo prefissoci, rimandando per maggiori dettagli ai trattati di endocrinologia (v. PENDE, *Endocrinologia*, vol. II).

Ricordiamo soltanto che anche il ricambio del calcio è posto sotto il controllo delle glandole a secrezione interna (tiroide, paratiroide, timo, ipofisi ecc.), ciò che porta una predisposizione spiccata dei disfunzionali glandolari verso le litiasi fosfatice e calciche.

*Alterazioni a carico dello scheletro, dei muscoli e delle articolazioni.*

Delle alterazioni scheletriche è agevole la diagnosi; basta la semplice ispezione, anche superficiale, perchè nella mente del medico fiduciario si possa fare strada il concetto di una progressiva alterazione scheletrica.

Quale l'importanza, ai fini del rischio, che si attribuisce alle alterazioni dello scheletro?

Purchè esse non rappresentino gli esiti o l'esponente sintomatico di una forma infettiva (in modo speciale di tubercolosi e di sifilide), purchè le malformazioni non raggiungano un grado tale da ostacolare la funzione fisiologica degli organi interni, possiamo affermare che la loro importanza ai fini del rischio vita è pressochè nulla. È giusta questa valutazione? In altre parole: le cause etiologiche che hanno determinato quel dato genere e quel dato grado di alterazione hanno così esaurito la loro portata patogena e non hanno quindi altro valore che quello di uno sterile dato anamnestico oppure possono ancora influire sullo stato futuro dell'organismo?

Le malattie scheletriche più note e più studiate al lume delle recenti acquisizioni scientifiche, dal punto di vista endocrinologico, sono: il rachitismo e l'osteomalacia.

La patogenesi del rachitismo è quanto mai complessa; sappiamo che, anatomopatologicamente, a base di esso sta la mancata mineralizzazione delle cartilagini e delle ossa. Si è parlato di digestione ed assorbimento insufficiente di calcio, si è attribuito valore etiologico ad una ipotetica carenza di calcio negli alimenti o ad un contenuto di componenti inorganici nel sangue in una forma chimica inadatta. Tali ipotesi non reggono al confronto della critica e dell'esperienza clinica poichè è dato di fatto indiscutibile che nè la somministrazione di dosi elevate di calcio o di fosforo, nè cercando di favorire l'assorbimento dei sali di calcio si riesce molto spesso ad ottenere un vero effetto curativo dello stato florido del rachitismo, nè ad esercitare un'azione profilattica contro di esso. Si è creduto in un primo tempo di avere prodotto un rachitismo artificiale in animali sottoposti ad una alimentazione povera di calcio, ma è facile dimostrare che la diminuita consistenza delle ossa ottenuta in tali condizioni sperimentali è del tutto differente dal rachitismo. D'altro canto recenti ricerche hanno dimostrato che poltiglie di ossa o di cartilagini tolte ad animali alimentati con cibi poveri di calcio presentano, a contatto con soluzioni neutre di calcio, un potere di attrazione fortissimo verso gli ioni ed i sali di calcio, potere che non hanno le ossa e le cartilagini affette da rachitismo.

Il fatto che con alcuni alimenti artificiali si possano avere perdite di calcio, nonostante che questo sia contenuto in quantità sufficiente negli alimenti stessi, è certamente indiscutibile ma in rapporto non di causa bensì di conseguenza con quel certo stato di predisposizione che troviamo accoppiato o, per meglio dire, a base del rachitismo. Un secondo e terzo gruppo di ipotesi si orienta verso l'esistenza di una peculiare proprietà morbosa dello scheletro in via di sviluppo che potrebbe impedirne la mineralizzazione e rispettivamente verso l'esistenza di uno stato di acidosi dei succhi organici che, agendo in modo continuo in senso contrario a quello dei processi di mineralizzazione, produrrebbe un continuo stato di decalcificazione. Infine si attribuisce valore patogenetico ad una insufficiente ossidazione dei prodotti del ricambio dipendente, a sua volta, dal basso tasso dei fosfati nel siero (circolo vizioso di Gjorgj).

Allo stato delle nostre conoscenze non è oggi accettabile alcuna teoria patogenetica del rachitismo che non consideri altro che l'ipotesi di errori dietetici o che non contempli che i fenomeni scheletrici della malattia; per parlare di patogenesi del rachitismo occorre concentrare l'attenzione sopra un fattore dimenticato dalle teorie precedenti ma di somma importanza e cioè il fattore ereditario della malattia, e con questo rientriamo nell'argomento specifico del nostro studio.

Le carenze e le disfunzioni ereditarie delle secrezioni interne possono agire (come agisce la ereditarietà sifilitica, tubercolare od alcoolica) da fattori predisponenti al rachitismo. Claude e Raullard hanno dimostrato sperimentalmente e con molta chiarezza che, nei con-

gli nati da genitori stiroidati, si presentano alterazioni rachitiche nelle ossa. Da ciò si può, con Marfan, Marañón, Vaglio, Jovane, ritenere che l'ipotiroidismo ereditario abbia grande valore di predisposizione organica verso il rachitismo. Abbiamo già accennato come anche l'esistenza di infezioni tubercolari e luetiche o di intossicazioni alcooliche, abbia valore di predisposizione ereditaria.

Una certa influenza nella genesi del rachitismo è stata attribuita all'insufficienza surrenale; Jemma, Jovane, Stolzner, Bossi ottennero infatti alcuni buoni risultati dall'impiego terapeutico dell'adrenalina; ma vere e proprie lesioni surrenali nei rachitici non sono state riscontrate (Jovane, Pace) e Pende non ha mai osservato il determinarsi di lesioni rachitiche in animali giovani sottoposti alla ablazione, anche molto lenta, delle glandole surrenali.

Molta analogia col rachitismo presentano le alterazioni che si ottengono negli animali giovani stimizzati; ma ne differiscono tuttavia tanto quanto basta per esserne distinte; alcuni rari casi di rachitismo si sono tuttavia avvantaggiati dall'opoterapia timica.

Da quanto precede possiamo concludere che fra le varie teorie dirette a spiegare la genesi del rachitismo una sola è accettabile, quella cioè di una debilità funzionale causata da fattori ereditari. Tali fattori sono di natura infettiva (tubercolosi, sifilide) o tonica (alcoolismo) od ormonica.

Di grande utilità quindi per la ricerca di possibili tare latenti nell'organismo dell'assicurando, è la constatazione dello stato di sviluppo e di ossificazione scheletrica dei suoi figli. Questa indagine anamnestica (facilmente rilevabile attraverso le notizie circa l'epoca dell'inizio della dentizione ed il suo decorso ulteriore, circa la deambulazione del bambino ed il grado di sviluppo raggiunto) dovrebbe essere costantemente compiuta tenendo presente che la domanda generica sullo stato di salute dei figli non è sufficiente nei riguardi di una forma morbosa che soltanto nei suoi stadi più gravi viene comunemente considerata tale.

Per la patogenesi dell'osteomalacia sono stati incriminati numerosi gruppi glandolari. Così è stata formulata una teoria tiroidea, una teoria ovarica, una teoria surrenale, una teoria timica, una ipofisaria ed una iperparatiroidea. A vantaggio della prima parlano i numerosi casi di concomitanza dell'osteomalacia con gli stati di alterazioni tiroidee (gozzo basedoviano, endemico o sporadico). La teoria iperovarica è sostenuta da molti e validi argomenti: in primo luogo la quasi esclusività della sindrome per il sesso femminile; l'influenza grandissima di predisposizione verso la malattia che esercita la gravidanza; l'azione terapeutica dimostrata (benchè non costante) della castrazione e dell'uso di siero di capre castrate ed infine dalla esistenza, non però concordemente ammessa, nelle osteomalaciche di alterazioni ovariche con iperplasia di cellule interstiziali. Le teorie surrenale, timica ed ipofisaria sono sorte in seguito all'azione benefica esplicita in alcuni casi dall'adrenalina e dagli estratti glandolari di timo (associato a cura fosforata) e di ipofisi.

Con maggiore fondatezza si presenta la teoria iperparatiroidea poichè è certo grande la frequenza di stati di iperplasia e di adenomi delle paratiroidi in soggetti osteomalacici.

Il fatto che le alterazioni di diversi gruppi glandolari sono ritenute ed, almeno in parte, dimostrate capaci di determinare la sindrome morbosa, autorizza a ritenere che esse vi agiscono soltanto in via indiretta ma che al determinismo di essa siano tutte, in grado diverso, interessate.

Ad ogni modo l'esistenza nella anamnesi di una forma osteomalacica pregressa anche lieve autorizza le più ampie riserve circa la stabilità dell'equilibrio ormonico ed in modo particolare delle funzioni endocrine ovariche, tiroidee e paratiroidee.

Occorre tener presente che lievi stati di osteomalacia possono decorrere, specialmente se combattuti da precoce e adeguata terapia causale, ben noti al medico ma senza attrarre l'attenzione dei familiari e delle malate stesse; esse possono quindi facilmente sfuggire alle indagini anamnestiche a carico di un'assicuranda. All'inconveniente si potrebbe ovviare con la domanda se, in occasione di gravidanze pregresse o di parti, l'assicuranda è stata sottoposta a speciali terapie fosforate e glandolari. Quale importanza abbia questa notizia anamnestica ai fini della valutazione del rischio vita è facile intuire per la forma di latenza in cui per-

mangono simili stati di predisposizione morbosa in condizioni normali; per poi riprendere tutto il loro potere patogeno in rapporto ad eventuali stati gravidici futuri.

Accenniamo qui rapidamente ad un'altra alterazione scheletrica che deve suscitare il sospetto di alterazione ormonica latente e della quale più a lungo tratteremo parlando delle anomalie della crescita: la scoliosi degli adolescenti.

L'ipertiroidismo, l'ipertimismo costituzionale (così pure l'iperovarismo delle giovinette) determinano un troppo rapido accrescimento in lunghezza della colonna che, per la debolezza e la ipoplasia dei muscoli deputati a sostenerla, viene facilmente a curvarsi determinando delle scoliosi, talora lievi e talora accentuate.

Venendo a parlare delle alterazioni a carico dei muscoli, premettiamo di omettere la trattazione delle miopatie gravi come la miastenia pseudoparalitica, la miotonia congenita, le distrofie muscolari progressive ecc. in quanto tali forme morbose per la loro stessa individualità nel campo della patologia non possono riguardare il presente studio sugli stati morbosi latenti.

Ricordiamo soltanto che gli stati di iper o di ipoplasia, di trofismo e di tonicità muscolare possono essere in rapporto con alterazioni di più gruppi glandolari. Così negli stati miastenici è frequente il reperto di iperplasia o di neoplasia a carico del timo al quale si aggiunge uno stato di iposurrenalismo (stato timolinfatico).

È clinicamente abbastanza dimostrata l'influenza che esercita la corteccia surrenale sullo sviluppo dei muscoli scheletrici, come anche si ritiene esista un rapporto fra l'ipotiroidismo attenuato e la deficienza di sviluppo e di tono muscolare.

Più sicuri e più importanti sono i rapporti fra l'insufficienza tiroidea costituzionale ed il reumatismo articolare. Sia le forme articolari reumatiche croniche, sia le acute, siano esse di natura distrofica o infettiva, trovano nella insufficienza tiroidea una condizione favorevolissima di sviluppo, poichè l'ipotiroidismo determina uno stato di recettività verso i germi del reumatismo che sono, con tutta probabilità, ospiti abituali del nostro organismo. L'infezione colpisce molto spesso la stessa glandola tiroide che presenta i segni di una strumite infettiva acuta e secondo alcuni autori la distrofia cronica articolare sarebbe prodotta dalle lesioni a carico della glandola, secondarie queste, a loro volta, ad un processo articolare flogistico acuto.

La carenza di ormone tiroideo crea inoltre una distrofia a carico dei tessuti e degli organi e quindi anche nei tessuti articolari, preparando il terreno per l'insorgenza del reumatismo articolare cronico distrofico.

Una tendenza spiccata verso affezioni articolari reumatiche è una delle condizioni patologiche che più particolarmente possono indurre il dubbio di alterazioni tiroidee. In qualche caso anche altre alterazioni endocrine possono concorrere alla produzione di una particolare reazione verso il reumatismo e particolarmente la disfunzione genitale e pituitaria. Tuttavia, dal nostro punto di vista, anche per la provata efficacia terapeutica in simili casi di estratti tiroidei, valga il concetto già enunciato di possibili disfunzioni tiroidee tanto più importanti, nel nostro campo, quanto più si presentano attenuate e latenti.

#### *Malattie del cuore e dei vasi.*

È questo un capitolo breve ma di grande importanza nel campo del rischio assicurativo. Basta ricordare l'azione che esercita l'ipo ed il distiroidismo sopra i processi infiammatori a carico dell'endocardio e quindi sui vizi valvolari (Pende). Esiste inoltre una forma di aortite cronica circoscritta propria dei soggetti giovani, ipersurrenalinici ed ipotiroidei (aortite adenodistrofica di Pende).

Ricordiamo infine come sia stata descritta una *asistolia surrenale* (Josuè e Moreira De Fonseca) e come possono spiegarsi le morti improvvise in soggetti cardiopazienti, con insufficienza aortica e cuore sinistro fortemente ipertrofico, con una ipofunzione del tessuto cromaffine delle capsule ed uno stato timolinfatico. Pende descrive un caso di insufficienza aortica, con grande dilatazione delle cavità sinistre del cuore, fenomeni ipotensivi incurabili, sintomi

miotonici e morte improvvisa, nel quale il reperto di autopsia fece riscontrare una sclerosi con accumuli linfoidi disseminati nel tessuto midollare surrenale, con atrofia tiroidea ed ipofisaria. L'aorta ascendente presentava le note di un'aortite iperplastica che si estendeva anche ad una valvola semilunare provocando l'insufficienza. Nessun dato anamnestico, spiegava l'affezione a carico dell'aorta.

Influenze riflesse hanno poi i vizi cardiaci sopra le funzioni endocrine in genere e tiroidee in ispecie, le cui alterazioni vengono a complicare il quadro clinico del vizio cardiaco puro.

Citiamo in ultimo, quali particolari di una certa importanza nel nostro campo, la predisposizione che gli ipertiroidei avrebbero verso le alterazioni arteriosclerotiche in particolar modo cerebrali ed il rapporto fra disfunzioni ovariche climateriche e tachicardia parossistica.

Anche questi gruppi di alterazioni organiche e funzionali vanno considerati sotto il particolare punto di vista del nostro studio.

È chiaro che là dove esiste un vizio cardiaco conclamato, con forte grado di ipertrofia cardiaca, le disfunzioni endocrine ed i loro rapporti causali eventuali non hanno che un valore teorico in quanto tutta l'importanza reale nella valutazione del rischio, sta nella lesione organica cardiaca. Ma dove la possibilità di una disfunzione endocrina assume un grande valore pratico è negli stadi iniziali della malattia specialmente in quelle forme di aortiti giovanili (Ueusser, Pende) la cui esistenza può oggi considerarsi dimostrata.

I primi stadi della alterazione decorrono in modo del tutto subdolo e la diagnosi precoce è sempre difficile e talora possibile soltanto per mezzo di accurate indagini anamnestiche e cliniche.

Le notizie anamnestiche che vengono richieste dai nostri moduli sono più che sufficienti allo scopo, purchè siano raccolte minutamente e con attenzione in tutte le loro voci.

I dati clinici più importanti sono quelli derivanti dal comportamento del polso, dai caratteri del ritmo cardiaco e dai valori della pressione arteriosa. Un sintomo che non può sfuggire all'esame clinico, sia per la facilità con la quale può essere messo in rilievo, sia perchè oggetto di una speciale domanda contenuta nel modulo di visita medica, è il numero ed il carattere delle pulsazioni radiali. La eventuale esistenza di una tachicardia deve subito promuovere la ricerca causale; qualora si possa escludere una origine tossica (nicotinic, alcolica) od organica (vizio valvolare) o nervosa (emotiva) si pensa in generale ad una forma di tachicardia di natura funzionale e si pone la diagnosi di nevrosi cardiaca; se poi si associano alterazioni del ritmo cardiaco, sempre in assenza di sintomi di lesioni organiche, il giudizio diagnostico sarà di disfunzionalità cardiaca.

In questi casi il fattore ormonico va ricercato con la massima attenzione.

Sappiamo infatti che l'azione dell'ormone tiroideo sulle varie funzioni del sistema nervoso vegetativo è di grandissima importanza.

Fra queste quella sull'innervazione cardiovascolare è di importanza assolutamente fondamentale; essa consiste nella tachicardia e velocità circolatoria aumentata, nell'aumento del volume minuto e volume sistolico, nell'eretismo cardiaco con ampia escursione diastolica sistolica del cuore, estrasistoli e dilatazione tonogena attiva. Ciò naturalmente determina un aumento di lavoro con consecutiva ipertrofia cardiaca secondaria.

I vari fenomeni possono, nella stessa successione cronologica con cui sono stati enunciati, rappresentare altrettante tappe dell'alterazione, a seconda della fase in cui i pazienti giungono all'osservazione.

Come risultato logico di queste modificazioni troviamo un modico aumento della pressione massima, con spiccata discesa della minima ed aumento dei valori differenziali. Da quanto si è detto appare la fondamentale importanza che la misurazione della pressione arteriosa ha nel nostro campo. Essa non deve essere omessa in nessun caso, anche se la giovane età di un assicurando può far sembrare superfluo l'esame e non soltanto nei suoi valori massimi, ma anche, e soprattutto, nel suo valore differenziale.

Ricerche più profonde permetteranno di meglio valutare la sindrome disfunzionale così segnalata, e tra esse in modo particolare l'elettrocardiografia.

*Malattie dall'apparato respiratorio.*

Poco in merito possiamo dire che abbia importanza nel nostro campo. Citiamo le ipotesi di Citelli, di Turtur, di Poppi e di altri secondo le quali, le iperplasie tonsillari ed adenoidi sarebbero in rapporto con alterazioni funzionali del sistema endocrino.

Come giustamente osserva Pende, ciò non è ancora dimostrato. I casi descritti di concomitanza delle adenoidi e delle ipertrofie tonsillari con endocrinopatie non hanno valore veramente probativo. Unico dato di fatto, di difficile spiegazione però, è l'azione benefica che in alcuni casi ha avuto l'ablazione delle adenoidi su delle sindromi iposurrenaliniche, ipertiroidiche, disgenitali ed ipofisarie. Ma per la stessa pluralità di azione, estesa a tanti gruppi glandolari, riesce difficile pensare ad una azione specifica del tessuto linfatico adenoidico e Pende consiglia molta cautela nell'attribuire ad esso una secrezione interna, ricordando che esistono nella mucosa nasale i così chiamati *punti genitali* del naso, la cui cauterizzazione o cocainizzazione è talora stata sufficiente a guarire alcune alterazioni disfunzionali a carico della sfera genitale o tiroidea. Si può però ammettere che, data la funzione esercitata sul trofismo delle mucose dal sistema endocrino, l'alterazione funzionale di questo induce delle modificazioni sullo stato trofico e sullo sviluppo dei tessuti linfadenoidi.

Dalle ricerche compiute da Pende e dalla sua scuola risulta una speciale tendenza ai processi catarrali della mucosa nasofaringea (idrorrea nasale, corizze recidivanti e ribelli, laringite spasmodica) ed ai processi asmatici bronchiali degli ipertimici, iperipituitarici e dei distiroidei costituzionali; in essi si riscontrano anche le note della vagotonia.

Ricordiamo inoltre che nei soggetti presentanti note di ipertiroidismo, iperipituitarismo ed ipertimismo esisterebbe una certa predisposizione alla localizzazione *polmonare* dell'infezione tubercolare.

Dal punto di vista del nostro studio possono queste nozioni essere tenute presenti di fronte a catarri ostinati delle mucose nasofaringee od a stati infiammatori bronchiali ad andamento cronico, che comunemente si spiegano con speciali abitudini del soggetto (tabacco, cause reumatizzanti inerenti al lavoro ecc.) mentre potrebbero talora, con una più profonda osservazione clinica, rivelare una genesi più complessa.

*Malattie dell'apparato digerente.*

Questo è forse per noi uno dei capitoli di maggiore importanza pratica. Per la chiarezza dell'esposizione tratteremo un quadro schematico sintomatologico riflettente i singoli disturbi a carico dell'apparato digerente che possono riferirsi a disfunzioni ormoniche latenti:

1. *Dispepsia nervosa gastrica ed ipercloridia.* — Possono essere dovute ad uno stato di ipertiroidismo in quanto è dimostrata l'azione eccitante che un eccesso di ormone tiroideo ha sui nervi gastrici, sia autonomi (nevrosi gastriche autonomotoniche), che simpatici (ipercloridrie).

2. *Stitichezza abituale ribelle.* — Può questa forma rappresentare l'unico dato sintomatico di uno stato latente di ipotiroidismo (Oliver Pascual).

In forme di stipsi abituali resistenti ad ogni cura, ha avuto effetto decisivo la somministrazione giornaliera di dosi minime di tiroidina.

3. *Anoressia.* — Anche questa forma può essere in rapporto con uno stato di ipotiroidismo latente.

4. *Funzione epatica.* — L'azione delle alterazioni ormoniche sulla funzione epatica è di una complessità grandissima. Basti ricordare che, attraverso di essa, le glandole a secrezione interna possono esercitare la loro influenza su tutto il ricambio. La trattazione dettagliata dell'argomento ci porterebbe lontano dal nostro studio e siamo perciò costretti a limitarci ad enunciare il seguente principio. Qualunque sintomo clinico, subiettivo od obbiettivo, di alterata funzionalità epatica, anche lieve, deve suscitare l'ipotesi di una compartecipazione

ormonica, poichè fenomeni di alterata funzionalità epatica possono con facilità essere dimostrati in tutte le principali sindromi di alterazioni endocrine. Ricordiamo a parte la relazione frequente con cui si associano le sindromi di ipogonitismo con le cirrosi epatiche specialmente le ipertrofiche biliari ed il rapporto ammesso fra l'iperattività del corpo luteo e della corteccia surrenale (con ipercolesterinemia consecutiva) e la calcolosi biliare. L'esame accurato del fegato non va perciò mai trascurato specialmente nella gravidanza e nel climaterio o comunque quando esistono segni di ipofunzione glandolare della sfera genitale (ovarica o vescicolare).

#### *Malattie dell'apparato urogenitale.*

Fra le malattie renali la nefrite cronica interstiziale (rene atrofico genuino) è la forma morbosa che ha rapporti più diretti con le endocrinopatie.

Di importanza anche maggiore per il nostro studio è l'influenza che le alterazioni del sistema ormonico esercitano sulle albuminurie funzionali e transitorie.

Può essere ammessa la genesi tiroidea, tiroparatiroidea o ipertimica di alcuni casi di albuminuria, ed è dimostrata l'efficacia terapeutica, in questi casi, di un'opoterapia tiroidea. La genesi di tale fatto risiede, secondo le ricerche di Pende e della sua scuola, nella ipertensione venosa costituzionale, propria di questi soggetti, con circolazione venosa lenta.

Accenniamo soltanto alla *genesì surrenale diretta* dell'ipertensione arteriosa e dell'ipertrofia cardiaca nei nefritici cronici, ma anche qui la sindrome endocrina scompare di fronte al valore assoluto della malattia cardiorenale ai fini della valutazione del rischio.

Una certa importanza viene assegnata, secondo le più recenti vedute, all'ipotiroidismo ed all'ipersecrezione ovarica e mammaria nel determinismo delle metropatie emorragiche croniche e nelle fibromiomas uterine, confermata anche dagli esperimenti di terapia tiroidea, mammaria e luteinica.

#### *Malattie del sangue.*

*Anemie.* — Gli studi circa i possibili rapporti fra i perturbamenti endocrini e gli stati anemici sonò molto recenti. Dati sperimentali sicuri non esistono ancora se non vogliono interpretarsi come tali alcune variazioni dei globuli bianchi ed alcune partecipazioni di organi emopoietici in molteplici stati patologici ormonici specialmente del timo e dei tessuti linfoidei.

Possiamo ritenere che anche in questo campo le endocrinopatie latenti hanno valore predisponente, come abito timo-linfatico, verso le malattie del sangue. Il valore però di questi dati in tema di rischio assicurativo non può essere che relativo.

Una ben diversa importanza ha lo studio delle sindromi emorragiche in genere e dell'emofilia in ispecie.

Noi sappiamo essere l'emofilia una malattia caratterizzata dall'aumento del tempo di coagulazione del sangue e da una abnorme fragilità vasale. L'etiologia di essa non è ancora chiara, sappiamo però in modo certo che la forma morbosa è ereditaria e che viene trasmessa ai figli proprio attraverso il sesso il quale non ne viene quasi mai colpito. Essa infatti viene trasmessa attraverso l'organismo materno mentre colpisce quasi esclusivamente i maschi. Si è attribuito valore etiologico alle infezioni croniche dei genitori (tubercolosi e sifilide) e con ragione; è indubbio però che tali infezioni hanno soltanto, ove esistano, valore di concausa poichè il concetto etiologico di una disfunzione endocrina si impone alla nostra mente.

Oltre il carattere di trasmissibilità suddetto e la elettività di manifestazione per il sesso maschile vengono ad appoggiare questa ipotesi gli esperimenti di terapia opoterapica ovarica di recente compiuti con successi molto incoraggianti.

Anche questo è dunque un dato anamnestico da ricercare nei figli dei soggetti sottoposti alla nostra osservazione, specialmente quando vi sia l'esistenza di figli morti all'età della den-

tinzione. Si tenga presente che la più alta mortalità dovuta alla malattia (circa il 60%) è segnalata all'epoca della caduta dei denti, cui seguono spesso emorragie irrefrenabili e talora mortali; globalmente soltanto l'11% degli emofiliaci rimangono in vita.

Per farsi un concetto esatto dell'importanza che questa malattia e la sua diagnosi hanno nei riflessi del rischio vita occorre tener presente che non sempre la forma morbosa si inizia nella prima infanzia: talora, benchè in casi più rari, le prime manifestazioni di essa si iniziano molto più tardi, fino all'età di ventidue anni, che rappresenta l'estremo limite fino ad oggi conosciuto.

D'altro canto, anche quando le prime manifestazioni della malattia si siano determinate nei primi anni di vita, giova ricordare che, superata l'età critica della seconda dentizione, con cure adatte e speciali precauzioni di vita i soggetti possono anche raggiungere l'età adulta ed i segni clinici della malattia possono essere dissimulati almeno quanto basta perchè l'esistenza della grave alterazione ematica passi inosservata all'accertamento sanitario assicurativo. Basta poi l'estrazione di un dente, una frattura, una piccola operazione chirurgica perchè il soggetto giunga rapidamente alla morte.

L'indagine clinica accurata potrà però sempre ritrovare i segni della forma morbosa latente; essi sono: ecchimosi anche lievi, e piccoli ematomi esistenti in regioni insolite, in quanto non esposte a traumi sufficienti a provocare emorragie in individui normali; presenza di atrofie muscolari ed anchilosi articolari, dovute ad incompleto riassorbimento di pregresse emorragie articolari (artropatia emofiliaca); esistenza nell'anamnesi di una progressa *nefrite emorragica*, che potrebbe essere stata una ematuria in rapporto ad una emofilia latente, erroneamente interpretata per nefrite emorragica (come a me è accaduto di osservare più volte nella mia pratica professionale).

Le altre sindromi emorragiche non sembrano essere legate a disfunzioni endocrine ma piuttosto dovute o a trombopenia (morbo di Werlhow) o ad avitaminosi (morbo di Barlow).

Anche la loro prognosi è ben diversa dalla prognosi quasi sempre infausta dell'emofilia poichè sono suscettibili di efficace terapia. La diagnosi differenziale fra l'una e le altre sindromi emorragiche è di capitale importanza poichè un errore diagnostico, purtroppo non sempre difficile, potrebbe portare conseguenze irreparabili.

#### *Malattie degli organi dei sensi.*

I rapporti fra malattie endocrine e malattie degli organi dei sensi sono clinicamente e sperimentalmente dimostrati: la cataratta giovanile è per esempio in certo rapporto con stati di insufficienza paratiroidea, mentre nell'età adulta e nella senilità la presenza di una cataratta può far pensare ad una insufficienza pancreatica diabetica o, più importante per noi, prediabetica. Anche le paratiroidi vengono incriminate, nel senso di ipofunzione, nelle forme di otosclerosi, secondo le ricerche di Citelli, Denker e Mager.

Le altre sindromi più gravi di alterazioni degli organi dei sensi indotte da modificazioni conclamate dell'equilibrio ormonico (distrofia adiposo genitale, ipoevolutismo somatico e psichico, retinite pigmentosa e polidattilia attribuita da Bardet a lesioni fetali dell'ipofisi e da Von Biedl a lesioni congenite dell'infundibolo cerebrale) non rientrano nella nostra trattazione in quanto questi soggetti non vengono di solito sottoposti ad accertamenti sanitari di carattere assicurativo e comunque non possono certamente passare inosservati.

#### *Malattie nervose e mentali.*

Potrebbe sembrare superfluo parlare di queste forme morbose poichè le malattie mentali e nervose sono di per sè stesse escluse dall'accettazione come rischio vita. Diciamo però subito che la conoscenza dell'importanza delle turbe endocrine come cause predisponenti verso le malattie del sistema nervoso e le malattie mentali ha per noi grande valore in quanto ci permette di meglio valutare la portata patogena che simili alterazioni ormoniche clinicamente

latenti possono avere. Questa la ragione per cui non riteniamo di passare sotto silenzio questa parte del nostro studio poichè in nessun'altra categoria di stati morbosi risulta maggiore l'influenza predisponente delle alterazioni ormoniche.

Secondo Levi e Rothschild la insufficienza della tiroide avrebbe valore di concausa ed anche di causa diretta sulle manifestazioni psiconevrotiche (accessi asmatici parossistici, emicrania, crisi ansiose ecc.) che essi indicano col nome di endocrinolepsie. Pende però più che ad una forma di ipotiroidismo vero e proprio attribuisce valore predisponente ad un distiroidismo, nel senso di ipo e di iperfunzione associate, parziali e forse anche alternate. Con l'ipertiroidismo egli ha trovato, negli psicoastenici e neurastenici, associati fatti di iposurrenalismo, di ipogenitalismo e d'ipopituitarismo anteriore costituzionale.

Nella neurastenia sessuale numerose disfunzioni glandolari, ipertiroidiche, ipopituitarie anteriori, iposurrenaliche corticali, ipoinsuliniche, possono essere invocate, sempre a titolo di fattore predisponente o coadiuvante, quali fattori capaci di inibire il senso sessuale, di produrre anomalie funzionali degli organi genitali e di indurre una ipereccitabilità del simpatico pelvico.

Anche nell'isterismo abbondano le osservazioni circa l'influenza delle alterazioni dei vari gruppi glandolari ma per questa forma morbosa è necessario ammettere l'azione delle alterazioni endocrine della sfera ormonica sessuale.

Nelle ulteriori fasi evolutive delle alterazioni endocrine si può affermare che non esista malattia nervosa e mentale, funzionale ed organica, che non ritrovi nella modificazione dell'equilibrio ormonico un rapporto di concausa: così l'epilessia nei riguardi di alterazioni tiroidee (Buscaino), ipersurrenaliche, ipopofisarie anteriori, preipofisarie, timiche e, forse con maggiore probabilità di fondatezza, ipoparatiroidiche; la spasmofilia, il cui carattere ereditario è indiscutibile, con l'ipofunzione paratiroidica e timica (ipotesi però ancor oggi tutt'altro che dimostrata); la tabe, la paralisi progressiva, la sclerosi multipla, con la disfunzione tiroidea nel senso che il sistema nervoso degli individui affetti da tare endocrine, *particolarmente tiroidee*, congenite od anche dovute alla stessa infezione luetica presenta un più alto grado di recettività verso l'agente infettivo stesso; dopo la tiroide, in ordine d'importanza, vengono le alterazioni a carico delle glandole sessuali, delle surrenali e dell'ipofisi; nella demenza alcoolica sono state osservate alterazioni tiroidee (Parbon) e atrofia delle surrenali (Benigni, Farini, Vidoni e Garbini).

Alle forme nervose dobbiamo aggiungere le malattie mentali e le varie anomalie di sviluppo psichico. Importanti per il nostro studio sono più le prime che le seconde in quanto queste ultime si determinano precocemente nel fanciullo e le deviazioni antropologiche e psichiche sono per lo più di natura congenita.

Gli squilibri mentali possono invece manifestarsi bruscamente in qualunque età, in rapporto a speciali condizioni di vita o a traumi fisici e psichici e maggiore valore per noi ha la ricerca dei vari fattori predisponenti.

La tiroide, le glandole genitali, le capsule surrenali sembrano avere influenza sulla genesi delle psicosi a carattere affettivo. Si è pure incriminata la tiroide, le paratiroidi e le glandole genitali nella genesi della demenza precoce e soprattutto, nella catatonica. Ci sia permesso dire che in merito nulla di sicuro possediamo allo stato attuale delle nostre conoscenze. Basti a noi di rilevare il fatto certo che molto spesso si trovano associate le varie sindromi patologiche ormoniche con gli stati di malattie mentali e che quindi un rapporto di predisposizione e di concausa fra le une e gli altri non può essere negato e deve essere in giusta misura preso in considerazione.

#### *Alterazioni della crescita della costituzione.*

Appositamente come ultima abbiamo riservato la trattazione di questo capitolo in quanto esso può ritenersi il compendio di tutti gli altri. Le disfunzioni pluriglandolari agiscono sui processi dello sviluppo indirizzando l'individuo verso un certo tipo di patologia costituzionale.

Non di per sè stesse queste anomalie della crescita e della costituzione hanno per noi valore, ma soltanto in quanto esponenti di alterazioni ormoniche che potrebbero in un secondo tempo predisporre o portare l'individuo verso nuovi stati morbosi. Non sarà perciò superfluo ricordare che, dato che gli ormoni agiscono quali *regolatori dello sviluppo* dei tessuti e della crescita (che sono però vere e proprie funzioni autoctone cellulari) la diagnosi clinica delle principali disgenopatie in atto o pregresse può agevolmente servire a mettere sulla via dell'agente causale ormonico e indirizzare verso quella data disfunzione glandolare.

Noi tratteremo rapidamente delle varie malattie dello sviluppo aventi rapporto con le anomalie endocrine. Basandosi sulla strettezza di tale diretto rapporto è stata da alcuni autori ammessa una genesi ormonica di alterazioni riflettenti non tutto l'organismo, ma soltanto una o più parti di esso. Per dare un esempio, secondo alcuni autori francesi, la stenosi congenita della mitrale avrebbe la sua origine, in alcuni casi, in una insufficienza della tiroide e ciò perchè si è visto talora coincidere la stenosi congenita di questa valvola cardiaca con stati di infantilismo generale, considerando la stenosi stessa come una conseguenza di un arresto di sviluppo della valvola mitralica.

Allo stesso modo sono state giudicate varie altre sindromi o alterazioni funzionali o disgenopatie parziali, localizzate ad un dato organo o tessuto o apparato organico; polidattilia o macrodattilia (Pacchioni), sindattilia simmetrica degli arti superiori ed inferiori con acrocéfalia; sempre basandosi sulla possibile concomitanza di tali malformazioni con alterazioni endocrine o nella loro eventuale esistenza in soggetti con ereditarietà endocrinopatologica (Allaria).

Un capitolo di grandissima importanza scientifica è quello dell'influenza ormonica che gli stati genitali hanno sopra i vari gradi ed i vari lati dello sviluppo corporeo.

Diffonderci sopra questo argomento speciale sarebbe qui fuori di luogo; basti ricordare che a sindromi disfunzionali ormoniche genitali si associano quasi sempre disfunzioni di altri gruppi glandolari e che anche questi quadri sintomatologici vanno considerati nei loro rapporti di interdipendenza con le eventuali altre alterazioni endocrine e valutati attraverso un attento esame delle possibilità patologiche relative. Non bisogna però confondere una specie di alterazioni con le altre; così non bisogna interpretare il gigantismo o il quasi gigantismo dell'ipogenitale con quello di origine ipofisaria e concludere quindi erroneamente per una disfunzione a carico di questa glandola.

I quadri sintomatologici differiscono fra loro in quanto l'ipogenitalismo presenta caratteri strettamente propri; così a carico del viso si ha faccia stretta sotto la linea bizigomatica, talvolta lunga talaltra invece corta, specialmente nelle misure del mascellare inferiore.

Le ossa sono spianate ed arrotondate, naso poco pronunziato in tutte le sue dimensioni; orecchi lunghi, fronte bassa e stretta. Ciò deve bastare a distinguere il gigantismo ipogenitale dall'ipofisario ed il medico può con relativa facilità scegliere il suo indirizzo diagnostico. Anche per questo capitolo rimandiamo ai trattati di endocrinologia per uno studio più profondo e completo.

Dopo la statura uno dei dati più importanti in rapporto alle funzioni endocrine delle glandole genitali è quello del trofismo della cute e dei tessuti specialmente della faccia; caratteristico è infatti l'aspetto seniloide dell'ipogenitale, con dentizione ritardata o incompleta, ossa tubulari lunghe e sottili. La facies presenta molto spesso caratteri di infantilismo che, associandosi ai caratteri seniloidi, danno un aspetto caratteristico.

Pure in rapporto con stati disfunzionali ormonici sono state poste altre malformazioni e disevolutismi vari a carico della cute (discromie congenite) o dello scheletro o di altri tessuti (agenesie pilari circoscritte, malformazioni dentarie, retiniche ecc.).

Tuttavia anche per queste forme occorre andare cauti nell'attribuire la causa etiologica *primaria* in alterazioni di ordine ormonico; ricordiamo come malformazioni del genere, di carattere congenito, possono talora ritrovare con certezza la loro origine in stati infettivi ereditari e specialmente nella eredosifilide. Altrettanto si può dire per le alterazioni dei processi

evolutivi generali la cui genesi si presenta altrettanto complessa. Esistono tuttavia delle condizioni cliniche speciali le quali possono permettere un indirizzo diagnostico differenziale fra il disevolutismo eredo infettivo e quello endocrino; la differenziazione sessuale ed i caratteri dello sviluppo puberale.

Nell'infantilismo vero, nelle alterazioni dello sviluppo dovute a disfunzione di uno o più gruppi glandolari si hanno sempre anomalie nella differenziazione sessuale e mancanza della crisi puberale che ne rappresentano la nota caratteristica. Recenti ricerche tendono tuttavia a dimostrare l'esistenza di stati disfunzionali di ipotimismo, di ipoparatiroidismo oppure di ipergenitalismo ed ipersurrenalismo nei quali lo sviluppo sessuale non appare inibito né rispettivamente anticipato e la crisi puberale si presenta nell'età normale.

Comunque i caratteri sessuali rimangono il dato clinico più importante per distinguere un disgenopatismo di natura ereditaria infettiva dall'infantilismo endocrino vero e proprio. Questa distinzione in realtà assai difficile ha molta importanza nel campo nostro poichè diverso valore ha una ereditarietà luetica da una disfunzione ormonica della sfera sessuale. La difficoltà pratica però di una tale distinzione diagnostica è tale che nessun medico fiduciario può compierla con i comuni mezzi di indagine clinica. Egli può però segnalare il sospetto diagnostico che potrà essere approfondito poi al vaglio di una più perfetta semeiologia sierologica ed endocrina.

Su questo proposito una ultima considerazione crediamo di fare: nella donna gli stati di ipogenitalismo sono più difficilmente diagnosticabili. Ricordiamo che gli ormoni sessuali agiscono prevalentemente sulla differenziazione morfologica dell'individuo; un ritardo evolutivo in questo senso è più difficilmente diagnosticabile nell'organismo femminile che nel maschile in quanto i caratteri esteriori propri d'infantilismo presentano meno contrasto con i lineamenti e le caratteristiche somatiche femminili. In questo senso dovrebbero perciò essere particolarmente dirette le indagini anamnestiche e cliniche, accertando l'epoca ed i caratteri della crisi puberale nelle donne sottoposte a controllo sanitario, in modo particolare nelle nubili od in coloro che, pure essendo coniugate, hanno presentato sterilità. Senza esagerare il valore che un accertamento di questo genere può avere sulla valutazione del rischio, non crediamo di errare affermando che in qualche caso può essere questo il punto di partenza per individuare stati patologici endocrini latenti che sarebbero altrimenti passati inosservati.

Dobbiamo ancora fare rilevare che là dove esista sviluppo scheletrico e psichico normale, l'assenza della crisi puberale e dei segni che la accompagnano non permette di parlare di infantilismo vero, ma soltanto di ipogenitalismo o di ipoevolutismo sessuale. L'infantilismo è invece una sindrome caratterizzata oltre che dall'ipoevolutismo sessuale, anche da insufficienza tiroidea o ipofisaria e nella quale si riscontra un evidente arresto o ritardo grave in tutti i lati della crescita somatica e psichica.

A seconda del prevalere dell'uno o dell'altro o di tutti e due i gruppi glandolari si parlerà di un infantilismo tiroideo, o ipofisario o tiroipofisario.

Come quindi sarebbe errato giudicare come affetto di infantilismo un soggetto con ipogenitalismo ma normalmente sviluppato nei suoi dati scheletrici e psichici, sarebbe altrettanto errato tenere conto soltanto delle alterazioni della sfera sessuale in casi di infantilismo vero e ignorare o trascurare le disfunzioni ormoniche a carico degli altri gruppi glandolari.

Abbiamo visto, parlando delle alterazioni dello scheletro, che sotto la spinta endocrina di un sistema glandolare iperfunzionante (sia in senso assoluto che relativo) può la parte scheletrica sviluppare esageratamente ed in modo inadeguato al grado di sviluppo muscolare. Da ciò deviazioni di forma, posizioni viziate ed incurvamenti.

Abbiamo anche detto come ciò abbia importanza soprattutto nello sviluppo eccessivo e precoce della colonna vertebrale, determinando quella alterazione di forma nota sotto il nome di *scoliosi degli adolescenti*. Questa forma è stata dai vari autori messa in rapporto con l'ipotiroidismo basandosi sui risultati terapeutici, ottenuti, in alcuni di questi casi, dalla somministrazione della tiroidina. Ma Pende, in accordo con altri autori e basandosi sulle consi-

derazioni suesposte circa lo squilibrio evolutivo fra parte scheletrica e muscolare, ritiene che anche l'ipertiroidismo e l'ipertimismo possano predisporre a questa forma.

Ugualmente potrebbe ammettersi un certo legame fra iperovarismo (spinta puberale sullo sviluppo del tronco) e spalle ricurve nelle giovinette.

Di tali fattori va tenuto conto nell'esame della costituzione scheletrica dell'individuo e nel giudicare dei vari abiti costituzionali.

Delle anomalie di crescita e di sviluppo degli altri organi e tessuti abbiamo già parlato nei singoli capitoli.

\*  
\* \* \*

Le notizie di patologia delle ghiandole endocrine e le sindromi cliniche che ne risultano debbono essere considerate nel loro insieme e dal particolare punto di vista del nostro studio.

Considerate nel loro insieme poichè la parte che ogni sistema glandolare prende nei processi regolatori dello sviluppo e delle funzioni dell'organismo è sempre relativa alla parte che vi prendono gli altri sistemi ormonici sinergici o antagonisti. Dinanzi alla possibilità di una disfunzione glandolare il concetto unicista che indirizzi la mente verso l'alterazione di una data secrezione interna unica e sola può dirsi sempre errato, non perchè non esistano delle sindromi monoglandolari, ma perchè attorno alla sindrome principale esistono altri sintomi collaterali disfunzionali di minore entità o di reazione interormonica.

Considerate dal particolare punto di vista del nostro studio perchè lo scopo prefissoci è quello di attirare l'attenzione sopra le forme oscure e latenti di quelle sindromi medesime che nella loro forma clinica non mancherebbero di imporsi al completo giudizio del medico.

Di ogni stato ormonico disfunzionale esistono tutte le forme di passaggio fra la sindrome completa, l'incompleta, la latente, lo stato subendocrinopatico e la costituzione endocrina.

Le varie sindromi disfunzionali o sublatenti possono trovarsi associate nelle più diverse misure e sotto i più vari aspetti. In questo caso deve il medico mettersi alla ricerca di sintomi clinici e subiettivi anche lievissimi che possono fornirgli gli elementi adatti per una concatenazione di fatti e di idee.

Un caso recentissimamente giunto alla mia osservazione clinica mi sembra possa avere particolare interesse e possa rappresentare la conclusione pratica del nostro studio. Venne condotto al mio esame un assicurando della apparente età di anni trentacinque. Alle mie domande circa i precedenti patologici familiari e personali egli rispose negativamente; avevo però notato uno stato di arrossamento degli occhi e la esistenza di una lieve eruzione eritematosa al viso.

Chiesi all'assicurando da quanto tempo soffrisse di blefarocongiuntivite ed egli mi rispose: da tre anni. Domandai allora notizie circa la durata dell'eritema facciale e seppi che datava da oltre sei anni. Mi disse ancora l'assicurando che da anni era stato sottoposto a terapia vaccinica locale e generale, a terapie disintossicanti, a diete alimentari speciali senza che egli avesse avvertito il più lieve miglioramento.

Proseguendo l'indagine anamnestica venni a sapere che l'assicurando soffriva da molti anni di stipsi abituale, ribelle ad ogni terapia lassativa, e di emorroidi. L'esame clinico mi fece rilevare un modico aumento dell'aia epatica, uno stato di atonia intestinale e noduli emorroidari esterni. Nessun altro dato patologico rilevabile. La pressione arteriosa diede i seguenti valori: Pr. Mx 135. Pr. Mn. 60. Conclusi per uno stato timolinfatico attribuendo l'eritema del viso, la blefarocongiuntivite, la stipsi abituale ribelle, i noduli emorroidari ad una stessa sindrome disfunzionale ormonica con ipofunzione tiroidea, cromaffine, surrenale e stato timolinfatico.

Dietro preghiera dall'assicurando ne assunsi la cura e prescrissi una terapia a base di piccole dosi quotidiane di estratti tiroidei e surrenali.

Potetti dopo quindici giorni constatare la regressione di tutti i sintomi patologici; scomparso l'eritema, appena visibile la blefarocongiuntivite, scomparsa la stipsi e ridotti di vo-

lume i noduli emorroidari. Pressione arteriosa Mx 135 — Mn. 75. La continuazione della terapia tuttora in atto mi permetterà di potere maggiormente controllare l'esattezza del giudizio diagnostico.

Ma anche su questo dato si tenga presente che l'opoterapia non è sempre strettamente specifica ed omologa nè l'inefficacia di un preparato glandolare è elemento tale da fare escludere una sindrome patologica endocrina relativa.

La terapia ormonica è sempre una terapia stimolante e di rieducazione funzionale fisiologica ed alla complessità clinica ed anatomopatologica deve spesso corrispondere una adeguata complessità terapeutica.

#### RIASSUNTO.

In base alle più recenti acquisizioni scientifiche nel campo della endocrinologia l'Autore dimostra la facilità con cui possono aversi, nella pratica quotidiana professionale, stati latenti o sublatenti di sindromi ormoniche disfunzionali. Espone i principali sintomi, a carico dei vari tessuti ed organi, che possono indirizzare verso la diagnosi di una data endocrinopatia latente e dimostra il valore che una simile diagnosi può avere ai fini del rischio vita, sia di per sè stessa sia come fattore predisponente verso altri stati morbosi.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita**Il concetto d'infortunio nelle polizze popolari di assicurazione vita**

Dott. FABIO MARSELLA

*Medico Capo dell' I.N.A.*

La polizza di assicurazione popolare-vita che tanto crescente sviluppo ha preso in Italia in un decennio, mercè l'opera dell'I.N.A., comprende fra le altre condizioni di carattere spiccatamente sociale anche l'assicurazione complementare di infortunio.

In caso di morte per infortunio non solo non si tien conto delle clausole di carenza stabilite e non si fa luogo ad alcuna limitazione nel pagamento del capitale assicurato per i sinistri che accadono nel primo e secondo trimestre dall'inizio dell'assicurazione, ma si raddoppia senz'altro la somma assicurata.

Per infortunio, giusta la clausola contenuta in Polizza, si deve intendere « un accidente esteriore, improvviso, indipendente dalla volontà dell'assicurato e non imputabile a sua negligenza ».

La definizione è ben chiara.

Si deve ritenere infortunio ogni evento abnorme esterno all'organismo che abbia i caratteri della violenza, subitanità e rapidità di azione e che determini di per sè solo, la morte, per la sua gravità, senza il concorso di altre cause.

I traumi propriamente detti costituiscono circa il 95 % della causale d'infortunio, ma questo può essere determinato anche da altre influenze esteriori come quelle termiche da rapido eccesso o difetto di calore, da sottrazioni, limitazioni, viziature o brusche variazioni di tensione dell'aria atmosferica, da acute intossicazioni professionali o avvelenamenti casuali, da scariche elettriche ecc.

L'infortunio deve essere indipendente dalla volontà dell'assicurato e non deve essere imputabile a sua negligenza.

Devono perciò escludersi i casi di morte per suicidio in qualsiasi epoca avvengano, anche in individui non più responsabili dei propri atti, come del resto è detto chiaramente in Polizza.

La clausola della negligenza si riferisce soprattutto all'osservanza delle regole e norme elementari di diligenza e prudenza che ogni individuo deve seguire per la salvaguardia della propria persona ed all'osservanza dei regolamenti per la prevenzione degli infortuni sul lavoro.

E qui si manifestano notevoli differenze fra il caso di infortunio contemplato nella nostra polizza e gli infortuni sul lavoro protetti dalle leggi sugli infortuni del lavoro operaio ed agricolo.

Per questi anche eventuali atti di negligenza o di inosservanza di regolamenti e di disposizioni sancite per la prevenzione degli infortuni non sono motivo di irrisarcibilità a meno che non si provi che il lavoratore, di deliberato proposito o dolosamente, andò incontro all'infortunio.

La colpa dell'operaio non esclude l'infortunio sul lavoro protetto dalla legge.

Anche l'imprudenza e la negligenza dell'operaio rientrano nel concetto del rischio lavorativo quale è considerato dalle leggi di tutela del lavoro, e giustamente fu osservato che: « l'operaio non è una macchina, ma un uomo ».

Le cose sono diverse nel contratto di assicurazione privata per la quale la negligenza, almeno quella manifesta, esclude l'indennizzo speciale.

Non in tutti i casi quindi di morte per infortunio sul lavoro ricorre l'infortunio contemplato dalle condizioni di polizza popolare, ma per ogni sinistro bisogna fare una esatta valutazione delle circostanze che l'accompagnarono e lo determinarono.

Un'altra sostanziale differenza con l'infortunio sul lavoro si rileva in tema di concause e qui la differenza si manifesta chiara anche con i casi di morte che implicino responsabilità penale e civile.

Si entra così nel tema della concorrenza causale che è stato sempre di grandissima importanza medico-legale.

La legge infortuni sul lavoro riguarda tutti i casi di morte e di lesioni personali derivanti da causa violenta in occasione di lavoro e risponde di tutte le conseguenze mediate ed immediate, dirette ed indirette del trauma senza esclusione o detrazione di sorta per la concorrenza di elementi concausali preesistenti o sopraggiunti.

Gli stessi criteri valgono in ordine alle azioni di risarcimento per responsabilità civile e ciò pel noto ed universale principio del diritto comune che l'individuo deve avere garantita la integrità della propria persona, anche se non si trovi in condizioni di perfetta salute. Vi è sempre offesa del diritto anche se il danno viene arrecato al malato o all'individuo che si trovi in condizione di labile equilibrio fisico-psichico.

Le concause non escludono nè minorano perciò il diritto di rivalsa.

In materia penale una importante innovazione è stata portata nel nuovo Codice Penale in vigore dal 1930. Il principio giuridico della valutazione delle concause fu già introdotto nella giurisprudenza quasi di straforo come rispondente ad un'equa tutela del diritto generale, temperato con quello delle esigenze individuali, e passò poi nella legge scritta, come per sotterfugio, al dire del Borri.

Nel vecchio Codice Penale zanardelliano, all'art. 367 era contemplata una diminuzione di pena « quando la morte non sarebbe avvenuta senza il concorso di condizioni preesistenti ignote al colpevole, o di cause sopravvenute e indipendenti dal suo fatto ».

Nessuna detrazione di pena era prevista per le concause in tema di semplici lesioni personali non seguite da morte; ma nonostante il silenzio della legge anche per le lesioni personali, analogamente a quanto il Codice sanciva per l'omicidio le concause di lesione costituivano un elemento minorativo di responsabilità penale e praticamente si soleva detrarre quel *tantum* che nella produzione dell'evento dannoso poteva attribuirsi all'elemento concausale.

Nel nuovo Codice Rocco si è avuta invece, anche in materia penale una chiara esclusione delle concause. L'Art. 41 intitolato al « Concorso di causa » così dice: « Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento ».

Al 2° Comma si dice: « Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'« evento » ».

Dunque sia nelle leggi di protezione del lavoro, che in tema di responsabilità civile e giusta le chiare disposizioni del vigente Codice Penale, le concause non valgono come elemento di diminuzione di responsabilità o di diritto a risarcimento.

Le cose sono ben diverse nell'assicurazione privata facoltativa, dove il criterio della concorrenza etiologica nella determinazione dell'infortunio è regolato dalla clausola contrattuale che esclude nell'evento mortale « ogni concausa ».

L'infortunio deve essere la causa unica, diretta ed esclusiva della morte, perchè si abbia diritto al raddoppio del capitale assicurato e perchè non si applichino i termini di carenza stabiliti.

Le cause che escludono tale diritto possono essere preesistenti o sopravvenute. Fra le prime dobbiamo considerare le condizioni morbose ed anormali, che contribuirono alla determinazione dell'infortunio o al suo esito letale. Sono di escludersi i casi nei quali l'infortunio

non potè essere evitato a causa di un'anormalità del soggetto come l'ubriachezza, le vertigini, gli accessi epilettici ecc.

Si possono escludere quei sinistri in cui si è avuta la morte a causa dello stato morboso preesistente come malattie cardio-vascolari, aneurismi, nefrite, tubercolosi, diabete ecc.

Come cause sopravvenute si debbono ritenere quelle sequele morbose che intervengono dopo la lesione iniziale modificandone il decorso fino a cagionare l'esito letale; sono dovute soprattutto a condizioni di ambiente, possono avere anche carattere individuale, di trascuranza o altro.

Fra le concause preesistenti e sopravvenute possono comprendersi anche le malattie post-traumatiche in cui il trauma ha reso manifesta una condizione morbosa latente agendo come la scintilla che determina l'accensione di una sostanza esplosiva.

L'esclusione delle concause è contemplata anche nelle disposizioni regolanti le pensioni eccezionali degli impiegati. Cito ad esempio quanto stabilisce l'Art. 7 del R. D. 7 dicembre 1923 riguardante il personale delle Ferrovie dello Stato. Ivi si dice: «Perchè si possa far luogo al trattamento di pensione eccezionale occorre che sia dimostrato che il servizio costituisca la causa unica, diretta ed immediata della infermità, lesione o morte dell'agente».

All'ultimo Comma è detto: «Non si fa luogo alla pensione eccezionale quando risulti provato che a colpa o dolo dell'agente sia imputabile il fatto che ha determinato la sua lesione o morte».

Può capitare quindi il caso di infortunio sul lavoro ferroviario per il quale si debba corrispondere la indennità prevista dalla comune Legge Infortuni sul Lavoro, perchè, per effetto di detta Legge, la colpa non esclude il diritto al risarcimento e viceversa e per lo stesso infortunio, pur facendosi luogo all'esonero dal servizio dell'agente, può non conferirsi la pensione eccezionale.

In casi consimili, secondo le clausole dell'assicurazione complementare di invalidità, contenute nelle polizze popolari-vita, non si deve raddoppiare il capitale assicurato.

Il medico richiesto del suo giudizio deve applicare le disposizioni legali e contrattuali vagliando bene tutte le condizioni e circostanze inerenti all'infortunio sottoposto al suo esame peritale.



Contratti sinistrati per morte nel settennio 1927-1933 per malattie dell'apparato respiratorio  
 Portafoglio diretto e preconstituito - Assicurazioni con visita medica

CAUSA DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI														Totals									
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.						
Bronchiti (47)	5	—	11	—	7	1	5	—	2	—	2	—	16	—	20	—	2	1	3	5	1	—	79	7
Polmoniti (48)	58	3	182	3	82	5	60	—	35	—	28	1	223	2	189	17	40	4	44	73	5	2	985	109
Pleuriti (49)	5	—	9	—	3	—	3	—	5	—	1	—	20	—	24	2	—	—	6	2	1	—	85	4
Altre malattie dell'apparato respiratorio escluse t. b. c.	3	—	30	—	24	1	11	—	6	—	2	—	48	—	44	—	4	—	2	5	2	—	190	6
<b>Totals</b>	<b>71</b>	<b>3</b>	<b>232</b>	<b>1</b>	<b>116</b>	<b>7</b>	<b>79</b>	<b>—</b>	<b>48</b>	<b>—</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>307</b>	<b>2</b>	<b>277</b>	<b>19</b>	<b>46</b>	<b>5</b>	<b>55</b>	<b>85</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1339</b>	<b>126</b>

N. B. — Il numero tra parentesi, accanto alla causa di morte, corrisponde al numero della nomenclatura nosologica intermedia dell'I. C. di Statistica.

GRUPPI DI ETÀ ALL'INGRESSO	ANTIDURATA DEI CONTRATTI														Totals		Antidurata media						
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.			
Da 15 anni a 29 anni	7	4	8	2	13	4	4	17	2	14	3	10	1	46	3	22	2	26	3	163	24	5,7	3,5
Da 30 anni a 44 anni	30	5	38	2	48	1	62	6	62	6	52	4	221	1	109	7	74	4	690	37	6,—	5,3	
Oltre 45 anni	22	2	29	8	69	12	33	4	43	3	35	4	119	15	89	7	42	8	485	63	5,7	4,7	
<b>Totals</b>	<b>59</b>	<b>11</b>	<b>75</b>	<b>12</b>	<b>130</b>	<b>17</b>	<b>112</b>	<b>12</b>	<b>113</b>	<b>10</b>	<b>101</b>	<b>6</b>	<b>386</b>	<b>25</b>	<b>220</b>	<b>16</b>	<b>142</b>	<b>15</b>	<b>1338</b>	<b>124</b>	<b>5,8</b>	<b>4,7</b>	

N. B. — Sono stati esclusi dalla ricerca N. 3 contratti appartenenti rispettivamente a N. 2 donne ed a un uomo, di età all'ingresso, inferiore ai 15 anni.

Capitali dei contratti del Portafoglio *Diretto* e *Prestituito* sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1934 - (Assicurazioni ordinarie e collettive con visita medica all'ingresso)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						Totali
	0 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 70	oltre 70	
Ogni forma di tubercolosi (10-11) . . . . .	35.000	912.225	998.870	434.820	178.030	5.000	2.553.945
Altre malattie infettive e parassitarie (1 a 9; 12 a 14)	180.585	737.550	1.370.865	1.268.225	550.160	204.000	4.311.385
Tumori (neoplasie) (15 16) . . . . .	—	79.585	1.354.130	1.568.775	2.298.051	268.168	5.568.709
Apoplessia, trombosi, embolie cerebrali (22) . . . . .	—	115.500	331.107	964.720	2.422.890	267.011	4.101.228
Malattie sistema nervoso e organi di senso (21 e 23)	—	975	780.400	238.850	77.480	1.000	1.098.705
Malattie dell'apparato circolatorio (24 25) . . . . .	10.000	168.403	1.034.323	2.607.763	3.319.090	1.227.031	8.366.610
. . . . . respiratorio (26 27 28) . . . . .	155.000	448.965	1.078.660	1.507.644	1.170.155	370.840	4.730.764
. . . . . digerente (29 a 32) . . . . .	—	591.695	1.153.239	1.844.373	869.203	58.090	4.506.590
. . . . . genito urinario (33-34) . . . . .	1.764	55.000	583.483	546.120	1.169.439	201.355	2.567.141
Suicidi (40) . . . . .	—	76.330	524.125	775.710	694.680	—	2.070.795
Morti violente ed accidentali (41-42) . . . . .	29.335	362.183	801.468	559.670	488.640	22.013	2.263.309
Altre cause di morte e cause non specificate . . . . .	110.000	298.950	1.981.227	1.859.400	1.323.890	223.955	5.197.422
<i>Totali</i> . . . . .	521.684	3.847.361	11.386.897	14.176.070	14.546.658	2.847.983	47.326.603

N. B. — I numeri entro parentesi sono quelli delle nomenclatura nosologica abbreviata dall'Istituto Centrale di Statistica.

Capitali dei contratti del Portafoglio *Diretto e Precostituito* sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1934 - (Assicurazioni Ordinarie e Collettive C. V. M. all'ingresso)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI										Totale
	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 (10-11) . . . . .	13.985	55.000	346.000	272.695	583.370	112.160	870.505	283.230	67.000	2.553.945	
Malattie infettive e parassitarie (1 a 9; 12 a 14)	383.395	161.500	1.021.015	357.650	353.225	343.000	857.975	497.750	335.875	4.311.385	
Tumori (neoplasie) (15-16) . . . . .	222.785	150.585	466.180	291.265	553.030	374.675	1.614.870	826.820	1.063.499	5.568.709	
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali (22).	68.500	99.000	281.420	224.775	309.000	211.865	1.308.157	819.765	788.746	4.101.228	
Malattie sist. nerv. e organi di senso (21 e 23).	90.000	20.000	—	300.000	—	—	438.485	169.810	80.410	1.098.705	
Malattie dell'apparato circolatorio (24 25) .	70.000	42.000	369.623	415.258	605.146	195.570	2.837.900	1.356.600	2.474.513	8.366.610	
• • • respiratorio (26 a 28).	171.000	129.010	357.340	669.940	344.765	307.410	1.402.054	513.400	835.845	4.730.764	
• • • digerente (29 a 32) .	215.430	265.865	581.675	248.955	438.341	113.180	1.463.036	699.823	480.285	4.506.590	
• • • genito-urinario (33-34)	80.000	85.000	155.900	232.115	253.655	380.000	690.186	400.550	279.735	2.557.141	
Suicidi (40) . . . . .	—	65	995	194.465	396.905	56.750	916.470	339.225	165.920	2.070.795	
Morti violente ed accidentali (41-42) . . .	145.990	105.000	239.060	483.340	67.190	178.950	634.430	213.136	196.213	2.263.309	
Altre cause di morte, cause non specificate .	234.727	85.000	480.695	318.630	572.235	239.535	1.605.139	708.691	952.610	5.197.422	
<b>Totale</b> . . . . .	1.695.812	1.198.025	4.299.903	4.009.088	4.481.972	2.513.145	14.639.257	6.768.800	7.720.651	47.326.603	

N. B. — I numeri entro parentesi sono quelli della nomenclatura nosologica abbreviata dall'Istituto Centrale di Statistica.

Capitali dei contratti del portafoglio diretto senza visita medica sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1934

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						Totals
	0 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 70	oltre 70	
Ogni forma di tubercolosi (10-11) . . . . .	53.911	102.279	87.672	49.180	17.630	—	310.672
Altre malattie infettive e parassitarie (1 a 9 ; 12 a 14)	7.395	98.650	36.970	25.665	16.000	—	124.720
Tumori (neoplasie) (15-16) . . . . .	19.910	—	3.345	67.100	49.230	—	139.535
Apoplessia, trombosi, embolie cerebrali (22) . . . . .	—	—	14.850	42.265	19.415	—	76.530
Malattie del sistema nervoso e organi di senso (21 e 23)	2.235	—	17.000	10.235	10.825	—	40.295
Malattie dell'apparato circolatorio (24-25) . . . . .	10.000	—	32.925	126.274	74.628	16.044	259.871
. . . . . respiratorio (26 a 28) . . . . .	3.810	—	70.200	121.350	37.335	8.795	241.490
. . . . . digerente (29 a 32) . . . . .	—	38.085	80.707	56.060	55.135	—	229.987
. . . . . genito-urinario (33-34) . . . . .	5.000	—	15.465	9.234	35.540	—	65.239
Suicidi (40) . . . . .	79.475	20.870	15.000	20.765	—	—	136.110
Morti violente ed accidentali (41-42) . . . . .	286.112	517.950	89.945	2.000	7.435	—	903.442
Altre cause di morte e cause non specificate . . . . .	79.465	65.500	105.135	159.880	139.455	—	540.485
<i>Totals</i> . . . . .	547.313	774.374	569.214	690.008	462.628	24.839	3.068.376

N.B. — numeri entro parentesi sono quelli della nomenclatura nosologica abbreviata dall'Istituto Centrale di Statistica.

Capitali dei contratti del *Portafoglio diretto senza visita medica* sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1934

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 (10 - 11) . . . . .	4.030	17.100	35.579	81.905	39.800	7.415	115.932	9.011	—	310.672	
Malattie infettive e parassitarie (1 a 9; 12 a 14)	1.470	7.100	41.965	7.210	—	—	66.955	—	—	124.720	
Tumori (neoplasie) (15 - 16) . . . . .	9.570	2.500	10.185	20.213	1.735	14.940	75.607	4.835	—	139.585	
Apoplessie, trombosi, embolie cerebrali (22)	—	2.500	11.470	11.200	2.000	965	48.395	—	—	76.530	
Mal. sistema nerv. e organi di senso (21 e 23)	—	—	—	6.465	—	425	31.170	2.235	—	40.295	
Malattie dell'apparato circolatorio (24 - 25) .	12.137	5.000	1.035	23.370	2.500	21.270	169.515	4.000	21.044	259.871	
• • • respiratorio (26 a 28) .	2.500	3.055	21.500	17.760	30.900	18.905	136.505	—	10.365	241.490	
• • • digerente (29 a 32) .	3.305	3.000	2.397	48.945	42.495	3.635	110.985	5.165	10.060	229.987	
• • • genito-urinario (33 34).	1.000	1.500	—	8.305	3.635	2.315	43.484	—	5.000	65.239	
Suicidi (40) . . . . .	—	51.000	44.345	12.685	—	—	28.080	—	—	136.110	
Morti violente ed accidentali (41-42) . . .	57.500	130.200	252.250	177.550	244.945	1.370	11.215	21.950	6.462	903.442	
Altre cause di morte . . . . .	21.380	29.510	23.995	42.530	15.480	46.745	349.530	8.645	2.620	540.435	
<i>Totals</i> . . . . .	112.892	252.465	444.741	458.098	383.490	117.985	1.187.373	55.841	55.551	3.068.376	

N. B. — I numeri entro parentesi sono quelli della nomenclatura nosologica abbreviata dell'Istituto Centrale di Statistica.

**Capitali dei contratti del Portafoglio Popolare sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario  
nell'anno 1934**

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						Totali
	0 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 70	oltre 70	
Ogni forma di tubercolosi (10-11) . . . . .	59.272	153.552	248.433	134.062	13.510	—	608.829
Altre malattie infettive e parassitarie (1 a 9; 12 a 14)	12.642	10.885	79.414	49.929	28.150	—	181.020
Tumori (neoplasie) (15-16) . . . . .	85	17.630	120.526	82.317	36.761	—	257.319
Apoplessia, trombosi, embolie cerebrali (22) . . . . .	—	1.255	54.625	72.579	51.020	—	179.479
Malattie sistemiche a nervoso e organi di senso (21 e 23)	3.554	—	40.157	14.735	8.845	—	67.291
Malattie dell'apparato circolatorio (24-25) . . . . .	1.105	38.450	68.322	141.514	56.780	—	306.171
• • • respiratorio (26 a 28) . . . . .	6.315	92.139	158.070	87.280	38.510	—	382.264
• • • digerente (29 a 32) . . . . .	6.185	50.471	129.526	88.017	48.421	—	322.620
• • • genito-urinario (33-34) . . . . .	145	7.340	40.112	53.916	69.381	—	170.794
Suicidi (40) . . . . .	—	—	19.666	10.795	5.185	—	35.646
Morti violente ed accidentali (41-42) . . . . .	48.323	55.742	134.806	49.696	6.370	—	294.937
Altre cause di morte e cause non specificate . . . . .	9.470	7.101	51.588	47.165	29.685	—	145.009
<b>Totali</b> . . . . .	<b>147.096</b>	<b>434.565</b>	<b>1.140.245</b>	<b>831.855</b>	<b>392.618</b>	<b>—</b>	<b>2.946.379</b>

N.B. — I numeri entro parentesi sono quelli dalla nomenclatura nosologica abbreviata dell'Istituto Centrale di Statistica.

Capitali dei contratti del Portafoglio *Popolare* sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario  
nell'anno 1934

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI										Totali
	0 - 6 m.	6 m. - 1 a.	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 - 10	10 - 15	oltre 15		
Ogni forma di tubercolosi (10-11) . . . . .	44.681	123.224	121.816	126.528	71.835	57.329	56.416	—	—	603.829	
Malattie infettive e parassitarie (1 a 9; 12 a 14).	5.946	16.670	73.589	22.570	21.685	9.935	30.625	—	—	181.020	
Tumori (neoplasie) (15-16). . . . .	13.965	62.668	52.321	39.411	24.134	17.450	47.370	—	—	257.319	
Apoplessie, trombosì, embolie cerebrali (22).	3.090	36.025	33.320	12.355	25.899	19.000	49.790	—	—	179.479	
Mal. sistema nervoso e organi di senso (21 e 23)	1.595	5.570	24.792	10.745	10.425	234	13.930	—	—	67.291	
Malattie dell'apparato circolatorio (24-25) .	38.499	40.076	58.775	29.556	27.478	35.325	76.462	—	—	306.171	
• • • respiratorio (26 a 28).	20.148	74.367	109.543	38.381	71.139	16.255	51.431	1.000	—	382.264	
• • • digerente (29 a 32) .	21.024	49.424	71.475	47.693	38.929	18.825	80.250	—	—	322.620	
• • • genito-urinario (33-34).	8.420	44.295	43.254	6.205	4.425	1.760	62.435	—	—	170.794	
Suicidi (40) . . . . .	2.495	1.045	2.915	11.745	15.371	—	2.075	—	—	35.646	
Morti violente ed accidentali (41-42) . . .	105.437	46.698	560.30	23.920	22.986	6.285	33.381	—	—	294.937	
Altre cause di morte, cause non specificate .	9.960	28.551	38.284	14.869	15.200	2.225	34.750	1.150	—	145.009	
<i>Totale</i> . . . . .	275.260	528.813	686.114	385.998	349.506	179.623	538.915	2.150	—	2.946.379	

N.B. — I numeri entro parentesi sono quelli della nomenclatura nosologica abbreviata dall'Istituto Centrale di Statistica.

Varie**L'INFLUENZA IN GRECIA**

Prof. Dott. BASILIADES

L'influenza divenuta endemica in Grecia, ha assunto fin dal principio del corrente anno 1935 e soprattutto durante i mesi di Gennaio e Febbraio una diffusione straordinaria. In questo spazio di tempo, il 35 % degli abitanti di Atene e del Pireo sono stati colpiti. La mortalità è stata in Atene nel gennaio di 95 decessi ed in febbraio di 66 decessi. Ciò che caratterizza l'epidemia di quest'anno è la diffusione straordinaria della malattia. Per esempio del personale della Polizia di Atene, che è costituito da 2036 persone, ben 997 sono stati i colpiti, cioè il 49 %. Negli Ospedali di Atene, si sono ammalate il 50.5 % delle suore ed il 26 % del personale di servizio.

L'incubazione durava 20-48 ore. La forma della malattia era piuttosto benigna. La febbre continuava per tre giorni tra i 38° e i 39.5°, cadeva il quarto a 36° e risaliva di nuovo a 38°-39° per continuare altri due giorni scendendo poi regolarmente. Molto di rado la malattia durava più di una settimana. La metà dei malati passavano la loro malattia senza porsi in letto. Il laboratorio ha riscontrato che le forme gravi o complicate avevano a fianco del virus filtrabile anche l'*hemophilus inphluentiae* od il bacillo di Pfeiffer. Generalmente l'epidemia di questo anno assumeva la forma catarrale-polmonare, parecchie volte la nervosa, raramente la gastro-intestinale. Le complicazioni più frequenti erano l'otite e la mastoidite. La statistica degli ospedali segnala:

Otite media . . . . .	12 %
Otite media e mastoidite	6,8 %

Altre complicazioni come le polmoniti influenzali, le pleuriti suppurate e la nefrite erano molto rare.

Generalmente non è stato adoperato il vaccino curativo o preventivo.

Atene, 5 aprile 1935 - XIII.

## CONSIDERAZIONI PATOGENETICHE E PROFILATTICHE SUL PROBLEMA DELLA ARTERIOSCLEROSI

(†) Prof. Dott. VITTORIO SERRA

Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma.

L'interpretazione patogenetica dell'arteriosclerosi, cristallizzatasi sui concetti puramente meccanici del logorio e del consumo delle arterie, ha radicato anche tra i profani l'idea che l'arteriosclerosi fosse una « malattia della vecchiaia ».

Anche per i medici, l'arteriosclerosi, la vecchiaia e l'ipertensione arteriosa hanno costituito a lungo, sotto l'influenza delle teorie di Traube, un indissolubile tripode sintomatico, legato ad una patogenesi comune.

Oggi, invece, attraverso la lenta e faticosa evoluzione delle nostre conoscenze sulla fisiopatologia del circolo, questa concezione unitaria ha subito una trasformazione così profonda

da scindersi nei tre elementi che la componevano e che hanno dimostrato di poter esistere in completa indipendenza reciproca; l'ipertensione si è liberata dagli stretti legami che la legavano all'arteriosclerosi e rivelandosi come l'espressione di una malattia, anzi di una disfunzione autonoma (Greppi), è apparsa del tutto indipendente dalla sclerosi vasale cui può, ma non deve necessariamente accompagnarsi; e questa a sua volta ha mostrato una certa indipendenza rispetto alla vecchiaia nel senso che, sebbene più frequente in questo periodo della vita, pure non gli è esclusivo e può trovarsi anche in età più giovane.

«L'arteriosclerosi — afferma il Nordmann — non è legata ad alcuna età»; e questo concetto è ammesso ormai da tutti i patologi (Munk, Gruber, Beneke ecc.).

Anche questa volta è stata l'anatomia patologica che ci ha liberato dalle pastoie degli antichi schematismi, dimostrando che nelle autopsie dei giovani è possibile sorprendere, in una percentuale non trascurabile, i segni certi di una sclerosi vasale.

Persino la prima infanzia non è immune dalla malattia; reperti del genere sono ben noti ai patologi (Stimpf, Oppenheim ecc.); il Galli, nel suo bel libro, ricorda casi di neonati (un bambino di tre giorni nel caso di Surbeck) in cui furono dimostrabili calcificazioni a placche od estese delle pareti vasali, sclerosi delle coronarie ed ateromasia dell'aorta. Questi reperti sono tuttavia troppo impressionanti e, d'altronde, necessariamente abbastanza rari perchè si possa considerarli qualcosa di più che dati di eccezione e semplici curiosità.

È invece pieno di interesse e istruttivo il fatto che dai 20 ai 40 anni (cioè in quello che l'Aschoff chiama il « periodo ascensionale » della vita) il reperto dell'arteriosclerosi è tutt'altro che raro.

Le ricerche in serie fatte durante la guerra (Dionisi, Mönckeberg) hanno dimostrato quanto sia alta la percentuale dell'arteriosclerosi nei giovani, anche in quelli che, giunti appena al fronte, non ne avevano ancora sopportate le fatiche e le emozioni (intese come fattori arteriosclerogeni); Binswanger ammette la possibilità di un'arteriosclerosi precoce del cervello, Baumgärtner cita casi di alterazioni degenerative con calcificazione nei vasi centrali della retina in uomini ancor giovani (23-33 anni); Simnitzky e Rach hanno descritto l'esistenza di ispessimenti dell'intima con deposizioni lipoidee nell'aorta e nelle grandi arterie nei soggetti da 10 a 20 anni; nel terzo decennio poi, sono descritte lesioni arteriosclerotiche anche a carico delle medie (Meyer, Mönckeberg) e delle piccole arterie (Prym): dalle statistiche di Mönckeberg risulta infine che in Germania un discreto numero dei soggetti tra i 18 e i 20 anni presentano segni di sclerosi delle coronarie.

L'arteriosclerosi non è dunque una malattia esclusiva della vecchiaia; si può essere giovani ed avere le arterie sclerotiche.

\*  
\* \*

Dopo che l'età avanzata ebbe cessato di rappresentare la condizione unica indispensabile per l'insorgenza dell'arteriosclerosi, la teoria del logorio delle pareti vasali che, con tanto successo, ne aveva sorretto l'interpretazione patogenetica, dovette subire a sua volta una trasformazione radicale.

Ed infatti il concetto dell'usura vasale nel senso stretto della parola è stato oramai respinto dai patologi moderni (Jores, Munk); l'arteriosclerosi non è soltanto un processo degenerativo, ma presenta anche dei caratteri rigenerativi, poichè alla degenerazione ialina, lipoide e mucosa e alle calcificazioni si associano lei perplasia compensatrici del tessuto elastico e del connettivo (Jores); cosicchè il concetto passivo del logorio, del consumo, male le si accorda.

Ed ecco alla concezione meccanica della « malattia da lavoro » sostituirsi quella della malattia « da debolezza vasale costituzionale », che pone in campo, dominante, il fattore dell'ereditarietà; essa ha fatto, in questi ultimi anni, sia nel campo dell'arteriosclerosi che in quello dell'ipertensione tali progressi da assumere oramai un significato patogenetico prevalente (Greppi).

Nei trattati di dieci anni fa ci si accenna appena, quasi con timidezza; nei moderni occupa da padrona l'argomento della patogenesi.

Le ricerche pazientemente condotte sugli antecedenti dei soggetti affetti da arteriosclerosi e da ipertensione hanno dimostrato come, in una percentuale di casi che raggiunge il massimo appunto nel campo dell'arteriosclerosi (sino al 71 % nelle statistiche di Zipperlen e di Weitz) uno o più membri della famiglia, ad ogni generazione e spesso in età tragicamente coincidenti, muoiano per disturbi circolatori (in genere apoplezia) o decadano presentando i segni di sclerosi a carattere involutivo (soprattutto sclerosi cerebrali).

Gli esempi, raccolti in Italia e all'estero, di queste eredità vasali patologiche, sono veramente impressionanti: ecco lo schema di una « Apoplexie Familie » descritta da O. Müller:

*Albero genealogico della famiglia B (con riguardo alla data e alla causa della morte)*



La tendenza all'arteriosclerosi si eredita, quindi, nè più nè meno di quella ai disturbi del ricambio (diatesi uricemica, diabete); ed è noto che questi ultimi, in un gran numero di casi, si accompagnano ad essa e verosimilmente esercitano una decisa influenza sulla sua comparsa.

Secondo qualche Autore, il difetto vasale ereditario consisterebbe appunto in una minusvalenza della tunica media arteriosa, dove già altri Patologi (da Thoma a Faber, Krause, Nordmann ecc.) hanno localizzato, non senza suscitare contrasti, la sede prima delle lesioni arteriosclerotiche.

Si venne così ad ammettere, per spiegare la reciprocità dell'arteriosclerosi una debolezza costituzionale del tessuto muscolare dei vasi, non diversa da quella che si riconosce per altre forme morbose: l'enfisema polmonare, ad esempio, le distrofie muscolari ecc. e questa debolezza porterebbe al quadro classico dell'arteriosclerosi perchè la tunica vasale reagirebbe al cedimento di quella media con attivi processi di iperplasia e di compenso.

Qualunque sia, ad ogni modo, il tipo e la sede di questa debolezza costituzionale dei vasi, è pur certo che vi sono dei soggetti che nascono con arterie tarate, e che in essi, trasmettendosi da generazione a generazione, e spesso con tendenza ad aggravarsi, l'arteriosclerosi venga a costituire veramente un difetto di energia vitale (Minus von Lebenenergie Martius).

Cosicchè si può concludere con il Munk che ognuno di noi riceve quella forma e quel grado di arteriosclerosi che sono condizionati dalla sua costituzione e dal suo regime di vita.

\* \*

Queste parole racchiudono, veramente, ci sembra, il problema dell'arteriosclerosi, che si basa appunto su due elementi fondamentali; l'uno « endogeno » e costituzionale che si eredita e di cui abbiamo parlato: e l'altro « esogeno » che si acquista vivendo.

L'aver stabilito con tanta sicurezza l'importanza dominante del fattore endogeno, non deve indurre ad una specie di fatalismo, trascurando così di combattere tutte le altre possibili influenze esogene (O. Müller); che anzi esse rappresentano quel lato del problema che solo è suscettibile di correzione: impotenti di fronte alla tara ereditaria (benchè vi sia chi

consiglia di impedire il matrimonio tra soggetti tarati) noi possiamo e dobbiamo fare quanto è possibile perchè almeno essa non venga aggravata.

Per comprendere meglio come si interpreti oggi il meccanismo d'azione dei fattori esogeni, è necessario ricordare schematicamente qual sia, alla stregua delle nostre conoscenze attuali, la successione dei fenomeni che portano all'arteriosclerosi.

Lo stadio della sclerosi vasale segue di solito ad un periodo di variabile durata, durante il quale le pareti vasali sono sottoposte ad un sovraccarico di lavoro, capace di esercitare, agli effetti della malattia, un'azione di accelerazione e di stimolo; e questo sovraccarico è costituito dai *perturbamenti della pressione arteriosa*.

È necessario intendere bene questo punto; per lungo tempo, come si è detto, la sclerosi è stata considerata come l'esito inevitabile della ipertensione, secondo la famosa frase di Vaquez che « la sclerosi segue la ipertensione come l'ombra il corpo »: oggi l'ipertensione e l'arteriosclerosi sono considerati come due fenomeni affatto indipendenti tra loro; e se ammettiamo ancora una funzione arteriosclerogena della pressione arteriosa, ciò va inteso in senso affatto differente.

Le moderne conoscenze di fisiopatologia vasale hanno dimostrato che uno stretto rapporto intercorre tra attività di un organo e modificazioni del suo circolo regionale: nei muscoli (Krog), nel cervello (Westpha), nel polmone (Hochrein, Chiurco), ecc. la capacità di adattamento dei vasi alle esigenze dei tessuti condiziona i funzionamenti di questi ultimi; la minima attività di ogni singolo organo si traducono con modificazioni evidentissime della sua irrorazione.

Quindi l'elasticità dei vasi e la loro capacità di adattamento sono condizioni indispensabili alla normale funzionalità di un organo; d'altro canto l'intenso lavoro di questo si tradurrà in un continuo mutamento dell'equilibrio circolatorio, e in una perturbazione continua del suo riposo: entro questi vasi la pressione subirà, di conseguenza, dei mutamenti continui che sottoporranno le pareti vasali a stimoli incessanti e variabili.

Si può schematizzare questo concetto disegnando il seguente rapporto: lavoro organo = modificazione circolo regionale = turbamento pressione = stimolazione pareti vasali.

Non vi è dubbio che questo stimolo, agendo su pareti costituzionalmente tarate, vi espliciti una funzione di fattore arteriosclerogeno, favorendovi e accelerandovi la comparsa di alterazioni organiche permanenti ed in tal modo si spiega il caratteristico fenomeno della « regionalità » dell'arteriosclerosi, cioè la sua localizzazione dominante negli organi che lavorano di più.

Accanto a queste, che sono le condizioni normali di vita, esistono poi i perturbamenti di circolo, e quindi di pressione, legati alle condizioni abnormi, ma tutt'altro che rare nel ritmo della vita quotidiana (emozioni, sforzi, tossici); esse esercitano, come Fahrenkamp ha ben dimostrato, provocando degli angiospasmii transitorii, cui seguono violenti e fugaci elevazioni della pressione arteriosa; i bruschi mutamenti che così vengono indotti nella irrorazione e quindi nella nutrizione dei tessuti e dei vasi stessi, non possono rimanere senza influenza sulle pareti di questi specialmente se esse si trovino, per ragioni di eredità, in condizioni di minor resistenza.

Si aggiunga infine che esistono particolari condizioni di ipereccitabilità vasale, su base neuroendocrina e di natura anch'essa costituzionale, che si manifestano con oscillazioni violente della pressione e bruschi squilibri vasali e che costituiscono nel loro complesso quella che si chiama l'ipertensione essenziale; sebbene l'arteriosclerosi non costituisca l'« episodio obbligatorio nel corso dell'ipertensione » (Cecconi) è pur certo che, in soggetti predisposti, essa può accelerare notevolmente la sclerotizzazione di arterie costituzionalmente poco resistenti.

Con questo non si vuol togliere del tutto valore al lavoro rappresentato dall'ipertensione permanente che troppe osservazioni hanno ormai consacrato, facendone anzi una legge per tutti i vasi (dall'arteriosclerosi della Polmonare nei disturbi cronici del piccolo circolo alla sclerosi della Vena Porta nelle ipertensioni portali): ma è necessario stabilire chiaramente quale significato arteriosclerogeno spetti alle oscillazioni della pressione e ai bruschi equilibri circolatori che si svolgono non solo in condizioni particolari ma in quella di perfetta normalità di funzione degli organi.

Ecco dunque in qual modo il fattore pressione, inteso più nel senso dinamico di squilibrio temporaneo e ripetuto, che in quello statico, di elevazione progressiva e permanente, seguita a conservare un significato importante nella patogenesi dell'arteriosclerosi.

\*  
\* \*

È dunque al riposo vasale, inteso come stabilità di pressione ed assenza di oscillazioni violente che deve soprattutto rivolgersi la profilassi dell'arteriosclerosi.

Sotto questo punto di vista, gran parte dei fattori che furono un tempo invocati per l'insorgenza della malattia, meritano ancora di essere ritenuti capaci di influire sul decorso della malattia; ed alla loro prevenzione deve rivolgersi il medico quando si accinge all'utile ma ingrata fatica della profilassi.

Questa cenerentola delle branche della medicina incontra anche in questo campo mille difficoltà; e lo si comprende sol che si pensi come essa richieda a persone che sono apparentemente sane il sacrificio di consuetudini gradite e di mille piccole soddisfazioni quotidiane.

Al medico che ne traccia le direttive spetta perciò di lasciarsi guidare soprattutto dal buon senso, di non eccedere nelle misure restrittive e, nello stesso tempo, di non fare della probabile malattia futura una specie di incubo del malato; a questo, poi, si richiede soltanto di lasciarsi convincere; quando avrà riconosciuto la logicità delle prescrizioni del medico egli lo aiuterà in questo suo ingrato compito, sottoponendosi con buona volontà alle piccole e grandi privazioni che gli saranno chieste.

La vita delle grandi città, turbinosa, ricca di episodi capaci di destare in noi le più svariate reazioni, resa più aspra dallo stimolo delle necessità e dei desideri e più logorante dall'assenza di riposo offre infinite occasioni di perturbamento circolatorio; l'arteriosclerosi è in gran parte, come l'ipertensione, « la malattia della vita agitata » (Riesemann).

La cosa più difficile che il medico possa consigliare a scopo profilattico è il modificare il proprio tenor di vita indirizzandolo ad un ritmo più lento e più tranquillo; vi è chi non può seguire questo consiglio e chi non vuole: si tratta infatti soltanto di malati « futuri », non attuali.

Un periodo di riposo, di assoluto riposo, soprattutto psichico rappresenta senza dubbio il miglior rimedio contro le influenze sclerogene dell'affannosa vita quotidiana; la campagna, la montagna o il mare secondo le abitudini e le tendenze, sono ugualmente indicati; quel che conta è il riposo e la tranquillità.

Poiché però, in pratica, questo consiglio è difficile a seguire, si tenterà almeno di modificare il regime di vita nei suoi dettagli.

La vita sedentaria in ambienti chiusi, è certamente dannosa, e chi, per necessità di lavoro, è costretto a praticarla deve almeno sforzarsi a interromperla con intervalli di moderati e razionali esercizi fisici.

Il concetto che la sclerosi fosse principalmente legata alla fatica delle arterie ha per lungo tempo indotto a credere che il riposo fisico rappresentasse il miglior rimedio preventivo contro la malattia vasale.

Invece è oggi ben dimostrato che ogni attività fisica che non giunga sino all'affaticamento (e in genere ogni forma di sport conciliabile con le proprie capacità fisiche) costituisce una vera indicazione per la profilassi dell'arteriosclerosi, oltre all'attivazione del circolo, all'utile lavoro del cuore e dei polmoni, alla stimolazione del metabolismo generale e alla distrazione psichica che accompagnano gli esercizi fisici, gioverà molto anche il tempo passato all'aria libera, alla luce, al sole. Lo sport, quindi, purchè razionale ed adattato alle capacità individuali, non è controindicazione ma utile mezzo di prevenzione della sclerosi vasale; persino a malattia conclamata, del resto, è grave errore condannare schematicamente all'inerzia questi malati ». (Galli).

Accanto al regime di vita, le abitudini alimentari sono quelle che contengono una maggiore percentuale di potenzialità arteriosclerogene; tuttavia molte esagerazioni sono state compiute in questo campo, così da provocare reazioni altrettanto eccessive.

Sembra accertato che il regime carneo eserciti un'influenza sclerogena; le ricerche di Weitz e Saili nelle comunità religiose e quelle sperimentali di Bock e Gänsselen sulle influenze esercitate sul circolo dalle variazioni di regime alimentare, lo dimostrano a sufficienza.

D'altro lato un soggetto giovane ed in piena attività non sarà costretto ad un vitto vegetariano: tuttavia l'uso della carne sarà limitato e sarà utile interporre di quando in quando delle giornate di sole verdure, legumi e frutta.

L'alcool ha certamente un effetto dannoso sui vasi; ma questo effetto non è costante e l'anatomia patologica insegna che alcoolisti cronici possono presentare arterie iperplastiche perfettamente normali (Marchiafava, Clifford Allbutt); nei soggetti costituzionalmente tarati, però, esso esercita certamente un'influenza favorevole all'evoluzione verso la sclerosi.

Secondo O. Müller «la vita oggi si è fatta troppo dura per poterla trascorrere nella perenne lieve narcosi dell'alcool»; in pratica, una piccola quantità di alcool può essere concessa; ma il suo uso va mantenuto entro limiti che saranno tanto più rigorosi quanto maggiore sarà la tendenza ereditaria alla malattia.

Analoga azione ha il tabacco; è ben nota la sua azione vasomotoria e il suo significato nel meccanismo patogenetico di molte sindromi angiospastiche (dall'angina di petto alle cancrene degli arti); è verosimile quindi che esso debba riuscire particolarmente dannoso (specialmente sotto forma di sigarette) nei soggetti ad arterie costituzionalmente meno resistenti; e non si dimentichi che le più sensibili all'azione del tabacco sono proprio le arterie del cuore, le coronarie.

Anche il caffè rientra nella categoria dei veleni della vita civilizzata (Kulturgifte); la sua influenza eccitante sul circolo è troppo nota perchè si debba indugiare sul significato dannoso che esso può assumere di fronte ad un sistema circolatorio facilmente affaticabile.

La regolarità degli emuntorii, in particolar modo di quello intestinale, deve essere accuratamente ricercata; sebbene non si creda più alla teoria della intossicazione intestinale (Huchard), pure l'utilità di un regolare funzionamento degli organi di eliminazione appare indubbia.

Queste, in pratica, le principali direttive profilattiche da seguire in soggetti giovani che siano, per costituzione, predisposti all'arteriosclerosi; come si vede esse si imperniano su tre dati fondamentali: 1° il riposo o almeno la tranquillità psichica; 2° l'attività fisica; 3° l'astensione o almeno la limitazione delle sostanze tossiche e il controllo della loro eliminazione.

Tutte queste misure convergono allo scopo unico del «riposo delle arterie» (1) e della stabilizzazione della pressione, senza oscillazioni e senza squilibri; esse non pretendono di abbracciare tutto il campo della medicina preventiva antisclerogena, così come appare schematicamente delineata dalle nostre conoscenze dottrinali; infatti non tiene conto delle malattie infettive, che secondo moderni autori avrebbero tanta parte nell'etiologia dell'arteriosclerosi (Fox); nè delle modificazioni individuali del ricambio (tendenza alla gotta, al diabete ecc.) che rientrano nell'*habitus* costituzionale del soggetto. Ma la prevenzione dalle malattie infettive in genere è di assai difficile attuazione pratica, e il controllo delle anomalie del ricambio, che rientra nello studio del fattore costituzionale, non conosce regole generali ma si adatta alle esigenze dei singoli soggetti.

L'esame medico, praticato con regolarità, senza attendere la comparsa di manifestazioni cliniche evidenti, rappresenta del resto una condizione indispensabile perchè non soltanto l'indicazione ma anche l'attuazione pratica delle varie misure profilattiche si effettui senza eccessi e con continuità e coerenza.

Concludendo si può affermare che l'arteriosclerosi va intesa oggi non più come una malattia necessariamente legata alla vecchiaia e dipendente da un «consumo» delle pareti vasali

(1) Non meraviglia che si raccomandi contemporaneamente il riposo ai vasi del cervello e l'attività a quelli degli arti, poichè è stato dimostrato che la tendenza alla sclerosi si localizza nel cervello sulle piccole e nei muscoli sulle grandi arterie; i danni di irrorazione e quindi di funzione che ne derivano agli organi rispettivi sono nel primo caso infinitamente più gravi che nel secondo, mentre d'altronde tutto il resto dell'organismo si giova del movimento e dell'attività fisica.

nel senso stretto della parola, ma come uno stato ereditario e costituzionale di minusvalenza vasale che si manifesta nelle sue conseguenze cliniche tanto più precocemente quanto più grave è la tara e quanto più marcata è l'influenza dei fattori esogeni.

Questi sono capaci di aggravare questa debilità costituzionale arteriosa, modificando l'equilibrio del circolo e l'uniformità del carico endovasale; la loro influenza dannosa è naturalmente tanto più marcata quanto minore è la capacità di resistenza delle pareti, cosicché tra i due fattori si crea un vero e proprio circolo vizioso; ed è all'interruzione di questo, che mira, con le sue misure preventive, la profilassi dell'arteriosclerosi.

LETTERATURA (Principali Opere consultate):

- CECONI. — *Patologia e Clinica dell'ipertensione arteriosa*. — *Rassegna clinica scientifica*, 4 maggio 1929.  
 GALLI, — *L'arteriosclerosi*. — Soc. Editr. Libr., Milano, 1926.  
 GREPPI. — *L'ipertensione come autonoma disfunzione e malattia*. — Ed. Pozzi, Roma, 1932.  
 GRUBER. — *Über die sogenannten Alters — und Abnutzungs — Erscheinungen an Gefässen* (da « Verh. Deut. Gesellsch. f. Kreislauf »). — Ed. Steinkopff, Leipzig, 1929.  
 HENKE e LUBARSCH. — *Herz und Gefässe* (da « Hdbch spez. Anat. Path. Histol. »). — Ed. Spring, Berlin, 1924.  
 KAUFMANN. — *Anatomia patologica*. — Ed. Vallardi, Milano, 1924.  
 KYLIN. — *Die Hypertoniekrankheiten*. — Ed. Springer, Berlin, 1930.  
 MUNK. — *Über die sogenannte peripherische Arteriosclerose* (da « Herz-und Gefäss-krankheiten und ihre Behandlung »). Ed. Thieme, Leipzig, 1931.  
 MULLER\* OTTFRIED. — *Die Blutdruckkrankheit*. — Ed. Enke, Stuttgart, 1932.  
 NORDMANN. — *Kreislauftörungen und pathologische Histologie*. — Ed. Steinkopff, Leipzig, 1933.

## L'Assicurazione sulla vita in Italia

Dott. LAMBERTO SIVIERI.

*Origini delle assicurazioni*. — Riteniamo utile, trattando — sia pure sommariamente come è consentito in queste pagine — dell'assicurazione sulla vita in Italia, premettere qualche rapido cenno intorno alle assicurazioni in generale.

L'origine prima del concetto di assicurazione si perde nella notte dei tempi. Rimarrà forse meravigliato, taluno, nell'apprendere che embrionali forme di assicurazione esistevano già quattro millenni prima di Cristo, e che il contratto di assicurazione dei rischi dei trasporti, per terra e per mare, era conosciuto da Indiani, Babilonesi, Fenici, Greci e Romani.

Nel Talmud babilonese si legge che « quando nelle carovane condotte attraverso il deserto moriva un animale senza maliziosa trascuratezza del proprietario », i carovanieri acquistavano un animale di pari valore e lo consegnavano al danneggiato, al quale però in nessun caso veniva dato l'equivalente in denaro.

Loccenio (*De Jure mar.*) e Puffendorf (*De Jure nat. et gent.*) citano Tito Livio, il quale, narrando la seconda guerra punica, osserva che il governo della repubblica romana prometteva ai naviganti, i quali si obbligassero a portare in Ispagna munizioni di guerra e di bocca, l'indennizzo delle eventuali perdite, cagionate, nel corso del viaggio, sia dal nemico, sia da fortuna di mare.

Altre tracce di assicurazione il Goldschmidt crede di ravvisare in alcune istituzioni ed in alcuni contratti dell'antica Roma. Una specie di assicurazione mutua egli riscontra, per esempio, nei « collegia funeratitia » (come più tardi nelle fratellanze d'armi e nelle gilde del

Medio Evo), ossia in quelle istituzioni che avevano per iscopo di alleviare i danni sofferti da un membro della cooperazione ripartendoli fra tutti.

Ma è soltanto nel Medio Evo che dobbiamo ricercare l'origine dell'assicurazione come oggi è intesa, perchè è il Medio Evo che immagina il contratto di assicurazione.

L'assicurazione marittima è stata e doveva essere la prima forma dell'assicurazione. Il mare era allora la via quasi esclusiva del grande commercio ed esso era così pieno di pericoli che i commercianti sentirono il bisogno di garantirsi almeno in parte.

In seguito alle fortunate ricerche di Enrico Bensa negli archivi genovese e fiorentino, si può affermare oggi, sulla base dei molti documenti rinvenuti, che l'origine dell'assicurazione marittima come oggi è intesa deve ricercarsi in Italia.

Vi è infatti negli archivi genovesi tutta una serie non interrotta di contratti di assicurazione a partire dal 1347; essi soli basterebbero in modo indubitabile a stabilire la priorità storica dell'Italia nella introduzione dell'assicurazione marittima.

Ma se i documenti genovesi risalgono al 1347, quelli fiorentini ci riportano addirittura al primo ventennio del 14<sup>o</sup> secolo e ci dimostrano che l'assicurazione si praticava nelle principali città commerciali italiane come cosa consueta e come sussidio necessario del commercio.

Se ne trovano accenni negli Statuti dell'arte di Calimala (dal nome della via, *Callis malus*, ove i raffinatori di panni avevano le loro officine). Nei libri di Francesco Del Bene e Compagni, mercanti fiorentini, si trovano menzionati il rischio, la sicurezza, il prezzo del rischio; non solo il rischio per mare, ma anche quello per terra ed il rischio del denaro; menzioni che si trovano anche in altri contratti fiorentini.

A semplice titolo di curiosità storica, può riferirsi che è italiano anche il primo esempio di intervento governativo in materia assicurativa; questo si ebbe infatti nel 1225 a Venezia, ove taluno stipulava contratti di assicurazione marittima fino a mille lire: essendo avvenuto un infortunio, il governo obbligò l'assicuratore al pagamento.

In quanto ai rischi coperti dalle prime polizze, si ricorda che la polizza fiorentina copriva il rischio « di Dio, di mare, di fuoco, di genti, di gitto di mare, di ritenimento di Signori o di Comuni o di alcun'altra persona, o di rappresaglia o di arresto o di ogni altro caso, pericolo, fortuna, impedimento o caso di sinistro che per verun modo ne potesse intervenire o fusse intervenuto e fussono fatti i casi come si volessono o di che condizione, salvo di stiva o di dogana ».

In quanto alla frequenza con cui si stipulavano i contratti di assicurazione, mancano purtroppo notizie che bastino a darcene una idea anche sommaria. Sappiamo solo che in circa 25 giorni, ossia dal 21 di agosto al 15 settembre 1393, si trovano stipulati in Genova da un solo notaio oltre 80 contratti; il che dovrebbe farci concludere che l'uso era molto diffuso tanto più se si pone mente alla data di quasi mezzo secolo anteriore alle famose Ordinanze di Barcellona, per tanto tempo creduta la prima culla dell'assicurazione marittima!

*I primordi dell'assicurazione sulla vita.* L'assicurazione sulla vita, invece, si cercherebbe invano nel Medio Evo se si volesse riscontrarvi il concetto moderno di assicurazione; si trova invece frequentissima sotto forma di scommesse, tanto che dovettero intervenire le leggi a frenarle.

Scommesse e speculazioni hanno accompagnato i primordi dell'assicurazione sulla vita, la quale, lungi dal rappresentare un indice di elevazione morale e di sana previdenza come è certamente oggi, fu allora occasione e stimolo ai più turpi mercati.

Ecco ad esempio quanto riferisce il Bensa: « Disponeva lo Statuto genovese che, ove alcuno fosse imputato di avere avuto commercio con una schiava altrui, per cui questa rimanesse ingravidata, dovesse considerarsi piena prova di esserne desso l'autore, il giuramento della schiava stessa e quello del padrone o padrona di essa, se persona di buona fama, concorrendovi inoltre qualche altro indizio. E data siffatta prova, il colpevole era tenuto ad una grave ammenda, che raddoppiavasi nel caso di morte della schiava. Evidente era la gravità del pericolo che correva l'imputato per l'eccessiva larghezza delle prove, sia per l'evento di dover pagare in doppia misura la penalità, ove la schiava per causa o per occasione del parto,

venisse a soccombere. In questa occasione, trattandosi di reato che, secondo le idee dei tempi, non era una offesa alla persona ma alla proprietà, non tardano i padroni delle schiave a mettersi d'accordo con gli imputati ricevendo da essi una somma con la quale mentre li assolvevano dalla pena minacciata pel fatto li garantivano dal pericolo a cui andavano soggetti pel caso di morte della schiava. Questa forma di contratto assunse ben presto sembianze dell'assicurazione e continuò a stipularsi in forma di assicurazione per tutto il secolo 15<sup>o</sup> ed oltre ».

L'assicurazione contro i rischi dipendenti dal parto non fu solo praticata per le schiave ; tuttavia all'infuori di questi casi, fu pochissimo usata.

Soprattutto dai contratti di assicurazione sulla vita delle schiave appare che nei primordi l'assicurazione sulla vita ebbe carattere d'indennità ; infatti la morte di una schiava era considerata come diminuzione del patrimonio del suo padrone. Eguale concetto, del resto, era seguito ancora, qualche secolo dopo, a proposito del trasporto per mare degli schiavi negri.

Da questa forma di assicurazione si passò ad altre analoghe. Troviamo infatti una assicurazione stipulata da un marito sulla vita della moglie incinta ; un'altra contratta da tal Bornele, per un anno, sulla vita di certa Andriolina che egli aveva rapito ; un'altra, conclusa pure per un anno, da Opizzino Gentile sulla vita di Paolo Dall'Orto, il quale probabilmente era un debitore del Gentile e doveva dentro l'anno pagare il suo debito, onde, pel caso morisse prima, il Gentile stipulava un'assicurazione destinata a garantirlo della morte prematura del suo debitore.

Tutti questi contratti, stipulati tra il 1427 e il 1430, ed uno nel 1467, sono redatti nella solita forma di compra e vendita sotto condizione risolutiva.

In alcuni contratti riportati dal Bensa noteremo una clausola che ha una certa importanza, perchè si riferisce ad un concetto accolto anche nei tempi moderni.

È espressamente dichiarato che la persona la cui vita è assicurata *possit et ei liceat ire, morari, navigare et se transferre, seu transferre facere, et tam per mare quam per terram et aquam, ubicumque, quocumque, et ad quascumque mundi partes et loca voluerit, quomodocumque et qualitercumque, ac toties quoties contingerit et voluerit et prout et sicut sibi videbitur et placuerit.*

Tale clausola si riferisce all'aggravamento del rischio che l'assicuratore avrebbe potuto eccepire come causa di nullità, particolarmente in quei tempi in cui il viaggiare era sommarmente pericoloso. Con quel patto l'assicuratore rinunciava a questa eccezione.

In altra polizza è detto: *Et possit D. R. Eques Fernandus* (la persona la cui vita è assicurata) *toto dicto tempore durante, stare, ire et morari, antecedere et retrocedere in quavis mundi parte, tam via terrestri, quam maritima ad ejus libitum, nullum generando prejudicium praesenti securitati* ».

Nella medesima polizza gli assicuratori si obbligano al pagamento nel caso di morte *tam naturali, quam accidentali*. Non si dice nulla del caso di suicidio, forse perchè raro in quei tempi.

Singolare forma di assicurazione dovette essere anche quella di cui ci rimane memoria perchè diede luogo in Genova ad una legge della quale ci pervenne però solo il titolo: *De assicuratione super peste*. Secondo il Bonolis forse questa legge era dettata allo scopo con cui più tardi fu stabilito nello Statuto del 1588, che non si dovessero fare assicurazioni *de futura vel non futura peste*. La legge sconosciuta dovette essere un'aggiunta alla legislazione esistente, un divieto reso necessario dal diffondersi di simili scommesse in occasione di qualche epidemia, e venne fusa poi, con altre regole, nello Statuto in cui vennero riassunti tutti i principî legislativi sanzionati per legge in diversi tempi.

L'assicurazione sulla vita del debitore a beneficio del creditore — che abbiamo già visto essere usata nella pratica — dovette, col tempo, sembrare quasi l'unica forma legittima di assicurazione sulla vita.

Tanto è vero che nella *Terminazione Veneta* del 1771 (art.IX) si parla di tale assicurazione solo come di quella che serviva di garanzia di un rischio reale, l'assicurazione dei

crediti sulla vita delle persone; e si stabilisce che le polizze relative debbano essere estese in un foglio col pubblico bollo « esprimendosi in esse le particolarità e condizioni che si rendono necessarie per cautare sufficientemente l'assicuratore, e ciò innanzi che segua il primo tocco firmar dovendo il mezzano di propria mano la estesa a tergo della polizza medesima ».

Nel *Codice per la Veneta Mercantile Marina* del 1786, all'art. 6, è parola delle polizze di assicurazione sulla vita a cui la *Terminazione* accennava soltanto, e si prescrive che debbano essere su foglio bianco, col pubblico bollo e debbano servire unicamente per la sicurtà sulla vita.

Alcuni richiedono, nelle stipulazioni sulla vita di un terzo, il consenso di questo (STRACCHA, *De Sponsionibus*, Quarta pars, n. 8); cautela che avendo lo scopo di evitare delitti è stata ripetuta anche in legislazioni recenti.

Infine il Baldasseroni dice: « Per quanto sia vero che la vita degli uomini non possa nè debba essere un oggetto di commercio, essendo odioso alla umanità che la morte di un cittadino debba formare oggetto di speculazione mercantile, e che la vita di un uomo libero non ha prezzo che possa formare soggetto di contratto, tuttavolta a Napoli, a Venezia, a Livorno, in Inghilterra ed in molti altri luoghi è permesso di fare delle sicurtà sopra la vita delle persone relativamente all'interesse che si può avere sulla più lunga conservazione delle medesime, dalla mancanza delle quali derivi un positivo danno a quello che si fa assicurare. Gli autori peraltro per conservare la dignità della persona dell'Uomo, e conciliare di porre in sicuro l'interesse hanno concluso che questa debbe chiamarsi assicurazione impropria, e vera scommessa da non doversi con troppa facilità usare, nè permettere, perchè ella è sicuramente di tristo augurio, e può sollecitare i cattivi a commettere delitti, onde si reputa contraria ai buoni costumi ed all'onestà pubblica ».

Un esempio importante è riportato dallo Scaccia (*Tractatus de sponsione et ludo*): un padre che ha due o tre figli impuberi, oltre al primogenito, dà al Comune o alla città 200 o 300 fiorini col patto che se i figli muoiono entro sette anni il Comune o la Città guadagna quella somma; se invece i figli vivono oltre quel termine, il Comune o la Città dovrà rendere il 112 per 100. Questa specie di contratto si usava in Germania ed in Inghilterra. È facile che anche fra noi formasse una delle tante forme di stipulazione che andavano col nome di scommesse; ma quel patto costituisce un atto di previdenza mediante il quale l'individuo si prepara il denaro di cui un giorno può aver bisogno. È il concetto che informa l'assicurazione moderna. Forme rudimentali, ben lontane dalla perfezione delle imprese presenti; ma tuttavia il principio c'è.

Nei primi quattro secoli in cui l'assicurazione cominciò ad essere applicata su scala sempre più vasta, assicuratori erano individui singoli e raramente piccoli gruppi di pochi capitalisti che si facevano rappresentare dai *sensali*.

Ma i capitali dei singoli, per quanto ve ne siano di cospicui, non bastano più alla bisogna: il mercato delle assicurazioni si estende e la pratica della copertura dei rischi sta diventando comune. Sorgono così le *società*, dapprima timidamente sotto la forma di società personali, mediante la messa in comune dei capitali dei singoli soci e poi mediante la costituzione delle prime *società anonime per azioni*, prodotto tipico della nascente era capitalistica.

*La prima società di assicurazioni.* — Il più antico esempio di cui si ha notizia, in materia di assicurazioni, è quello dei fratelli Scipioni che in Genova il 16 agosto 1424, contraggono società con certo Giuliano Dondi, affinché le assicurazioni, *in quacumque meneira quae dici vel excogitari possit, tam in mari quam in terra*, che il detto Dondi stipulerà, s'intendono stipulate per conto di tutti e tre e che tutti e tre ne godano i comuni vantaggi.

È ormai storicamente accertato che le assicurazioni hanno avuto la loro culla in Italia, e che i mercanti italiani, specialmente genovesi e fiorentini, trasferitisi per motivi dei loro traffici in Olanda e in Gran Bretagna, diffusero colà per primi la pratica delle assicurazioni.

Ma l'affermarsi del capitalismo coincise con la deviazione delle correnti di traffico a mo-

tivo delle grandi scoperte geografiche della fine del sec. XV e quindi con la decadenza del Mediterraneo e dei già fiorentissimi porti italiani. Era quindi più che naturale che anche la iniziativa delle assicurazioni passasse nella mani di quei popoli che avevano saputo volgere a proprio profitto le altrui prime scoperte.

*Le basi scientifiche dell'assicurazione vita.* — Ecco perchè se italiana fu l'idea dell'assicurazione, delle sue prime applicazioni in tutti i rami, e italiane le prime leggi relative, stranieri furono invece gli studi che diedero all'assicurazione una base scientifica, e straniere furono le più antiche e più potenti società, mutue ed anonime, che diffusero nel più vasto mondo conosciuto la quotidiana pratica delle assicurazioni, con un movimento così imponente di capitali quale prima non era stato possibile nemmeno pensare.

Provvidero dapprima gli studi matematici a preparare quel terreno su cui l'assicurazione, e specialmente quella sulla vita, poté poi innalzare il suo solido edificio.

L'assicurazione sulla vita sarebbe ancora rimasta per molto tempo allo stato primitivo se il calcolo della probabilità, creato nel 1662 per opera di Pascal e di Fermat, e la tavola di mortalità, costruita con metodo scientifico nel 1693 dall'astronomo Halley, non avessero offerto gli elementi fondamentali del suo congegno tecnico.

Il primo abbozzo di tavola di mortalità, in base ai registri mortuari che in Inghilterra le parrocchie tenevano dopo il 1603, si deve a John Graunt (1662) ed a Petty (1662). Quest'ultimo pubblicò un saggio *Duplicate Proportion*, in cui si propose di studiare il rapporto che intercede tra la radice quadrata dell'età e la probabilità di raggiungere 70 anni.

L'arbitrio, dice il Levi, cedeva alla regola del calcolo che s'addentrava dove prima pareva che ogni sforzo di mente umana avrebbe naufragato col vano proposito di penetrare i misteri del destino.

Altro ostacolo da superare era quello della Chiesa che, proibendo di ritrarre interessi dai capitali, impediva che questi si associassero e moltiplicassero la loro forza.

Ricordiamo, a questo proposito, che i mercanti di Calimala, già più sopra menzionati, facevano scrivere sui loro libri ogni somma ricavata per ritardato pagamento, come un dono volontario del debitore. Però ogni anno essi facevano celebrare una messa per il perdono delle usure, la quale diventava una specie di cerimonia espiatoria e di assoluzione della Chiesa. Così tranquillavano la loro coscienza e incassavano denari!

Non deve essere quindi per semplice coincidenza che proprio in Olanda, nazione protestante dove la Riforma aveva gettato profonde radici, si vide sorgere la prima società per azioni: la famosa Compagnia Olandese delle Indie Orientali che data dal 1602.

Fu il segnale, dice lo Chaufton, di una rivoluzione ardentemente attesa, inevitabile è nello stesso tempo così necessaria per il domani degli interessi materiali.

Infatti tale forma di associazione si diffuse rapidamente e fu applicata, in principio con incerta alterna sorte, anche alle assicurazioni.

*Le prime compagnie estere.* — La prima compagnia olandese di assicurazioni fu fondata nel 1629, e la prima compagnia francese fu fondata nel 1668.

A titolo di curiosità storica, possiamo rammentare che in Inghilterra il primo contratto di assicurazione sulla vita fu stipulato nel 1583 a Londra sulla testa di certo William Gibbons, per garantire il pagamento di una somma se la morte dell'assicurato fosse avvenuta entro un anno. Il sinistro accadde e dette luogo a contestazione ed a giudizio in Tribunale. Ma la prima Compagnia di assicurazione sulla vita, *The Amicable*, si fondava solo nel 1705; come altre istituzioni sorte negli ultimi anni del Seicento, nemmeno l'*Amicable* seppe trarre alcun partito dalle scoperte di Pascal e dai lavori di Halley.

L'unica che fosse costituita su basi scientifiche fu l'*Equitable Society for the assurance of life and survivorships*, sorta quasi 50 anni dopo, nel 1762. Essa aveva potuto servirsi dei lavori di Halley, Simpson e Dodson. Poi era venuto il Dott. Price con la sua famosa tavola di Northampton (1780).

Nel 1816 esistevano in Inghilterra ben 15 compagnie di assicurazione, di cui quattro mutue.

In Francia l'assicurazione sulla vita tardò a svilupparsi perchè fu dapprima proibita dai legislatori che, preoccupati dei danni che poteva presentare un contratto avente per base la durata della vita umana, vi vedevano una operazione immorale e contraria alla dignità dell'uomo. Anche la Rivoluzione si mostrò contraria e liquidò le compagnie che intanto si erano costituite. Ebbero invece diffusione in Francia, e per l'idea assicurativa in complesso non fu un bene, le associazioni tontinarie, dal nome dell'ideatore, il banchiere italiano Lorenzo Tonti. Ma di questo tipo di assicurazione avremo occasione di parlare fra breve quando accenneremo alla Cassa Pensioni di Torino.

In Francia è solamente nel 1859 che cominciano gli sviluppi dell'assicurazione vita propriamente detta. Cosa curiosa: ci fu bisogno di un grande delitto, per richiamare su questa istituzione l'attenzione del pubblico. Un medico, il dott. La Pommerais, aveva fatto contrarre a suo favore otto assicurazioni sulla vita, rappresentanti una somma di 550.000 franchi, ad una delle sue clienti, dopo di che l'avvelenò. La cosa attrasse l'attenzione del pubblico e l'assicurazione sulla vita fu lanciata.

La prima compagnia tedesca di assicurazioni sulla vita fu fondata da Benecke, il celebre assicuratore di Amburgo, nel 1806.

Negli Stati Uniti la prima compagnia autorizzata a lavorare nel ramo vita raccolse i primi contratti nel 1813.

*L'assicuraz. vita in Italia.* — E veniamo finalmente a parlare dello sviluppo delle assicurazioni sulla vita in Italia.

Abbiamo dimostrato la priorità dell'Italia in fatto di assicurazione. Dobbiamo anche dire, ora, che se le assicurazioni decaddero o rimasero stazionarie in Italia, mentre altrove ebbero tanto rapido incremento, ciò non fu dovuto ad una nostra pretesa inferiorità intellettuale o culturale, ma soltanto alla nostra manifesta inferiorità economica, alla nostra « miseria egualmente distribuita » come diceva ad altro proposito Ruggero Bonghi parlando del disagio italiano.

Se l'assicurazione è la compensazione delle perdite, bisogna, per potersi assicurare, avere qualche cosa da perdere e, per di più, essere in grado di apportare qualche cosa alla cassa comune; e quando questo qualche cosa non si ha, non si accede all'assicurazione.

Ecco perchè in Italia le assicurazioni non hanno fatto, per tanto tempo, alcun progresso ed ecco perchè, in seguito, i primi passi sono stati mossi ed i primi successi sono stati colti dove la miseria era minore, dove l'effervescenza degli affari era maggiore e dove la circolazione del denaro era più rapida.

Se l'assicurazione era negletta, altrettanto ed anche più lo era la statistica, sicchè riesce impossibile (e non lo dichiariamo noi per i primi!) dare, a mezzo di cifre, una sicura notizia della diffusione delle assicurazioni in Italia prima dell'unità.

La storia delle assicurazioni si riduce, per questo periodo, alla storia di quelle poche, vecchie compagnie che, essendo ancora in vita, non hanno lasciato disperdere i dati relativi ai loro primi bilanci annuali.

La prima compagnia di assicurazioni sorta in Italia per esercitare il ramo vita è stata la *Compagnia di Assicurazioni Milano*, fondata a Milano nel 1825 in seguito all'ordinanza 4 settembre 1819 dell'Imperatore d'Austria che dichiarava la propria intenzione di dotare i suoi Stati di società assicurative private.

A Napoli nel 1826 sorge la *Società di Assicurazioni diverse*, con lo scopo di esercitare il ramo vita a premio fisso.

A Trieste, nel 1831 si fondano le *Assicurazioni Generali* con due milioni di fiorini di capitale, cifra ingente per quell'epoca.

Intanto il ramo vita aveva già fatto molta strada in Europa: oltre 30 compagnie esistevano infatti, nel 1831, in Inghilterra, 5 in Germania, otto o nove in Olanda e 3 in Francia.

Invece il pubblico rimase ancora a lungo, in Italia, diffidente o indifferente. Si pensi che dal 1° luglio al 30 settembre 1836, in tre mesi, le *Assicurazioni Generali* raccolsero nella penisola 16 soli contratti per un capitale assicurato di complessivi fiorini 86.770.

Nel 1838 negli Stati Pontifici era stata creata la *Privilegiata Compagnia Pontificia delle Assicurazioni*, che tentò fra l'altro d'introdurre l'assicurazione sulla vita.

A titolo di curiosità, riproduciamo una pagina di un opuscolo pubblicato da questa Compagnia nel 1838.

« La *Privilegiata Società Pontificia delle Assicurazioni* recentemente stabilita nei nostri Stati, assicurando per ora dagli incendi le possessioni, e la vita nella sua naturale incertezza, intraprenderà fra non poco e garantire le merci viaggianti per terra e nei canali interni; ed a ristorare i danni di quei vigneti, e quei campi, che furono flagellati da le tempeste, e da grandini; e siccome la intrapresa dell'assicurare la vita, è una specie di novità tutta insolita ai nostri Stati, così abbiamo stimato opportuno di pubblicare una breve, ma chiarissima spiegazione che dando un'idea di come si contrattano in tale caso, ne metta al giorno ciascun lettore.

« Le assicurazioni della vita degli uomini, che nelle tariffe annesse al regolamento organico della *Privilegiata Società di assicurazioni* si distinguono in due classi soltanto, qui per una maggior chiarezza del loro sistema e perchè viemmeglio restino sviluppate ed accennate si dividono in tre serie.

« La prima riguarda il conseguimento di somme convenute di cui l'assicurato a suo piacere può disporre in morte.

« La seconda serie contempla i casi nei quali l'assicurato riscuote esso stesso dopo un determinato periodo di tempo vivendo, li capitali egualmente convenuti.

« La terza è una norma a tutti quelli che contrattano con la Società una rendita vitalizia sotto diverse modificazioni ».

Seguivano varie tabelle con chiari esempi che non sono privi di interesse. Vi si rileva, per esempio, che la Società accettava contratti in forma mista anche sulla testa di minorenni, il che non è praticato, in genere, dalle Compagnie moderne, se non con qualche cautela. Così un bambino di nove anni poteva essere assicurato per 1476 scellini, che egli poteva riscuotere all'età di venti anni, mediante il pagamento di scellini 113,25 all'anno. « Ma se il Cielo ne senta voglia e chiamato a sé il fanciullo immaturo lo tolga al padre per sempre, questi riceverà il premio di scellini 1476 all'istante ».

Non sappiamo se la Società Pontificia accettasse contratti anche su teste inferiori a nove anni. In questo caso si vede che ignorava l'alta percentuale di mortalità infantile (e allora doveva essere altissima!), tanto più che non può dirsi che si cautelasse mantenendo elevato il premio: infatti, mentre la Società Pontificia chiedeva scellini 113,25 all'anno al massimo per undici anni per assicurare un capitale di scellini 1476 in forma mista, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che ha le tariffe più basse d'Italia, nel 1935 chiede ad un ventenne, che ha già superato i rischi della mortalità infantile, lire 124,20 all'anno per assicurargli 1476 lire dopo undici anni.

Abbiamo voluto soffermarci un istante su questo esempio per dimostrare come la Società Pontificia non avesse basato le proprie tariffe su basi troppo sicure. Ad ogni modo, fu forse la sua mancata diffusione... che le permise di tirare avanti stentatamente raccogliendo pochissimi affari nei centri maggiori degli Stati pontifici, finchè, ignorata, scomparve.

Pure nel 1838, ma su ben altre basi tecniche, sorgeva a Trieste la *Riunione Adriatica di Sicurtà*.

Abbiamo detto non essere possibile dare dati numerici dello stato delle assicurazioni in Italia all'epoca dell'unità. Ci piace, a questo proposito, ricordare come anche Napoleone Colajanni che, tra i primi, riteniamo, aveva tentato ricerche sulla entità delle assicurazioni sulla vita considerandole giustamente fra gli investimenti di risparmio di cui si dovesse tener conto per il calcolo della ricchezza nazionale, non riuscì ad ottenere, da fonti ufficiali, che cifre scarse e approssimate fino al 1880!

Per l'anno 1860, i capitali assicurati sono indicati in cifra tonda in soli *due milioni*. Per l'anno 1871, i capitali assicurati sono calcolati in sedici milioni, e per il 1880 in 36 milioni. Le prime cifre non arrotondate si riferiscono al 1888 e danno: capitali assicurati lire 348.817.124, e rendite assicurate lire 1.286.632.

La *Reale* di Milano raccolse dal 1862 al 1878 contratti per poco meno di 36 milioni di capitale assicurato. Può essere interessante, giacchè ci è dato di poterlo fare, l'osservare come erano distribuiti i capitali assicurati secondo la forma di assicurazione. Contratti a Vita Intera, per circa 16 milioni e mezzo; in forme miste, meno di 15 milioni; termine fisso, 2 milioni e 100 mila; temporanee, 2 milioni e 247 mila; di sopravvivenza, 32 mila lire. Si rileva come la forma di assicurazione a Vita Intera (per cui il capitale è pagabile soltanto alla morte dell'assicurato), che fu la forma quasi esclusivamente usata ai primordi dell'assicurazione specie in Inghilterra, raccolga ormai meno della metà dei capitali assicurati, mentre le forme miste (pagamento subito alla morte, o a scadenza in caso di vita), che poi saranno quasi unanimemente adottate dagli assicurati, già le seguono da vicino. Si noti, di passaggio, che la forma a Vita Intera è l'assicurazione che in maggior grado riveste i caratteri della previdenza, poichè la sua stipulazione prescinde da ogni idea di personale vantaggio, in quanto il capitale non sarà mai riscosso dall'assicurato. Mentre le forme miste associano ed armonizzano, in maniera sin qui non superata, la previdenza altruistica e il risparmio egoistico.

Dei 36 milioni di assicurazioni sottoscritte dalla *Reale* di Milano, erano però in vigore al 31 dicembre 1878 soltanto 16 milioni e 609 mila per il fenomeno degli abbandoni, dei riscatti e delle riduzioni, che affliggerà poi sempre, e in misura maggiore durante i periodi di crisi, tutte le compagnie di assicurazione.

Nello stesso periodo (dal 1862 al 1878) le assicurazioni mutue raccoglievano contratti per dotazioni per circa 30 milioni, di cui rimanevano in vigore nel 1878 solo 17 milioni di lire.

La *Reale* nel suo rendiconto annuale constatava il limitato successo delle assicurazioni sulla vita e lo attribuiva ai risultati prima brillanti delle tontine e all'ignoranza del pubblico che capiva più facilmente i contratti di dotazione e che era allettato dall'interesse elevato dei fondi impiegati.

Soltanto nel 1880 entrava in lizza una compagnia nuova, fornita di capitali, ottimamente amministrata e diretta, che contribuiva potentemente a sviluppare le assicurazioni sulla vita, la *Fondiarìa* di Firenze, la quale partecipava alla raccolta di contratti nella misura seguente: nel 1880, oltre 3 milioni; nel 1881, oltre 11 milioni; nel 1882, oltre 10 milioni; nel 1883, oltre 9 milioni; nel 1884, oltre 10 milioni. Intanto, pure nel 1884, la *Reale* di Milano raccoglieva contratti per oltre 6 milioni di capitali assicurati e le *Generali* per oltre 11 milioni e 600 mila lire.

Nel 1886 esercitavano il ramo vita in Italia 5 società nazionali: la *Previdente* e la *Società di assicurazioni diverse* di Napoli che non comunicarono al Ministero i dati loro richiesti; e poi le tre società: la *Reale* di Torino, la *Compagnia di Assicurazioni Milano*, la *Fondiarìa vita* di Firenze, con un capitale nominale di 40 milioni di lire e versato di lire 14 milioni e 155.800. Le cinque società nazionali operanti nel ramo Vita erano: 4 anonime, una mutua; le società estere erano 13, così distinte: 2 mutue americane: 11 anonime: 5 francesi, 1 svizzera, 4 austro-ungariche, 1 inglese.

Tra le compagnie italiane, la *Compagnia di assicurazioni Milano*, la *Reale* di Torino, la *Fondiarìa* di Firenze, furono costituite e iniziarono le loro operazioni vita prima del 1880; le altre società nazionali furono costituite ed iniziarono le loro operazioni vita nel decennio 1890-99.

Delle società estere, dieci cominciarono il ramo vita prima del 1880, 5 dal 1880 al 1890, 6 dal 1890 al 1900, e 5 dal 1900 in poi.

Alle società ordinarie di assicurazione vita bisognerà aggiungere le associazioni tontinarie regolate dalla legge 26 gennaio 1902, n. 9.

Lo Spoto, sulla base del censimento della popolazione del 1881 calcolava, esclusi i bambini sino a 8 anni, quanti erano gli uomini e le donne dedite all'agricoltura, ai commerci e alle industrie per concludere con questa curiosa affermazione: « Siccome le classi agricola ed industriale non possono fornire una larga clientela alle Compagnie vita, fornendone abbastanza alle compagnie contro gli incendi, i danni, la grandine, il fulmine, resta solo alla classe media il compito di sviluppare e favorire le assicurazioni sulla vita ».

Tale affermazione doveva poi essere smentita dai fatti, perchè tanto gli agricoltori quanto gli industriali partecipano oggi all'assicurazione sulla vita; questi ultimi in particolare vi contribuiscono con somme ingenti che sono aumentate in tempo di crisi.

Al 31 dicembre 1888 operavano in Italia 5 società nazionali e 15 estere con 37.399 polizze, 349 milioni di capitali assicurati ed 1.369.000 lire di rendite assicurate.

Le società nazionali avevano in vigore 14.265 polizze per 123 milioni e mezzo, le società estere 23.034 polizze per circa 225 milioni e 232 mila lire di capitali assicurati.

Dieci anni dopo, nel 1898, le polizze in vigore presso le società nazionali erano salite a circa 41 mila per 241 milioni assicurati, e quelle in vigore presso le società estere erano 51 mila per oltre 450 milioni.

Negli anni successivi, si ebbe a registrare un aumento progressivo e regolare, sebbene assai lento, tanto nel numero dei contratti, quanto nei capitali assicurati, finchè, nel 1912, questi ammontavano a un miliardo e 800 milioni circa. La proporzione quasi costante fra lavoro delle compagnie nazionali ed estere fu, in quanto ai capitali assicurati, di  $\frac{2}{5}$  e  $\frac{3}{5}$ , con tendenza a un lieve aumento da parte delle compagnie italiane.

Complessivamente, le polizze in vigore nel 1912 erano circa 290.000. Il valore medio per polizza ammontava a lire 4.345 per le compagnie nazionali e a lire 8.965 per quelle estere.

Calcolando che ogni polizza corrisponda ad una testa assicurata (il che non è in realtà, perchè vi è una percentuale imprecisabile di assicurati che ha due o più polizze), si rileva che nel 1912 si avevano su *mille abitanti* solo 8,4 assicurati.

*La Cassa Pensioni di Torino.* — Una rassegna, sia pure sommaria, delle assicurazioni sulla vita in Italia non può dimenticare la *Cassa Pensioni* di Torino, una associazione di cui fu detto a suo tempo tutto il male possibile, ma che tuttavia non mancò di qualche merito, riconosciuto anche in relazioni ufficiali.

Questa Cassa fu fondata a Torino nel 1893. Il suo fondatore Giovanni Diatto aveva avuto occasione di vedere da vicino in Francia una grande associazione operaia a carattere mutualistico, *Les Prévoyants de l'Avenir*, creata da un operaio tipografo, certo Chatelus. Il programma dello Chatelus non era modesto, perchè egli nelle sue conferenze e nei suoi scritti proclamava che mediante i *Prévoyants* si sarebbe eliminata la miseria universale! Caratteristica dello Chatelus era un sovrano disprezzo per gli attuari, da lui considerati come i peggiori nemici della previdenza popolare. « Soprattutto — egli diceva — amici miei, guardatevi dagli attuari e dalle loro formule; se costoro riusciranno a penetrare fra noi, ci porteranno alla rovina! » Gli attuari, ripagandolo di eguale moneta, non faticarono a dimostrare che il degno tipografo navigava nel regno della perfetta utopia.

Gli associati ai *Prévoyants* dovevano pagare una lira al mese per venti anni. Se fossero venuti a morte prima del ventennio, tutte le quote da essi versate sarebbero rimaste a beneficio della società; se fossero sopravvissuti dopo il ventennio, avrebbero percepito una pensione annua di lire 360. Questa pensione doveva essere corrisposta col pagamento dei frutti del capitale sociale; ma il capitale doveva rimanere intatto. A chi obiettava che i frutti delle piccole quote non sarebbero stati sufficienti per liquidare pensioni di 360 lire, Chatelus rispondeva che era possibilissimo, purchè la società si fosse sviluppata rapidamente. Siccome poi il capitale rimaneva indiviso ed era continuamente accresciuto dalle nuove quote, dopo un periodo sufficiente di tempo esso avrebbe raggiunto importi così ingenti da permettere, non solo il pagamento delle pensioni, ma pure la distribuzione di sussidi per la disoccupazione, le malattie, ecc. Tutto si riduceva quindi, per lo Chatelus, ad una questione di propaganda.

E il Diatto, facendo suoi tali concetti, fondò la Cassa di Torino, la quale non imponeva nei suoi primi statuti un limite massimo alla pensione, cosicchè queste avrebbero potuto essere, per qualche anno, elevatissime. Si calcolò infatti, quando il forte sviluppo dell'ente fu manifesto, che essa avrebbe raggiunto nel primo anno di ripartizione (che avrebbe dovuto essere il 1914) più di 5.000 lire. Successivamente il massimo di pensione fu stabilito in lire duemila e più tardi ancora in duecento.

La Cassa aveva pure introdotto nel suo statuto quelle disposizioni di carattere sociale che furono poi adottate da tutte le imprese di assicurazioni popolari (sospensione del pagamento delle quote da parte dei soci disoccupati, soggetti a servizio militare, orfani, ecc.). Le quote di assicurazione potevano essere parecchie, fino a un massimo di dieci; ciascuna di una lira mensile, più 5 centesimi per le spese di amministrazione.

Le basi tecniche della Cassa Pensioni furono studiate dal matematico Prof. Peano, il quale più che critico ne fu apologista. Il Peano infatti dimostrò che con certe riforme nel suo ordinamento la Cassa avrebbe potuto mantenere i suoi impegni in modo soddisfacente, e cioè senza determinare sperequazioni troppo grandi fra le diverse categorie di soci iscritti successivamente.

Accedettero alla Cassa anche Società, Leghe operaie, che ritenevano poter formare fondi di resistenza con le pensioni percepite dagli associati. Queste iscrizioni operaie però furono una delle non ultime cause dello scioglimento della Cassa per la rivalità che ne nacque fra essa e la Cassa Nazionale di Previdenza. Fu specialmente in seguito alle lagnanze di questa che il Ministero competente impose alla Cassa di ridurre il massimo della sua pensione a lire cento. Tale riforma suscitò le proteste dei soci più anziani i quali avrebbero potuto per diversi anni riscuotere le pensioni di lire duecento, garantite dal forte incremento che la Cassa aveva avuto. Le polemiche raggiunsero un tono così aspro che il Governo ritenne di dovere nuovamente intervenire e mandò alla Cassa, nell'aprile 1910, un Commissario Regio. Questi vi rimase finché la legge 4 aprile 1912 sul monopolio delle assicurazioni sulla vita la sciolse, vietando per l'avvenire le imprese « tontinarie ».

Il numero dei soci iscritti alla Cassa Pensioni aveva raggiunto l'imponente cifra di 348.178.

*Il monopolio delle assicurazioni vita* — La legge 4 aprile 1912 stabiliva il monopolio delle assicurazioni sulla vita in Italia a favore dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni appositamente costituito, con personalità giuridica e gestione autonoma, sotto la vigilanza del Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio.

Le Compagnie private che già esercitavano il ramo vita erano autorizzate a continuare le loro operazioni per non oltre dieci anni alle seguenti condizioni:

a) cessione all'Istituto del 40 % di ciascun rischio assicurato dopo l'entrata in vigore della legge;

b) obbligo di impiegare in titoli del debito pubblico dello Stato o garantiti dallo Stato vincolati presso la Cassa DD. e PP. della metà dei premi riscossi in corrispondenza dei rischi assunti ed i frutti ottenuti dai titoli stessi;

c) deposito presso il Min. Agricolt. Ind. e Comm. delle tariffe dei premi che ciascuna Compagnia intendesse richiedere per le singole forme di assicurazione per averne l'approvazione.

Nove compagnie, italiane e straniere, chiesero di continuare la raccolta di affari in regime di monopolio e furono autorizzate ad operare ancora per un decennio, 25 compagnie, di cui 10 nazionali e 15 estere, cedettero invece il portafoglio.

Il 31 marzo 1923 scadeva il decennio concesso alle compagnie private di assicurazioni sulla vita. Nell'imminenza di questa scadenza, specie a Trieste sede di due grandi compagnie di assicurazioni, si accesero polemiche tendenti alla abolizione del monopolio di Stato o alla proroga della concessione.

*L'abolizione del monopolio.* — Infatti fu emanato il decreto 29 aprile 1923, convertito in legge il 17 aprile 1925, i cui cardini sono i seguenti:

1° abolizione del monopolio con ammissione al libero esercizio delle imprese private, nazionali ed estere, che presentino determinati requisiti ed offrano determinate garanzie;

2° conservazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni come organo propulsore della previdenza, ed alto moderatore del mercato assicurativo.

Tutte le imprese nazionali ed estere che esercitano nel regno l'assicurazione sulla durata della vita umana, sono obbligate a cedere all'Istituto Naz. una quota parte di ciascun rischio assunto per le operazioni che costituiscono il portafoglio italiano. La quota predetta

è del 40 % per i rischi assunti nei primi dieci anni dall'autorizzazione all'esercizio nel regno del ramo vita; del 30 % nel secondo decennio, del 20 % nel terzo e del 10 % in seguito. Per le imprese già operanti che non cedettero il portafoglio all'Istituto, il computo dei decenni è stato riportato alla data del 1° aprile 1913.

Questa legge, diceva nel 1925 l'allora direttore della Direzione Generale del Credito e della Previdenza del Ministero dell'Agricoltura, viene ad attuare in modo sistematico il principio che l'industria assicurativa, se deve essere lasciata libera, come in genere ogni attività economica, nelle sue varie esplicazioni, deve nel tempo stesso sottostare ad una vigilanza dello Stato, affinché siano realizzate certe condizioni che costituiscono un minimo di tutela degli assicurati. Ma la legge italiana, oltre il problema generale dell'esercizio assicurativo doveva affrontare quello particolare dell'assicurazione sulla vita e cioè doveva decidere sulla sorte del monopolio stabilito dalla legge del 1912. Si può affermare, concludeva il Calamani, che anche tale questione sia stata brillantemente risolta riammettendo l'industria privata al libero esercizio e mantenendo in vita l'Istituto Nazionale, divenuto per l'importanza del suo patrimonio e della sua azione, fattore di primissimo ordine, non solo nel campo assicurativo, ma nella generale organizzazione finanziaria del paese.

La legge del 1923, com'è naturale, ha incoraggiato la produzione di affari delle compagnie, ma non ha danneggiato l'Istituto Nazionale che può sempre beneficiare della sua posizione di ente privilegiato di Stato, nonchè delle quote di rischio cedute obbligatoriamente dalle Compagnie, sia pure in misura decrescente di decennio in decennio.

*L'incremento delle assicuraz. sulla vita.* — Per dare un'idea dell'incremento delle assicurazioni sulla vita in Italia durante gli ultimi anni, ecco alcune cifre significative.

*Polizze emesse:* nel 1908, 57.500; nel 1918, 503.000 (di cui 499 mila dallo Istituto Nazionale, in gran parte connesse col 5° prestito di guerra; e 4.000 dalle Imprese private); nel 1920, 98 mila (di cui 83 mila dall'Istituto Naz.).

*Contratti in vigore:* nel 1922, n. 542.622; nel 1932, n. 1.064.850, con un incremento del 96 per 100.

*Capitali assicurati:* nel 1922, quattro miliardi e 708 milioni; nel 1932, 15 miliardi e 560 milioni.

*Premi annui incassati dall'Istituto Nazionale:* nel 1922, 190 milioni di lire; nel 1932, 653 milioni.

*Premi annui incassati dalle Compagnie private:* nel 1932, lire 56 milioni e 568 mila; nel 1932, lire 253 milioni.

Mentre nel 1912, ogni abitante aveva contribuito in media all'assicurazione sulla vita con *due lire* all'anno, nel 1932, tale contributo è salito a *lire venti annue*. Anche tenendo largo conto della svalutazione della moneta, possiamo dire che il contributo medio di ogni abitante in Italia per l'assicurazione sulla vita è almeno raddoppiato.

Anche nel numero dei contratti, si è avuto un forte progresso. Infatti, calcolando che a tante polizze corrispondano tanti individui assicurati, il che non è esatto perchè parecchi assicurati hanno due o più polizze, nel 1912 si avevano in Italia su *mille* abitanti soltanto 8,4 assicurati. Nel 1932 si avevano invece, sempre su ogni *mille abitanti*, *venticinque assicurati*, di cui 15 con l'Istituto Nazionale e 10 con le Compagnie private.

Siamo ancora assai lontani dalle *centoventisette polizze ogni cento abitanti* dell'Olanda e dai quasi altrettanti dell'Inghilterra. Tuttavia, il progresso non trascurabile conseguito in questi ultimi anni fa sperare che la più nobile forma di previdenza e di risparmio — l'assicurazione sulla vita — possa allargare sempre più la sua base anche in Italia.

## La pagina del Medico fiduciario

### Danni che potevano essere evitati

La tubercolosi polmonare con il decorso lungo, spesso lunghissimo, è una malattia che si presta in modo speciale alla dissimulazione da parte del malato; il medico deve perciò esaminare sempre scrupolosamente l'apparato respiratorio di ogni assicurando non prestando fede cieca alle asserzioni di sanità completa che vengono troppo spesso dichiarate.

Oggi dobbiamo registrare un altro caso spiacevole del genere.

Il 14 febbraio 1935 è deceduto un nostro assicurato per t.b.c. polmonare, che il 27 marzo 1933 era stato nella visita del nostro fiduciario trovato normale all'apparato respiratorio. È invece risultato che dai primi mesi del 1932 l'assicurando praticava un pneumotorace terapeutico, cura che continuò regolarmente per ben 19 mesi.

Quindi all'atto della visita medica il soggetto dichiarato normale da ben 15 mesi aveva un collasso di un polmone!

Le conclusioni più dolorose possono trarsi da questi metodi di visita... sintetica.

St.

\*  
\*\*

Un commerciante di 59 anni stipulò circa un anno fa un contratto di assicurazione per un discreto capitale. Avendo l'assicurando dichiarato di essere stato sempre in buona salute e avendo il fiduciario riscontrati normali i vari organi e sistemi, il rischio era giudicato normale.

Dopo circa 10 mesi l'assicurato sottoscrisse un altro contratto. Anche per questo si ebbero le medesime dichiarazioni di buona sa-

lute e normale risultò l'esame medico eseguito dal fiduciario.

A distanza di appena 2 mesi dal perfezionamento dell'ultimo contratto è avvenuto il decesso dell'assicurato per paralisi cardiaca post-influenzale.

Dall'indagine eseguita è risultato che fin dal 1931 l'assicurato aveva sofferenze di carattere anginoide, con elevata pressione arteriosa.

Alle duplici visite assicurative invece la pressione era indicata come normale dal fiduciario.

M. C. B.

\*  
\*\*

Nell'aprile 1933 fu stipulato un contratto di assicurazione per un discreto capitale sulla testa di un individuo di 32 anni giudicato perfettamente sano dal medico fiduciario.

L'assicurato decedette nell'Agosto 1934 e dall'inchiesta eseguita risultò che era sofferente di vecchia data di malattia cardiaca e che era stato riformato dal servizio militare per vizio organico di cuore.

F. M.

\*  
\*\*

Nell'aprile 1934 fu sottoposto a visita medica da parte di un nostro fiduciario e riconosciuto sano un individuo di 45 anni che dichiarò di stare in perfetta salute e di non avere avuto mai malattie o sofferenze di sorta.

L'assicurato morì nel gennaio 1935 e dall'inchiesta eseguita è risultato che il soggetto era sofferente da circa 6 anni di insufficienza aortica di origine luetica e che anche prima dell'ingresso in assicurazione aveva avuto fenomeni di scompenso cardiaco.

F. M.

## Dai Libri e dalle Riviste

### Sui fatti e sui provvedimenti più notevoli riguardanti l'igiene e la sanità pubblica nell'anno 1933.

Il Dott. GIUSEPPE BASILE, Direttore Generale della Sanità Pubblica ha di recente pubblicato la

relazione intorno agli atti compiuti dall'Amministrazione della Sanità Pubblica nel 1933. La prima parte della pregevole opera è costituita dalla relazione propriamente detta, nella seconda sono raccolte le disposizioni e circolari illustrative emanate nel 1933 e i dati delle più salienti attività

igienico sanitarie ed assistenziali del nostro Paese.

Il Relatore annunzia anzitutto la compilazione del nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie condotta seguendo la direttiva di conseguire la più razionale classificazione e distribuzione della complessa materia, tenendo conto che, giusta la delega legislativa del Parlamento, occorre: raccogliere la legislazione esistente ed uniformarla all'indirizzo del Regime Fascista; conservare nel T. U. le norme fondamentali, che si presume possano aver valore per lungo periodo di tempo; rinviare ad ulteriore legislazione qualsiasi innovazione legislativa profonda. Segue la descrizione dell'Istituto di Sanità pubblica inaugurato da S. E. il Capo del Governo il XXI aprile dell'anno XII al Viale Regina Margherita in Roma. Esso comprende i seguenti reparti e servizi applicati all'Igiene e Sanità pubblica: laboratorio di micrografia e batteriologia; controllo dei sieri e dei vaccini; laboratorio di chimica; controllo della salubrità delle sostanze alimentari; laboratorio di fisica; ufficio del radio; sezione di meteorologia sanitaria; laboratorio per le indagini sulla malaria; laboratorio di ricerche biologiche; ingegneria sanitaria; indagini ed accertamenti sulla epidemiologia delle malattie in Italia; museo di impianti e servizi igienici; biblioteca.

Interessanti sono i dati relativi al movimento naturale della popolazione: al 31 dicembre 1933-XII la popolazione residente ammontava a 42.692.000 abitanti. Durante questo anno furono celebrati 289.910 matrimoni, segnando un lieve aumento della nuzialità in confronto degli anni precedenti. Tale aumento va posto in rapporto con l'intensa azione di politica demografica intrapresa dal Governo Fascista per mezzo di apposite provvidenze.

Il numero dei nati vivi fu di 995.979 con un indice di natalità di 23,7 per mille, quello dei morti di 574.113: il quoziente di mortalità per mille abitanti risulta perciò abbassato alla cifra di 13,7, che è la più bassa fin qui registrata per il Regno. L'eccedenza dei nati vivi sui morti fu di 421.866 con un incremento naturale della popolazione del 10 per mille abitanti. Considerando nel suo complesso il miglioramento sanitario conseguito nel primo decennio del Regime fascista, si deduce che: la popolazione italiana è aumentata tra i due censimenti 1921 e 1931 di 3.202.694 abitanti, la mortalità è discesa al quoziente medio annuale di 14,5 ma solo nel triennio 1930-33, la mortalità infantile nel primo anno di età è andata riducendosi dalla media annuale di 127,7 a quella di 111,7. Allo scopo di combattere le cause morbose determinanti la elevata mortalità nel primo anno di vita, il Regime ha emanato una serie di provvedimenti che trovano la loro espressione nella legge per la prote-

zione della maternità e dell'infanzia e nelle disposizioni sulla Cassa Nazionale di Maternità e sulla tutela delle operaie durante la gravidanza ed il puerperio.

Le condizioni sanitarie del Regno si sono mantenute durante il 1933 nel complesso soddisfacenti e l'andamento delle malattie infettive non ha dato luogo a manifestazioni epidemiche d'importanza. Non si ebbero casi di tifo esantematico, né di peste bubbonica, né di vaiuolo. Le manifestazioni di morbillo, scarlattina, varicella, meningite cerebro spinale, poliomielite anteriore acuta, difterite non hanno dato motivo di apprensione. Fu intensificata la profilassi della febbre tifoide sia disponendo accurate indagini epidemiologiche, sia per mezzo di provvidenze dirette ad ottenere il risanamento dell'abitato, specialmente le case rurali, a migliorare l'approvvigionamento idrico, a smaltire le acque luride e le immondezze, alla distruzione delle mosche; fu dato inoltre largo sviluppo alle vaccinazioni antitifiche. L'amebiasi e l'anchilostomiasi sono state fatte oggetto di un particolare provvedimento di legge concernente la loro denuncia. Alla lotta contro le malattie cosiddette sociali è stato cercato di dare la maggiore intensificazione possibile. Per quello che riguarda le malattie veneree è stata rivolta opera assidua al miglioramento tecnico dei dispensari gratuiti ed alla istituzione di centri di accertamento diagnostico gratuito. Radicali ed importanti innovazioni nella lotta contro la malaria ha portato la legge 22 giugno 1933, n. 851, la quale si basa sopra una visione totalitaria del problema malarico, e l'affronta in pieno sotto tutti gli aspetti.

La bonifica dell'Agro Pontino ha fatto sorgere in questo vasto territorio un tempo squallido e abbandonato, case rurali e città, espressioni tangibili della tenace volontà redentrice del Fascismo. I dati riguardanti il numero dei casi di malaria e il numero delle morti per questa malattia, provano l'efficacia dei servizi sanitari di assistenza e di profilassi attuati nell'Agro Pontino. Di ragguardevole interesse sono i dati relativi alla lotta contro la tubercolosi, uno degli obiettivi fondamentali della attività del Governo Fascista.

Il numero dei Dispensari da 108 nel 1924, è progressivamente aumentato a 406 nel 1933 con un numero di 760.000 visitati dei quali 60.627 furono riconosciuti affetti da tubercolosi polmonare. Il numero dei posti-letti ha raggiunto la cifra di 37.018 ed il numero dei malati di tbc. polmonare ricoverati durante il 1933 negli Istituti ospedalieri sanatoriali, quella di 86.675. Meritano particolare menzione le iniziative adottate dal Ministero dell'Interno per giungere alla diagnosi precoce della tubercolosi. Né meno importante è stata l'azione spiegata nel campo della prevenzione delle malat-

tie tubercolari per mezzo dei preventori, delle scuole all'aperto, delle colonie climatiche.

Un problema sempre più importante è quello dei tumori maligni: il Relatore ritiene che la elevata e crescente mortalità per cancro ed altri tumori maligni trovi la sua spiegazione in parte nel fatto che in conseguenza delle provvidenze igienico sanitarie adottate, la vita umana si prolunga per un tempo maggiore, cosicchè più frequenti sono i mali che prediligono l'età avanzata, come è il caso dei tumori. La mortalità per cancro e tumori maligni nel 1929 ha registrato nel Regno 26.504 decessi; nel 1930, 28.670; nel 1931, 30.342, con una mortalità rispettivamente di 640, 700, 704, 786, per milione di abitanti; nè i dati riferibili al 1933 indicano una diminuzione nel numero dei morti. La difesa individuale e sociale contro i tumori maligni è basata soltanto sul riconoscimento precoce del male e sul pronto intervento curativo con le risorse della chirurgia e terapia fisica; corrispondono all'uopo gli Istituti speciali per la cura e le ricerche scientifiche ed i centri di accertamento diagnostico e di cura dei tumori. Inoltre la Direzione Generale di Sanità Pubblica ha accresciuto la propria dotazione di radio-elemento, che è oggi di circa cinque grammi.

A questa vasta e complessa opera sanitaria hanno validamente contribuito i Laboratori scientifici centrali della Direzione generale della Sanità Pubblica e quelli Provinciali di Igiene e Profilassi, dei quali il Relatore riassume l'attività. Riferisce in seguito sull'assistenza sanitaria, sulle mutue sanitarie, sulla assistenza infermiera e sulla vigilanza dell'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

Interessanti sono le cifre relative agli aborti: nel 1933 il numero complessivo di aborti denunziati presso le Prefetture del Regno fu di n. 68.440; di essi n. 65.842 spontanei, 1717 imposti dalla scienza n. 150 sospetti e n. 731 procurati e quindi denunziati all'autorità giudiziaria.

Seguono i dati relativi all'igiene del suolo e dell'abitato, all'incremento delle opere igieniche, alla vigilanza sugli alimenti e bevande, al controllo sulle specialità medicinali e sul commercio degli stupefacenti, alle malattie infettive degli animali in rapporto alla salute pubblica ed infine alla disciplina della vivisezione.

La seconda parte del volume contiene, oltre le circolari illustrative emanate nel 1933, notizie e dati sanitari sulle malattie infettive, sulle cause di morte, sui servizi di sanità marittima, una ampia documentazione dei servizi antitubercolari, di quelli per la profilassi delle malattie veneree, del tracoma ed infine i dati dell'attività svolta durante il 1933 dagli istituti e centri per la diagnosi e cura dei tumori maligni.

VICENTINI.

## Mortalità per cause nel 1933.

Il Notiziario Demografico del 10 febbraio 1935-XIII riferisce in una tabella il numero dei morti nel Regno, per le diverse cause della nomenclatura nosologica internazionale abbreviata, nel 1932 e 1933 su di 1.000.000 di abitanti.

La mortalità generale per 1.000 abitanti è nel 1933 discesa di un punto in confronto dei dati del 1932. La mortalità per le seguenti cause è aumentata: morbillo dell'1%, difterite del 4%, cancro ed altri tumori maligni del 6%, diabete mellito del 6%, appendicite del 3%, nefrite del 5%, malattie della pelle, del tessuto cellulare e sottocutaneo, ecc. 14%. Per le altre cause la mortalità risulta diminuita; resta invariata la mortalità per altre malattie dell'apparato circolatorio, tolte quindi le malattie di cuore. Devesi con soddisfazione notare la diminuzione verificatasi nella mortalità per tubercolosi dell'apparato respiratorio e per ogni altra forma di tubercolosi, rispettivamente del 3% e del 10%; tale diminuzione deve porsi in rapporto con l'intensificamento della lotta contro la tubercolosi da parte del Regime.

VICENTINI.

## La durata della vita nella popolazione italiana.

(Prof. LUIGI GALVANI, *Barometro economico italiano*, 1935, n. 3).

L'A. raffrontando i dati delle tavole di mortalità costruite dall'Istituto Centrale di Statistica in base all'ammontare della popolazione censita nel 1881, 1901, 1911, 1921, 1931 e sulla osservazione delle morti rispettivamente nel biennio 1881-82, quadriennio 1899-1902, triennio 1910-1912, bienni 1921-1922 e 1931-1932, studia i vari elementi numerici attraverso i quali si esprime l'intensità della mortalità (sopravvivenza, vita probabile, vita media) in Italia nell'ultimo cinquantennio.

I sopravvivenza, considerando l'età di 40 anni, sono aumentati da 460‰ nel 1881-82, a 660 nel 1921-22 e a 725 nel 1930-1932 con un guadagno di ben 200 vite dal 1881 al 1921 e di altre 65 nel solo decennio 1921-1931, sia per i maschi che per le femmine.

La vita probabile è incessantemente cresciuta sia per i maschi che per le femmine dando luogo nel cinquantennio 1881-1931 a un vantaggio di 32 anni per i maschi e di 34 per le femmine: nel decennio 1921-1931 tale vantaggio è stato di 3 anni per i maschi e di 7 per le femmine.

Anche la durata della vita media si è andata via via allungando per ciascuna età sebbene il maggior progresso si abbia nelle età più basse perchè le massime riduzioni della mortalità si sono avute per le primissime età infantili: la vita me-

dia dei maschi ha conseguito nell'ultimo cinquantennio un vantaggio di 19 anni circa e nel solo ultimo decennio di 5 anni.

Sopra una generazione di 1.000 nati il guadagno di uomini a vita intera nell'intervallo 15-65 anni è di 355 uomini nel cinquantennio 1881-1931 e di 84 uomini nel decennio 1921-1931.

Dai dati sopraesposti si può desumere quali progressi siano stati realizzati in Italia per la difesa della vita umana nell'ultimo cinquantennio e particolarmente nell'ultimo decennio grazie alla azione del Governo Nazionale Fascista per la tutela e l'invigilamento della stirpe.

BIASIOTTI.

## Il Suicidio nelle assicurazioni sulla vita.

FRANCESCO ALIMENA, *Il Suicidio nelle assicurazioni sulla vita* (Assicurazioni, Anno II, Fasc. 2°, marzo-aprile 1935-XIII).

L'A. che è docente di diritto penale nella R. Università di Roma, fa una interessante ed acuta disamina sul suicidio nell'assicurazione Vita.

Dopo aver riportato le disposizioni del nostro Codice di Commercio che all'art. 450 stabilisce non essere tenuto l'assicuratore al pagamento della somma assicurata in caso di *suicidio volontario* riferisce la dizione della clausola di alcune Polizze che parlano di *suicidio cosciente*. Egli distingue il problema della *volontà* da quello della *capacità*. Dimostra doversi ritenere che il Codice di Commercio allorchè pone tra i casi in cui l'assicuratore è liberato dagli obblighi contrattuali quello del «suicidio volontario» intende riferirsi, nonostante l'espressione inesatta, al suicidio commesso da persona capace e cioè sana di mente, appunto perchè nessuna questione può sorgere sulla volontarietà dell'atto. E quando le Compagnie assicuratrici adoperano la formula «suicidio cosciente» non restringono punto la disposizione del Codice di Commercio.

L'A. sostiene che la incapacità esiste sempre che venga a mancare la capacità di intendere e di volere, a causa di una vera infermità mentale, mentre non può parlarsi di incapacità a causa di stati emotivi e passionali.

Al riguardo cita le disposizioni dell'art. 90 del nuovo Codice Penale che così dice: «Gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità».

L'A. mette in rilievo l'errore in cui cadono spesso i Tribunali e le Corti allorchè, spinta più da ragioni di pietà per l'erede del suicida che da motivi giuridici, affermano che il suicidio è effetto di uno squilibrio psichico, per effetto di stati emotivi passionali del momento.

Egli aggiunge che, così ragionando, si calpesta

la legge e si viene indirettamente ad affermare che mai il suicidio libera l'assicuratore nonostante l'espressa disposizione del Codice di Commercio.

Infine l'A. nota che l'art. 450 del Codice di Commercio ha valore dispositivo e non già imperativo: di modo che sono perfettamente valide le convenzioni in contrario stabilite sulle polizze d'assicurazione.

F. M.

## Assicurazioni-vita ed alcoolisti.

(F. J. MÜNCHEN, *Versicherungs-Zeitung*, 1935, n. 2).

La Compagnia di Assicurazioni Gotha dimostra con dati statistici la perniciosa influenza dell'abuso di alcool sulla salute.

Le malattie del fegato e specialmente le epatiti hanno negli alcoolisti una frequenza otto volte maggiore.

La sopramortalità per diabete è del 155% negli osti e del 295% nei birrai. Le emorragie cerebrali sono particolarmente frequenti negli alcoolisti.

Anche le Compagnie di assicurazioni inglesi ed olandesi hanno trovato che il cancro, le malattie dell'apparato urogenitale e del sistema nervoso (polineuriti) sono particolarmente frequenti nelle professioni che più espongono all'abuso di alcool (birrai, osti, camerieri ecc.).

Perciò le Compagnie di assicurazione vita debbono considerare gli alcoolisti come un rischio molto cattivo ed evitare di concedere ai bevitori delle riduzioni sui premi che andrebbero a danneggiare altre categorie di assicurati che si sottopongono all'autoselezione.

BIASIOTTI

## La medicina preventiva.

(Conferenza tenuta dal primario Medico Dr. M.

WEISS alla Società Austriaca per la cura della salute, il 17 gennaio 1935. *Wirtschafts und Versicherungs Compass*, 20 marzo 1935).

Dato il sempre crescente sviluppo che la medicina preventiva ha assunto nella assicurazione vita, è necessario conoscere oltre alle norme di igiene collettiva anche quella dell'igiene individuale per poter riconoscere le malattie, al loro inizio e curarle subito adeguatamente. I rapporti di diverse Società di assicurazione sulla vita, le quali gratuitamente sottopongono a visita medica periodica i loro assicurati, anche se questi, si sentono in perfetta salute dimostrano che abbastanza frequentemente si è riusciti in tal modo a fare la diagnosi precoce di malattie che si son potute curare con la massima efficacia, appunto perchè precocemente diagnosticate. L'importanza del fatto è confermata dal favorevole andamento della mortalità nelle persone sottoposte a tale visita medica

periodica. Perché la medicina preventiva prenda un maggiore sviluppo bisogna trovare dei metodi che senza far perdere troppo tempo all'assicurato, permettano di svelare qualsiasi anormalità nell'uomo presunto sano; a raggiungere tale scopo si sono dimostrati particolarmente utili la radiografia e l'esame delle urine. Basandosi sul fatto che le urine emesse da un individuo ammalato presentano delle differenze qualitative e quantitative in confronto delle urine normali, il loro esame permette di svelare lesioni iniziali dei reni, del fegato, del cuore e dell'intestino ed è quindi utile in medicina preventiva. Lo stesso Ippocrate, affermando che «l'urina è il filtro del sangue» riconosceva la grande importanza di un accurato esame di urina. Alcune anormalità in esse riscontrate possono rilevare una anomalia del ricambio prima che compaiano i sintomi subiettivi della malattia stessa. Il colore dell'urina, la presenza in essa di urobilina, bilirubina, uroeritrina, indacano ecc. possono svelarci una lesione del cuore, del fegato o dell'intestino. L'esame delle urine è quindi molto utile per l'assicurazione sulla vita perché permette di dividere i sani dai malati, di migliorare così l'assunzione del rischio e grazie agli esami periodici di mettere in evidenza le lesioni iniziali e permettere di curarle in tempo. La facilità infine di esecuzione di tale metodo di ricerca ed il suo tenue costo, ne permettono una molto vasta applicazione nel campo della medicina preventiva.

BIASIOTTI

### Le frequenti lipotimie nei soprappesi.

F. KISCH, *Medizinische Klinik*, 1935, n. 5.

Su oltre mille soprappresi osservati dall'A. trenta si lamentavano dei seguenti disturbi: dopo una evacuazione laboriosa avvertivano una specie di barcollamento od una sensazione di vertigine o erano perfino colti da svenimenti di breve durata. Altri polisarcici riferivano che gli stessi fenomeni si manifestavano la mattina a digiuno mentre, alzatisi dal letto allora allora, erano intenti a lavarsi o ad infilarsi le scarpe. Tale malessere cessava se i colpiti si ponevano in posizione assolutamente orizzontale e solo raramente avvertivano per un certo tempo una certa languidezza e stanchezza. Si tratta in genere di adiposi portatori di un grosso ventre pendulo, i quali vanno soggetti a congestioni di sangue nell'addome in conseguenza della mancanza del sostegno della muscolatura della parete sul pacchetto addominale. Perciò una notevole quantità di sangue viene a ristagnare, il cuore riceve un afflusso di esso insufficiente di conseguenza ne distribuisce meno alla periferia: l'intero organismo e naturalmente anche la regione cerebrale, ne viene a soffrire. Insorge allora uno

stato di adinamia che scompare non appena le condizioni di circolazione nella regione splancnica si sono ristabilite. Ad evitare questi inconvenienti è consigliabile per gli adiposi di portare una adatta ventriera che provveda a dare ai visceri quel sostegno che non può dar loro la parete addominale. Sarà anche bene che essi cerchino con opportuni esercizi di rinforzare la muscolatura dell'addome e mantengano il ventre il più possibile ubbidiente.

### PUBBLICAZIONI RICEVUTE

- U. Baccarani, *Sindrome gastrica e periviscerite da frenico-exeresi destra in soggetto tubercoloso*. — Estratto da «La Riforma Medica», 1935, n. 11.
- P. Benedetti, *Caratteri antropometrici morfologici e funzionali di 300 individui sani, di sesso maschile, in età di 19-25 anni*. — Estratto dagli Atti della Soc. Italiana di Anatomia pubblicati nel *Monitore Zoologico Italiano*, 1933.
- P. Benedetti, *Ricerche di antropometria morfologica e funzionale in rapporto alla costituzione*. Nota prima: *Le misure fondamentali e la classificazione morfologica secondo il metodo di Viola*. — Estratto da «Endocrinologia e Patologia costituzionale», gennaio 1934.
- G. Castelli, *L'esame del cardiopaziente. Anamnesi remota - Anamnesi prossima*. — Ed. Arti Grafiche S. Belforte, Livorno 1935.
- G. Caso, *La terapia delle onde corte ed ultracorte*. — Estratto da «Folia Medica», n. 2, 1935-XIII.
- A. Donati, *Legislazione bulgara*. — Ed. Assicurazioni, Roma 1935.
- S. Finocchiaro, *Questioni medico legali in tema di orchite traumatica*. — Estratto da «Rinascenza Medica», anno 1934-XII, n. 8.
- F. Fischer, *Die heutigen Aufgaben des Lebensversicherungsmediziners*. — Estratto da «Zeitschrift für die gesamte Versicherungs Wissenschaft», Band 35, Heft 2.
- A. Glizlo, *L'indennità di licenziamento e possibilità di una garanzia*. — Estratto da «Vita Italiana», aprile 1935.
- G. Lugli, *Chirurgia dell'Etmoide*. - Relazione al XXX Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia. — Padova, settembre 1934-XII.
- La *chirurgia plastica*, Rivista della Società Italiana di Chirurgia riparatrice, Plastica ed Estetica, Anno I, Fasc. I, gennaio 1935 XIII.
- La *Fiaccola* — Rivista Italiana della Tubercolosi, Anno X, n. 1, gennaio 1935, Udine.
- Ministero della guerra, Direzione Generale di Sanità Militare, *Gli stabilimenti sanitari militari in Italia*, Istituto Poligrafico dello Stato, maggio 1935.

- IV Congresso internazionale degli Ospedali e Mostra degli Ospedali Italiani, Roma, 1926 maggio 1935-XIII. *Programma*, Ed. Novissima, Roma.
- Terme di Viterbo, *Primi cinque anni di attività dell'Opera Nazionale Dopolavoro*. — Roma, anno XII, Ediz. dell'O.N.D.
- Securitas, Rassegna della sicurezza e dell'igiene nel lavoro, Anno XXII-gennaio XIII. Ediz. dell'Ente Nazionale propaganda Prevenzione Infortuni, Milano.
- L'Infermiera italiana, Anno I, n. 1. Sindacato Nazionale delle Infermiere Diplomate, Roma.
- «Morava», *Vedute della Casa Masarik, sui monti del Tatra*, 1935.
- Les villes d'eaux et stations climatiques françaises, Ed. «La Presse Médical et les Stations Françaises», aprile 1935.

## DAI PERIODICI DI MEDICINA

Il Politecnico — Sezione Pratica, 1935, n. 12.

R. LUSENA, *Nuovo orientamento nello studio delle ghiandole endocrine. Sensibilità e sensibilizzazione ad ormoni ovarici nelle donne in attività sessuale ed in menopausa*.

L'A. si è proposto di ricercare come si comportano le donne nei riguardi di una possibile sensibilità ad ormoni ovarici. A tale scopo ha praticata la intradermoreazione alla luteina ed alla follicolina in donne in attività sessuale ed in donne in menopausa. Nelle prime ha riscontrato nel 100% la reazione positiva, mentre nelle seconde ha ottenuto l'86,66% di reazioni negative. Pensando che la natura della reazione potesse essere anafilattica, ha studiato il comportamento dei leucociti durante detta reazione ed ha riscontrato leucopenia. Ha infine tentato con successo il trasporto passivo della sensibilità da donne insensibili a donne sensibili. Deduce che la sensibilità ad ormoni ovarici è del tipo anafilattico. Si propone di estendere le ricerche ad altre ghiandole endocrine.

— Sezione Pratica, 1935, n. 17.

G. SABATIN, *Cura medica diretta dell'ulcera duodenale e in genere delle sindromi dolorose del duodeno*.

Diagnosticata l'ulcera il p. viene messo a dieta latte assoluta per 3-5 giorni: due litri di latte nelle 24 ore ripartito in sei tazze; al latte della 1<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> tazza si aggiunge un cucchiaino raso di solfato di bario. La ripresa alimentare deve essere molto graduale. L'A. con questa terapia è riuscito ad ottenere la rapida cessazione del dolore e talora anche degli altri sintomi dell'ulcera. Purtroppo non si hanno ancora elementi sicuri per poter accertare o meno l'avvenuta guarigione del-

l'ulcera duodenale, poichè i dati clinici, quelli di laboratorio, ed anche i radiologici non hanno dato finora prove assolutamente probative al riguardo.

La Riforma Medica — aprile 1935, n. 14.

C. CIONI e W. FUCHS, *Sopra un caso di due cancri primitivi dello stomaco ad origine indipendente*.

Gli AA. riferiscono intorno ad un caso di due cancri dello stomaco originati primitivamente ed indipendentemente l'uno dall'altro da un'ulcera rotonda e da una massa poliposa di tipo adenomatoso. Riferiscono ad una gastrite cronica coesistente la trasformazione cancerosa tanto del polipo che dell'ulcera.

— aprile 1935, n. 16.

G. PELLEGRINI, *Anemia perniciosiforme in soggetto con intossicazione cronica da piombo*.

Il caso descritto offre un interessante aspetto clinico ed ematologico in quanto in esso ai sintomi propri della anemia perniciosa si intrecciano quelli dovuti alla intossicazione, in modo da rendere il giudizio diagnostico notevolmente difficoltoso. Il quesito diagnostico fu chiarito dal fatto che, avendo il p. tralasciato il suo mestiere, ma anche sospesa la cura opoterapica che faceva per l'anemia, si ebbe la scomparsa dei segni ematologici della intossicazione da piombo mentre apparvero chiari quelli della anemia perniciosa.

La Presse Médicale — 6 aprile 1935.

G. SCORPATI e E. BERTHET, *La falsa interpretazione di certi aspetti radiologici nel corso della tubercolosi polmonare*.

È assai frequente il caso di costatare radiologicamente un diaframma festonato, irregolare e come attratto dal polmone soprastante, cosicchè si pensa alla possibilità di aderenze multiple. Gli AA. sono d'avviso che tale quadro è dovuto in parecchi casi non all'esistenza di briglie pleuriche ma ad un processo di aspirazione della pleura diaframmatica per la retrazione cicatriziale di un focolaio polmonare soprastante, o per la presenza di un focolaio di atelettasia che attrae a sè il foglietto diaframmatico della pleura ed il diaframma.

Questi aspetti radiologici essi hanno riscontrato in tre malati ed in due casi hanno avuto la conferma dall'esame autoptico. Radiologicamente il criterio sul quale ci si può basare per fare la diagnosi differenziale tra una simile immagine ed una vera aderenza è il seguente: le aderenze vere sono situate molto più vicine al seno costo-diaframmatico che non le immagini in quistione, le quali si avvicinano di più all'angolo cardio-diaframmatico e appaiono meno nette che non le vere aderenze. Dal nome dell'autore tedesco che per il primo le ha segnalate, gli AA. propongono di chiamarle «briglie di Fleischner».

Minerva Medica — marzo 1935, n. 10.

A. FULCHIERO, *Sulla sindrome triaritmica di Wolf, Parkinson e White.*

La sindrome triaritmica degli Autori americani: P-R raccorciato, complesso ventricolare tipo blocco di branca, crisi di tachicardia parossistica, è l'espressione di lesioni di natura irritativa a livello del nodo di Tawara con parziale interessamento del tronco comune di His. Vi possono essere sindromi parziali, mancanti di alcuni elementi, le quali però si possono completare in prosieguo di tempo.

— marzo 1935, n. 11.

C. ROTTA, *Osservazioni cliniche ed istopatologiche sui focolai rotondi del polmone.*

Alcuni AA. tedeschi hanno di recente descritto una sindrome clinico radiologica polmonare, caratterizzata dalla presenza di focolai rotondeggiante di numero variabile, di varia grandezza, a struttura uniforme nettamente circoscritti dal parenchima polmonare. Il loro decorso è torpido, ma possono talora riattivarsi, cavernizzarsi e dar luogo a diffusioni. L'Autore ne ha studiati tredici casi, di cui due anatomicamente. Si tratta di nodi fibrosi o caseosi o calcificati, rivestiti di una capsula connettivale. Ritene che ogni focolaio di tubercolosi essudativa o produttiva può assumere le caratteristiche di detti focolai, per cui è impossibile fare di questa forma di tubercolosi una entità a sé. È necessario sorvegliare da vicino questi focolai onde intervenire con adatta cura ai primi accenni di risveglio.

M. GAVAZZANI, *Velocità di circolazione e compressione del seno carotideo.*

La compressione del seno carotideo provoca negli individui normali un allungamento della velocità di circolazione in rapporto alla diminuita frequenza delle pulsazioni cardiache.

VICENTINI.

### Rassegna di articoli di igiene.

La salute e l'igiene nella famiglia — ROMA.

— 1 aprile 1935.

E. BAJLA, *La poltrona insidia della salute.*

U. DARETTI, *Dottore, che cosa è la prognosi?*

— 15 aprile 1935.

R. MONTELUCCI, *La Pasqua e l'uovo.*

R. PUGLIESE, *Le virtù curative dei carciofi.*

— 1 maggio 1935.

G. PUGLIESI, *Frase che si dicono.*

DIOSCORIDE, *Saturnismo.*

Im Dienste der Gesundheit — Basilea.

*La profilassi della difterite.*

A. BANGERTER, *Appendicite.*

Gesundheitsdienst — Berlino.

— maggio 1935.

*Fumare lede i vasi sanguigni?*

*Cucina e stomaco.*

*Denti e nutrizione.*

### Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Salò (Brescia) il Dott. Brocchetti Riccardo.

A Fabrica di Roma (Viterbo) il Dott. Maggiore Giuseppe.

A Gallina (Reggio Calabria) il Dott. Nesci Giuseppe.

A Castiglione di Sicilia (Catania) il Dott. Di Marco Giacomo.

A Porto Venere (La Spezia) il Dott. Atemperger Angelo.

A Perosa Argentina (Torino) il Dott. Courcude Arturo Attilio.

A Arcidosso (Grosseto) il Dott. Ginanneschi Savino.

A Castelfranco Emilia (Bologna) il Dott. Caporale Francesco.

A Villa Serraglio (Ravenna) il Dott. Camanzi Aristide.

A Predore (Bergamo) il Dott. Ridolfi Arnaldo.

A Mason Vicentino (Vicenza) il Dott. Nòvari Camillo.

A Damasco (Siria) il Dott. Popolani Carlo.

Con vivo dolore l'Assistenza Sanitaria annuncia la morte avvenuta a soli 32 anni, il 13 maggio 1935 del Dott. Prof. Vittorio Serra, Libero docente in Patologia Speciale Medica, Medico dell'Ambulatorio del Dopolavoro dell'I. N. A. Vittima di una malattia contratta nell'esercizio della sua professione, Egli va ad accrescere la falange degli eroi oscuri e modesti, ma appunto per questo veramente grandi, martiri del dovere.

Alla famiglia dell'Estinto l'Assistenza Sanitaria invia le 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, 1935-XIII — Tipografia «Unione Arti Grafiche» — Telefono 37.