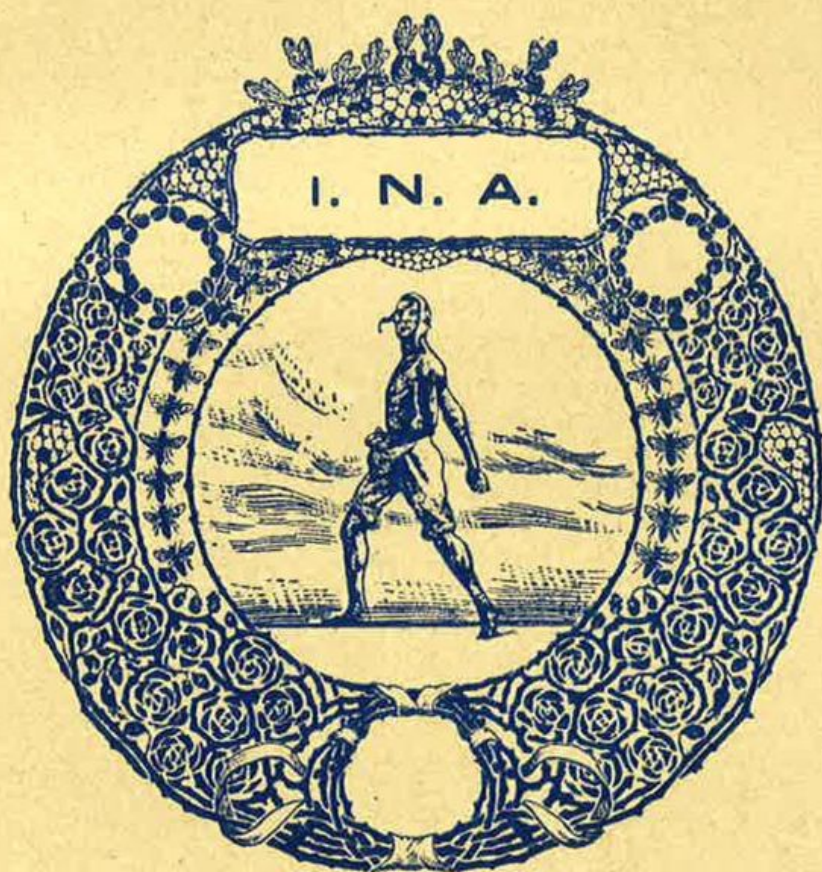


L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IV
Numero 4
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-XXIV</p> <p>2. Consigli agli assicurati:</p> <p>a) Dr. M. BIASIOTTI, Il controllo della salute e le cure termali ed idropiniche 217</p> <p>b) Dr. S. FIANDACA, I primi sintomi subiettivi delle manifestazioni gottose 218</p> <p>c) Dr. A. STARNA, Della «astanezza» o astenia. 220</p> <p>3. Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale. 224</p> <p>4. Notiziario 225</p> <p>5. Medicina delle Assicurazioni vita:</p> <p>a) Dr. M. BIASOTTI, La ricerca del bismuto nelle urine e suo valore per la diagnosi di sifilide. 235</p> <p>b) Congresso internazionale di Medicina delle Assicurazioni-Vita, Londra, 23-27 luglio 1935. — Riassunto delle relazioni:</p> <p>Dr. JOSEF STURM, Metodi della valutazione dei rischi 242</p> <p>Dr. CHESTER T. BROWN, Metodi della valutazione dei rischi . 244</p> <p>Dr. E. MAY e Dr. J. OLLIVIER, La prognosi dell'ipertensione arteriosa 245</p> <p>Prof. Dr. LEOPOLDO WINTERNITZ, La prognosi dell'ipertensione 250</p> <p>Prof. Sir. W. LANGDON-BROWN, L'accettazione dei glicosurici. 254</p> | <p>Prof. A. A. HIJMANS VAN DEN BERGH e C. DE LANGEN, Alcune osservazioni sulla prognosi del diabete . . . pag. 256</p> <p>Prof. Dr. ILARIO ROMANELLI, Le ulcere gastro-duodenali e l'assicurazione vita 257</p> <p>Dr. FAROY e CARRIÉ, Le ulcere gastro-duodenali e l'assicurazione-vita 259</p> <p>S. B. SCOLZ, Il servizio sanitario e le assicurazioni vita negli Stati Uniti 261</p> <p>Dr. OTTO NEUSTÄTTER, Il servizio sanitario e l'assicurazione vita 263</p> <p>6. Medicina legale delle Assicurazioni-vita:</p> <p>Dr. FABIO MARSELLA, L'indicazione del nome del medico di famiglia non esonera l'assicurando dall'obbligo di rendere con sincerità tutte le altre dichiarazioni di carattere sanitario 265</p> <p>7. Alcuni dati di statistica medica . 267</p> <p>8. Varie:</p> <p>Dr. LAMBERTO SIVIERI, L'assicurazione sulla vita nel mondo. 273</p> <p>9. La pagina del medico fiduciario . 282</p> <p>10. Dai Libri e dalle Riviste . . . 283</p> <p>11. Dai periodici di medicina . . . 286</p> <p>12. Rassegna di articoli d'igiene . . 288</p> <p>13. Pubblicazioni ricevute 288</p> <p>14. Vnoti nelle file dei medici fiduciari 288</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

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 esame del sangue per il dosaggio della uricemia* a tutti comunque assicurati.

CALTANISSETTA

Casa di cura del dott. Ballati in Caltanissetta; 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 Cura.

PESCARA

Stabilimenti Termali di Caramanico: agli assicurati in forma ordinaria e collettiva: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano e del 25 % sulla pensione completa (esclusa percentuale di servizio e tassa di soggiorno); agli assicurati in forma popolare: riduzione del 20 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano e del 20 % sulla pensione completa (esclusa percentuale di servizio e tassa di soggiorno).

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 il dosaggio della **glicemia;**

c) un esame del sangue: per il dosaggio della **azotemia;**

d) un esame del sangue: per il dosaggio della **uricemia;**

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

f) 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);

g) la misurazione della **pressione arteriosa**;

h) un **elettrocardiogramma**.

OGNI DUE ANNI

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

OGNI TRE ANNI

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

b) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva senza visita medica per qualsiasi forma e capitale;

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

d) agli assicurati con polizza di rendita vitalizia;

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 *l'uricemia* 10-15 cc. di sangue prelevato a digiuno;

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 Direzione 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: Dr. CUCURULLO 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. Giacomo della Vittoria, 25.

Dott. AJMONE Modesto, Via Faà di Bruno, 24.

CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO Giovanni.

ANCONA

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

AOSTA

Odontoiatri:

Dr. CHIAMPO Arnaldo.

Dr. SPIRITO Tito.

IVREA - Dr. MAUTINO Giuseppe.

Dr. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti:

IVREA - Dr. GARZINO Mario Casimiro, Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri:

IVREA - Dott. MAGGIOROTTI Ugo.

AQUILA

Odontoiatri:

Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

Otorinolaringoiatri :

Dr. CIPOLLONI SILVIO, Via S. Marciano, 31

AREZZO

1. *Istituto Sanatoriale « A. Garbasso »* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale; tutti gli assicurati potranno essere riacquiescenti pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri :

Dr. MICHELINI Mario, Via Francesco 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 Sapienza, 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.

Odontoiatri :

ANDRIA - Dott. SARDANO Francesco.

BERGAMO

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

2. *Stabilimenti termali di Trescore Balneario*: a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 25% sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe (nella pensione, oltre alloggio, vitto — vino compreso — e servizio, è compresa anche la cura ordinaria e cure straordinarie supplementari). Inoltre gli assicurati pagheranno per le tasse di ammissione il 50% in meno. La Società esercente le Terme si riserva la facoltà — qualora gli alberghi annessi alle Terme fossero completi — di poter sistemare gli

assicurati in altri alberghi consociati, della medesima categoria, facendo loro usufruire dello stesso trattamento dei primi.

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

Odontoiatri :

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 :

Dott. CALDEROLI Innocente.

Dott. PALVIS Giuseppe.

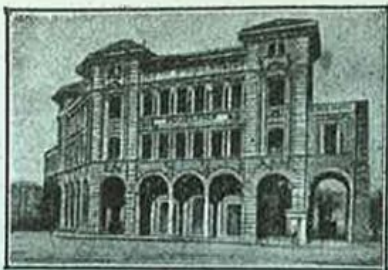
BOLOGNA

1. *Stabilimenti termali di Porretta*, agli assicurati in forma ordinaria e collettiva: riduzione del 50% sull'importo dell'abbonamento ordinario d'ingresso agli Stabilimenti, e del 25% sull'importo dell'abbonamento ordinario alle cure idrominerali.



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



BOLOGNA
Casa di Salute
POLICLINICA

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. 103, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium.



BOLOGNA - Villa Rosa.

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

5. *Ospedale Sanatoriale di Montecatone - Imola*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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. FRANCESCO Alberti, Via Saffi, 2.
Dott. GIANNOTTI Manfredo, Via Saffi, 2.
Dr. PIVA GIUSEPPE, Via Indipendenza 22.

Oculisti:

Dr. CAPRA Leonida, Via Indipendenza, 2.
Dott. MARIOTTI Cesare, Via Castiglioni 5.
Dott. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.

Dott. PALMIERI Domiziano, Via Righi, 34.
Prof. Dott. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 43.
Prof. Dott. Xilo NAPOLEONE, Via Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dott. CANEPELE Adelson, Viale XII Giugno, 12.
Dott. 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
BRESCIANONE - Dott. NIEDERREGGER Engelberto.
MERANO - Dott. BAR Carlo, Corso Princ. Umberto, 32.
Dott. KEISER Giulio, Corso Princ. Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri:

BOLZANO - Dott. BRIANI ALFREDO, Via Duca d'Aosta, 2.
Dott. MITTERMAIR Francesco, Via Regina Elena, 18.
Dott. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.
MERANO - Dr. DIESBACHER Matteo, Corso Principe Umberto, 20.
Dott. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

BRESCIA

1. *Poliambulanza delle specialità medico chirurgiche, Casa di Cura in Brescia, Piazzale Garibaldi*; a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 30% sulle tariffe minime fissate dall'Ordine dei Medici, per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Reontgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura; riduzione del 25% sulle rette di de-

genza per la 1ª classe, riduzione del 20% sulle tariffe di degenza per la 2ª e 3ª classe.

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

Odontoiatri:

Dr. BERTOLI Oreste.
Dr. CASTELLI Ettore, Via Dante, 42.
Dr. JORI Mario, Corso Vittorio Emanuele, 58.
Dr. RIETTI Giov. Battista, Via Mazzini.
Dr. RIETTI Giulio, Via Mazzini.
Dr. SALVAGNI Dino, Viale Stazione.
Dr. SCACHERI Domenico, Corso Palestro.

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

CAGLIARI

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

2. *Casa di cura Prof. Gino Baggio* - Piazza S. Benedetto, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazione di Terapia fisica, Roentgenodiagnostica e Roentgen-Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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

CALTANISSETTA

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

2. *Casa di Cura del Dr. Ballati in Caltanissetta*; 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 Cura.

Oculisti:

Prof. Dott. CAVALLARO Erminio.
Prof. Dott. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri:

Dott. RESTIVO Pietro.

CAMPOBASSO

Odontoiatri:

Dott. MARTINO Angelo.
Dott. SANTORO Manfredi.

AGNONE - Dott. LABANCA Federico.

Oculisti:

CAMPOBASSO - Dott. BARBATO Nunzio.
Comm. Dott. GRIMALDI Eugenio.
AGNONE - Dott. SALVASTANO Silvio.

CATANIA

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

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

Odontoiatri:

Dott. DI GRAZIA Mario, Via Garibaldi, n. 9.
Dott. GRECO Salvatore, Via Umberto, n. 8.
Dott. MILONE Giuseppe, Via Umberto, n. 41.
Dott. MUSUMECI GRASSI Raimondo, Via Vitt. Eman., 215.
Dr. POLITI Francesco, Via Etnea, 208.

Oculisti:

Prof. Dr. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.
Prof. Dott. F'AVALORO Giuseppe, Via S. Maddalena, 59.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dr. LIOTTA Agatino, Via Mancini 6.

CATANZARO

1. *Istituto Clinico Diagnostico e Fisioterapico del Dott. Giuseppe Mazza*, Via Duomo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per la diagnostica radiologica e per cure 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 Fane-grò*, 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.

2. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

3. *Consultorio Materno in Cremona*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 ogni volta.

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

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

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.

FERRARA

Odontoiatri:

Dr. BARUFFALDI Tommaso, Via Terranova, 9.

Dr. CAVALLARI Augusto, Largo Castello.

Dr. FINI Giuseppe, Corso Giovacca, 3.

Dr. MORI Davide, Via Cortevicchia, 3.

Dr. TESI Alfredo, Via Palestro, 21.

Dr. TESI Gastone, Via Palestro, 21.

Otorinolaringoiatri:

Dr. MANFREDI Angelo, via Borgoleoni, 122

Dr. MURATORI Enzo, Via Palestro, 62.

Oculisti :

Dr. CECCOLI Stefano, Vicolo del Teatro, 2
Dr. VERZELLA Mario, Corso Porta Mare 11

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 Acciaiuoli, 22.

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

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

FIUME

1. *Casa di Cura dott. 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 analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Clinica.



SANSEVERO (Foggia) - La Clinica Troiano.

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

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

Odontoiatri :

Dott. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi.

Dott. MOLNAR Geza, Via M. Missirini.

Dott. BRIGANTI Antonio, Capitano 2° Fanteria.

Dott. CASALI Alvaro - Corso Garibaldi.

RIMINI - Dott. LAZZAROTTO Eugenio.

Dott. PEDRAZZI Luigi.

Dott. PELOSI Romano.

Oculisti :

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

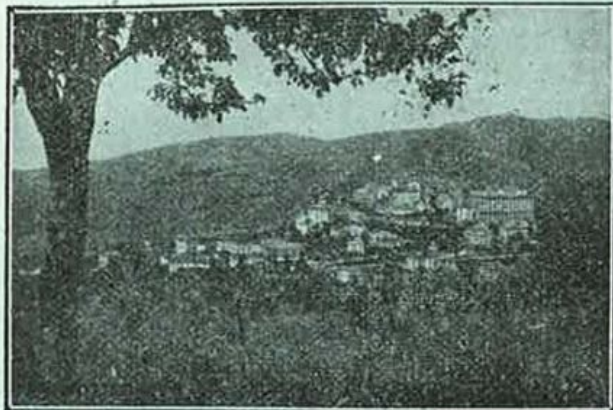
Dott. SANTONOCETO Ottavio, Via Giov. dalle Bande Nere.

Otorinolaringoiatri :

Dott. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

FROSINONE

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



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

GORIZIA

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

Odontoiatri:

Dott. NETZBANDT Paolo Ugo.

Otorinolaringoiatri:

Dott. COMEL Giuseppe.
Dott. RIZZATI Sandro.

GROSSETO

Odontoiatri: Dott. ANGELINI Armando.

IMPERIA

1. *Ospedale Sanatoriale di S. Lorenzo al Mare dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.*

Odontoiatri:

Dott. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 8.
Dott. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.
Dott. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5-bis.
Dott. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.
Dott. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.

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

Dott. DEL BOCA Isidoro, Via Vittorio Emanuele.

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

Dott. GERBOLINI Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 17.

Dott. GISMONDI Emanuele, Via Vittorio Emanuele, 11.

Dott. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.

Dott. MARESCA Ottone, Via Faraldi, 1.

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

Dott. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti:

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

ONEGLIA - Dott. GRIVA Giuseppe.

SANREMO - Dott. BOBONE Tommaso, Villa Plinia.

Dott. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.

Dott. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri:

IMPERIA - Dott. DURAND Gaspare, Via Giardini.

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

SANREMO - Dott. DE MARCHI Marco, Via Vittorio Emanuele, 17.
Dott. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 18.
VENTIMIGLIA - Dott. VERDUN Eugenio, Corso Principe Amedeo, 1.

LECCE

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

2. *Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

LIVORNO

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

Odontoiatri:

Dott. CAPITANI Icilio, Scali Ugo Botti, 2.
Dott. CASAGNI Odoardo, Via Magenta, 8.
Dott. QUARANTORSI Cleomene, Via Enrico Mayer, 18.

PORTOFERRAIO - Dott. LAGHI Augusto.

Oculisti:

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

Dott. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

LUCCA

Odontoiatri:

ALTOPASCIO - Dr. PIEGAIA Giovanni Leo.

MANTOVA

Odontoiatri:

Dott. CONSOLO Giuseppe.
Dott. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.
Dott. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.
Dott. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Ferrnelli, 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. 30, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30 % sulla tariffa in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, come pure sulle tariffe in vigore per le consultazioni cliniche che verranno praticate sia nello studio clinico di Via Verzieri 23, Milano, sia nella clinica stessa.

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

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

4. *Consultorio materno in Milano, 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 assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, 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. *Stabilimento Termale di Castellammare di Stabia* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di 15 giorni.

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

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

Odontoiatri:

Dr COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.

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

Dott. GIUFFRÉ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

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

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

Dott. MASUCCI Eurico, Piazza Torretta, 36.

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

Dott. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio Emanuele, 460.

Dott. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.

SPARANISE - Dott. GRANDE Francesco.

Otorinolaringoiatri:

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

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

NOVARA

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



BOGNANCO - Terme.

2. *Casa di Cura per malattie polmonari « Eremo » in Miazzina, a tutti gli assicurati:* riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per il reparto agiati, 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'Istituto Naz. Fascista della Previd. Sociale:* tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

Dott. BORRINI Francesco.
Dott. SCENDRATI Daniele.

Oculisti:

Dr. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale Maggiore.
Dott. MARGARITELLA Riccardo.

PADOVA

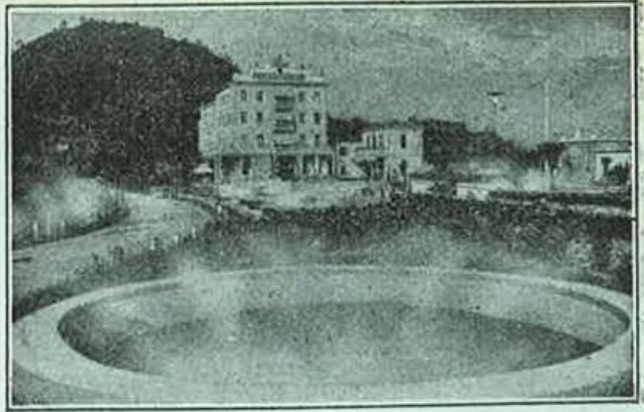
1. *Stabilimento Hôtel Trieste e Vittoria di Abano, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive:* riduzione del 50% sull'importo della visita medica per l'inizio della cura; riduzione del 25% sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano; riduzione del 20% sull'importo della pensione giornaliera, escluso servizio e tassa soggiorno.

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

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



ABANO TERME (Padova) - Stabilimento Hôtel Trieste.



MONTEGROTTO TERME (Padova). Terme Preistoriche

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

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

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

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. *Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale:* tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

Odontoiatri:

Dr. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.

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

Oculisti :

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

Otorinolaringoiatri :

Prof. Dr. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 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 praticheranno lo stesso trattamento per vitto ed alloggio che quegli alberghi praticano ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. Esercito, alla M.V.S.N. ed ai Corpi Armati dello Stato.

A Salsomaggiore (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. CARMÌ Alberto, Via San Biagio, 1.

Otorinolaringoiatri :

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

PAVIA

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



PAVIA - Ospedale Policlinico S. Matteo.

le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

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 applicazio-

ni di Terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nell' Ospedale.

Dr. SERRI Scipione, Via Vittorio Emanuele, 4.

BIENTINA - Dr. MARCHIANI Pilade.

PERUGIA

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

PESCARA

1. *Stabilimenti Termali di Caramanico*: du- agli assicurati in forma ordinaria e collettiva: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, e del 25 % sulla pensione completa (esclusa percentuale di servizio e tassa di soggiorno);

agli assicurati in forma popolare: riduzione del 20 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano e del 20 % sulla pensione completa (esclusa percentuale di servizio e tassa di soggiorno).

PIACENZA

Odontoiatri:

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

Dr. 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.

Odontoiatri:

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

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

Dr. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

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:

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

POLA

Odontoiatri:

Dr. STOCCO Francesco.

Oculisti:

Dr. DE PIERA Mauro.

Otorinolaringoiatri:

Dr. MAZZARO Elvino.

RAGUSA

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

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:

Dr. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti:

Dr. DE LOGU Antonio.
Dr. Prof. LAGANA Domenico.
Dr. 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 Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50% va applicata alla tariffa più bassa.

2. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio al 31 dicembre 1935, potranno usufruire gratuitamente, per una volta nell'anno, di una visita completa, ivi compresi tutti gli esami clinici e di laboratorio che dai medici saranno ritenuti opportuni; potranno inoltre usufruire gratuitamente in ogni tempo,



ROMA - Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori - Viale Regina Margherita n. 201

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 «C. Forlanini» e «B. Ramazzini»* 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:

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

Oculisti:

Prof. Dr. COLANGELI Armando, Via A. Canova, 12.
Prof. Dott. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.
Prof. Dr. NEUSCHULER Ignazio, Via Ara-coeli, 58.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dr. TURTUR Giuseppe, Via XX Settembre, 95.

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

ROVIGO

Odontoiatri :

Dr. BENATTI Boris.
Dr. BORELLINI Alberto.

ADRIA - Dott. FERRONI Giuseppe.
Dr. GIORDANI Nazzareno.

SASSARI

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

Odontoiatri :

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

SAVONA

Odontoiatri :

Dr. Cav. Uff. GASTI Giuseppe, Corso Principe Amedeo, 2-5.
Dr. Comm. POGGI Poggio, Via Paleocapa, 8.
Dr. VEIRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

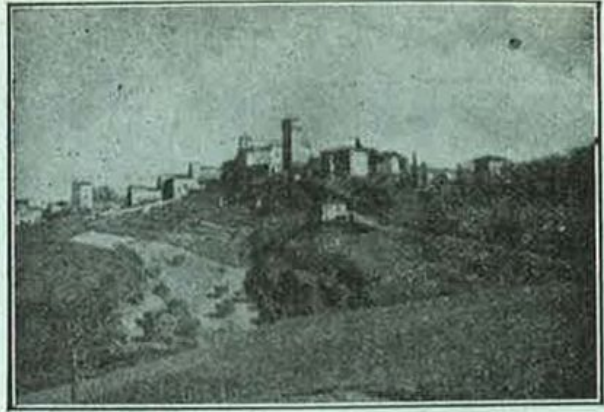
Otorinolaringoiatri :

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

SIENA

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

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



Panorama di S. Casciano dei Bagni

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

Odontoiatri :

Dr. MARZANO Pasquale.

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 :

Dr. BARBARO Vincenzo, Corso Umberto.
Dr. MONTANARI Francesco, P. G. Bruno, 88.
Dr. SANTOSTASI Carlo.
Dr. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

Oculisti :

Dr. CARDUCCI Vincenzo, Via d'Aquino.

Prof. Dr. MARINOSCI Alessandro, Via Di Palma.

Dr. MARINOSCI Raffaele, Via Regina Elena, 33.

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

Otorinolaringoiatri :

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

Dr. BATTISTA V., Via Cavour, 27.

Dr. NATALE P., Piazza Massari, 5.

TERAMO

Odontoiatri :

Dr. BIANCO Giuseppe.

Dr. 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. Dosaggio della glicemia.
2. Dosaggio della azotemia.
3. Dosaggio della uricemia.
4. Reazione di Kahn.
5. Esame chimico e microscopico delle urine.
6. Misurazione della pressione arteriosa.
7. 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 Cibra-
rio, 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 Vin-
zaglio, 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 Vin-
zaglio, 10.
Prof. Dott. **DONADEI** Giovanni, Via Ca-
vour, 6.
Dott. **FERRERO** A., Via Goito, 6.
Dott. **LEALE** G., Corso Oporto, 5.
Prof. Dott. **MALAN** Arnaldo, Corso O-
porto, 40.
Dott. **MANCINI** Pietro Teobaldo, Via Pla-
na, 11.
Prof. Dott. **PALLESTRINI** Ernesto, Corso
Roero di Cortanze, 2.
Prof. Dott. **PINAROLI** Guido, Corso Vit-
torio Emanuele, 82.
Dott. **PRECERUTTI-TAPPARELLI** Gioac-
chino, 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.*

2. *Ospedale Sanatoriale di Mesiano di Povo dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale : tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.*

Odontoiatri :

Dott. **AGOSTINI** Fortunato.
Dott. **LACHMANN** Carlo, Piazza Silvio Pel-
lico, 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 Mad-
dalena, 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. Fran-
cesco, 20.
Dott. **FERRAGUTI** Alessandro, Via Coro-
neo, 10.
Dott. **METT** Odoardo, Via Macchiavel-
li, 19.
Dott. **MINAS** Alberto, Via A. Diaz, 10.
Dott. **OTTOCHIAN** Giuseppe, Via S. Laz-
zaro, 10.
Dott. **REBEZ** B., Corso Garibaldi, 28.
Dott. **ROSATO** Giuseppe, Via Trenta Ot-
tobre, 13.

Oculisti :

Prof. Dott. **KOCH** Carlo, Viale XX Sei-
tembre, 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. *Ospedale Sanatoriale di Busto Arsizio dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.*

Odontoiatri :

Dott. BERTOLI Alessandro.

Dott. BERTOLI Romeo.

Dott. FRANZI Cesare.

Dott. GUSCETTI Severo.

Dott. MINGARELLI Lido.

Dott. RIVA Gian Pietro.

BUSTO ARSIZIO - Dott. BRECCHETTO Davide.

GALLARATE - Dott. OTELLI Franco.

Dott. PATARINO Alfonso.

Dott. PERONI Paolo.

TRADATE - Dott. COOPMANS DE JOLDI Luigi.

Oculisti : VARESE - Dott. MORETTI Ezio.

Otorinolaringoiatri :

VARESE - Dott. ROVERA Santo.

Dott. SIOLI Giulio.

SOMMA LOMBARDO - Dott. BURATTI Pasquale Achille.

VENEZIA

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

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

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

Odontoiatri :

Dott. BRIVIO Giano, Via Marsala.

Dott. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.

Dott. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.

Dott. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.

Dott. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.

BARDOLINO - Dott. PEDUZZI P.

LEGNAGO - Dott. BONFANTE Ugo.

VICENZA

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

Odontoiatri :

Dott. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.

Dott. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.

Dott. MARTINELLI L., S. Corona.

ARZIGNANO - Dott. VERONESE Giuseppe.

Oculisti :

Dott. ANTUZZI C., Piazza Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri :

Dott. BASSO E., Via Racchetta, 5.

Dott. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

VITERBO**Odontoiatri :**

Dott. BAGEDDA Baingio.

Dott. PIERLUIGI Antonio.

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

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

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

1. *Certificato medico che attesti la malattia del soggetto in tutti i suoi elementi e la indicazione del tipo di Istituto di cura più conveniente al soggetto stesso. Tale certificato dovrà conte-*

nere 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 vulcanicominerali.
- 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 magnesiche radio attive.
- Caramanico** (Pescara): acque solforose.
- Castellammare di Stabia** (Napoli): Acque clorurato sodiche. Bagni e bibite.
- Chianciano** (Siena): Acque bicarbonato-solfato-calcico-magnesiche, da 29° a 37° C.
- Fluggi** (Frosinone): Acque oligometalliche radioattive.
- Levico** (Trento): Acque arsenicoferruginose solforiche forti e deboli per bibite e per bagni.
- Montecatini** (Pistoia): Acque clorurato-sodiche deboli e forti. Fanghi vegetominerali. Bagni.
- Porretta** (Bologna): Acque salsobromoiodiche e clorurate sodiche sulfuree.
- Recoaro** (Vicenza): 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 sodicocalcicomagnesica a 26° C.
- S. Cesarea** (Lecce): Acqua solfocarbonatocalcica a 33° C. Fanghi vegetominerali.
- Sardara** (Cagliari): Acqua bicarbonato sodica a 50°-58°-68° C.
- Trescore Balneario** (Bergamo): Acqua clorurata sodicocalcica, bibite e bagni.

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

a) ipercloridia - atonia gastrica - gastroenterite cronica:

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

b) stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti:

Fonti idropiniche: **Agnano** (Napoli) — **Bognanco** (S. Lorenzo - Novara) — **Castellammare di Stabia** (Napoli) — **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) artrismo 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*) — **Caramanico** (Pescara), (*bagni, fanghi, bibite, inalazioni*) — **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*);

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, oistopielite:

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

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

Case specializzate per malattie polmonari: *Case per cure otorinolaringoiatriche:*

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

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

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

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

Case specializzate per malattie nervose:

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

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 Prin-
cipe - Piazza Gesù e Maria, 24.

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

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

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

*Case di cura per le malattie medico-chirur-
giche, cliniche, ospedali, poliambulanze
ed istituti vari:*

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

— « *Villa Rosa* » - Via Castiglione, 108.

— « *Villa Verde* » - Via Mamolo, 45.

Brescia - Poliambulanza delle specialità
medico-chirurgiche - Piazzale Garibaldi.

Caltanissetta - Casa di cura del Dr.
Ballati.

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 circola-
zione del Prof. G. Galli - Foro Bo-
naparte, 51.

Napoli - Sanatorio « *Carlo Forlanini* ».

Palermo - Clinica Prof. Arnone, Via
Ugdulena, 2.

Pavia - Casa di cura Prof. Eugenio Mo-
relli - Piazza XXIV Maggio.

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

Roma - Istituti Fisioterapici Ospedalieri:

1) Ospedale dermosifilopatico di S. Gal-
licano;

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.

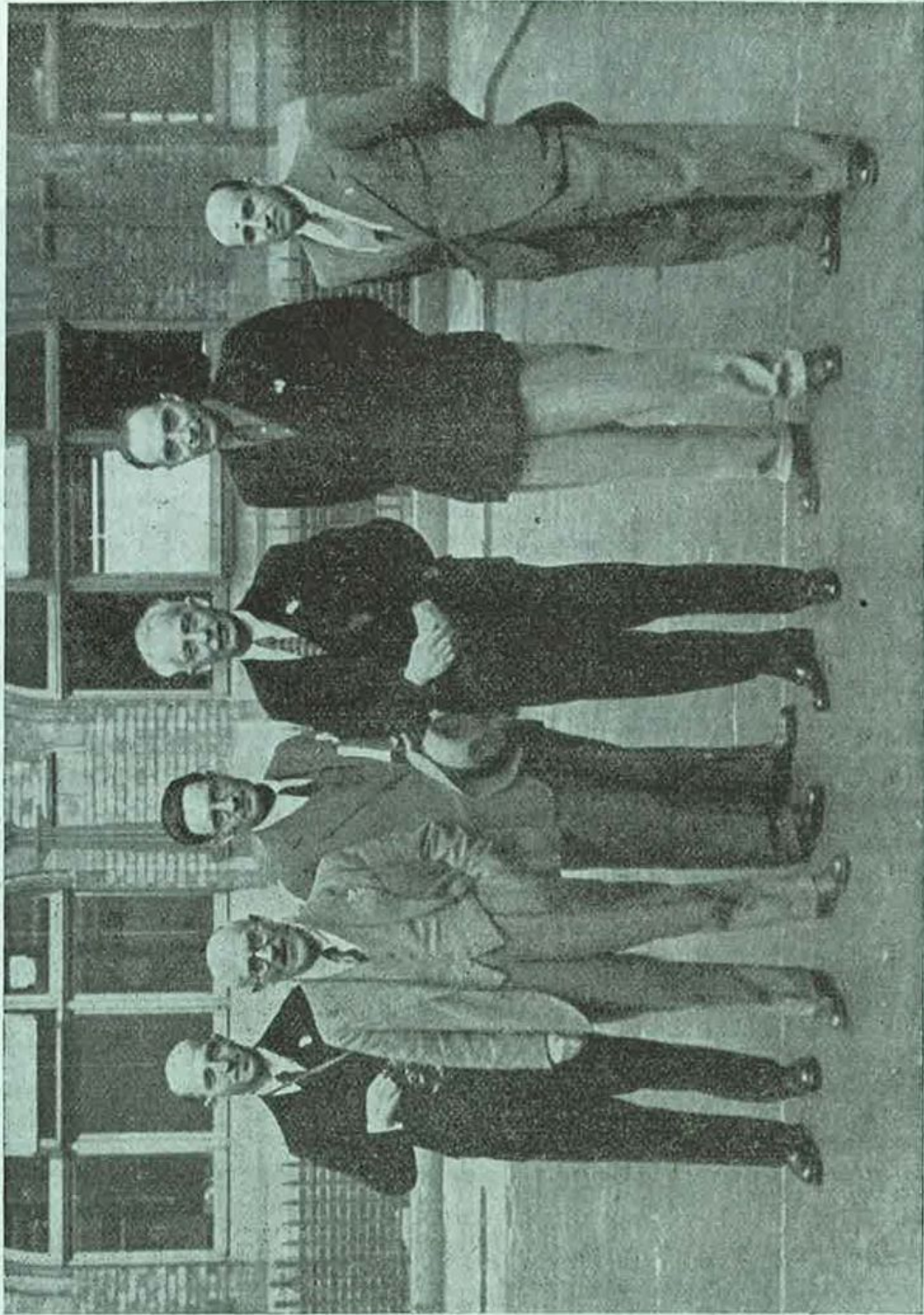
Varese - Clinica privata « *La Quietè* ».

Vigevano (Pavia) - Ospedale degli In-
fermi.

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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



**Delegazione Italiana
al Congresso Internazionale
delle Assicurazioni
di Londra 23-27 In-
glio 1935-XIII) :: ::**

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

IL CONTROLLO DELLA SALUTE E LE CURE TERMALI ED IDROPINICHE

Dott. M. BIASIOTTI

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

Durante i grandi calori estivi si abbandonano le città per recarsi in stazioni climatiche che offrano un soggiorno piacevole e gradito e che permettano ai malati di associare ai benefici di un clima adatto ai loro disturbi, quelle cure termali ed idrominerali che possono giovare alle loro malattie.

In un Paese come il nostro dove per migliaia di chilometri si stendono pittoresche spiagge marine e si snodano elevate catene montane, esistono numerose stazioni termali ed idrominerali che offrono unitamente ai vantaggi del clima quelli dell'idroterapia e dei bagni termali.

Non si deve però scegliere a caso una qualsiasi stazione climatica o termale ma è opportuno ricorrere al consiglio del medico che deve prima giudicare se sia il caso di praticare cure idropiniche o termali e poi indicare caso per caso quale altitudine, quale clima, quale cura termale o idrominerali si debba preferire. Ma perchè il medico possa dare questi opportuni consigli sarà utile sottoporre al suo giudizio i dati che riguardano la misurazione della pressione arteriosa e l'esame delle urine e del sangue.

Queste precauzioni debbono essere assolutamente prese se si vogliono evitare inescusabili incidenti, sempre nocivi e talora mortali che si possono avere in seguito a cure idropiniche o termali scelte dai malati stessi senza consultare e senza praticare le necessarie ricerche.

Prendiamo come esempio un sofferente di calcoli renali che ignori di essere anche affetto da ipertensione arteriosa e che essendo venuto a conoscenza della grande efficacia delle acque diuretiche nella calcolosi renale decida di praticare durante la stagione estiva una cura di diuresi allo scopo di eliminare i calcoli renali; egli si recherà in una delle celeberrime stazioni idrominerali e farà una cura idropinica, ingerendo grandi quantità dell'acqua diuretica per praticare il lavaggio del rene. Ma le cure di acque diuretiche sono controindicate nell'ipertensione arteriosa perchè le dette acque prese ad alte dosi determinano, sia pur transitoriamente, un forte aumento della pressione del sangue; quindi senza un esame preliminare della pressione arteriosa si può divenire gravemente malati bevendo quantità esagerate di acqua allo scopo di eliminare i calcoli renali; ogni cura di diuresi deve quindi essere preceduta da una accurata visita medica e sopra-

tutto da una esatta misurazione della pressione arteriosa, da un esame di urine ed eventualmente anche di sangue.

Potrei moltiplicare gli esempi per dimostrare di quale importanza per la salute sia l'avvertenza di far precedere ogni cura climatica e termale da una visita medica corredata dai principali esami di laboratorio, se non si vuole che detta cura, invece di giovare, rischi di essere nociva.

I PRIMI SINTOMI SUBBIETTIVI DELLE MANIFESTAZIONI GOTTOSE

Dr. S. FIANDACA

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

Non si può negare che la diagnosi di gotta, o più esattamente di uricemia, venga posta con relativa facilità giustamente od a torto ogni qual volta un soggetto accusi dei dolori alle articolazioni o a determinati gruppi muscolari o viceversa soffra di altri disturbi mal definiti, dolorosi o non, a carico di altri apparati (quali ad esempio disturbi dell'apparato digerente etc). Occorre subito far notare che tale tendenza ad attribuire alla gotta sintomi che con essa alcune volte non hanno alcun rapporto è entrata a far parte del bagaglio della medicina popolare, sì che ogni soggetto che abbia delle sofferenze, che ricordano sia pur lontanamente la sintomatologia della gotta, si crede autorizzato ad attribuire ad essa le sue sofferenze, senza nella maggior parte dei casi chiedere il parere del medico.

È quel che è peggio alcune volte l'infermo stesso basandosi sui risultati terapeutici di quel tale farmaco osservati sull'amico o sul parente che accusava dei sintomi apparentemente simili o basandosi sulla reclam (non più soltanto della 4^a pagina) dei giornali, inizia e porta a termine delle cure, che per ragioni evidenti non sempre sortiscono all'effetto desiderato.

In realtà la molteplicità dei segni, con la quale può presentarsi al suo inizio il quadro clinico della gotta, permettendo all'infermo di far rientrare agevolmente i suoi disturbi nell'ambito di tale morbo, spiegherebbe in qualche modo la tendenza e la frequenza di tale autodiagnosi. Viceversa è appunto questa multiforme varietà di disturbi, con i quali suole in molti casi iniziarsi l'affezione, la causa di non comuni difficoltà diagnostiche per il medico che voglia porre il suo giudizio esatto fin dai primi segni accusati dall'infermo.

Ricorderemo qui brevemente i sintomi subbiettivi di tale morbo quali sogliono presentarsi nella maggioranza dei soggetti. L'esordio può essere brusco o subdolo: diciamo subito che più frequentemente la gotta inizia con una serie di disturbi a lento decorso non specifici di tale affezione. Essi consistono in dolori di intensità varia localizzati ad una o più articolazioni, alcune volte persistenti, altre volte fugaci, che regrediscono e scompaiono spontaneamente per ricomparire a distanza di tempo più o meno lunga nelle stesse articolazioni od in altre. Causa non infrequente di tali disturbi, sebbene forse soltanto apparente, sono le variazioni di temperatura o delle altre condizioni atmosferiche, le correnti di aria fredda, un bagno freddo, etc. Altre volte invece è un pasto copioso, una lunga passeggiata a far insorgere sensazioni dolorose a carico dei muscoli o di articolazioni, che non cedono facilmente alle comuni pratiche terapeutiche.

Alla sintomatologia dolorosa sogliono in genere accompagnarsi disturbi dello stato generale, consistenti in malessere, astenia, svogliatezza, ed altera-

zioni funzionali di uno o più apparati, tra i quali principalmente il digerente. In tal caso l'infermo ad esempio può accusare senso di peso o di gonfiore all'addome, modificazioni improvvise dell'alvo, pirosi, sensazioni di secchezza o di amaro alla bocca. Generalmente però, ad onta della presenza di tali segni a carico dell'apparato gastro-intestinali, l'appetito è ben conservato.

Non è raro il caso, invece, nel quale l'infermo accusi delle sensazioni dolorose al cuore, a guisa di fitte, o delle vertigini o delle crisi improvvise di dispnea o di tosse.

Come si vede da quanto è stato riferito, i sintomi subiettivi iniziali della gotta, allorchè questa si inizia subdolamente, possono essere svariati ed assumere aspetti diversi, sì da simulare le più differenti sindromi. Nella valutazione quindi dei segni bisogna tener conto del complesso di essi, senza peraltro dare eccessivo peso al singolo sintomo. La persistenza dei disturbi, il ripetersi ad intervalli irregolari, la relativa resistenza alle comuni terapie potranno fino ad un certo punto rappresentare elementi da far sospettare la presenza di una gotta.

Viceversa l'inizio di tale malattia può essere acuto; in tal caso la prima manifestazione è rappresentata dall'accesso gottoso articolare acuto. Esso suole presentarsi tra il 25° e 35° di età, in soggetti corpulenti e di aspetto fiorido, i quali molto probabilmente fino allora non avevano accusato alcun disturbo.

Nella maggior parte dei casi si riesce a trovare, a torto o a ragione, una causa provocatrice dell'accesso: una lunga passeggiata, un pasto copioso, un'ingestione eccessiva di vino, un traumatismo, una emozione violenta, una infezione acuta etc.

Non è raro, rifacendo esattamente l'anamnesi, scoprire dei prodromi insorti nell'imminenza dell'accesso; sono in genere delle sensazioni vaghe ed imprecise, dei disturbi di poco conto che passano facilmente inosservati, ma che dopo l'accesso l'infermo torna a ricordare, ed impara a valutarli giustamente allorchè essi si ripresentano quali segni prodromici di accessi di gotta successivi. Tali sintomi sono rappresentati a volte da senso di malessere, di torpore di inattitudine al lavoro intellettuale, a volte da eccessiva irritabilità o nervosismo, a volte al contrario da inconsueto ed improvviso stato euforico.

Alcuni soggetti viceversa accusano sensazioni di freddo diffuse a tutto il corpo, dolori improvvisi e molto vivi localizzati profondamente ora agli arti, specie inferiori, ora alla colonna vertebrale, ora al torace.

L'accesso può in altri casi essere immediatamente preceduto da una crisi di emicrania, accompagnato o non da vertigini, ronzio agli orecchi, disturbi oculari e nasali.

Una crisi di asma, una nevralgia sciatica, un modico innalzamento termico possono essere, se pur raramente, segni premonitori dell'insorgenza dell'accesso gottoso.

Prodromi più frequenti sono alcuni disturbi dell'apparato gastro-intestinale caratterizzati da nausea, dolori epigastrici, pirosi, meteorismo, bocca pastosa ed amara con lingua fortemente impaniata.

A tali prodromi, i quali peraltro si presentano nel loro più vario aggruppamento o possono addirittura mancare, segue immediatamente l'accesso gottoso. Questo generalmente insorge improvvisamente durante la notte con un dolore violento localizzato nella maggioranza dei casi (95%) all'articolazione metatarso-falangea dell'alluce, più sovente a sinistra che a destra. Il dolore è il segno dominante: esso suole essere moderato al suo inizio ed accompagnarsi a sensazione di freddo, si acutizza però rapidamente diventando ben presto insopportabile. Dalla sua sede sull'alluce incomincia a irradiarsi a tutto il piede e sovente anche alla gamba dello stesso lato; alla sensazione precedente di freddo si sostituisce un senso di caldo e di intenso bruciore, come se sul piede si fosse versata dell'acqua bollente o del piombo fuso. Il piede si arrossa, si gonfia ed acquista una sensibilità così viva che qualsiasi oggetto o panno si posi su di esso provoca terribili sofferenze.

Tale sintomatologia, del resto però non sempre così violenta, suole durare circa 24 ore; non è escluso però che duri, attenuandosi, più lungo tempo, fino a sei o sette giorni.

Non è raro che l'accesso gottoso sia accompagnato da un rialzo termica di notevole grado (fino a 39), il quale in genere coincide perfettamente con lo sintomatologia locale ed è ad essa proporzionato.

La fenomenologia dell'accesso gottoso raramente scompare così come è incominciata; viceversa regredisce lentamente: essa suole nei giorni seguenti subire durante la notte modiche riacutizzazioni, le quali vanno gradatamente acquistando minore violenza fino a scomparire del tutto.

Bisognerà ricordare però che accanto all'accesso di gotta tipico articolare, del quale abbiamo sommariamente su riferito, esistono degli accessi frusti con sintomatologia incompleta, varia, a volte poco caratteristica. Si può dire a tal proposito che esiste una gamma di fenomenologie che da quella, la cui insorgenza subdola e poco chiara è stata presa in esame al principio di questa nota, va al tipico accesso di gotta.

È ovvio che allorchè in un soggetto insorge una di tale crisi gottose tipiche, la diagnosi può essere posta con relativa facilità anche da chi abbia solo delle nozioni elementari su tale argomento.

DELLA « STANCHEZZA » O ASTENIA

Dott. A. STARNA

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

L'ora più bella della nostra vita quotidiana è forse quella del riposo che trascorriamo nella quieta intimità familiare dopo una lunga giornata lavorativa. Niente ci è più gradito, allorchè un senso di dolce stanchezza invade le nostre membra e il nostro cervello, quanto una raccolta siesta in casa ed un buon sonno ristoratore. La mattina dopo con il nuovo sole il senso di affaticamento è scomparso e ci sentiamo tornati padroni di tutta la nostra capacità lavorativa.

E' tanto istintivo nell'uomo il bisogno di riposo e di sonno dopo un notevole affaticamento che gli antichi Greci foggiarono un dio, piccolo infante o giovane adolescente come lo plasmò Michelangelo, deputato a presiedere « il sonno ristoratore degli uomini. Nacque così dalla Notte il bene atteso 'Υπνος alle cui leggi lo stesso Giove talvolta dovette sottostare come un modesto mortale nè la sua bacchetta risparmiava alcuna divinità dell'Olimpo.

Oggi senza ricorrere col pensiero all'adolescente dio alato, il cui stesso nome 'Υπνος sembra già preannunciare il suo giungere silenzioso come un alito, la scienza medica ci spiega le cause dell'affaticamento fisiologico e la grande importanza del riposo.

Sono così oggi in causa, poichè l'alato figlio della Notte è fuggito davanti all'occhialuta Scienza inquisitrice, più prosaici elementi quali l'acido lattico, l'anidride carbonica e le tossine del lavoro; sostanze che con un processo naturale ostacolano il funzionamento del nostro organismo quando esso è sovralfaticato e ci avvertono, anzi ci costringono col riposo a ricostituire le forze di riserva distrutte.

E' un vero peccato, diranno gli incontentabili, che la medicina abbia tarpato le ali alla fantasia dei poeti e al piccolo dio; ma bisogna pur rassegnarsi

a rinunciare a qualche cosa visto che là febbre del sapere razionale ha ormai diritto di precedenza in questo povero mondo. E poi in cambio abbiamo gli ipnotici, cioè la potenza dell'antica divinità concentrata in... compresse.

*
* *

Se è quasi piacevole e comunque utilissimo avviso pel funzionamento delle nostre facoltà il senso del sovraccarico fisiologico altrettanto fastidioso in quanto continuo ed apparentemente ingiustificato è quello patologico di cui oggi voglio parlarvi.

Questa sensazione di stanchezza all'inizio di un qualunque lavoro che il pubblico chiama generalmente « debolezza » è con termine medico chiamato astenia. Pur non assurgendo ad una vera malattia che in casi speciali dobbiamo riconoscere che essa è di molta noia soprattutto quando, come spesso accade, colpisce adolescenti o giovani. Il desiderio di voler lavorare, muoversi, studiare e avvertire nello stesso tempo in noi la mancanza delle forze per poter riuscire è veramente una cosa che disturba molto più di quanto non si creda. Perché la nostra costituzione quando le varie funzioni sono perfettamente coordinate tra loro cioè euritmiche provoca nella nostra sub-coscienza un senso di vero benessere che i medici, eterni artefici di parole difficili, qualificano euforia. Or bene, la sensazione subiettiva del proprio organismo quando esce dalla norma euforica può deviare sia verso un desiderio di eccessivo lavoro e costituisce allora il fenomeno detto mania o polarizzarsi in senso inverso verso un'impressione di sovraccarico anche durante il minimo lavoro e ciò costituisce appunto l'astenia.

La stanchezza in questi casi, a differenza di quella fisiologica, non solo è avvertita prima di iniziare qualunque lavoro ma per vari gradi giunge a dare un senso di spossamento profondo. Talvolta è così intensa che non solo la capacità fattiva ne è annichilita ma la stessa volontà ne risulta fortemente diminuita.

Ebbene con tutto ciò quando ci si sente astenici non è raro il caso che molti si contentino di una specialità « ricostituente » scelta a caso in una réclame di quarta pagina o perchè consigliata da qualche conoscente. Si trascura così un esame accurato che dovrebbe invece essere praticato dal medico il quale solo potrà metterci a tempo sulla giusta via. In tal modo, di ricostituente in ricostituente, si perde il tempo prezioso del periodo iniziale di tante malattie serie. Come si fa a non cedere al consiglio di uno che a suo dire aveva « proprio gli stessi segni » ed è guarito con la specialità X o a quelli di una gentile signora che è tanto premurosa della salute altrui?

Non voglio però a questo punto esser frainteso; l'astenia di per se non è grave ma rappresenta un sintomo a cui deve badare chi vuol prevenire a tempo le proprie malattie. E' facile poi comprendere che vicino ad astenie quasi fisiologiche ve ne sono altre di ben altra natura e che ora passeremo in rapida rassegna.

*
* *

Sono sulla soglia delle astenie patologiche quelle che conseguono a « surmenage » specie intellettuale, così frequente negli adolescenti nei quali però non è raro trovare anche una debilitazione morbosa latente; e le astenie nella convalescenza di malattie infettive acute quali l'influenza, la polmonite e il tifo.

Molto insidiose sono invece le *astenie da infezioni croniche* il cui quadro sintomatologico è per un certo periodo limitato ad una debolezza inspiegabile finchè un attento esame o un fatto nuovo ci dicono chiaramente la vera natura della malattia. Uno sputo ematico, un esame di sangue positivo per la lue, un

ematemesi improvvisa ci svelano la vera causa delle astenie sintomatiche di questo primo gruppo.

L'importanza di giungere ad una precoce diagnosi in queste malattie sarebbe di per sè sufficiente a mettere in guardia da troppo comode astenie dette di « stagione »; ma purtroppo ve ne sono ben altre da ricordare.

Un notevole contingente è dato dalle *malattie del sangue* sia dall'anemia perniciosa sia dal più vasto gruppo delle leucosi o leucemie; il pallore, la decolorazione delle mucose e soprattutto un esame morfologico del sangue insieme ad altri sintomi di cognizione strettamente medica ne completano la diagnosi.

Una terza categoria comprende le *astenie endocrine* cioè da alterata secrezione interna di alcune ghiandole e comprende in primo luogo l'insufficienza surrenale (iposurrenalismo) molto frequente in vari stati infettivi, talora essenziale e caratterizzato dalla triade clinica: astenia, ipotensione, stria bianca di Sergent. All'insufficienza della ghiandola tiroide è invece dovuta l'astenia da mixedema; a quella di parenchima insulare del pancreas è dovuto il diabete. L'importanza della « debolezza » come sintomo iniziale del diabete mellito è molto grande e non è raro che essa rappresenti l'unico fatto che spinga il malato a farsi visitare dal medico; una glicosuria insospettata spiegherà la vera natura di quella astenia.

Sempre endocrina, costituendo uno speciale stato diatesico, è l'astenia dell'obesità che deve mettersi in rapporto ad una insufficienza pluriglandolare.

Ascriveremo in un quarto gruppo le *astenie* espressione di *stati autotossici*. La più frequente è l'astenia permanente invincibile che sopravviene negli uremici cronici, spesso associata ad un sopore. Anche l'arteriosclerosi specialmente quando assume il decorso di una degenerazione senile determina per l'assorbimento di sostanze autotossiche un continuo stato di sopraffaticamento.

In seguito ad emozioni ripetute od insonnia insorge non raramente l'*astenia nervosa* che costituisce il vasto quinto gruppo delle astenie.

Questa si incontra in tutte le psiconevrosi depressive in modo costante quali le psicoastenie, le nevropatie cerebro-cardiache, gli stati nevrastenici.

L'importanza diagnostica dell'astenia in queste nevrosi è capitale e predomina nel quadro clinico non raramente accompagnata all'insonnia. Molto spesso un grave dispiacere, un surmenage fisico o intellettuale, uno stato emozionale, hanno provocato l'insorgenza di tali sindromi che di per sè a loro volta contribuiscono ad aggravarla. Questo vero circolo vizioso dell'iperexcitabilità e dell'astenia perseverando determinerà un emozionalismo che porta l'individuo fino all'insonnia ed è specialmente insidioso perchè spesso al paziente sfuggono i rapporti di dipendenza tra i due gruppi dei fenomeni.

E' solo il medico che riesce in queste psiconevrosi, del resto abbastanza frequenti, ad individuare il rapporto che collega i due gruppi di fenomeni.

Una forma che si potrebbe definire *neuro-costituzionale* è l'astenia che segue alla ptosi (discesa dei visceri verso il bacino) associata a dimagrimento, forma che in casi speciali è dai medici chiamata col nome di morbo di Glenard, in cui il fattore nervoso e costituzionale si associano.

Altra forma nervosa associata è un'altra descritta in questi ultimi anni con il nome di astenia *neuro-circolatoria* dagli americani e che equivale alla sindrome da sforzo degli inglesi. Preferisce l'età della media giovinezza cioè i trent'anni e i soggetti ben nutriti in prevalenza le donne. Questa astenia è caratterizzata da sintomi cardio-vascolari quali la palpitazione, il respiro affannoso e nervosi soprattutto debolezza, cefalea, capogiri, sudorazioni e arrossamenti. Questa astenia potrebbe essere ascritta al gruppo endocrino sopra riportato poichè varii AA. americani l'hanno attribuita ad una iperfunzione tiroidea. Ma sopra gli interventi chirurgici troppo solleciti a carico di questa ghiandola ha richiamato l'attenzione Buerlemann che recentemente ha ricordato come l'insuccesso di tale cura non sia rara. Perciò in attesa di conoscere quale altro fattore contribuisca allo stabilirsi dell'astenia neurocircolatoria è bene considerarla ancora tra le forme prevalentemente nervose.

Naturalmente il medico prima di avanzare la diagnosi di psiconevrosi in genere e delle varietà suesposte deve accertarsi in ispecie che non si tratti invece di una astenia sintomatica di una affezione organica.

Rientrano infine tra le astenie nervose quelle che si manifestano inizialmente o durante il decorso di malattie organiche nervose; in tal caso esse rappresentano un sintomo che si accompagna a deficit motorio o ad altri segni patognomonicamente dell'affezione in atto.

Il sesto ed ultimo gruppo comprende l'*astenia idiopatica* o costituzionale, affezione molto rara, che colpisce i bambini o gli adolescenti. Questi soggetti si dimostrano in qualunque evenienza apatici e privi di ogni interesse per l'ambiente che li circonda. La vivacità propria dell'età infantile, e che è la lieta preoccupazione di ogni mamma, manca completamente e subentra in questi bambini una svogliatezza per ogni lavoro sia intellettuale che fisico. Qualunque stimolo anche ai giochi è senza effetto, il piccolo si sente stanco anche all'idea di qualunque lavoretto.

Anche per queste primitive astenie costituzionali che sorgono spesso sopra una ereditarietà neuropatica occorre un esame nervoso accurato medico che possa escludere l'esistenza di ogni altra malattia organica.

*
* *

Come si vede la debolezza, tranne in un numero limitato di casi, è spesso sintoma di incipiente malattia. Perciò l'astenia merita tutta l'attenzione di colui che ne viene colpito e molto saggiamente questi farà a sentire il parere di un medico anziché lasciarsi tentare dal primo «ricostituente» consigliato da qualche amico premuroso. Il medico passerà ad un esame sistematico della pressione, del sangue, delle temperature, delle urine e del sistema nervoso. Una iperazotemia, una iperglicemia o una lesione apicale subdola ci diranno che ben altra malattia si celava sotto una ostinata debolezza.

E se, come spesso accade in simile evenienza, la cura giungerà in tempo, ringrazieremo la provvidenziale astenia dell'allarme che ci ha dato.

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

Anno 1931	33,50 %	dei buoni distribuiti
» 1932	36,70 %	» »
» 1933	53,60 %	» »
» 1934	59,60 %	» »
» 1935 (1° Semestre)	57,09 %	» »

Spese sostenute dall'I. N. A. per visite mediche per assunzione di nuovi contratti di assicurazione nel triennio 1932-1934.

REGIONI	Importi 1932	Importi 1933	Importi 1934
Piemonte L.	122.866	105.035	76.695
Lombardia	267.465	299.162	319.159
Tre Venezie	127.390	130.600	92.743
Liguria	93.905	85.170	75.705
Emilia	90.885	94.581	91.120
Toscana	92.090	95.587	102.795
Marche	29.460	43.985	42.892
Umbria	17.965	18.490	20.110
Lazio	117.025	118.385	128.809
Abruzzi	46.150	44.685	57.550
Campania	114.479	130.610	130.132
Puglie	63.889	74.205	82.775
Lucania	17.425	17.545	23.470
Calabria	49.505	53.065	52.995
Sicilia	89.920	98.348	82.870
Sardegna.	30.040	37.234	40.995
<i>Totali</i> . L.	1.370.459	1.446.637	1.420.315

Notiziario

La partecipazione degli assicurati dell'I.N.A. agli utili dell'azienda.

Il Consiglio di Amministrazione dell'I.N.A. in conseguenza dei brillantissimi risultati del bilancio del 1934, ha potuto nuovamente aumentare la quota di partecipazione degli assicurati agli utili dell'Azienda, portandola dal 4,50 al 5 per mille. Ha deciso altresì che le quote di utili assegnate agli assicurati e portate in aumento del capitale assicurato, scontate al saggio del 4^o/100 annuo, possano essere impiegate per il pagamento delle ultime rate di premio, salvo sempre il diritto dell'assicurato di dare esecuzione al contratto fino al termine stabilito. Naturalmente gli assicurati che preferiscano continuare il pagamento fino alla fine, potranno farlo e beneficeranno integralmente della compartecipazione agli utili, in aumento del capitale assicurato a scadenza.

Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari.

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

COMITATO TECNICO DIRETTIVO

Presidenti

On. Sen. Avv. GIUSEPPE BEVIONE - S. E. l'On. Sen. Conte GIUSEPPE VOLPI DI MISURATA

Ing. LEONE AMBRON
 Prof. LUIGI AMOROSO
 On. Dott. FRANCESCO ANGELINI
 Dott. ANSELMO ANSELMI
 Prof. TULLIO ASCARELLI
 On. Prof. VINCENZO BURONZO
 Prof. FRANCESCO PAOLO CANTELLI
 On. TULLIO CIANETTI

On. Dott. RICCARDO DEL GIUDICE
 S. E. l'On. Avv. ROBERTO DE VITO
 Prof. ANTIGONO DONATI
 On. Avv. GIUSEPPE FRIGNANI
 Dott. IGNAZIO GIORDANI
 Dott. CARLO GRA
 On. Dott. GIUSEPPE LANDI
 Dott. MARINO MARINELLI

Segretario Generale Prof. ANTIGONO DONATI

COMITATO ORDINATORE

Presidenza

S. E. l'On. Conte GIUSEPPE VOLPI DI MISURATA	S. E. il PREFETTO di Venezia
S. Eminenza Monsignor JEREMICH, VESCOVO Ausiliario di Venezia	Il SEGRETARIO FEDERALE di Venezia
Il PRESIDE della Provincia di Venezia	Il PODESTÀ di Venezia

V. Presidente

Ing. BEPPE RAVA, V. Presidente Consiglio Provinciale Economia Corporativa di Venezia

Membri.

Dott. ALBERTO BAGNOLI - Capo Servizio Assicurazioni Popolari I. N. A.
 Dott. DANTE CHIARINI - Ispettore Principale I. N. A. Venezia
 Prof. RAFFAELE CULTRERA - Capo Servizio Bilancio Tecnico e Statistica I. N. A.
 Prof. CARLO ALBERTO DELL'AGNOLA - Rettore R. Ist. Sup. di Scienze E. e C. di Venezia
 Conte GIANDANIELE ELTI DI RODEANO - Console Generale M. V. S. N.
 Nobile GABRIELE GRIXONI - Capo Servizio Affari Generali I. N. A.
 Dott. SILVIO LEONI - Capo Servizio Organizzazione I. N. A.
 Prof. AUGUSTO LIZIER - R. Provveditore agli Studi di Venezia
 Dott. ANTENORE MARINI - Agente Generale I. N. A. Venezia
 Comm. FRANCESCO MELLI - Segretario Sindacato Naz. Fascista Agenti Generali I. N. A.
 Prof. ANGELO PANCINO - Presidente Cassa di Risparmio di Venezia
 Dott. LUIGI POZZI - Ispettore Capo Superiore I. N. A.
 Avv. MAX RAVÀ - Presidente Istituto Federale delle Casse di Risparmio delle Venezia
 Prof. ILARIO ROMANELLI - Capo Servizio Sanitario I. N. A.
 Rag. SATURNO SOBRERO - Capo Servizio Tariffe e Collettive I. N. A.

Segretario Generale Dott. ANTENORE MARINI.

Hanno inviato adesioni al Congresso le Accademie, gli Istituti Scientifici, le Università e gli Istituti Superiori del Regno che vi saranno tutti rappresentati. Interverranno tutte le organizzazioni del Partito e le Associazioni aderenti, le organizzazioni sindacali e combattentistiche; il Patriarca di Venezia e numerosi Vescovi. Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha segnalata l'importanza dell'avvenimento a tutti i Provveditori agli studi, che intervengono insieme a rappresentanze di direttori didattici ed insegnanti.

Totalitaria è l'adesione degli Enti pubblici e privati di previdenza. Al Congresso parteciperanno anche, quali osservatori, numerosi stranieri. Si prevede pertanto che i congressisti saranno non meno di duemila.

Come sede del Congresso il Podestà di Venezia, previa autorizzazione del Ministero dell'Educazione Nazionale, ha concesso il Palazzo Ducale.

**Programma dei lavori
e delle varie manifestazioni.**

Il programma definitivo dei lavori e delle varie manifestazioni rimane così fissato:

PROGRAMMA.

Parte I.

SEDUTA INAUGURALE.

Sabato 28 settembre 1935-XIII.

Ore 10,30. Palazzo Ducale. - Discorso di GIU-

SEPPE VOLPI DI MISURATA sul significato del Congresso.

Proloquio di GIUSEPPE BEVIONE sul tema: *Concetto, origine e sviluppo delle Assicurazioni Popolari in Italia e negli altri paesi del Mondo.*

LAVORI DEL CONGRESSO.

Ore 15. - Le funzioni delle Assicurazioni Popolari nello Stato Fascista.

Tema I. - *Le Assicurazioni Popolari nel Regime Corporativo* (Rel. ALBERTO ASQUINI).

Tema II. - *Le Assicurazioni Popolari e il Consorzio familiare, con particolare riguardo alla campagna demografica* (Rel. SILENO FABBRI).

Tema III. - *Le assicurazioni popolari in relazione alle singole attività economiche: Industria, Commercio, Agricoltura* (Rel. GIACOMO ACERBO).

Tema IV. - *Le Assicurazioni Popolari e le attività educative* (Rel. DINO ALFIERI).

Ore 21,15. - Serata di gala e grande concerto alla Fenice.

Parte II.

Domenica 29 Settembre 1935-XIII.

Ore 9. - I problemi delle Assicurazioni Popolari.

Tema I. - *Problemi statistici e tecnici. Statistiche e questioni pratiche connesse alle*

Assicurazioni Popolari (Rel. LUIGI AMOROSA).

Tema II. - *Problemi giuridici*. La disciplina giuridica del contratto (Rel. ANTIGONO DONATI).

Tema III. - *I problemi di organizzazione delle Assicurazioni Popolari* (Rel. FRANCESCO MELLI).

Ore 14,30. - Gita con Motonavi alle Isole dell'Estuario. Imbarco al Molo-Pontile della Paglia.

Ore 21. - Illuminazione e fuocate nel Bacino di San Marco. Concerto della Banda Municipale.

Lunedì 30 Settembre 1935-XIII.

Ore 9.

Tema IV. - *Problemi Medici*. L'assistenza sanitarie agli assicurati in forma popolare (Rel. ILARIO ROMANELLI).

Ore 10,30. - Chiusura del Congresso. Premiazione dei fedeli della Previdenza.

Ore 14,30. - Gita con Motonavi al Porto di Venezia (Marittima e Porto Marghera). Imbarco al Molo-Ponte della Paglia.

Oppure: Visita della Città con Guide (Basilica di S. Marco, Mostra del Tiziano, Chiesa dei Frari). Imbarco, come sopra, su appositi vaporini.

Norme e avvertenze varie ai congressisti.

Oltre al Regolamento dei lavori del Congresso sono state disposte per i congressisti le seguenti norme di organizzazione:

Le adesioni al Congresso dovranno pervenire alla Segreteria Generale del Comitato Ordinatore (Venezia, Calle Goldoni 4535, Telefono 22-045) entro il 15 luglio 1935-XIII, accompagnate dall'apposita scheda opportunamente riempita e dalla quota d'iscrizione in L. 10. L'iscrizione e la quota suddetta, danno diritto:

a) alla partecipazione ai lavori del Congresso;

b) agli atti del Congresso;

c) alla concessione dei ribassi ferroviari, marittimi ed aerei, più avanti elencati, verso presentazione degli appositi documenti rilasciati dalla Segreteria del Congresso;

d) alle entrate gratuite nei Musei e Monumenti appresso indicati;

e) alla partecipazione gratuita alle diverse gite e spettacoli elencati nel programma del Congresso;

f) a tutte quelle facilitazioni che saranno in seguito comunicate ai Congressisti.

Organizzazione turistica del Congresso.

D'organizzazione turistica del Congresso è affidata alla « Compagnia Italiana Turismo » (C. I. T.), la quale svolgerà le proprie funzioni attraverso la Segreteria del Congresso.

Segreteria del Congresso.

La Segreteria del Comitato Ordinatore del Congresso ha la propria Sede in Venezia, Calle Goldoni 4535 A, Telefono 22-045, fino al giorno 26 settembre.

Da tal giorno e fino alla chiusura del Congresso, la Segreteria si trasferirà in « Palazzo Ducale ».

Alloggi.

Verranno predisposti gli alloggi per tutti i partecipanti e le modalità delle prenotazioni verranno rese note a mezzo di apposite comunicazioni.

Dato che si prevede una grande affluenza di Congressisti si prega, sin d'ora, di osservare strettamente le norme che la Segreteria del Comitato impartirà allo scopo di rendere agevole il lavoro di sistemazione negli Alberghi. Gli alloggi verranno garantiti solo se fatti attraverso la Segreteria del Congresso.

Escursioni e festeggiamenti.

Come risulta dal programma sono stati organizzati diversi festeggiamenti ed escursioni.

Allo scopo di poter predisporre in tempo i mezzi necessari di trasporto, ecc. si prega di voler già all'atto della prenotazione, indicare chiaramente, sull'apposita scheda, a quali escursioni si intende partecipare.

Ufficio arrivi alla stazione di S. Lucia.

Nei giorni 27 e 28 settembre funzionerà alla stazione di S. Lucia l'Ufficio arrivi nei locali dell'Ufficio Recapito C. I. T.

I sigg. Congressisti sono vivamente pre-

gati di volersi rivolgere al loro arrivo a questo Ufficio per ritirare le eventuali comunicazioni, e per le informazioni riguardanti il loro soggiorno a Venezia.

Agli arrivi dei treni i Sigg. Congressisti troveranno a loro disposizione, gli interpreti della C. I. T. in uniforme.

Riduzioni ferroviarie.

Le ferrovie italiane dello Stato hanno concesso la riduzione del 50 % da una qualunque stazione della rete a Venezia e ritorno alla stazione di partenza. Per usufruire di tale riduzione è necessario presentare agli sportelli delle stazioni ferroviarie o alle agenzie di viaggio le « Richieste » che la Segreteria del Congresso invierà a ogni partecipante.

Il viaggio di andata si può iniziare dal 23 settembre, e il viaggio di ritorno dal 28 settembre al 5 ottobre.

I biglietti per essere validi per il ritorno dovranno portare il bollo del Congresso, che verrà apposto alla sede del Congresso in Palazzo Ducale dal 28 settembre al 30 settembre e presso la Segreteria del Congresso in Venezia, Calle Goldoni 4535 A dal 1 ottobre al 5 ottobre, nonchè il timbro di partenza apposto o presso un'agenzia di viaggi di Venezia o allo sportello della stazione ferroviaria.

Riduzioni su percorsi marittimi.

La « Tirrenia » accorda per i partecipanti al Congresso, provenienti dalle Colonie italiane o dalla Sardegna, la riduzione del 30 % sul nolo (letto, vitto, e diritti esclusi) per i passaggi di andata e ritorno. Per poter fruire di tale facilitazione gli interessati dovranno essere muniti simultaneamente del biglietto di andata e ritorno che verrà staccato presentando apposita richiesta che deve essere, a cura dei partecipanti, ricercata presso la Segreteria del Congresso. La sezione del biglietto di ritorno dovrà essere fatta timbrare per la sua validità presso la sede del Congresso, Calle Goldoni 4535 A, dal 1° ottobre al 5 ottobre.

Riduzioni su percorsi aerei.

L'« Ala Littoria » accorda ai partecipanti al Congresso, provenienti da qualunque città

del Regno e Colonie, la riduzione del 30 % per i passaggi di andata e ritorno.

Per poter fruire di tale facilitazione gli interessati dovranno effettuare il viaggio di andata fra il 25 e il 29 settembre p. v. e quello di ritorno fra il 28 settembre ed il 3 ottobre p. v. Inoltre gli interessati dovranno essere muniti simultaneamente del biglietto di andata e ritorno che verrà staccato presentando apposita richiesta che deve essere, a cura dei partecipanti, ricercata presso la Segreteria del Congresso. La sezione del biglietto di ritorno deve essere fatta timbrare per la sua validità presso la sede del Congresso dal 28 al 30 settembre e presso la Segreteria del Congresso, Calle Goldoni 4535, dal 1° ottobre al 3 ottobre.

Ufficio postale e telefonico.

Per i giorni dei lavori del Congresso è istituito in Palazzo Ducale un servizio di posta e telefono.

ESCURSIONI FACOLTATIVE.

Sono state organizzate le seguenti escursioni facoltative alle quali potranno prendere parte i Sigg. Congressisti a lavori ultimati.

I programmi sono i seguenti :

Gita facoltativa nel Cadore e nelle Dolomiti.

1° ottobre. — Concentramento al Piazzale Roma. Partenza da Venezia in autopulman alle ore 8,30. Per Treviso, Conegliano, Vittorio arrivo a Pieve di Cadore verso le ore 12. Seconda colazione. Visita della Casa natale di Tiziano. Partenza alle ore 15. Arrivo a Cortina d'Ampezzo alle ore 17 passando per il Lago di Misurina e Passo Tre Croci. Sistemazione in albergo. Pranzo e pernottazione.

2 ottobre. — Prima colazione. Partenza alle ore 10 per il Passo di Falzarego. Arrivo al Passo del Pordoi alle ore 12,30. Seconda colazione. Partenza alle ore 14. Passando per Canazei, Predazzo, Passo Rolle arrivo a San Martino di Castrozza verso le ore 16,30. Partenza da S. Martino alle ore 17. Arrivo a Venezia (Piazzale Roma) alle ore 20. Fine del viaggio.

L'effettuazione è subordinata alla partecipazione di almeno 30 persone.

Prezzo: L. 170 comprendente trasporto in autopullman, i pasti previsti nel programma, sistemazione in buoni alberghi comprese tasse e mance. Accompagnamento durante il viaggio da parte del personale della C. I. T.

Circuito del Garda con visita delle città di Padova e Verona.

1 ottobre. — Concentramento al Piazzale Roma. Partenza da Venezia con autopullman alle ore 8,30. Giro della città di Padova con visita al Santo. Arrivo a Verona verso le ore 12. Seconda colazione a Verona. Giro della Città. Arrivo a Gardone Riviera verso le ore 17. Sistemazione nell'albergo. Pranzo e pernottamento.

2 ottobre. — Prima colazione. Partenza da Gardone alle ore 10. Arrivo a Riva del Garda alle ore 11. Seconda colazione. Partenza da Riva alle ore 14,30 proseguimento del viaggio attraverso la Gardesana occidentale per Malcesine, Garda e Peschiera. Ritorno a Venezia per le ore 20. Fine del viaggio.

La effettuazione è subordinata alla partecipazione di almeno 30 persone.

Prezzo L. 160. Comprendente trasporto in autopulmann, tutti i pasti previsti nel programma e sistemazione in buoni alberghi, comprese tasse e mance.

Gita facoltativa a Trieste e visita ai campi di battaglia - Grotte di Postumia

30 settembre pom. — Concentramento alla

stazione S. Lucia. Partenza da Venezia. Arrivo a Trieste. Trasporto all'albergo. Pernottamento.

1 ottobre. — Prima colazione. Gita in torpedone ai Campi di Battaglia con la seconda colazione consumata durante il percorso al ristorante. Itinerario: Trieste, Duino, Monfalcone, Ronchi dei Legionari, Cave di Selz, Devetachi, S. M. del Carso, Vetta S. Michele, Cimitero Redipuglia, Merna, Gorizia, Vipacco, Prevallo, Grotte di Postumia, Trieste. Pranzo e pernottamento.

2 ottobre. — Prima colazione. Seconda colazione. Trasporto al Molo e partenza in piroscifo per Venezia alle ore 13. Arrivo a Venezia alle ore 19. Fine del viaggio.

L'effettuazione della gita è subordinata alla partecipazione di almeno 30 persone.

Prezzo: L. 300 per persona comprendente i seguenti servizi:

Ferrovia II classe e piroscifo I classe. Gita in torpedone con ingressi alle Grotte e guida locale. Seconda colazione durante la gita. Sistemazione in buoni alberghi, tasse e mance comprese.

Assistenza del personale della C. I. T. durante il viaggio.

Opuscolo Programma. — Tra breve tempo verrà iniziata la distribuzione gratuite in tutta Italia di un opuscolo — Programma — di circa 70 pagine in carta di lusso diviso in tre parti: I. - Il Congresso - II. L'Istituto Nazionale e le Assicurazioni Popolari - III. Venezia.

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

Riportiamo anche in questo numero della Rivista il Programma del viaggio dei medici fiduciari dell'I. N. A. alle Terme e luoghi di cura che concedono facilitazioni agli assicurati. Tale viaggio avrà luogo tra il 18 e il 26 settembre 1935-XIII.

PROGRAMMA.

Viaggio di nove giorni a Roma (Littoria, Sabaudia, Fiuggi), Bagni di Chianciano, Bagni di S. Casciano, Pisa, Bagni di S. Giuliano, Bagni di Montecatini, Bagni della Por-

retta, 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 funziona-

rio 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° 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° 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° 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° 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° 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° 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^a 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^o 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^o 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^a classe, 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^a 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^o 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^o 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.

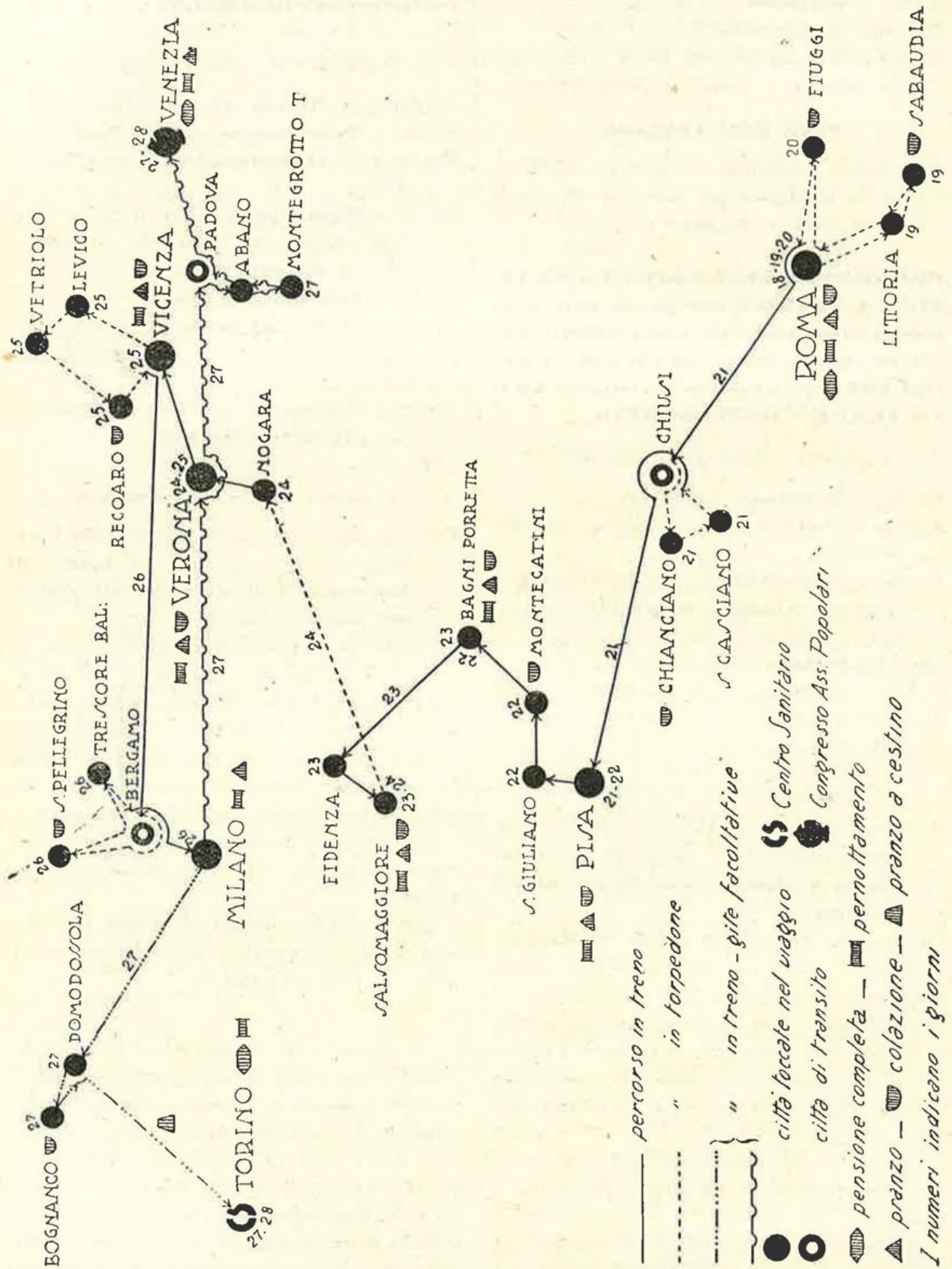
Il prezzo della gita facoltativa a Torino, con fermata a Bognanco, comprendente tutti i servizi (trasporto in ferrovia 2^a classe e torpedone, pasti, servizi alberghieri a Torino fino al pranzo incluso del secondo giorno) per persona (minimo otto persone) è di **L. 147.**

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^a 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 Assicurati 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.

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



Congresso Internazionale di Medicina dell'Assicurazione vita.**(Londra, 22-27 luglio 1935-XIII).**

(Dott. A. Sultano). Dal 22 al 27 luglio ha avuto luogo in Londra il Congresso Internazionale di Medicina dell'Assicurazione vita. Al Congresso hanno partecipato 140 delegati di 24 nazioni, e cioè: Argentina, Australia, Austria, Belgio, Brasile, Canada, Chili, Cecoslovacchia, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Giappone, Islanda, Italia, Norvegia, Olanda, Polonia, Spagna, Svezia, Svizzera, Stati Uniti d'America, Ungheria.

La delegazione italiana era così composta: Prof. Romanelli, rappresentante del Ministero delle Corporazioni, dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e del Consorzio Italiano dei Rischi Tarati - Prof. De Gregorio, rappresentante del C.I.R.T. - Prof. Pilotti, rappresentante del C.I.R.T. - Prof. Winternitz, rappresentante delle Assicurazioni Generali di Trieste - Dott. Comirato, rappresentante delle Assicurazioni Generali di Venezia. - Dott. Sultano, dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Le sedute sono state tenute nei locali della Prudential Life Assurance Company.

Il Congresso si è svolto sotto il patronato del Duca di York; il Comitato direttivo era così composto:

Presidente: Prof. Sir Walter Langdon Brown.

Vice-Presidenti: Prof. Dott. Bergstrand di Stoccolma - Dott. Chester T. Brown di Newark, N. J. - Dott. H. J. Coert dell'Aja - Dott. D. Goffin di Brussel - Dott. P. Hörnig di Berlino - Dott. F. Kauffmann di Zurigo - Prof. Dott. M. Loeper di Parigi - Prof. Dr. I. Romanelli di Roma.

Segretario: Dott. Otto May di Londra.

Tesoriere: Dott. Stanley Bousfield.

La mattina del 24 luglio si iniziarono i lavori dopo un discorso inaugurale del Presidente Prof. W. Langdon Brown.

Dettero il loro saluto il rappresentante della Germania Dott. Hörnig, quello della Francia Dott. Loeper e quello dell'Italia Prof. Romanelli.

Vennero quindi discussi i temi di relazione segnati nel programma nel seguente ordine:

24 luglio (mattina). — Metodi della valutazione dei rischi - Relatori: Dott. J. Sturm (Monaco); Dott. Chester T. Brown (Newark N. J.).

Alla discussione presero parte degli italiani: il Prof. De Gregorio ed il Prof. Winternitz.

24 luglio (pomeriggio). — La prognosi dell'ipertensione - Relatori: Dott. E. May e Dr. J. Ollivier (Parigi); Prof. Dr. Winternitz (Trieste).

25 luglio (mattina). — L'accettazione dei glicosurici - Relatori: Prof. Sir Langdon Brown (Cambridge); Proff. Hijmans van den Berg e De Langen (Olanda).

Il Dr. Comirato lesse una interessante comunicazione sull'argomento.

25 luglio (pomeriggio). — L'ulcera gastroduodenale e l'Assicurazione vita - Relatori: Prof. I. Romanelli (Roma); Dr. Faroy e Carriè (Parigi).

26 luglio (mattina). — Il servizio sanitario e l'Assicurazione vita - Relatori: Dott. S. B. Scholz (Philadelphia); Dr. O. Neustätter (Berlino).

Il Prof. Romanelli espone le realizzazioni nel campo dell'Assistenza Sanitaria agli Assicurati dell'I.N.A.

26 luglio (pomeriggio). — Il Prof. Romanelli illustra la « Organizzazione attuale della Statistica Medica presso l'I.N.A. ».

Seguono altre importanti comunicazioni. Quindi viene stabilito che il prossimo Congresso avrà luogo nel 1938 in località che sarà fissata. Dopo di che il Congresso è stato dichiarato chiuso.

La delegazione italiana ha partecipato alla discussione di tutti gli argomenti portando sempre il proprio contributo.

In un salone il Dott. Otto Neustätter di Berlino aveva raccolto ed esposto il materiale scientifico illustrante l'opera compiuta dalle varie Compagnie per il prolungamento della vita dei propri assicurati. Tra le varie pubblicazioni si notavano la Rivista: « L'assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I.N.A. » ed i volumi editi a cura dell'I.N.A., « Vivere Sani » del Dott. Eschilo della Seta e

« Salute, tesoro della vita » del Prof. Oreste Bellucci.

L'intenso lavoro del Congresso è stato alleviato da trattenimenti vari quali: il ricevimento dato dal Ministro della Sanità, rappresentante il Governo Britannico: il banchetto al Dorchester Hotel; il ricevimento offerto con molta signorilità dal Presidente della Prudential Assurance Company ed infine la gita a Cambridge la storica e celebre città degli studi della Gran Bretagna.

Nel periodo del Congresso si sono riuniti i medici dirigenti i servizi sanitari dei vari Consorzi Europei Rischi Tarati allo scopo di addivenire a conclusioni pratiche circa l'accettazione dei rischi.

Ha tenuto la sua riunione anche il Comitato Internazionale per lo studio della medicina delle assicurazioni vita: i membri in carica sono stati tutti riconfermati per un altro triennio.

N. B. — *Vedi a pag. 235 e segg. i riassunti delle Relazioni presentate al congresso. Nel prossimo numero riporteremo alcune delle più importanti comunicazioni.*

Congresso Nazionale di Medicina Legale.

Si terrà a Milano dal 26 al 28 settembre c. a. presso l'Istituto di Medicina Legale della R. Università, Via Mangiagalli 37.

Temi di relazione: 1° Problemi medico-legali del matrimonio Canonico; 2° Le moderne dottrine caratterologiche e l'antropologia criminale.

Vi saranno inoltre numerose comunicazioni.

Nella quarta giornata (che cadrà di domenica) i Congressisti si recheranno a Verona a rendere omaggio alla memoria di Cesare Lombroso pel centenario della sua nascita.

IV Congresso Nazionale di Nipiologia.

In occasione della ricorrenza del 30° anniversario della fondazione della Nipiologia, nei giorni 4-7 settembre 1935-XIII avrà luogo in Trieste il IV Congresso Nazionale di Nipiologia, promosso dalla Società Italiana di Nipiologia, autorizzato da S. E. il Capo del Go-

verno e sotto l'alto Patronato di S. A. Reale la Duchessa di Aosta.

L'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità ed Infanzia interverrà nella persona del suo Presidente il Gr. Uff. Avv. Sileno Fabbri, che pronunzierà il discorso inaugurale sul tema « L'azione dell'O. N. M. I. per la difesa del lattante ». Dopo i rapporti del Sen. Prof. Francesco Valagussa, delegato della Croce Rossa Italiana e del Sen. Conte Fulco Tosti di Valminuta, Consigliere delegato dell'Opera Nazionale Assistenza Italia Redenta, saranno svolte dodici importanti relazioni su temi inerenti alla Nipiologia.

Per tutte le informazioni rivolgersi al Segretario della Commissione Ordinatrice del Congresso Dott. Bruno Ulcigrai, Ospedale Regina Elena, Trieste.

Il concorso della rivista « Assicurazioni ».

Il giorno 20 maggio 1935/XIII alle ore 11 presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni si è riunita la commissione nominata dalla Rivista « Assicurazioni » per giudicare l'esito del concorso da essa a suo tempo bandito per una monografia scientifica su un tema a scelta di diritto o di economia o di finanza delle assicurazioni private con premio di L. 2000, commissione composta dai Sigg. Prof. Tullio Ascarelli, S. E. Prof. Alberto Asquini, Avv. Ranieri Babboni, Prof. Antigono Donati, Dr. Ignazio Giordani.

Dato corso alla lettura dei lavori presentati, la Commissione ha ritenuto che l'unico lavoro degno di premio sia quello dal titolo: « L'interesse nell'assicurazione » del Dott. Sergio Ferrarini. Essendo tale lavoro però incompleto, la Commissione ha proposto alla Direzione della Rivista di non attribuire ad alcuno dei lavori presentati il premio del concorso ma di assegnare al suddetto lavoro un premio di L. 1000 a titolo d'incoraggiamento e di pubblicarlo nella Rivista non appena sarà dall'autore ultimato.

La Commissione ha ritenuto anche meritevole di segnalazione il lavoro: « Vita assicurativa nel Nord-America » dell'Avv. Costanzo Mariotti, per essere pubblicato in riassunto nella Rivista.

Medicina delle Assicurazioni Vita

La ricerca del bismuto nelle urine e suo valore per la diagnosi di sifilide

Dott. M. BIASIOTTI

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

Tra le malattie che più spesso vengono tenute nascoste al medico dobbiamo annoverare al primo posto la sifilide.

L'infezione luetica infatti sia perchè abitualmente contratta con rapporti che molti non vogliono confessare, sia perchè è capace, per la sua nota contagiosità, di provocare un certo senso di ripulsa da parte dei sani verso gli individui notoriamente infetti, viene tuttora tenuta gelosamente nascosta persino al medico curante.

D'altra parte la sifilide è una infezione che particolarmente si presta, quando è negata, a sfuggire al più accurato esame obbiettivo non presentando spesso alcuna manifestazione clinicamente rilevabile.

Certamente la sierologia, colla Reazione Wassermann e le numerose reazioni di flocculazione, costituisce uno dei più preziosi mezzi di diagnosi della sifilide latente, sia ignorata che tenuta nascosta.

È ormai universalmente da tutti ammesso che la Reazione di Wassermann e le reazioni di flocculazione per la sifilide, negative nei sani, sono positive nell'80-90% dei casi di lues certa e anche di lues latente; per contro le sierodiagnosi sono spesso negative nei luetici ben curati e possiamo quindi vedere che in ammalati affetti da lues nota la Reazione Wassermann in un primo tempo positiva finisce, sotto l'influenza di cure adeguate, per diventare costantemente negativa (tranne i rari casi di Reazione Wassermann irriducibile).

In tema assicurazione vita evidente è la possibilità che un luetico, con sierodiagnosi positiva per la sifilide ed anche con manifestazioni cliniche dell'infezione in atto, possa, con cure adatte, riuscire ad ottenere non solo la completa remissione dei sintomi clinici ma anche la scomparsa della positività della Reazione Wassermann; se in questo periodo di latenza di manifestazioni cliniche e di negatività dei dati sierologici l'individuo facendo una assicurazione vita nega lues riesce facilmente ad ingannare il medico fiduciario che non ha alcun elemento capace di mettere in dubbio la esattezza delle dichiarazioni dell'assicurando. In tal caso il possedere un mezzo, semplice e rapido, che permetta di avere se non la matematica certezza almeno il fondato sospetto di una infezione luetica è della massima utilità per il medico fiduciario.

Recenti ricerche sulla eliminazione urinaria dei medicinali adoperati nella cura della sifilide hanno dimostrato come il bismuto sia con particolare evidenza svelabile nell'urina dei soggetti trattati con iniezioni di preparati bismutici, anche lungo tempo dopo l'ultima iniezione. Dato il grande impiego dei preparati di bismuto nella cura della sifilide si è quindi proposto di ricorrere alla ricerca del bismuto nelle urine come elemento di fondato sospetto per la diagnosi medico-legale di sifilide.

Premetto naturalmente che la dimostrazione del bismuto nelle urine non può da sola avere valore diagnostico nel senso più ristretto della parola, poichè è oggi universalmente riconosciuto che la diagnosi di sifilide deve essere basata su un complesso di fattori clinici e sierologici che non possono certo essere totalmente sostituiti da una semplice ricerca di laboratorio.

Il laboratorio, che non può e non deve sostituirsi al medico ma deve solo fiancheggiare e coadiuvare la sua opera, è solo in grado quando ci si trovi di

fronte ad un individuo che voglia nascondere una sifilide, già curata come tale, di darci un utile criterio su cui fare un certo assegnamento per sospettare una infezione luetica anamnesticamente ed obbiettivamente non rilevabile.

È appunto per questa ragione che ho voluto riprendere lo studio della eliminazione urinaria del bismuto dopo somministrazione di questo medicamento per via orale e per via parenterale.

Già da tempo vari ricercatori avevano dimostrato che il bismuto introdotto nell'organismo veniva assorbito, dopo aver subito alcune trasformazioni chimiche, non ancora bene accertate, che lo trasformavano in un composto organico solubile capace di passare in circolo ed essere come tale eliminato attraverso gli emuntori.

Il bismuto si elimina principalmente con l'urina e colle feci; nell'urina il bismuto si trova sotto forma di un composto solubile la cui costituzione chimica è ancora poco nota; nelle feci il bismuto si trova sotto forma di solfuro. Tracce di bismuto si possono dimostrare anche nel latte, nel sudore, nella saliva ecc.

Le urine contenenti notevoli quantità di bismuto lasciate a sè mostrano dopo qualche tempo un precipitato brunonerastro che fu da Milian e Perin attribuito a bismuto metallico, da altri a solfuro di bismuto (dovuto come il solfuro di bismuto, riscontrabile nelle feci, all'azione dell'idrogeno solforato sviluppato dai microrganismi,) e da Lombardo infine ad ossidulo di bismuto.

Secondo alcuni AA. il bismuto si elimina attraverso il rene con facilità doppia e secondo altri quadrupla che non attraverso l'intestino; è stata quindi proposta la ricerca nelle urine come più interessante e di più facile effettuazione.

Tra i vari e numerosi preparati di bismuto studiati nei riguardi dell'eliminazione urinaria (limitandoci ai preparati solubili ed insolubili introdotti per via endomuscolare od ipodermica), sono naturalmente eliminati con maggiore rapidità i preparati solubili. Lomholt dopo una iniezione di tartrobismutato di sodio e potassio osservò che la massima eliminazione si aveva fra il primo ed il secondo giorno e che dopo due settimane ancora non era stata eliminata circa la metà del bismuto introdotto; lo stesso autore studiando il comportamento dei preparati insolubili potè osservare che due settimane dopo una iniezione di idrossido di bismuto in sospensione oleosa si eliminava nell'urina solo dal 5,86 al 7,58 % del bismuto introdotto, mentre due settimane dopo una iniezione dello stesso preparato ma in sospensione acquosa l'eliminazione del bismuto nell'urina andava dal 37 al 47 %.

Vari autori hanno seguito per molti mesi dopo la cessazione delle cure la eliminazione urinaria del bismuto e trovarono che questa eliminazione continuava per molto tempo (tre-sei mesi) dopo l'ultima iniezione di bismuto.

Del resto indipendentemente dalle ricerche di laboratorio la radiologia aveva potuto già da tempo dimostrare la lunga permanenza del bismuto nell'organismo giovandosi delle caratteristiche immagini radiografiche che danno le iniezioni sottocutanee ed intramuscolari di sostanze medicamentose opache ai raggi X; tra queste sostanze la più importante è senza dubbio il bismuto che è così intensamente opaco ai raggi X da essere usato come uno dei migliori mezzi di contrasto opaco in radiologia.

Il bismuto iniettato per via ipodermica o intramuscolare può restare in sito senza venire assorbito per lungo tempo e provocare anche disturbi che non possono essere riportati alla loro vera causa senza l'ausilio di una indagine radiologica.

Anche le indagini radiologiche, concordemente ai dati di laboratorio, hanno dimostrato che i preparati solubili di bismuto sono molto più rapidamente assorbiti ed eliminati che non i preparati insolubili: infatti si è visto che mentre i preparati insolubili producono delle ombre opache (dovute al deposito del metallo nel luogo della iniezione) nettamente apprezzabili persino tre anni dopo la cessazione delle cure, i preparati solubili danno delle ombre che presto si attenuano e talora sono già scomparse pochi giorni dopo praticata l'ultima iniezione (Galliot-Montlaur).

Il bismuto è anche molto usato per via orale sia a scopo medicamentoso

che quale mezzo di contrasto opaco in radiologia; i sali più usati per via interna sono i sali insolubili e specialmente il sottonitrato e il carbonato.

Ricerche di vari autori hanno però dimostrato che i preparati bismutici insolubili somministrati per via orale solo rarissimamente vengono assorbiti in quantità apprezzabili se la mucosa gastrointestinale è normale; se la mucosa è lesa l'assorbimento è relativamente più frequente e più cospicuo.

Ad ogni modo anche ammettendo che in qualche raro caso possa aversi, per lesioni della mucosa del tubo gastroenterico o per particolari condizioni dei succhi gastroenterici (spiccata ipercloridria con contemporanea presenza di abbondante acido lattico nello stomaco), un più o meno considerevole assorbimento del bismuto introdotto per via orale, numerose ricerche hanno dimostrato che in tal caso la eliminazione urinaria del bismuto è scarsissima e del tutto assente.

Recentemente Santori ricercando il bismuto nelle urine di 230 pazienti dei quali 158 erano stati trattati per sifilide con preparati di bismuto per via endomuscolare, a 22 era stato somministrato il bismuto per via orale o per applicazioni esterne, e 50 erano serviti come controllo, ha potuto dimostrare che l'eliminazione urinaria del bismuto dopo cure antiluetiche a base di preparati insolubili avviene in modo assai lento e si può seguire per un tempo molto lungo dopo terminato il trattamento (fino a 18 mesi per il Salbiolo).

Non si riesce invece, salvo casi rarissimi a dimostrare la presenza del bismuto nell'urina dopo somministrazione di preparati insolubili per via orale (sottonitrato, carbonato ecc) nè dopo applicazione di composto bismutici per uso esterno (dermatolo, xeroformio).

Il Santori afferma quindi che la dimostrazione del bismuto nelle urine ha una grandissima importanza per la diagnosi medico legale di sifilide.

* * *

L'argomento della dimostrazione del bismuto nelle urine mi parve degno di essere preso ancora in esame soprattutto per la sua evidentissima importanza nel campo dell'assicurazione vita.

Ho quindi pensato di controllare le ricerche sulla eliminazione urinaria del bismuto introdotto sia per via parenterale che per via orale.

Per le mie ricerche sulla dimostrazione del bismuto nelle urine mi sono servito del metodo degli stanniti alcalini di Vanino-Ganassini colle modificazioni apportatevi da Lombardo perchè esso presenta nella pratica il vantaggio di essere di estrema semplicità e rapidità di esecuzione, di venire applicato sull'urina *in toto* e di essere oltrechè sensibilissimo anche nettamente specifico per il bismuto.

Metodo degli stanniti alcalini. Reattivi necessari:

N. 1) Soluzione di idrato di sodio al 20 %.

N. 2) Soluzione di cloruro stannoso e cloruro di piombo in acido cloridrico che si prepara nel modo seguente:

Cloruro stannoso purissimo cristallizzato gr. 25

Acido cloridrico concentrato cc. 20

Soluzione all'1 % di cloruro di piombo in acido cloridrico cc. 5

Acqua distillata cc. 75.

Questo reattivo pronto per l'uso si conserva per circa un mese.

Esecuzione della reazione:

A cc. 2,50 di urina si aggiungono cc. 1 della soluzione di idrato di sodio al 20 % e cc. 0,50 del reattivo N. 2, si agita e si lascia in riposo per 30 minuti primi.

La reazione è positiva se dopo 30 minuti si è formato un precipitato nero.

Secondo Lombardo la reazione di Vanino-Ganassini è resa assai più sensibile dalla presenza di piccole quantità di piombo. Infatti con gli stanniti alcalini reagisce non solo il bismuto, che precipita fino alla diluizione 1 : 210.000 ma anche il piombo che precipita fino a diluizione 1 : 50.000; adoperando per-

ciò la tecnica indicata da Lombardo si deve ritenere che *Bi* e *Pb* si influenzino reciprocamente e basta che l'urina contenga una traccia minima di *Bi*, incapace per sè stessa di provocare la reazione con il cloruro stannoso, perchè si ottenga, in presenza del *Pb*, una netta reazione positiva. Così la sensibilità della reazione è portata fino a diluizione superiore a 1 : 50.000.000.

Il precipitato nero che si forma è dato solo in piccola parte dal *Bi*, mentre consta principalmente di ossido di *Sn* e di *Pb*.

Praticando la reazione dopo 12-48 ore dall'emissione dell'urina si ha una positività più intensa che non praticando la reazione sull'urina appena emessa; invece trascorso un periodo di tempo superiore alle 48 ore la reazione perde alquanto di intensità, perchè lo sviluppo dei germi dell'urina provoca la precipitazione di una parte del *Bi* che vi si trova in soluzione.

Per quello che io stesso ho potuto sperimentare, e seguendo delle ricerche in un grande numero di urine e ripetendo in molte di esse la ricerca a varia distanza di tempo, il metodo degli stanniti alcalini offre realmente dei dati sicuri.

Ho praticato la ricerca del bismuto nelle urine di circa 100 pazienti dei quali 92 luetici curati con preparati vari di bismuto per via endomuscolare, 20 pazienti affetti da ulcera duodenale ai quali da molti mesi era stato somministrato del bismuto per via orale.

Infine per accertare se la reazione potesse essere considerata specifica per il bismuto ho praticato numerosi controlli con urine sicuramente esenti da bismuto e prelevate in soggetti sani o in soggetti curati con medicamenti svariati specie con mercurio, oro, argento, radio ecc.; questi controlli praticati su 100 urine esenti da bismuto hanno dato risultato negativo nel 95% dei casi; solo in qualche rarissimo caso (5% dei casi) ho avuto una reazione dubbia; ma in nessun caso ho mai avuto una reazione nettamente positiva.

Invece nelle urine di luetici curati con i più svariati preparati di bismuto per via intramuscolare, la ricerca, talora ripetuta a varia distanza di tempo, ha dato dei risultati sempre nettamente positivi sia durante il periodo di cura che svariati mesi dopo la cessazione del trattamento.

I risultati da me ottenuti sono raccolti nelle seguenti tabelle.

TABELLA I.

Numero	Soggetto	Preparato bismutico	Tempo trascorso dall'ultima iniezione	Reazione degli stanniti alcalini
1	L. A.	Bicanfol	in cura	+ + +
2	A. F.	Salbiolo	in cura	+ + +
3	F. V.	Salbiolo	in cura	+ + +
4	D. G.	Salbiolo	in cura	+ + +
5	D. P.	Salbiolo	in cura	+ + +
6	P. G.	Salbiolo	in cura	+ +
7	N. A.	Salbiolo	in cura	+ + +
8	S. P.	Salbiolo	in cura	+ + +
9	P. G.	Salbiolo	in cura	+ +
10	D. A.	Salbiolo	in cura	+ + +
11	V. A.	Salbiolo	in cura	+ + +
12	O. V.	Salbiolo	tre mesi	+ + +
13	T. G.	Salbiolo	sette mesi	+ +
14	C. A.	Salbiolo	un anno	+ +
15	M. D.	Salbiolo	due anni	+
16	B. C.	Salbiolo	due anni	—
17	G. F.	Salbiolo	due anni	—
18	A. N.	Salbiolo	tre anni	—

Segue : TABELLA I

Numero	Soggetto	Preparato bismutico	Tempo trascorso dall'ultima iniezione	Reazione degli stanniti alcalini
19	P. S.	Salbiolo	tre anni	—
20	F. L.	Salbiolo	un mese	+ + +
21	B. A.	Salbiolo	un mese	+ + +
22	M. G.	Salbiolo	un mese	+ + +
23	R. A.	Bivatol	in cura	+ +
24	A. A.	Neolnatol	in cura	+ +
25	D. G.	Neotrepol	in cura	+ + +
26	I. N.	Neotrepol	in cura	+ + +
27	Z. G.	Neotrepol	due mesi	+ + +
28	M. L.	Neotrepol	due mesi	+ + +
29	L. A.	Neotrepol	quattro mesi	+ + +
30	B. A.	Neotrepol	quattro mesi	+ + +
31	C. M.	Neotrepol	nove mesi	+ +
32	S. B.	Quinby	in cura	+ + +
33	M. A.	Quinby	in cura	+ + +
34	B. U.	Quinby	in cura	+ + +
35	D. O.	Quinby	sette mesi	+ +
36	S. V.	Rubyl	in cura	+ + +
37	G. T.	Rubyl	in cura	+ + +
38	R. F.	Rubyl	in cura	+ + +
39	S. R.	Rubyl	in cura	+ + +
40	T. G.	Rubyl	in cura	+ + +
41	S. L.	Rubyl	in cura	+ + +
42	M. A.	Rubyl	in cura	+ + +
43	P. M.	Rubyl	in cura	+ + +
44	Z. E.	Rubyl	in cura	+ + +
45	D. S.	Rubyl	in cura	+ + +
46	F. C.	Rubyl	un mese	+ + +
47	R. N.	Rubyl	due mesi	+ + +
48	V. E.	Rubyl	due mesi	+ + +
49	S. G.	Rubyl	tre mesi	+ +
50	I. F.	Rubyl	tre mesi	+ +
51	S. D.	Rubyl	cinque mesi	+ +
52	B. F.	Trepol	in cura	+ + +
53	B. A.	Trepol	in cura	+ +
54	D. V.	Trepol	in cura	+ +
55	S. G.	Trepol	un mese	+ + +
56	A. R.	Trepol	tre mesi	+ +
57	M. M.	Trepol	nove mesi	+ +
58	G. C.	Treponemol	in cura	+ + +
59	N. C.	Treponemol	in cura	+ +
60	B. L.	Treponemol	in cura	+ + +
61	C. B.	Treponemol	in cura	+ +
62	G. A.	Treponemol	un mese	+ +
63	P. C.	Trepoquinol	in cura	+ + +
64	N. L.	Trepoquinol	tre mesi	+ + +
65	A. A.	Trepoquinol	quattro mesi	+ +
66	D. A.	Salbiolo	in cura	+ + +
67	V. V.	Salbiolo	in cura	+ + +

Segue : TABELLA I

Numero	Soggetto	Preparato bismutico	Tempo trascorso dall'ultima iniezione	Reazione degli stanniti alcalini
68	M. G.	Salbiolo	in cura	+ + +
69	I. R.	Salbiolo	in cura	+ +
70	G. A.	Salbiolo	in cura	+ + +
71	D. G.	Salbiolo	un mese	+ + +
72	C. P.	Salbiolo	un mese	+ +
73	D. A.	Salbiolo	due mesi	+ +
74	M. P.	Salbiolo	tre mesi	+ + +
75	R. D.	Salbiolo	tre mesi	+ + +
76	L. S.	Salbiolo	tre mesi	+ + +
77	D. D.	Salbiolo	tre mesi	+ +
78	F. V.	Salbiolo	cinque mesi	+ + +
79	D. E.	Salbiolo	cinque mesi	+ +
80	C. F.	Salbiolo	cinque mesi	+
81	D. P.	Salbiolo	sette mesi	+
82	C. S.	Salbiolo	nove mesi	+ +
83	V. G.	Salbiolo	nove mesi	+
84	C. A.	Salbiolo	un anno	+ +
85	N. E.	Salbiolo	un anno	+
86	S. G.	Salbiolo	un anno	+
87	C. N.	Salbiolo	due anni	—
88	S. M.	Salbiolo	tre mesi	+ + +
89	O. A.	Salbiolo	tre mesi	+ + +
90	B. G.	Salbiolo	tre mesi	+ + +

II. TABELLA RIASSUNTIVA

Tempo trascorso dall'ultima iniezione	Numero dei casi	Reazioni positive			Reazioni dubbie	Reazioni negative
		+ + +	+ +	+		
In cura	41	33	8	0	0	0
un mese	8	6	2	0	0	0
due mesi	5	4	1	0	0	0
tre mesi	12	8	4	0	0	0
quattro mesi	3	2	1	0	0	0
cinque mesi	4	1	2	1	0	0
sette mesi	3	0	2	1	0	0
nove mesi	3	0	2	1	0	0
un anno	4	0	2	2	0	0
due anni	4	0	0	0	1	3
tre anni	2	0	0	0	0	2

Ho voluto anche ricercare il bismuto nelle urine di molti pazienti (circa 20) che da molti mesi quotidianamente avevano ingerito forti dosi di preparati di bismuto per via orale (sottonitrato e carbonato di bismuto); la seguente tabella mostra che in nessuno dei casi esaminati si è potuto dimostrare con certezza, anche dopo cure intense e prolungate, la presenza di bismuto nelle urine

TABELLA III

Numero dei casi	Preparato bismutico somministrato per os	Periodo durante il quale venne praticata la somministrazione	Tempo trascorso dall'ultima somministrazione	Reazione degli stanniti alcalini		
				positiva	dubbia	negativa
dodici	Carbonato di bismuto	un anno	in cura	0	1	11
tre	Carbonato di bismuto	un anno	sei mesi	0	0	3
cinque	Sottonitrato di bismuto	cinque giorni	in cura	0	0	5

Dai risultati esposti nelle tabelle 1 e 2 risulta in modo evidente che l'eliminazione urinaria del bismuto dopo una cura antiluetica con preparati insolubili per via endomuscolare è massima nel periodo di cura, decresce lentamente e continuamente dopo la cessazione della cura pur mantenendosi nettamente apprezzabile per un periodo di tempo abbastanza lungo (oltre un anno) adottando il metodo degli stanniti alcalini.

Le mie ricerche vengono quindi a confermare ampiamente le conclusioni degli altri ricercatori e dimostrano ancora una volta la praticità, la sensibilità e la specificità del metodo degli stanniti alcalini.

Si può concludere quindi affermando che se la reazione degli stanniti alcalini praticata su un campione di urina di un qualsiasi individuo dà un risultato più o meno intensamente positivo dobbiamo avere fondato sospetto che questo individuo abbia praticato una cura bismutica per iniezioni intramuscolari da un tempo variabile (fino ad oltre un anno). Ora riguardo agli usi terapeutici del bismuto ben sappiamo che se alcuni dei suoi composti (carbonato, sottonitrato ecc.) vengono usati per via orale in medicina interna i preparati iniettabili servono quasi esclusivamente per la terapia della sifilide.

Molto raramente alcuni preparati in cui al bismuto è associato l'arsenico o il chinino vengono usati nella cura della malaria e in alcune dermatosi.

D'altra parte dalle precedenti ricerche e da quelle da me compiute chiaramente risulta che mentre il bismuto somministrato per bocca anche per lungo tempo e in grande quantità solo eccezionalmente può venire dimostrato nelle urine, il bismuto somministrato per via intramuscolare (e questi preparati sono molto usati come antiluetici) è sempre dimostrabile nelle urine anche per lungo tempo dopo la cessazione della cura.

Da questi risultati emergono le conclusioni seguenti:

1) un individuo che presenta nell'urina una reazione per il bismuto nettamente positiva è stato trattato con iniezioni di bismuto;

2) il bismuto per iniezioni viene usato in terapia quasi esclusivamente come antiluetico, sebbene anche nella malaria, nella leishmaniosi e in alcune dermatosi (psoriasi, lupus eritematoso) raramente si usi il bismuto per iniezioni;

3) quando in un individuo che presenta nell'urina una reazione nettamente positiva per il bismuto, dall'anamnesi e dall'esame obiettivo si possono con certezza escludere le affezioni non luetiche sopramenzionate, la presenza del bismuto nelle urine deve essere considerata con quasi assoluta certezza come segno di pregressa infezione luetica.

La dimostrazione del bismuto nelle urine ha quindi una grande importanza per la diagnosi di sifilide.

Il metodo degli stanniti alcalini per la sua tecnica semplicissima è alla portata di chiunque disponga del solo necessario per i più comuni esami di urina; tale metodo è inoltre altamente specifico per il bismuto e di grandissima sensibilità.

La dimostrazione del bismuto nelle urine con detto metodo costituisce un mezzo semplice e rapido che permette di avere, se non la matematica certezza, almeno il fondato sospetto di una infezione luetica curata ed è quindi di grande utilità in assicurazione vita.

BIBLIOGRAFIA

- H. BAGGESGAARD RASMUSSEN, K. A. JACKEROTT, S. A. SCHON, *Biochemische Zeitschrift*, 193, 53-61, 1928.
 J. BODNAR, A. KARELL, *Biochemische Zeitschrift*, 199, 29-40, 1928.
Magyar Orvosi Arch., 29, 501-505, 1928.
 ENGELHARDT, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 156, 1928.
 GALLIOT, *Bull. de la Soc. Franc. d. Derm. et Syph.*, 468, 1928.
 B. GLASSMANN, *Zeitschrift für physiologische Chemie*, 172, 300-309, 1927.
 P. J. HANZLICH, H. G. MEHRTENS, *Arch. Dermat. et Syph.*, 22, 605-615, Oct. 1930.
Arch. Dermat. et Syph., 22, 850-860, Nov. 1930.
Arch. Dermat. et Syph., 22, 861-876, Nov. 1930.
Arch. Dermat. et Syph., 22, 994-1003, Dec. 1930.
 W. F. BETTINGEN, *Physiol. Rev.*, 10, 221-281, April 1930.
 LOMBARDO C., *Riforma medica*, 1039, 1925.
Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 454, 1925.
Riforma medica, 1928, N. 7.
 MONTLAUR, *Ann. Derm. e. Syph.*, 259, 1929.
 J. L. POUZERGUES, *Thèse à Paris*, 1934, Jouve édit.
 SANTORI G., *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, Fasc. II, 1930.
 SPARACIO, *Riforma Medica*, 989, 1926.
 VAURS, *Soc. Chim. Biol.*, II, 609-619, Mai 1929.

CONGRESSO INTERNAZIONALE DI MEDICINA DELLE ASSICURAZIONI VITA

Londra, 23-27 luglio 1935

RIASSUNTO DELLE RELAZIONI

Metodi della valutazione dei rischi

Relazione del Dott. JOSEF STURM (Monaco di Baviera).

Il termine valutazione dei rischi è sorto nella medicina assicurativa poiché quest'ultima ha creato il concetto di tale valutazione.

Il Relatore passa in rassegna brevemente la storia della medicina assicurativa e l'importanza della sua collaborazione in questa industria. Ricorda i nomi di Bucheem e Oldendoff dei quali però il primo si attiene strettamente ai concetti della medicina clinica, al secondo invece si deve il riconoscimento della statistica per la valutazione del rischio. La legislazione sociale coll'estendere a nuovi campi il lavoro dei medici ha una notevole affinità colla medicina assicurativa.

Sturm ritiene che i primi cenni di medicina assicurativa esistono già nel metodo statistico di elaborazione dei dati esposti dalla Banca Gotha fin dal 1879.

In essi già si studia la mortalità per classi professionali e per cause di morte mettendole in relazione col reperto di esame e con l'antidurata del contratto. Il Relatore successivamente ricorda i meriti in tale campo di Florschütz che ritiene vero fondatore della medicina assicurativa; successivamente espone i progressi di tale scienza conseguiti in America per opera di Rogers e Hunter soprattutto nello studio dei rischi tarati.

Quindi il Relatore fa presente come oggi la scienza assicurativa basata sopra metodi scientifici di statistica rappresenti una branca importante per la medicina generale per lo studio quantitativo e qualitativo di grandi gruppi di individui.

Il compito del medico assicuratore è appunto quello della formazione e catalogazione di tali gruppi per procedere poi all'assegnazione degli individui in essi secondo un'uguale mortalità. E' con un sistema unitario che si riesce a determinare tale logica statistica dopo aver vagliato tutti i casi giudicandoli secondo diversi punti di vista sia di natura generale sia di natura speciale.

Passando allo studio della valutazione generale del rischio l'Autore ricorda l'importanza di vari fattori e cioè l'ereditarietà che costituisce un fattore realmente obbiettivo, la costituzione espressa nelle misure somatiche, tutti i precedenti patologici del soggetto, ed infine la valutazione delle anomalie riscontrate nella visita medica. Di ognuno di questi fattori il Relatore mette in evidenza l'importanza soprattutto in base ad elementi statistici che già lo Gotha aveva rilevato e ciò soprattutto vale per quanto riguarda il fattore ereditario e a quello costituzionale. Quanto all'anamnesi risulta di per sé l'importanza che può avere una pregressa scarlattina o in reumatismo articolare per l'impianarsi di una nefrite o di un'endocardite, lo stesso deve dirsi per l'importanza che può rivestire una pregressa infezione luetica.

Anche il sesso ha un'influenza per la valutazione del rischio poichè le donne per la funzione della maternità possono andare incontro a malattie talvolta mortali.

Non va poi dimenticato come le circostanze esterne ambientali in riferimento ai pericoli professionali possano far variare il rischio nei singoli casi, circostanze che il Relatore passa in rassegna. Affini a questi sono i rischi in rapporto al clima e al volo, che richiedono speciali soprappremi. Nella valutazione speciale dei rischi Sturmer divide gli assicurati in due gruppi: normali ed anormali, questi ultimi suddivisi in adatti e tarati.

Mentre la valutazione dei rischi normali è facile poichè si tratta di constatare se il candidato è simile sotto ogni rapporto agli altri, la valutazione dei rischi tarati è sostanzialmente più difficile. Per esaminare questi ultimi, due elementi servono all'Ente Assicuratore: l'uno è di natura medica e consiste nel constatare il grado e la specie della anomalia per poter procedere all'assegnazione del soggetto in una speciale classe con mortalità più elevata. Le esperienze statistiche sulle quali si basa la classifica della sopra mortalità vanno coltendersi e il perfezionarsi di tali ricerche spesso aggiornate.

Il secondo elemento di natura tecnica consiste nel trovare un adeguato soprappremio allo scopo di bilanciare l'anomalia rilevata dal medico. L'elaborazione tecnica completa dei rischi tarati si appoggia sulle basi matematiche dell'assicurazione vita normale. Il compito del medico perciò si esaurisce dopo aver esaminato e classificato gli elementi medico statistici e che permettono la classificazione del rischio in esame in un determinato gruppo e di sopra mortalità.

La valutazione speciale tecnica del rischio si ottiene aggravando le tariffe ordinarie dei premi con un corrispondente soprappremio, opera questa riservata agli attuari.

Tali aggravazioni possono essere compensate in vario modo, e noi ci limiteremo soltanto a ricordarle.

Il più noto è l'introduzione del soprappremio che può essere imposto o per tutta la durata dell'assicurazione o solo per un certo periodo. Molto diffuso è

anche il metodo dell'aumento dell'età per il quale il soggetto viene considerato in base alla tabella di mortalità di un'età notevolmente superiore a quella che egli ha in realtà, risultandone quindi un premio maggiore che di fatto si equivale al soprappremio del primo metodo ricordato.

Altro metodo è quello della limitazione della somma da liquidare in caso di sinistro. Molto in uso in Europa è il sistema dello scaglionamento del capitale, che può essere generale o a breve scadenza. Con il primo la limitazione del pagamento pur diminuendo di anno in anno viene a cessare solo alla scadenza della durata del contratto; con il secondo invece tale limitazione è ristretta ai primi anni di assunzione del rischio.

Merita speciale ricordo in questa relazione il ragguagliò che si riferisce all'esperienza e ai metodi di stima dei vari gruppi di anomalie e soprattutto delle malattie cardio-vascolari e dei tumori, delle malattie nervose e della tubercolosi delle quali affezioni il Relatore riporta una ricca statistica elaborata dai dati ricavati presso la Riassicurazione di Monaco.

Metodi della valutazione dei rischi

Relazione del Dott. CHESTER T. BROWN (Newark, New Jersey, Stati Uniti)

I metodi di selezione medica dei rischi che erano adoperati prima dell'ultima decade del secolo XIX erano il risultato delle conoscenze e dell'esperienza clinica fornite alle compagnie dai medici. Si adoperavano per lo più nei riguardi della mortalità e della sopravvivenza dei criteri empirici, onde l'assoluta assenza di uniformità di vedute nella selezione medica dei rischi. Senonchè negli anni 1889 e 1890 si verificarono due eventi di notevole importanza per la medicina delle assicurazioni vita. Il primo fu la organizzazione della Association of Life Insurance Medical Directors, che rivolse un nuovo interessamento ai problemi della selezione ed alle conoscenze mediche applicabili alle assicurazioni sulla vita e che pose su di una base comune le opinioni mediche divergenti in molti problemi della selezione dei rischi.

Il secondo avvenimento fu il fatto che un giovane medico di larghe vedute il Dott. Oscar H. Rogers entrò a far parte della New York Life Insurance Company; egli concepì un piano per studiare l'importanza della diminuzione della mortalità. Parimente deve esser ricordato per il suo lavoro in materia attuariale Frederik W. Frankland.

La storia della New York Life Insurance Company, pubblicata nel 1930 riferisce: « nel formulare il metodo matematico per la determinazione del valore dei rischi il Dott. Rogers chiamò come coadiutore Arthur Hunter, giovane membro del servizio attuariale della New York Life. Entrambi progettarono quello che è ora chiamato il *sistema numerico* ».

Nel 1903 la Actuarial Society of America compilò e pubblicò la « Specialized Mortality Investigation », basandosi sul materiale di 34 Compagnie di assicurazione vita degli Stati Uniti e del Canada. Incoraggiate dal risultato di queste investigazioni la Association of Life Insurance Medical Directors insieme con la Actuarial Society of America, completarono e pubblicarono nel 1912 la Medico-Actuarial Mortality Investigation, che rappresenta l'esperienza congiunta di 43 Compagnie. Essa si riferiva agli anni dal 1885 al 1908 e comprendeva solamente i rischi che erano stati accettati alle condizioni più moderne della selezione medica. Le due organizzazioni nel 1931 fecero ancora una pubblicazione: « Medical Impairment Study »; a questa contribuirono 39 com-

pagnie con una esperienza su due milioni e centomila vite, 41 mila sinistri, relativi al periodo dal 1909 al 1927.

Secondo il metodo numerico nove fattori si trovano combinati nella determinazione dell'importanza di un rischio:

- 1° Costituzione (peso in rapporto all'altezza e all'età).
- 2° Anamnesi familiare (età e causa di morte dei membri più vicini della famiglia: padre, madre, fratelli e sorelle).
- 3° Occupazione.
- 4° Anamnesi personale.
- 5° Abitudini (con riferimento all'uso dell'alcool, tabacco ecc.).
- 6° Condizioni fisiche.
- 7° Luogo di residenza ed abitazione.
- 8° Rischio morale (carattere, riputazione ecc.).
- 9° Forma di Assicurazione richiesta dall'assicurando.

Al rischio normale viene assegnata una mortalità del 100‰, a questa cifra base viene addizionata algebricamente, in più o in meno la cifra rappresentante la accresciuta o diminuita mortalità in rapporto alla esistenza nell'assicurando di particolari condizioni riguardanti ciascuno dei fattori precedentemente esposti. Il R. riferisce quindi alcuni esempi di applicazione del metodo. Insiste quindi sulla necessità di regole speciali dirette ad eliminare certe circostanze eccezionali e per evitare che si debba giungere a delle conclusioni poco pratiche. Fa quindi delle osservazioni riguardanti il successo che accompagna l'uso di questo metodo e fornisce dei suggerimenti per l'introduzione di esso in una Compagnia che non lo abbia finora adoperato.

La prognosi dell'ipertensione arteriosa

Relazione dei Dott. E. MAY et Dott. J. OLLIVIER (Parigi)

Un lavoro sulla prognosi dell'ipertensione arteriosa non può essere oggi nè completo nè definitivo, e ciò per due motivi: in primo luogo si tratta di un problema ancora in piena evoluzione e con molte incognite; in secondo luogo è troppo breve il tempo che si studia l'ipertensione per ricavare delle statistiche veramente probative.

I relatori si propongono il seguente programma: definire l'ipertensione arteriosa, cioè fissare i valori che si possono considerare come normali, studiare le diverse statistiche fatte per stabilire il tasso della mortalità nella ipertensione arteriosa; esporre una classificazione clinica della ipertensione e cercare di fissare la prognosi di ciascuna delle sue varietà isolate; esporre infine la pratica attualmente seguita in materia di ipertensione e le modificazioni da farsi per l'avvenire.

La pressione arteriosa normale

Attualmente per misurare la pressione arteriosa sono correntemente adoperati tre metodi: 1) il metodo oscillatorio le cui cifre in soggetti normali variano secondo Lian tra 150 e 180 per la pressione sistolica e tra 80 e 100 secondo Martinet per la pressione diastolica. 2) Il metodo palpatorio ideato da Riva-Rocci, per il quale le cifre ottenute per la pressione sistolica in soggetti normali variano tra 110 e 120; per la pressione diastolica questo metodo dà dei

risultati poco fedeli. 3) Il metodo ascoltorio che è quello da preferirsi per lo studio clinico della p. a. Scoperto nel 1905 dal medico russo Korotkow, esso tende a diffondersi sempre più. Nel metodo ascoltorio la lettura della pressione sistolica vien fatta al momento in cui si avvertono i primi rumori (inizio della prima fase di K.). Per ciò che riguarda la pressione diastolica il metodo ascoltorio sembra il migliore mezzo per ottenere una esatta nozione clinica. L'unica difficoltà è il momento nel quale convien leggere la cifra della pressione diastolica: per certi Autori, tra cui Korotkow, l'indice diastolico ascoltorio deve essere posto al momento della scomparsa di ogni rumore arterioso, per altri invece, e sono i più, al momento dell'unione della terza e quarta fase di K. Secondo Gallavardin la pressione diastolica normale con questo metodo è di 110 — 120 e la diastolica 70 — 75; per Laubry rispettivamente 110 — 130 e 80 — 190, secondo Lian 120 — 140 e 65 — 90.

I relatori sono del parere che il metodo oscillatorio dia delle cifre della pressione sistolica troppo elevate; la cifra della pressione diastolica sarebbe soddisfacente, ma è talora difficile a determinarsi. Il metodo palpatorio permette di apprezzare con la massima esattezza il valore della pressione sistolica; ma è difficile stimare la pressione diastolica. Il metodo ascoltorio risponde meglio ai bisogni della clinica e permette meglio di valutare agevolmente la pressione diastolica. Essi considerano normali i valori non superiori ai seguenti limiti:

per la pressione massima: da 20 a 40 anni, 130 mm. di mercurio; sopra 40 anni, 140 mm. di mercurio; per la pressione minima: da 20 a 40 anni, 85 mm.; sopra a 40 anni: 90 mm. Cifre queste ottenute col metodo ascoltorio, e per la minima alla fine della 3^a fase di K.

Fa d'uopo tener presente che è talora difficile apprezzare la pressione propria ad un dato soggetto perchè in certi individui essa subisce delle variazioni passeggero indipendentemente da malattie cardio vascolari.

Le influenze nervose possono far salire la pressione ed è questo un fatto di particolare importanza in materia di Assicurazione Vita, onde valutare debitamente l'importanza dello stato emotivo in preda al quale vengono talora a trovarsi gli assicurandi, al momento della visita.

I RR. parlano brevemente della pressione media, la quale non essendo ancora uscita dal dominio della ricerca scientifica, non può essere proposta come un dettaglio di esame clinico corrente.

Dati statistici sulla mortalità degli ipertesi

Per apprezzare la prognosi della ipertensione si dispone di due fonti principali: le statistiche fornite dalle Compagnie di Assicurazioni, basate su di un vasto materiale, e quelle fatte dai medici specialisti del cuore, sui dati della loro clientela privata; queste ultime non comportano che un numero assai limitato di casi, però completamente studiati e seguiti.

Le statistiche delle Compagnie di Assicurazioni possono essere classificate in due gruppi a seconda che sono basate sulla sola pressione sistolica o sulla combinazione delle pressioni sistolica e diastolica.

Dall'esame delle statistiche basate sulla pressione sistolica sola, si deduce che: l'ipertensione sistolica anche se moderata rappresenta di già una sopra-mortalità importante e questa sopra-mortalità cresce rapidamente con la elevazione delle cifre tensionali. Il rischio delle ipertensioni sembra dunque di marcata importanza ed è soprattutto accentuato per i soggetti che non hanno raggiunto la cinquantina.

Le statistiche basate sulla elevazione delle due pressioni, sistolica e diastolica, sono relativamente recenti, in rapporto con il breve tempo dell'ingresso della misura della pressione diastolica nella pratica regolare delle Compagnie di assicurazione. Ne deriva il difetto che esse si basano su di un pic-

colo numero di soggetti. Se si prendessero alla lettera queste statistiche, ne risulterebbe che la elevazione della tensione diastolica è infinitamente meno temibile di quella della tensione sistolica, il che non concorda sempre con i dati della esperienza clinica. Insomma il valore della pressione diastolica ha meno importanza e dà delle previsioni meno sicure nei riguardi della mortalità.

Le statistiche mediche private per lo più tengono conto solamente della pressione sistolica e riuniscono in uno stesso gruppo tutti i casi che hanno presentato la medesima pressione sistolica, senza tener conto dell'insieme del quadro clinico. Esaminandole si ha l'impressione che per il passato la gravità della ipertensione sia stata esagerata, mentre invece come si desume da queste statistiche, è possibile una lunga sopravvivenza in individui con considerevoli ipertensioni. Ma ciononostante la mortalità d'insieme resta forte. Sconcordanti sono i dati sulla mortalità comparata per i due sessi.

Nei riguardi della Assicurazione vita le statistiche mediche private debbono essere consultate molto prudentemente e non possono essere paragonate a quelle delle Compagnie di assicurazione. Le une e le altre insomma hanno delle pecche; per ovviare ad esse, per fare dei reali progressi, è indispensabile fissare un certo numero di tipi clinici di ipertensione arteriosa e per ciascuno di essi fissare delle statistiche separate.

Classificazioni delle ipertensioni arteriose

Tre sono i tipi principali dell'ipertensione arteriosa:

I) L'ipertensione sistolo-diastolica o ipertensione completa, che costituisce la vera malattia della ipertensione.

II) L'ipertensione a predominio sistolico della arteriosclerosi.

III) L'ipertensione a predominio sistolico degli squilibri neurovegetativi.

Ipertensione sistolo-diastolica o completa. — In questo tipo, la elevazione della pressione diastolica è il fatto primitivo e fondamentale; la ipertensione sistolica non è che un fenomeno secondario, destinato a compensare la ipertensione diastolica. Esiste dunque un rapporto abbastanza fisso fra le due pressioni: finchè questo rapporto viene rispettato la ipertensione risulta equilibrata e concordante. I valori troppo bassi della pressione sistolica indicano una deficienza del miocardio e la loro prognosi deve essere riservata; quelli troppo alti, una arteriosclerosi associata, aggravante essa pure la prognosi.

La ipertensione completa è dominata dal punto di vista evolutivo e prognostico dal suo doppio carattere di sovraccarico permanente per i vasi e di un soprappiù permanente di lavoro per il cuore. L'iperteso completo muore essenzialmente per due principali cause: la insufficienza di cuore, soprattutto a tipo di insufficienza ventricolare sinistra e l'apoplezia cerebrale per emorragia e trombosi. Gli accidenti uremici sono veramente rari.

L'ipertensione completa rappresenta sempre un rischio grave, ma variabile secondo i casi. A fianco della ipertensione maligna, che costituisce una delle affezioni più temibili che noi possiamo riscontrare, esistono delle ipertensioni benigne che non sviluppano i loro effetti che a lunga scadenza e che talvolta perfino accompagnano gli individui per tutta la loro vita senza minacciarla direttamente.

Il problema della ipertensione completa è centrato essenzialmente sul valore della pressione sistolica. Quando questa sorpassa in permanenza 120, la prognosi è sempre grave, vi è discussione quando è compresa fra 95 e 120. La questione importante da porsi è di saper riconoscere le forme benigne dalle maligne. Si può procedere solo per approssimazione ed indicare gli elementi sui quali si basa la prognosi e per conseguenza la assicurabilità di una ipertensione completa moderata. Un elemento essenziale è l'età. Le ipertensioni

complete dei giovani sono quasi sempre delle ipertensioni gravi. Prima dei 40 anni una ipertensione completa con una pressione diastolica raggiungente o sorpassante in modo permanente la cifra di 110, non deve essere assicurata. Altro fattore di gravità è l'associazione di una nefrite cronica vera con albuminuria notevole, cilindruria e disturbi marcati della permeabilità del rene ai cloruri ed all'urea.

In questi casi i rischi della insufficienza renale si sommano a quelli della ipertensione, sì da far scartare l'eventualità di una assicurazione.

L'ipertensione resta benigna finchè essa è compensata. Il cuore è l'elemento essenziale della resistenza alla ipertensione; ogni, sia pur minimo segno di insufficienza cardiaca, indica che l'ipertensione si avvicina alla fase dello scompenso e per conseguenza, oscura notevolmente la prognosi.

Si rende perciò indispensabile una accurata esplorazione clinica che permetta di apprezzare lo stato della difesa cardiaca e che permetta di separare gli ipertesi con difesa intatta, da quelli nei quali essa comincia a cedere. Anche l'esame dei vasi è importante; l'emorragia e la trombosi cerebrale dipendono meno dalla pressione arteriosa che non dalle alterazioni vascolari parietali, che ne sono la conseguenza. Lo stato dei vasi è dunque un elemento di grande valore nella prognosi della ipertensione arteriosa.

La ricerca che non bisognerà mai trascurare è l'esame del fondo dell'occhio: l'esistenza di emorragie anche minime o di essudati, la constatazione di una estrema ristrettezza dei vasi retinici, indicano uno scompenso vascolare e debbono far temere degli accidenti cerebrali.

Per quanto in questa forma di ipertensione l'uremia sia una causa di morte relativamente rara, nondimeno essa deve esser tenuta presente perchè l'esistenza di alterazioni renali aggravano certamente il prognostico.

Il sintomo al quale si deve dare maggior valore è l'aumento dell'urea sanguigna, ripetutamente constatato. Anche lo studio della concentrazione urinaria è capace di dare interessanti informazioni. Considerati adunque come gravi tutti quei casi che presentano sintomi di scompenso cardio-vascolare, è necessario di insistere sul fatto che per poter giudicare benigna una ipertensione, non basta che essa sia ancora compensata, ma bisogna che essa non sia evolutiva e che sia influenzata dalla cura. Nè va trascurata la nozione dell'eredità. L'ipertensione è in una certa misura una malattia familiare; l'esistenza di precedenti ereditari, è considerata giustamente da tutte le Compagnie di Assicurazione come un fattore aggravante.

Ipertensione a predominio sistolico degli arteriosclerotici. — Essa è legata alla sclerosi dell'aorta e dei grossi vasi; è essenzialmente una ipertensione sistolica: la pressione massima si innalza a 180 — 200 ed anche più; la pressione diastolica al contrario si mantiene tra 80 e 100.

Questi ipertesi, poichè non c'è elevazione della pressione diastolica, non hanno sovraccarico circolatorio permanente; ne deriva che essi non muoiono quasi mai di insufficienza cardiaca. Anche le emorragie sono rare in essi, non così le arteriti croniche, cioè le trombosi arteriose ed in primo luogo quelle cerebrali. Questi malati sono perciò esposti ai rammolimenti cerebrali. E' tra gli ipertesi di questa classe che si riscontrano gli emiplegici che sopravvivono al loro *ictus*, per un numero più o meno lungo di anni, i lacunari, gli pseudo-bulbari, i parchinsoniani, i dementi senili.

Le cause di morte più frequenti sono l'apoplessia cerebrale per trombosi, l'angina di petto, la gangrena senile.

L'ipertensione degli arteriosclerotici è una malattia della seconda metà della vita: inizia sulla cinquantina e raggiunge il suo pieno sviluppo sulla sessantina; l'età della morte oscilla tra i sessantacinque e settantacinque anni.

Ipertensione a predominio sistolico degli squilibri neuro vegetativi. — E' soprattutto una ipertensione sistolica; essa è associata all'ipertiroidismo, o alle nevrosi tachicardiche; ma può anche esistere isolata. Queste ipertensioni neuro-

vegetative hanno alcuni caratteri particolari: esse sono frequenti nei soggetti giovani, tra i venti e quaranta anni; una eccezione va fatta per il periodo della menopausa, durante il quale si riscontrano frequentemente le ipertensioni simpatiche. L'ipertensione è generalmente moderata, ma le sue cifre sono variabili: sotto l'influenza di adatto trattamento sono suscettibili di rapida regressione. La prognosi di questa varietà di ipertensione è generalmente benigna, ma essa è piuttosto in rapporto con lo squilibrio neuro-vegetativo di cui è l'espressione.

E' necessario fare una distinzione tra queste forme di ipertensione neuro-vegetativa e le ipertensioni complete che si possono riscontrare negli obesi, nelle donne durante la menopausa e negli ipertiroidi. La benignità delle prime si oppone alla gravità delle seconde.

Considerazioni pratiche

La pratica delle Compagnie di Assicurazione Vita, nel campo dell'ipertensione arteriosa non ubbidisce ancora a regole definitive od uniformemente accettate. Le Compagnie americane hanno stabilito delle tabelle applicate dalla maggior parte di esse, le quali costituiscono oggidì i documenti più precisi che si posseggono sulla quistione. Dall'esame di esse si è colpiti dalla loro grande severità. In Europa si seguono in generale delle regole meno strette; si tiene in maggior conto l'esame clinico generale; si dà grande importanza allo stato cardio-vascolare (radiografia ed elettrocardiogramma) e renale (prova della concentrazione delle urine).

Dopo questa esposizione tipica i Relatori si propongono di esporre rapidamente i loro concetti dal punto di vista pratico riguardo all'esame ed alla assicurabilità degli ipertesi.

Una prima distinzione essi fanno secondo l'età del soggetto da esaminare:

1°) Prima dei 40 anni: a quest'età si incontrano soltanto ipertensioni complete e ipertensioni sistoliche o a predominio sistolico del tipo neuro-vegetativo.

L'ipertensione completa sarà a sua volta ripartita in tre sottogruppi:

- a) ipertensione con nefrite cronica;
- b) ipertensione completa essenziale;
- c) ipertensione con obesità.

2°) Tra i 40 e i 55 anni: in questo periodo della vita possono riscontrarsi tutti i tipi di ipertensione.

3°) Dopo i 55 anni: si incontrano solamente nella pratica l'ipertensione completa vera e l'ipertensione sistolica.

I relatori sono assolutamente del parere di rigettare deliberatamente i dati delle tabelle della mortalità basati sulle sole cifre tensionali, perchè queste cifre non hanno alcun valore assoluto di per sè stesse.

Una volta stabilito a quale varietà clinica appartiene l'iperteso in esame, essi pensano che per la decisione da prendere dovranno servire di guida le seguenti regole generali:

Dal punto di vista pratico si potrà accordare in rapporto ai limiti normali della pressione una tolleranza di 10 mm. per la pressione sistolica e di 5 mm. per la pressione diastolica. Si potranno dunque accettare in Assicurazione senza il sovrappremio, se il rimanente esame clinico è soddisfacente, individui fino ai limiti seguenti:

Da 20 a 40 anni.	. . . . .	140 — 90
Sopra 40 anni	. . . . .	150 — 95

Al di là di queste cifre si considereranno separatamente i diversi tipi clinici di ipertensione.

1. *Ipertensione neuro-vegetativa.* — E' trascurabile quando è associata ad un ipertiroidismo; essa non costituisce un rischio supplementare e la sua prognosi deve essere interamente basata sul disturbo ghiandolare. Allorquando è isolata, comporta dei soprapremi leggeri in rapporto con la costituzione instabile che essa rivela e delle possibilità teoriche di trasformazione in ipertensione completa.

2. *Ipertensione degli arteriosclerotici.* — Si rifiuteranno gli ipertesi che avranno raggiunto 200 mm., così pure si rifiuteranno tutti i casi complicati da aortite cronica, arterite cerebrale, arterite degli arti inferiori. Altra causa di rifiuto sarà l'associazione della miocardite o della nefrite cronica. Quando la pressione massima sorpasserà i 170 mm., l'esame clinico sarà particolarmente severo. I casi accettati comporteranno sempre un soprapremio importante, il cui tasso varierà a seconda della elevazione della pressione sistolica. La pressione diastolica non sorpassante i 100 mm. può essere trascurata. Al di là di questa cifra si applicheranno le regole della classe seguente.

3. *Ipertensione completa.* — Se ne distinguono tre sottogruppi:

a) nefrite ipertensiva. Costantemente rifiutata;

b) ipertensione essenziale. Si rifiuteranno le pressioni diastoliche che raggiungono in permanenza 110 tra i 20 e i 40 anni e 120 passati i 40 anni. Si rifiuteranno i casi con sintomi anche leggeri di scompenso cardiaco, di manifestazioni cerebrali persistenti, di lesioni del fondo dell'occhio; si rifiuteranno pure i casi ad evidente tendenza evolutiva. Ai casi accettati sarà imposto sempre un soprapremio importante, variante in rapporto alla elevazione della pressione diastolica e dell'età;

c) ipertensione negli obesi. Quando l'ipertensione cede facilmente al regime, evolvendo parallelamente alla diminuzione del peso, essa è relativamente benigna e giustifica una tolleranza supplementare. Al contrario quando essa è irriducibile, richiede un sovrappremio più alto, perchè l'obesità diminuisce le potenze di compensazione dell'organismo ed in particolare quelle del cuore.

La prognosi dell'ipertensione

Relazione del Prof. Dott. LEOPOLDO WINTERITZ (Trieste)

Lo studio della pressione arteriosa e la prognosi delle sue alterazioni è per diversi motivi assai importante per la Medicina delle Assicurazioni vita.

La pressione arteriosa è un valore numerico di facile determinazione su tutti i soggetti e varia entro certi limiti in rapporto con l'età; inoltre le variazioni in eccesso di essa figurano fra le più frequenti anomalie nei candidati alle assicurazioni vita.

La ricerca, importantissima, del valore normale della pressione arteriosa non può essere fatta come quella di un qualunque dato antropometrico: infatti la normalità statistica caratterizzata dalla massima frequenza non coincide con la normalità nel senso medico, cioè con uno stato di salute ottima.

Fatte queste premesse il R. si pone tre problemi:

- 1) Quale è la pressione ritenuta normale dai clinici?
- 2) Quale è la pressione che più frequentemente si riscontra in soggetti del resto sani?
- 3) Quale è la pressione che dà la prognosi più favorevole per la durata futura della vita?

Le cifre indicate dai vari autori come valori normali della pressione arteriosa sistolica sono molto differenti ed oscillano tra limiti molto vasti.

Dall'esame di varie tabelle riportate si deduce che la variabilità della pressione arteriosa è ampia anche presso soggetti ritenuti normali e che gli scarti sono maggiori, quanto maggiore è l'età. Riguardo al criterio prognostico si osserva che *coeteris paribus*, le cifre più basse danno la prognosi migliore.

Esperienze assicurative dimostrano che in soggetti ipotesi si verifica una sottomortalità fino al 35 %; si dovrebbero perciò considerare normali in rapporto alla pressione arteriosa gli ipotesi; ma in realtà soggetti sani e ipotesi costituiscono in pratica una eccezione, per cui si è convenuto di fissare un limite di tolleranza con i valori più frequentemente riscontrati. Sono state compilate a scopo assicurativo delle tabelle, le quali hanno la caratteristica di indicare come normali dei valori piuttosto bassi.

Hunter ha costruito una formola che fissa la pressione arteriosa e la mette in rapporto con l'età:

$$\text{Pressione arteriosa massima} = 113 + \frac{\text{Età}}{3};$$

$$\text{Pressione arteriosa minima} = 75 + \frac{\text{Età}}{5}.$$

Altre formule usate da Compagnie di assicurazioni sono le seguenti:

$$(1) \text{ Pressione arteriosa} = 100 + \text{Età (valevole fino a 25 anni)};$$

$$\text{Pressione arteriosa} = 120 + \frac{\text{Età}}{5} \text{ (da 25 anni in poi)};$$

$$(2) \text{ Pressione arteriosa} = 125 + \frac{\text{Età}}{2};$$

$$(3) \text{ Pressione arteriosa} = 90 + \frac{\text{Età}}{2} \text{ fino a } 130 + \frac{\text{Età}}{2}.$$

Il R. passa quindi a trattare degli elementi clinici per la prognosi della ipertensione arteriosa. Questa può verificarsi in varie affezioni morbose alcune ad andamento acuto, altre di carattere accessuale, altre ancora ad andamento cronico; solo queste ultime hanno importanza per la medicina assicurativa.

Le ipertensioni ad andamento cronico hanno sempre qualche rapporto con l'apparato urinario e la gravità di esse è intimamente legata al grado della lesione renale.

Secondo Volhard occorre fare distinzione fra ipertensione rossa e sclerosi renale benigna e ipertensione pallida o sclerosi renale maligna; la prima prende solo raramente un carattere maligno ciò che rende di grandissima importanza la certezza iniziale dell'esistenza di una associazione renale.

E' necessario distinguere fra prognosi individuale e collettiva. La prima è frutto dell'esperienza clinica ed è il risultato della diagnosi della malattia e dello stato fisico e funzionale del malato; la seconda si deduce dalla osservazione di un grande numero di affetti della stessa tara: il risultato è il decorso della mortalità della tara in esame. La introduzione del rischio di invalidità rende necessario lo studio delle cause invaliditarie degli ipertesi.

La prognosi individuale della ipertensione si basa sui seguenti elementi:

1) il grado della compartecipazione renale al processo ipertensivo: si traggono dati sufficienti per il giudizio dall'esame della pressione arteriosa, dall'analisi delle urine, dall'esame del sangue (azotemia) e dall'osservazione del fondo dell'occhio;

2) altezza della pressione arteriosa: la prognosi peggiora con l'aumentare della pressione;

3) lo stato di quegli organi la cui alterazione conduce in definitiva alla morte del soggetto: da varie statistiche risulta che le cause di morte più fre-

quenti degli ipertesi essenziali sono le complicazioni cerebrali e le cardiache, seguono le polmoniti e poi le malattie intercorrenti. E' possibile prevedere l'insorgenza precoce di una di tali complicazioni? quali sono le ricerche più semplici per la medicina assicurativa?

Un criterio grossolano da alcuni adottato è quello di prevedere la causa della morte di un iperteso (cardiaca o cerebrale) esclusivamente in base al fattore età: secondo Weitz e Sieben le morti cardiache avrebbero una preferenza per le età relativamente giovanili e per quelle senili; mentre nelle età medie prevarrebbero le morti per apoplezia cerebrale.

Il R. ha controllato tale supposizione su 117 casi ma ha ottenuto risultati opposti.

Ma vi sono criteri ben più importanti che possono far sospettare l'imminenza di un accidente cardiaco o cerebrale in un iperteso. Grande importanza ha per la prognosi della ipertensione, la elettrocardiografia: due ordini di alterazioni del tracciato indicano gravi perturbamenti del muscolo cardiaco: le alterazioni dell'onda *T* (mancanza o inversione di essa) e le alterazioni del complesso ventricolare (allungamento della durata, deformazione del complesso *Q R S*). Ma per il cervello non è possibile prevedere l'imminenza di un accidente mortale; infatti non si può far conto sui dati subiettivi che l'assicurato ha interesse a nascondere; solo qualche utile indizio potrà essere fornito dall'esame del fondo dell'occhio (presenza di fenomeni arteriosclerotici a carico delle aa. retiniche);

4) l'età dell'insorgenza, l'età della costatazione, l'antidurata del processo e l'età più comune della morte degli ipertesi; la malattia ipertensiva dà i primi sintomi intorno ai 50 anni, vario è il tempo di durata ulteriore della vita che si aggira però intorno ai 10-15 anni; l'età più comune della morte degli ipertesi varia dal 50° al 70° anno;

5) i fattori ereditari: secondo molti AA. la ipertensione sarebbe più ereditaria della tbc e del cancro; la trasmissione della predisposizione alla malattia avviene in modo che i figli ne restano colpiti e ne muoiono in età più giovane dei genitori. Il R. ha portato un contributo alla quistione, ricercando le cause di morte dei genitori di 100 assicurati morti conseguenze dell'ipertensione, confrontandole con le cause di morte dei genitori di altri 100 assicurati morti per altre malattie. Il risultato fu il seguente: di 100 morti per ipertensione, 28 ebbero uno o entrambi i genitori morti per tale malattia, mentre di 100 morti di altre malattie, solo 15 ebbero i genitori morti di ipertensione. Anche dall'esame dell'età, pur non potendo trarre conclusioni decisive, egli tende a credere che realmente la predisposizione ad ammalare ed a morire di ipertensione si trasmetta di padre in figlio con tendenza ad anticipare nelle generazioni più giovani e deduce che un iperteso i cui genitori siano morti di apoplezia (uno od entrambi), non debba essere accettato per una durata che superi l'età della vita dei genitori.

Compito della prognosi collettiva è quello di stabilire il decorso della mortalità di un grande gruppo di soggetti colpiti dalla stessa tara.

Questo è l'obiettivo massimo della medicina assicurativa perchè se ne tragano dati fondamentali per il calcolo dei premi. Lo studio del decorso della mortalità può essere eseguito su materiale clinico e su materiale assicurativo.

Il relatore riporta alcune statistiche di vari Autori fatte su materiale clinico le quali indurrebbero anche una prognosi favorevole. Ma i dati più attendibili sono quelli forniti dal materiale proveniente dalle Compagnie di Assicurazione; ricerche importanti sulla mortalità dei soggetti rifiutati per ipertensione arteriosa sono state eseguite dalla Northwestern National Life Ins. Comp. con i seguenti risultati: la sopra mortalità degli ipertesi aumenta col grado della ipertensione ed è massima per le età relativamente giovani.

Ma il materiale di studio più importante è quello derivante da osservazione degli ipertesi assunti in Assicurazione. Il R. riporta numerose tabelle fatte con i materiali del Medical Impairment Study, della New York Life,

della Prudential, della Metropolitan ecc. Confrontando le varie tabelle e riportando come termini di confronto i valori ottenuti nelle varie ricerche per gli scostamenti da 15 a 24 oltre la media corrispondente all'età (gradazione questa ritrovata in tutte le tabelle dei vari ricercatori), egli ha ottenuto il seguente specchietto :

Pressione arteriosa aumentata da 15 a 24 sopra la media corrispondente all'età

COMPAGNIA		Sopramortalità
Northwestern National Life (sogg. rifiutati)	. . . . .	83.8%
New York Life 1907-1922	. . . . .	46%
" " " 1916-1925	. . . . .	32%
" " " 1916-1930	. . . . .	28%
" " " 1923-1932	. . . . .	47%
Metropolitan 1922-1931	. . . . .	48%
M. I. S. 1929	. . . . .	81%
Bolt . . . . .	. . . . .	51%

Il materiale studiato personalmente dal relatore è suddiviso in tre gruppi :
 il primo comprende 410 casi da lui osservati presso le Assicurazioni Generali per una durata da uno a otto anni e con una pressione da 155 a 170 mm. di mercurio ;

il secondo gruppo riguarda il materiale degli ipertesi Assicurati presso il Consorzio Italiano Rischi Tarati per una durata di 7 anni : sono 242 individui con una pressione da 160 a 175 ed oltre ;

il terzo gruppo riguarda 111 soggetti ipertesi rifiutati dall'Istituto Nazionale Assicurazioni e seguiti per una durata da uno a sei anni.

Ecco in sintesi i risultati di tali studi :

Mortalità degli ipertesi

	Morti avvenute	Morti attese	
		Tabella della Popolazione Italiana M. 1901	Tabella della Popolazione Italiana M. F. 1931
<i>Assicurazioni Generali</i>			
Pressione arteriosa 155-170	17	19.64 sottomort. 13.4%	13.86 sopramort. 22.9%
Casi osservati 410			
<i>C. I. R. T.</i>			
Pressione arteriosa 160-175 ed oltre	9	8.19 sopramort. 9.89%	5.78 sopramort. 55.71%
Casi osservati 242			
<i>Istituto Nazionale delle Assicurazioni</i>			
Pressione arteriosa 160-240	9	5.95 sopramort. 51.3%	4.27 sopramort. 101%
Casi osservati 111			
Soggetti rifiutati			

Fino a questo punto è stata presa in considerazione soltanto la pressione arteriosa sistolica; ma in questi ultimi tempi gli studi si sono estesi anche alla pressione diastolica la quale è la vera pressione idrodinamica.

Una pressione diastolica alta rispetto alla sistolica stà ad indicare uno stato di ipertensione larvata congiunta ad insufficienza del ventricolo sinistro.

Un esatto rilievo del regime circolatorio può essere ottenuto soltanto dalla valutazione di entrambe le pressioni; purtroppo la ricerca della pressione diastolica non è molto facile e perciò male si presta lo studio di essa in medicina Assicurativa per indagini Statistiche.

Nei riguardi del rischio di invalidità negli ipertesi il R. pur non avendo elementi sufficienti a trarre conclusioni definitive, ritiene si possa affermare che essendo l'ipertensione arteriosa una malattia di notevole forza invalidante, i soggetti ipertesi dovrebbero rimanere esclusi da benefici di invalidità.

L'accettazione dei glicosurici

Relazione del Prof. Sir. W. LANGDON-BROWN (Cambridge)

L'importanza della glicosuria nella medicina delle Assicurazioni Vita appare quando si considerano i seguenti fatti:

1° Il tasso più elevato di mortalità per diabete si riscontra tra le persone agiate le quali sottoscrivono delle polizze importanti.

2° Il diabete è una malattia che senza dubbio va aumentando; attualmente è una delle principali cause di morte negli Stati Uniti; è strano il fatto che questo aumento colpisce quasi esclusivamente le donne. In Inghilterra è soltanto dopo l'introduzione dell'insulina che la percentuale della mortalità delle donne ha superato quella degli uomini: questo aumento è limitato alle donne sopra i 35 anni. Il tasso di mortalità tra gli uomini è stato relativamente stabile. Il fatto che il diabete, il quale è una malattia cronica, appare menzionato sui certificati di morte di coloro che sono deceduti per altre cause può spiegare solo parzialmente questo aumento.

Siccome i diabetici possono ora più facilmente procreare, il fattore ereditario sarà probabilmente più importante in avvenire. La diminuzione marcata del diabete durante gli anni della guerra mondiale, mostra che il fattore dietetico è importante, e per quanto non si debba perdere di vista il fattore nervoso pure è interessante osservare che dal 1929, anno in cui cominciò la crisi commerciale, il tasso di mortalità tra i diabetici nella città di New-York è rimasto stazionario tra gli uomini mentre è aumentato fra le donne.

Nel campo delle Assicurazioni Vita conviene considerare i seguenti punti:

1° Anamnesi personale: se il candidato presenta sintomi evidenti di diabete come: la sete, la poliuria, il dimagrimento, è verosimile che non possa affatto essere assicurato.

2° Anamnesi familiare: è probabile che coloro i quali hanno una anamnesi familiare recessiva siano destinati a presentare più tardi una glicosuria grave.

3° Se nell'orina vi è oltre lo zucchero anche l'acido diacetico, il proponente non è assicurabile. Il metodo di Benedict per la ricerca dello zucchero nelle urine ha eliminato molti errori. Quando ci si serve di questo metodo si può attribuire al glucosio qualsiasi riduzione definitiva. Dobbiamo noi considerare la presenza di questo glucosio, un ostacolo alla Assicurazione? vi sono

molte prove che solo pochi candidati sofferenti di glicosuria intermittente reclamano il diritto del pagamento del premio; al contrario altre prove statistiche dimostrano che il 31,7% di persone sofferenti di glicosuria senza sintomi sono in realtà veri diabetici.

Si sperava che l'introduzione della curva determinante la concentrazione dello zucchero nel sangue avrebbe risolto queste difficoltà, ma la speranza è andata in parte fallita. Quando si eliminano le differenze derivanti dall'uso di metodi differenti, dobbiamo ammettere che parecchi fattori possono influire sulla forma della curva. La privazione di nutrimento, un regime alimentare povero di idrati di carbonio, o troppo ricco in grassi, può far avvicinare la curva di un individuo normale al tipo diabetico. È necessario dunque conoscere il regime dietetico precedente prima di dare importanza ad una qualsiasi curva. Le curve dimostrative si possono classificare come segue:

1° L'iperglicemia persistente anche dopo il riposo con una salita repentina che non ritorna al normale nello spazio di un'ora e mezza, se la persona in questione è stata ad un regime ordinario durante tre giorni, è senza dubbio diabetica.

2° Una curva che scende dolcemente senza iperglicemia persistente anche dopo il riposo, può essere diabetica; essa indica una provvista scarsa di insulina.

3° Una curva rallentata con una punta che si eleva al disopra della soglia renale, in modo che lo zucchero viene eliminato precisamente in quel momento, può venire attribuita ad un ritardo dell'azione del meccanismo che accumula lo zucchero. Questo ritardo può essere il risultato di un eccesso di adrenalina dovuto a fattori nervosi. Vi sono delle persone nelle quali la curva qualche volta discende lentamente in un dato momento, mentre dopo qualche tempo essa presenta un aspetto normale. In questi casi si può accettare i soggetti con tassi ordinari, salvo imporre un soprapprezzo supplementare persistendo la curva normale. Si riscontrano di rado nel campo delle Assicurazioni Vita curve esprimenti turbe endocrine; in tali casi è la endocrinopatia che domina il quadro e raramente i soggetti in tali condizioni si presentano all'esame. Il R. si intrattiene brevemente sul tipo intermittente della glicosuria pituitaria.

5° Glicosuria renale: essa è legata ad una eccessiva permeabilità renale; gli Assicurandi in tali condizioni possono essere accettati a condizioni ordinarie.

Concludendo, la questione dell'accettazione dei glicosurici può venire riassunta come segue: è interesse dell'assicurando provare che la sua glicosuria è innocua. I veri diabetici non possono essere assicurati, perchè non si debbono accettare in Assicurazione delle persone la cui vita è legata al mantenimento di una cura appropriata. È ben vero che l'insulina prolunga la vita dei diabetici, ma allo stato attuale delle cose non è permesso affermare che essa guarisca la malattia. Inoltre i diabetici sono particolarmente esposti alle infezioni: le sepsi e la tubercolosi sono i più gravi loro pericoli. Anche l'insorgenza dell'arteriosclerosi si dimostra particolarmente legata al diabete.

Ai soggetti con glicosuria intermittente è indicato di far prendere 80 gr. di zucchero e di esaminare l'urina emessa dopo mezz'ora. Se questa urina non contiene zucchero la glicosuria perde d'importanza e non si deve considerarla come un ostacolo alla Assicurazione.

I soggetti con glicosuria renale possono essere accettati, e così pure per un certo periodo di anni le curve rallentate se il rallentamento dura da parecchio tempo. Nei casi dubbi, è giusto richiedere al candidato che si sottoponga ad una curva dello zucchero nel sangue, mettendolo così in condizioni di provare che la glicosuria da lui presentata è innocua, cosa che dal punto di vista assicurativo, ridonderà sempre a suo vantaggio.

Alcune osservazioni sulla prognosi del diabete

Relazione dei Proff. A. A. HIJMANS VAN DEN BERGH (Utrecht) e C. DE LANGEN

Di fronte alla frequenza del diabete zuccherino ed alla possibilità odierna di un trattamento veramente efficace per mezzo dell'insulina e di un regime appropriato, gli Autori fanno rimarcare che si impone ormai lo studio del problema dell'assicurazione dei diabetici. Inoltre essi discutono la difficoltà di pronunciarsi sull'argomento, se tale malattia sia in aumento effettivo oppure no. Una dieta ricca e l'obesità che ne deriva, non debbono essere considerati come costituenti uno dei fattori etiologici più importanti del diabete poichè l'esperienza clinica ci insegna che in gran numero di casi i diabetici sono mediocrementemente nutriti e non hanno mai sofferto di obesità.

La speranza che si aveva di migliorare la prognosi generale e di aumentare la durata della vita del malato, ha dato luogo fino a un certo punto a delle disillusioni. Questo risultato va attribuito in una larga misura a delle circostanze di ordine sociale ed al carattere dei malati, fattori che sono spesso nocivi alla ulteriore cura medica. La questione della ammissione di un malato nella assicurazione vita non può venir risolta soltanto sulla base di statistiche mediche ma dipende anche dal carattere del malato e dalle sue condizioni sociali, elementi che debbono particolarmente essere presi in considerazione. D'altra parte non si può dare grande importanza al fatto che una forma di diabete sia mite o grave, in materia assicurativa, a causa della impossibilità nella quale ci si trova di prevedere se una forma benigna di diabete, evolverà o no progressivamente nel corso degli anni. La glicosuria alimentare può ulteriormente essere seguita da un attacco di diabete. Il diabete detto « innocens » di Salomon non esiste; esso comprende un gruppo composto in parte di casi di glicosuria renale e in parte di casi di diabete benigno, suscettibili di aggravarsi da un momento all'altro.

Esaminando le aspettative della sopravvivenza dei diabetici sarà opportuno fare una distinzione tra la malattia nei giovani e nelle persone che hanno già una certa età. I malati giovani possono essere considerati come rischi favorevoli che vengono mantenuti in circostanze sociali favorevoli e vengono sottoposti ad un trattamento adeguato di insulina. D'altra parte la terapia insulinica deve essere considerata inutile nelle complicazioni vascolari e renali dei diabetici in età già avanzate.

Gli individui colpiti da glicosuria renale ben caratterizzata possono essere considerati come individui sani. Gli autori indicano i criteri sui quali si deve basare la diagnosi di glicosuria renale. Infine gli Autori sottolineano l'importanza del dosaggio dello zucchero nel sangue, perchè molti soggetti presentano una marcata iperglicemia, senza glicosuria, oppure presentano di quando in quando grandi variazioni nel grado della loro glicosuria.

Le ulcere gastro-duodenali e l'assicurazione vita

Relazione del Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI (Roma)

L'Autore inizia la trattazione affermando:

1) nell'ultimo venticinquennio è certamente aumentato il numero dei casi di ulcera gastro-duodenale, ma tutte le ricerche non ne hanno ancora accertato sicuramente la etiologia e la patogenesi;

2) espone le ragioni per cui accomuna ai fini della prognosi per l'Assicurazione vita l'ulcera gastrica e la duodenale;

3) afferma che manca una statistica medica fatta su materiale delle Compagnie di Assicurazione che possa dare elementi sicuri per stabilire la mortalità degli affetti da ulcera gastro-duodenale. Le statistiche pubblicate fino ad oggi da vari autori sono frammentarie, scarse e non utilizzabili completamente ai fini dell'assicurazione vita.

L'Autore quindi ritiene che oggi si possano solamente impostare i vari problemi relativi all'ulcera gastro-duodenale ma non risolverli, e precisamente:

A) Per ciò che riguarda la diagnosi:

1) L'Autore afferma che se l'assicurato tace i disturbi subiettivi che soffre o ha sofferto, difficilmente si può fare una diagnosi di ulcera gastro-duodenale mancando sintomi obiettivi sicuri per formularla.

2) Fa scaturire la diagnosi da un'anamnesi molto accurata fatta dal medico fiduciario che sappia ottenere dall'assicurato tutte le risposte circa i disturbi e le sofferenze pregresse e le attuali sensazioni subiettive.

3) Ricorda il compito del medico della Direzione di richiamare l'attenzione specialmente dei giovani medici fiduciari in particolar modo sui disturbi dell'apparato digerente che più si prestano alla dissimulazione.

4) Ricorda le forme tipiche e le forme atipiche dell'ulcera gastro-duodenale affermando che in un buon numero di casi precede un periodo di sofferenze gastriche atipiche per cui tutti i disturbi gastrici debbono essere sospetti per il medico fiduciario.

5) In base ai dati raccolti il fiduciario può sospettare o fare la diagnosi di ulcera gastro duodenale, sia con l'anamnesi che con l'esame obiettivo.

6) Non sempre nella pratica dell'assicurazione vita si può ricorrere all'esame radiologico e a tutti gli esami di laboratorio (esame gastroscopico, esame del succo gastrico, ecc.).

7) L'Autore insiste perchè per capitali importanti si ottenga l'esame radiologico il quale può accertare la diagnosi mettendo in evidenza la sede, la dimensione, le complicazioni e l'età dell'ulcera, differenziare l'ulcera peptica da un'ulcera de carcinoma gastrico o in trasformazione cancerigna, rilevare se vi è presenza di periviscerite, di gastrectasia da stenosi pilorica cicatriziale, di stomaco a clessidra, di stomaco a chiocciola ecc.

8) Ricorda che l'esame radiologico negativo non esclude la presenza dell'ulcera e specialmente l'ulcera semplice e recente può sfuggire all'indagine radiologica anche se eseguita con la tecnica più corretta.

9) Accenna alla diagnosi differenziale con i dolori gastrici che sono i sintomi di altre malattie dello stomaco o del duodeno per es. (anchilostomiasi) o di affezioni di organi vicini (per es. del fegato, delle vie biliari o del pancreas o del rene), o di malattie di altri apparati o sistemi (come per es. la tbc. polmonare, la tabe dorsale ecc.), o infezioni generali (come la sifilide) o di malattie del sangue (come per es. l'anemia perniciosa, ecc.).

10) Mette in evidenza la difficoltà della diagnosi in alcuni casi ed afferma che quando essa è incerta o dubbia il medico della Direzione degli Enti di assicurazione deve giudicare con un certo pessimismo e deve ammettere come vera la diagnosi incerta o dubbia.

B) Per ciò che riguarda la prognosi l'Autore cita numerosi dati statistici desunti da vari autori, da dati pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia, materiale statistico dell'I.N.A. da cifre fornite dal Consorzio Italiano Rischii Tarati e dalla Cassa Nazionale delle Malattie degli Addetti al Commercio dalle quali trae le seguenti conclusioni:

1) L'età preferita dalle ulcere è quella tra i venti e i cinquanta anni; le ulcere duodenali sono più frequenti delle gastriche, circa il sesso, le duodenali sarebbero più frequenti negli uomini.

2) La malattia è molto frequente, e all'esame dei cadaveri sono state riscontrate più cicatrici che ulcere in atto, ciò che dimostrerebbe la tendenza alla guarigione spontanea dell'ulcera.

3) La mortalità per ulcera gastro-duodenale risulta più alta nelle età oltre i 50 anni.

4) La constatazione clinica di molte ulcere gastriche-duodenali nell'età giovanile e la mortalità accentuata nelle età avanzate, viene a convalidare la cognizione clinica del lungo decorso della malattia stessa.

5) La massima frequenza delle complicazioni si avrebbe fra i venti e i quarant'anni e, per questo è possibile ricavare dalle statistiche frammentarie, la complicazione più frequente sarebbe la emorragia a cui seguirebbe la perforazione, ancora più grave dal punto di vista prognostico.

6) Mancano dati statistici per giudicare in merito ai vari tipi di operazione subita (escissione, gastro enterostomia, resezione ecc.) sebbene molti siano favorevoli alla resezione.

7) La recidiva delle ulcere dopo l'atto operativo, varia notevolmente secondo le varie statistiche.

8) Per le ulcere curate con cura medica si deve tener conto della possibilità che si renda necessario un intervento chirurgico.

9) La mortalità operatoria varia a seconda che l'intervento è richiesto o non, da grave complicazione.

10) Numerose teorie sono state sostenute per la etiologia delle ulcere gastro-duodenali.

Sebbene la teoria che riscuote maggiore simpatia sia quella che afferma che vi sono tipi costituzionali predisposti a questa affezione, pure non sono ben note le caratteristiche di questi tipi.

11) L'Autore quindi conclude che attualmente nel giudizio prognostico si deve tener conto delle condizioni generali dell'assicurando e del tempo trascorso dalle ultime sofferenze e all'uopo cita i seguenti criteri adottati dal Consorzio Italiano Rischii Tarati nella valutazione del rischio in assicurandi che hanno sofferto o soffrono di ulcera gastro duodenale: « Se le sofferenze sono in atto il rischio viene rinviato. Trascorsi almeno sei mesi dalle ultime sofferenze: sempre che le condizioni di nutrizione siano buone, il rischio si accetta con una notevole severità (elevati soprapremi, carenze parziali distribuite a scalare in un quinquennio, ecc.) ma concedendo una revisione medica del rischio dopo un certo periodo di tempo ai fini di migliorarne la presumibile sopra-mortalità attribuita all'inizio. Quando dagli ultimi disturbi sofferti sono trascorsi almeno cinque anni, sempre se le condizioni generali di nutrizione si siano conservate buone, si accetta il rischio a condizioni migliori, ma non si accetta mai a condizioni normali chi ha sofferto di ulcera gastrica o duodenale anche se è trascorso un quinquennio « senza sofferenze di sorta ».

C) In quanto alla questione medico legale l'Autore ricorda che è compito del Medico di Direzione, in ogni caso di sinistro di premorienza, di ricercare:

1) Se vi è un rapporto diretto od indiretto tra la causa di morte e le condizioni di salute dell'assicurando all'assunzione del rischio;

2) Se l'assicurando ha denunziato all'assicuratore, alla stipulazione del contratto, tutti gli elementi necessari per la valutazione del rischio.

Nel caso di sinistro di premorienza per ulcera gastro-duodenale dopo breve tempo dall'ingresso in assicurazione, il compito del medico della Direzione è

molto arduo in quanto può essere riuscito facile all'assicurando nascondere la malattia al medico fiduciario.

Il medico della Direzione deve accertare se l'assicurando ha taciuto coscientemente di denunciare al fiduciario la propria malattia e prospetta le varie questioni medico-legali che ne possono derivare. Ricorda come, provare la malafede dell'assicurato è meno difficile nei paesi dove il segreto professionale medico è considerato non in modo rigido, ma dal punto di vista dell'interesse collettivo.

L'Autore conclude affermando la necessità che ovunque si cerchi di colpire coloro che vogliono frodare l'assicurazione, poichè il contratto di assicurazione è e deve rimanere un contratto morale e di buona fede.

Le ulcere gastro-duodenali e l'assicurazione-vita

Relazione dei

Dottori FAROY e CARRIÉ (Parigi)

I Relatori avendo esaminato i dossier di tre Compagnie di Assicurazione francesi premettono che le statistiche fatte in base ai dati di dette Compagnie, sono inutili perchè le informazioni contenute nei documenti di esse, sono incomplete o addirittura errate. Occorre perciò rivolgersi alle statistiche mediche compilate con cura da specialisti, fuori del campo assicurativo, su la base di numerosi casi; ma anche qui vi è un inconveniente: tali statistiche variano assai nei diversi paesi ed anche in uno stesso paese perchè vengono basate su dati non comparabili tra di loro, per cui è spesso molto difficile dedurne conclusioni precise.

Fa duopo anzitutto distinguere le ulcerazioni acute dalle ulcere croniche le quali sole interessano dal punto di vista assicurazione-vita. Altro fatto importante è la mancanza di criteri per giudicare la avvenuta o meno guarigione dell'ulcera gastro-duodenale; ne consegue che la prognosi di questa affezione resta sempre dubbiosa dal punto di vista evolutivo.

La gravità dell'ulcera è sotto la dipendenza della gravità delle sue complicazioni; sono esse perciò che debbono essere studiate, perchè sono la causa della morte nella maggioranza dei casi. Anzitutto esistono nette differenze fra i due sessi: le complicazioni più frequenti: emorragie, perforazioni, stenosi piloriche, si incontrano più spesso nell'uomo che nella donna; l'ulcera-cancro alla pari; la biloculazione è più abituale nella donna che nell'uomo.

Ecco i dati statistici di mortalità per ogni complicazione: emorragie, frequenza 20%, mortalità 67% delle ulcere gastro duodenali operate o non; perforazioni in peritoneo libero, frequenza 16,25% dell'insieme delle ulcere gastriche e duodenali, mortalità 5,70%; stenosi del piloro, dal punto di vista prognostico, distinguibili in stenosi incomplete, suscettibili di guarire radicalmente con cura medica, e stenosi complete che beneficiano solo del trattamento chirurgico; la mortalità di questa complicazione è soprattutto una mortalità operatoria. La prognosi della biloculazione è relativamente abbastanza benigna. La mortalità dell'ulcera-cancro è quella del cancro. E' molto difficile stabilire la prognosi delle perivisceriti, che però è quasi sempre benigna. Gli ulcerosi infine possono morire di malattie intercorrenti, la cui insorgenza è favorita dallo stato di debolezza di questi malati.

I Relatori riportano pure i dati tolti dai documenti forniti loro da tre Compagnie di Assicurazione (italiana, inglese, francese) e riguardanti la proporzione dei morti per ogni complicazione su 100 casi di morte negli ulcerosi con e senza complicazioni.

Emorragia.	26,00	28,80	36,00 %	media	30,50 %
Perforazioni	26,00	26,10	32,00 %	»	28,00 %
Stenosi del piloro	1,80	2,00	2,38 %	»	2,00 %
Cancro	3,00	4,50	4,76 %	»	4,00 %
Altre cause	29,76	37,00	40,60 %	»	35,75 %

E' interessante vedere se la localizzazione dell'ulcera influenzi la frequenza delle differenti complicazioni e per conseguenza la mortalità.

Dall'esame delle statistiche risulta che l'ulcera duodenale è meno mortale della gastrica; che le ulcere della piccola curvatura si complicano specialmente con le emorragie gravi e con la biloculazione; quelle del cardias con la perforazione, quelle del piloro con emorragie, stenosi, ulcere cancro, quelle della parete anteriore con perforazioni e così pure quelle del duodeno.

E' impossibile in pratica determinare il periodo esatto che le ulcere richiedono per svilupparsi; se però esse non sono curate tendono a peggiorare mentre quanto prima viene iniziata la cura medica regolare prolungata, tanto migliori sono i risultati e la crisi mortale viene ritardata con una sopravvivenza per lunghi periodi. Il trattamento chirurgico non costituisce una garanzia di guarigione delle ulcere; a parte le complicazioni post-operatorie immediate, la malattia ulcerosa continua ad evolvere e dopo un periodo di silenzio dopo l'operazione, può manifestarsi bruscamente con gravi complicazioni; la bocca della gastroenterostomia per vari motivi, può funzionare male con conseguenti stasi gastriche, circoli viziosi, ecc.; l'ulcera quando non è stata asportata può cancerizzarsi ecc. In via generale il trattamento chirurgico, che può dare buoni risultati, è meno favorevole della prognosi inerente alla cura puramente medica; inoltre qualsiasi intervento dovrebbe sempre essere seguito da permanente cura medica.

Importanti sono i criteri di guarigione: 1° l'operazione datante da almeno cinque anni, con riserva che anche dopo molti anni sono state osservate delle recidive; 2° i fenomeni dolorosi e i disturbi subiettivi sono completamente assenti senza trattamento medico e dietetico; neppure questo fatto costituisce una certezza assoluta di guarigione; 3° l'esame radiologico mostra un buon circolo, l'assenza di stasi, la integrità parietale; vale la riserva che neppure un esame radiologico per quanto soddisfacente, ha un valore assoluto. Insomma non vi sono criteri sicuri per accertare l'avvenuta guarigione di una ulcera operata. Perciò il medico di una compagnia di Assicurazioni-vita davanti al quale si presenta un soggetto precedentemente operato di ulcera gastrica o duodenale si viene a trovare praticamente in una situazione tecnica sfavorevole per apprezzare il valore di questo rischio, poichè solo eccezionalmente potrà riunire tutti gli elementi necessari a giudicarlo.

In conclusione l'ulcera gastro-duodenale, malattia essenzialmente recidivante, deve considerarsi come una malattia seria che implica sempre un aumento di rischio ed un contratto di corta durata; ma le società non sono giustificate nel rifiutare di permettere agli assicurandi e fino ad un certo punto, il beneficio delle circostanze favorevoli che possono essere presenti in caso di ulcere, prendendo in considerazione il sesso, l'età, la localizzazione e lo stato di sviluppo della lesione, ovvero l'opportuna cura medica o chirurgica adatta al caso particolare.

I soprappremi debbono dunque variare secondo i fattori e i segni di miglioramento e non dovrebbero essere governati da un sistema eccessivamente rigido. Può darsi che sia necessario posporre la decisione dopo un periodo di tempo sufficiente a poter giudicare le condizioni favorevoli o sfavorevoli dell'andamento. Forse sarebbe bene concedere un periodo di carenza di quattro o cinque anni durante il quale le Compagnie non coprirebbero il rischio di morte o lo coprirebbero solo parzialmente rimborsando cioè tutti o in parte i premi pagati. Infine è vantaggioso da parte delle Società insistere affinché gli assicurati affetti da ulcere, siano stati o no operati, vengano esaminati perio-

dicamente da medici competenti, i quali dovranno giudicare le condizioni degli assicurati stessi. E' indispensabile quindi che le società siano convenientemente attrezzate per le ricerche cliniche, radiologiche e di laboratorio onde permettere ai loro medici di accertare l'esistenza di un'ulcera e di confermare una diagnosi dubbia circa la natura e la sede di essa. La medicina preventiva purtroppo esplicata solo in alcuni paesi, renderebbe più facile al medico delle Società assicuratrici la scoperta tempestiva delle ulcere gastro-duodenali e l'adattamento dei tassi dei sovrappremi anche a questi rischi estremamente variabili.

Il servizio sanitario e le assicurazioni vita negli Stati Uniti

Relazione di S. B. SCOLZ (Philadelphia)

La relazione comincia con la descrizione della storia e della evoluzione degli esami medici periodici e dei servizi sanitari in rapporto con l'Assicurazione sulla vita. Negli Stati Uniti di America la Provident Savings Life Assurance Society è stata la prima compagnia che nel 1909 ha offerto gli esami medici periodici ai suoi Assicurati. Nel 1922 la Medical American Association e il National Health Council approvarono ufficialmente gli esami sanitari periodici. Nel 1923 l'American Medical Association incaricò un comitato presieduto da Haven Emerson di preparare un manuale guida per l'esame delle persone apparentemente sane, contenente le istruzioni al riguardo per i medici. Il manuale fu riveduto nel 1932 ed è stato largamente diffuso.

Il R. parla in seguito dell'opera del Life Extension Institute organizzato nel 1913 da Harold Ley: attualmente l'Istituto presta la sua opera a Società che hanno Assicurazioni in vigore per un valore di oltre 25 miliardi di dollari.

Le Compagnie in relazione con l'Istituto notificano quelli fra i loro Assicurati che si trovano in condizioni di usufruire del Servizio Sanitario e quando ricevono una domanda di esame, trasmettono all'Istituto il nome, l'indirizzo ecc. dell'assicurato. Quindi la Società non si occupa altro che del pagamento delle spese ad esame compiuto. Se l'esame è stato eseguito da un medico designato dall'Istituto, la relazione viene inoltrata in un apposito reparto dove è studiata accuratamente. Sulla base di tale relazione medica si prepara una relazione per l'Assicurato, corredata degli opportuni consigli, istruzioni, e norme relative a qualsiasi abitudine personale impropria, igiene, regime di vita ecc. Se l'analisi delle urine indica la necessità di ricorrere ad uno speciale trattamento, l'Assicurato ne è opportunamente avvertito.

Più di un terzo delle Società di Assicurazioni Americane offrono ai loro assicurati, gratuitamente, i Servizi Sanitari diretti alla conservazione della vita. I metodi e le modalità seguite variano evidentemente per le diverse Compagnie. Vengono riportati degli esempi dei servizi offerti da alcune Compagnie. L'Union Central Life Insurance Company concede due forme di esami: uno chiamato «The Health Test», è offerto annualmente agli assicurati in forza da un anno; c'è un modulo da riempire e da restituire accompagnandolo con un campione delle urine. Il risultato dell'analisi viene comunicato insieme ai consigli del caso; l'altra provvidenza offerta agli assicurati per almeno 20.000 \$ consiste in un esame medico da eseguirsi a scelta dell'assicurato o presso il Life Extension Institute, o presso un medico di sua fiducia al quale l'Assicurato consegnerà il modulo ed un libretto intitolato: «Suggerimenti per gli esami della Salute». Così il medico sa come comportarsi; la visita viene pagata dalla compagnia, alla quale però non ne deve essere comunicato il risultato.

Nel 1923 la Penn Mutual Life Insurance Company invitò gli assicurati per

25.000 \$ in forza da uno o più anni ad un esame della salute; solo il 12% rispose all'appello e di essi il 60% subì la visita.

La Prudential Insurance Company of America offre ai suoi assicurati, gli esami completi di laboratorio (urina, sangue, espettorato ecc.), in collaborazione col medico curante dell'assicurato. Lo scorso anno 65.000 assicurati usufruirono di questo servizio per il quale furono eseguiti 100.000 esami di laboratorio.

La Provident Mutual Life Insurance Company, con 950 milioni di dollari di capitale assicurato offre due forme di servizio medico: 1) l'esame delle urine, senza l'esame dell'assicurato, ogni due anni a tutti gli assicurati; 2) un'esame completo della salute agli assicurati che hanno polizze per 20.000 o più dollari.

L'Assicurato riceve un questionario che riempie e presenta al medico designato dalla Compagnia; invia pure un campione di urine alla Direzione.

I medici della Compagnia addetti al lavoro della conservazione della salute sono completamente distinti dalla categoria dei medici che esaminano gli assicurati all'ingresso. Dopo la visita l'Assicurato riceve una lettera che gli fa conoscere il risultato di essa e gli dà consigli adatti.

La Metropolitan Life Insurance Company (circa 18 miliardi in forza) batte il record nel lavoro per la conservazione della salute. È una delle prime Compagnie che ha inaugurato la propaganda della salute a beneficio dei suoi assicurati. Nel 1909 distribuì un opuscolo di medicina preventiva e nello stesso anno istituì una organizzazione di infermiere a beneficio degli Assicurati.

Nel 1913 inaugurò un Sanatorio di 375 letti per i suoi impiegati. Tutti quelli da assumersi dalla direzione vi sono esaminati e radiografati, e tale pratica è ripetuta tutti gli anni. Nel 1914 la Metropolitan fu la prima ad utilizzare i servizi del Life Extension Institute per i suoi Assicurati e da allora fa propaganda in mezzo ad essi, esortandoli a sottoporsi agli esami periodici.

Alcuni anni fa ha istituito presso la Direzione un Laboratorio Biologico per lo studio dei problemi relativi all'Assicurazione-Vita.

È interessante riportare i dati di alcune attività del Servizio Sanitario desunti dalla relazione del Dott. Armstrong, vice presidente della Metropolitan: Cura di Ammalati: 4.136.219 visite di infermiere in 5.375 città.

Istruzione di Infermiere pubbliche.

Mostre e Campagne Sanitarie.

Studi di Malattie e Mezzi di profilassi; esperimenti e ricerche sulla diagnosi della tubercolosi. Studi sulla silicosi e profilassi di tale malattia tra i minatori ecc.

Studi sulle influenze economiche e sociali: il problema del suicidio.

Studio della amministrazione dei metodi per la conservazione della salute.

Letteratura medica: durante il 1933 la Metropolitan ha distribuito 44.000.192 stampati di letteratura per la salute.

Complessivamente fino alla fine del 1934 sono stati distribuiti 800 milioni di stampati in varie lingue.

La Metropolitan ha dichiarato di esser riuscita con tali mezzi a diminuire di molto il tasso di mortalità dei suoi assicurati.

Negli Stati Uniti vi sono più di 400 organizzazioni di mutuo soccorso che offrono ai loro associati un servizio sanitario. La prima società di mutuo soccorso in America fu fondata nel 1868 per il miglioramento sociale della classe operaia. Dopo un anno tale società introdusse una forma di assicurazione vita a quote, e più tardi aggiunse altri benefici. Nel 1904 i pagamenti ai soci inabili al lavoro divennero un tale peso finanziario alla società stessa, che si pensò di creare dei sanatori per la cura dei soci inabilitati al lavoro dalla tubercolosi; ma fu solo nel 1909 che tale progetto fu realizzato dalla società dei Modern Woodmen of America. Altre società di mutuo soccorso hanno costituito negli Stati Uniti più di 37 accampamenti sanitari, sanatori e ricoveri per i vecchi.

Si è calcolato che il tempo perduto per malattia negli Stati Uniti è di 14 giorni per testa. Sulla base di statistiche riguardanti lo stato della salute della

popolazione nei differenti distretti si è potuto concludere che dall'uno e mezzo al tre per cento, gli adulti che lavorano sono costantemente malati. Vi sono circa due milioni di cardiaci e mezzo milione di diabetici; nei manicomi ed ospedali si debbono mantenere circa 350 mila letti per la cura delle malattie mentali.

Nel 1933 vi furono negli Stati Uniti 4936 morti per difterite, 12.037 morti per malattie veneree; 121.571 per malattie delle vie genito urinarie e 134.535 per tumori maligni. E' dunque evidente che le attività delle compagnie Americane che spendono circa 14 miliardi all'anno per la medicina preventiva sono certamente giustificate.

Si calcola che del totale degli assicurati ai quali è concesso valersi dei servizi sanitari, ne approfittano circa il 10 e mezzo %. Dieci anni fa solo il 6 % circa usufruivano di questi esami.

Il R. infine insiste sul fatto che per la diffusione e la affermazione della medicina preventiva è necessaria una pubblicità costante.

Il servizio sanitario e l'assicurazione vita

Relazione del Dott. OTTO NEUSTÄTTER (Berlino).

Con l'introduzione di un Servizio Sanitario un nuovo compito incombe ai medici delle Compagnie di Assicurazione vita; essi non solo dovranno occuparsi della diagnosi precoce delle malattie, della prognosi e delle statistiche, ma anche della profilassi. Lo scopo del Servizio sanitario è di prolungare la durata della vita. Tutto ciò che vien fatto dalle Compagnie di Assicurazione per salvaguardare la salute degli assicurati in caso di morte riguarda il Servizio sanitario. Lo sviluppo del Servizio sanitario era stato previsto da una parte dai medici (Horace Dobell di Londra nel 1861, raccomandava gli esami medici periodici) e d'altra parte dagli economisti (Edmund Hermann, Vienna, 1865). Il Servizio sanitario sotto una forma pratica fu istituito per la prima volta negli Stati Uniti, nel 1909, da Lyman Fisk e Rittenhouse, e da Lee K. Frankel e Haley Fiske. Dagli Stati Uniti l'idea si fece strada nel Canada (1909) e di là in Svezia (1909), in Finlandia (1909), in Australia (1910), in Norvegia (1912), al Giappone (1922), in Inghilterra (1923), in Svizzera (1925), in Cecoslovacchia (1925), in Germania (1925), in Olanda (1925), in Francia (1926), nel Belgio (1928), in Austria (1928), in Polonia (1928), nelle Indie Orientali Olandesi (1929), in Italia (1930), in Ungheria (1930), in Estonia (1931), in Spagna (1931).

Il Relatore espone quindi la situazione attuale della quistione del Servizio sanitario in tutte le parti del mondo in uno studio di insieme molto completo e presenta in tavole sinottiche i dati relativi alle attività ed iniziative di ogni Compagnia. La ripartizione geografica dei Servizi sanitari è dimostrata in apposita cartina.

Esistono due forme di Servizio sanitario: profilattico e terapeutico. Il tipo profilattico è in parte individuale ed in parte generale. Il Servizio profilattico individuale consiste in esami periodici dell'assicurato, o in esami di laboratorio, seguiti dai consigli agli assicurati. L'esame medico propriamente detto è fatto sia da un medico designato dalla Compagnia, sia da un medico scelto dall'assicurato. Veugono quindi considerati e discussi i vantaggi di ciascuno di questi metodi. Gli esami a distanza consistono in ricerche di laboratorio e in consigli per lettera agli assicurati.

Il servizio profilattico generale consiste nella educazione degli assicurati sotto il punto di vista dell'igiene e della salute, fatta per mezzo di pubblicazioni della Compagnia: foglietti, opuscoli, libri e riviste, ed anche per mezzo di conferenze, cinematografie, esposizioni, inserzione di articoli adatti nella stampa professionale e nei giornali ecc. Questa diffusione delle nozioni di Igiene e di medicina è suscettibile di avere una influenza molto vasta.

Il Servizio medico terapeutico consiste in visite di infermiere agli assicurati colpiti da malattie gravi ed in parte nel fornire i mezzi di cura.

La natura, l'importanza, il costo di ogni tipo di Servizio sanitario sono oggetto di un profondo studio.

E' stato messo in dubbio il valore del Servizio sanitario, particolarmente quello degli esami periodici: gli si rimprovera il disinteressamento da parte degli assicurati; la inutilità degli esami fisici e la mancanza di effetto nella riduzione della mortalità. Sta invece di fatto che gli assicurati divengono sempre più numerosi e che ovunque si servono delle iniziative delle Compagnie di Assicurazione per quello che riguarda il Servizio medico. Prendendo 100 come cifra base corrispondente al numero di coloro che hanno usufruito del Servizio sanitario, si constata che in questi ultimi dieci anni questa cifra si è elevata in America a 200, in Europa a 240, ed in Giappone a più di 600.

Il relatore passa quindi ad esaminare le cause della mancata utilizzazione del Servizio sanitario; egli fa notare che tali cause possono essere modificate ed anche eliminate e che la maggiore utilizzazione in Europa sembra doversi attribuire al fatto che si lascia agli interessati la massima libertà di scegliere il medico che deve esaminarli.

A confutare l'argomento che gli assicurati a causa della cura che vien posta nella loro selezione, sono degli individui particolarmente sani, e che per conseguenza la necessità di un sistema di esami periodici non si fa sentire, vengono citate delle statistiche molto dettagliate fatte sui risultati degli esami praticati in America, in Germania e in Giappone. Dall'esame dei calcoli basati sui casi di morte che avrebbero potuto essere ritardati per mezzo degli esami periodici, risulta che in circa il 25% dei decessi, l'esame periodico potrebbe prolungare la vita dell'assicurato.

Tutte le statistiche esistenti, cioè quelle delle società: Provident Savings, Postal, Metropolitan, Guardian, Alte Leipziger e Vita, dimostrano una diminuzione della mortalità degli assicurati che sono stati periodicamente esaminati, dal 10 al 20%. Questa diminuzione di mortalità non si potrebbe spiegare, secondo l'opinione di alcuni semplicemente col fatto che l'assicurato ha scelto lui stesso di essere visitato. Se un esame critico delle statistiche rivela che non è stato ancora possibile provare in modo esauriente che gli esami periodici sono la causa della diminuzione della mortalità, ciò dipende dalla difficoltà nello stabilire delle statistiche di questo genere e non al fatto che gli esami periodici sono inefficaci.

L'esame periodico ha non solo un effetto pratico dal punto di vista medico producendo un benessere e la coscienza di protezione e di sollievo nell'assicurato, ma anche un effetto educativo in quanto incoraggia coloro che prima se ne disinteressavano, a prender cura della loro salute. L'esempio dato in questo ramo di lavoro dalle assicurazioni vita ha spronato altre organizzazioni ad occuparsi di esami medici periodici ed a favorirne l'adozione per i loro fini. Questo solo fatto potrebbe bastare a giustificare gli esami medici periodici da parte delle Compagnie di Assicurazione vita e ad incoraggiare le Società stesse a fare sempre di più in questo campo.

Il Servizio sanitario è ancora ai primi stadi del suo sviluppo: ci sono ancora molti problemi da risolvere per quello che riguarda il miglioramento del modo di applicazione, la propaganda, le statistiche ecc. ma anche i risultati che sono stati ottenuti fino ad oggi sono sufficienti a convincere che la istituzione di un Servizio sanitario o di quella che si potrebbe anche chiamare «Igiene dell'Assicurazione Vita», costituisce un riconoscimento opportuno e giustificato di una nuova branca della medicina delle Assicurazioni Vita.

A mano a mano che si svilupperà e si perfezionerà il Servizio sanitario, l'importanza del suo compito apparirà ancora più chiaramente. Tale Servizio arreca beneficio non solo agli Assicurati, ma anche a coloro che si occupano di Assicurazioni sulla vita, i quali non mancheranno di accattivarsi la riconoscenza generale per l'alto valore umanitario di questa nuova branca della loro attività.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita

L'indicazione del nome del medico di famiglia non esonerava l'assicurato dall'obbligo di rendere con sincerità tutte le altre dichiarazioni di carattere sanitario

Dott. FABIO MARSELLA

Medico-Capo dell'I. N. A.

Scrivo queste brevi note a proposito di una recente sentenza del Tribunale di Roma. Riferisco la storia del caso.

Nel luglio 1933 fu stipulato un contratto di assicurazione da un uomo di 50 anni, che nella proposta e nelle dichiarazioni rese al medico fiduciario aveva detto di godere perfetta salute e di non avere sofferto alcuna malattia.

L'assicurato decedette nel marzo 1935 per sigmoidite ulcerativa, giusta il certificato del medico curante. Questi diceva, nella relazione sulla causa di morte, di aver cominciato a curare l'infermo nel dicembre 1933 e che la malattia si era iniziata un anno prima di tale epoca.

Aggiungeva che precedentemente l'ammalato era stato visitato da altri medici, che, anche con esami radiologici, avevano confermata la diagnosi di sigmoidite ulcerativa.

In base a tali notizie furono dall'Istituto assicuratore praticate indagini sanitarie che fecero assodare che l'assicurato era affetto dalla grave malattia, che lo aveva condotto alla tomba, già da vari mesi prima dell'ingresso in assicurazione.

Risultò anche che, per l'aggravarsi del male, a carattere progressivo, l'infermo era stato per circa un mese ricoverato in una casa di salute, dalla quale era uscito, non guarito, appena qualche settimana prima di fare la proposta assicurativa.

Per tali circostanze la liquidazione del sinistro fu contestata. Senonchè, il Tribunale, data l'antidurata del contratto superiore a sei mesi e il decorso del periodo di contestabilità ordinaria, non ritenne che fosse provata la malafede dell'assicurato, soprattutto perchè questi, nelle sue dichiarazioni, aveva indicato il nome del suo medico di famiglia, al quale l'Istituto assicuratore avrebbe potuto rivolgersi per informazioni, prima di emettere il contratto.

Nella sentenza è detto: « Non risulta che l'Istituto nè prima nè dopo l'assicurazione abbia interpellato il Dott. P. il quale avrebbe potuto comunicargli tempestivamente la diagnosi di sigmoidite emorragica ».

Effettivamente il Dott. P. non era stato interrogato nè prima nè dopo l'assicurazione, ma tale interrogatorio si fece solo dopo la sentenza del Tribunale. Il Dott. P. allora dichiarò di essere stato medico della famiglia dell'assicurato vari anni prima e precisamente negli anni 1925, 1926 e 1927 e di avere prestato l'opera propria alla moglie e alla figlia e che solo una volta, in detto periodo, aveva visitato ambulatoriamente l'assicurato per una forma banale di lieve entità, di cui non conservava alcun preciso ricordo. Il Dott. P. aggiungeva che negli ultimi anni non era più stato medico della famiglia dell'assicurato e che nulla sapeva della malattia gastro-intestinale di cui quegli era morto.

Da questa nuova indagine risultò ancor più provata la malafede dell'assicurato, anche per avere indicato come medico curante un sanitario che tale invece non era e che nessuna informazione positiva avrebbe potuto dare sulle sue vere condizioni di salute qualora l'Istituto si fosse a lui tempestivamente rivolto.

Ma qui vien fatto di domandarci. Sarebbe stata la sola indicazione del vero medico curante sufficiente ad escludere la malafede dell'assicurato, qualora egli avesse reso tutte le altre dichiarazioni, sul suo stato di salute passato e presente, difformi dal vero?

Io non credo.

Nel questionario che si sottopone all'assicurando sono contenute domande diverse riguardanti il gentilizio, i precedenti personali, lo stato attuale, le abitudini di vita, i precedenti assicurativi, il servizio militare ecc.

E dal complesso di queste dichiarazioni che deve scaturire la esatta valutazione del rischio assicurativo. Devono quindi tutte le dichiarazioni richieste essere rese con assoluta sincerità dall'assicurando che solo è in grado e in obbligo di darle. Il controllo di queste dichiarazioni è una facoltà dell'Istituto assicuratore e non diminuisce in alcun modo il dovere fatto all'assicurato di essere in tutto veritiero.

Il Navarrini dice: « per necessità di cose, per le esigenze stesse dell'industria assicurativa l'assicurato non può fare un'analisi minuziosa e precisa dei rischi che assume, Egli deve fidarsi di chi è in grado di conoscere bene le sue cose ».

Un diverso modo di procedere creerebbe seri ostacoli alla diffusione e allo sviluppo dell'assicurazione vita che è e deve rimanere fondata sulle dichiarazioni dell'assicurato.

Circa il medico curante si deve anche osservare che non sempre questi è disposto a dare tutte le informazioni richieste.

Vi sono medici che non si ritengono sciolti dall'obbligo del segreto professionale neanche da una esplicita autorizzazione dall'assicurando.

Ve ne sono di quelli che non intendono dare informazioni che possono nuocere al loro cliente abituale, nè si può in alcun modo imporre al medico, se egli non vuole, di dire ciò che egli ha saputo e veduto nell'esercizio delicatissimo della sua professione.

È all'assicurando che incombe l'obbligo di dare tutte le informazioni di carattere sanitario che a lui si richiedono. Non si può ammettere che egli deleghi questo suo obbligo al medico curante.

A tal proposito bisogna anche osservare che nel questionario sono contenute al punto 14 domande diverse che qui trascrivo: « A) Chi è il suo medico abituale e di famiglia? B) Quando lo consultò? per quali disturbi? C) Quali altri medici ha consultato? per quali motivi? ».

A tutte queste domande deve l'assicurando rispondere esattamente e completamente.

Ma se egli si limita a indicare il nome del medico di famiglia, senza nulla aggiungere oppure dice di averlo consultato per una banale malattia comune che non suol lasciare conseguenze di sorta, non vi è motivo perchè l'Istituto assicuratore, per una ingiustificata diffidenza verso l'assicurando, si rivolga a detto medico. La norma degli Istituti assicuratori è di non chiedere abitualmente il certificato del medico di famiglia, se non vi è una speciale indicazione dello stesso assicurando per farlo.

E ben diverso il caso in cui l'assicurando denunzi, col nome o coi nomi dei medici, le sofferenze avute e delle quali è necessario precisare l'entità vera e la natura come ad es. affezioni gastro-intestinali non bene definibili, malattie nervose, tumori di dubbia natura ecc.

L'assicurando stesso in tali casi dà modo all'Istituto assicuratore di potersi rivolgere al medico curante, perchè questi completi le sue dichiarazioni e dia quei maggiori e più precisi ragguagli tecnici che, quale profano e paziente, egli non è in grado di dare e che sono necessari per una esatta valutazione del rischio assicurativo.

È ovvio che allora l'Istituto possa interpellare il medico e se non lo fa, e per tale omissione assume un rischio più grave del vero, nessuna colpa può farsene all'assicurato.

Viceversa la semplice designazione del medico di famiglia senza altra indicazione e il silenzio sui nomi di altri medici eventualmente interpellati rende le dichiarazioni dell'assicurando reticenti anche al punto 14 del modulo di visita medica.

Se a ciò si aggiunge che l'assicurando ha reso dichiarazioni incomplete e difformi dal vero su vari altri quesiti, essenziali alla valutazione del rischio, non vi è chi non riscontri la malafede in questo comportamento.

Una sola dichiarazione, per di più parzialmente reticente, non può servire a sanare tutto un insieme di altre reticenze e dichiarazioni erronee e false.

Alcuni dati di Statistica Medica

Le cause di morte degli assicurati in forma Popolare - deceduti nel triennio 1932-1934 - distribuiti per cause di morte e gruppi di età alla morte

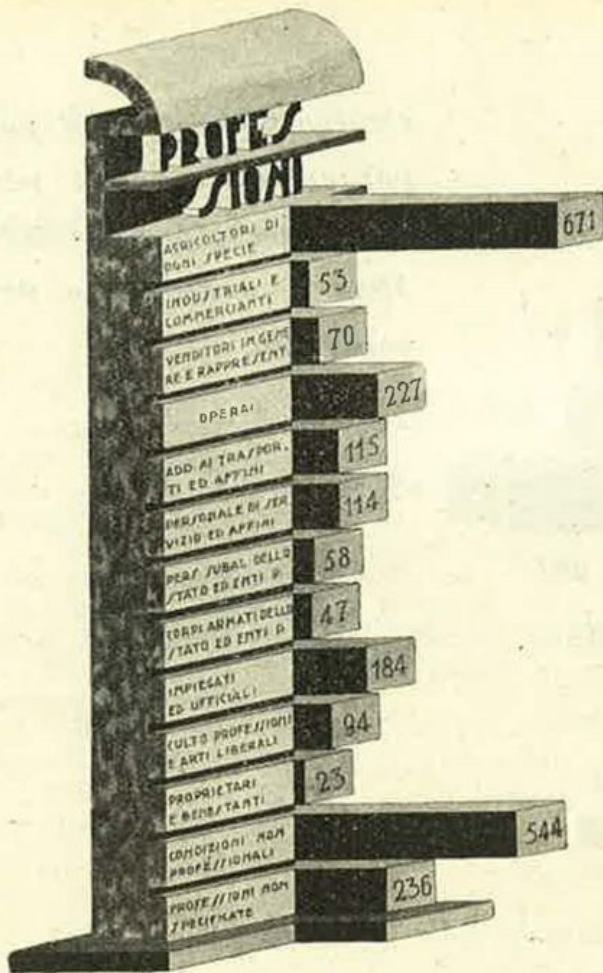
CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE																		Totals			
	0-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64				65 e oltre	
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.
Ogni forma di tubercolosi . . .	18	19	21	5	37	11	98	8	78	18	49	24	34	9	16	3	3	3	—	—	354	100
Malattie infettive e parassitarie . . .	21	20	8	3	22	3	32	6	45	14	34	14	26	7	11	2	2	1	2	—	203	70
Tumori (neoplasie) . . .	—	1	—	1	7	2	13	6	20	23	31	34	24	—	15	23	6	7	2	2	118	99
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali . . .	—	1	1	—	2	—	7	2	12	7	11	8	21	7	14	4	2	2	1	1	76	32
Malattie sistema nervoso e organi di senso . . .	6	5	2	—	1	—	17	2	6	5	13	4	7	2	3	1	—	—	—	—	55	19
Malattie dell'apparato circolatorio . . .	7	1	7	—	4	2	23	4	30	12	34	22	29	13	22	5	12	2	4	—	172	61
• • • respiratorio . . .	20	3	7	5	20	1	47	8	50	19	45	11	44	11	26	3	4	2	2	2	265	65
• • • digerente . . .	9	8	10	3	17	1	30	5	30	10	47	11	19	6	12	6	5	1	1	—	180	51
• • • genito-urinario . . .	1	—	2	1	3	1	18	3	21	3	15	14	12	—	10	5	1	4	5	1	88	32
Suicidi . . .	—	—	1	1	—	2	6	1	11	1	9	1	3	—	2	—	1	—	1	—	34	6
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata . . .	20	2	21	1	21	—	26	—	30	2	17	—	13	3	3	3	2	3	1	—	154	14
Altre cause di morte . . .	1	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	1
Cause di morte non specificata . . .	29	14	5	—	7	—	19	3	17	11	26	8	22	4	6	3	6	3	1	—	138	46
Totals . . .	132	74	85	21	141	23	336	48	352	125	331	151	255	62	140	58	47	28	21	6	1940	596

Le cause di morte degli assicurati in forma popolare - deceduti nel triennio 1932-1934 - distribuiti per cause di morte e per antidurata dei contratti

CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI																		Totali	
	0-6 m.		6 m. - 1 a.		1 - 2		2 - 8		3 - 4		4 - 5		5 - 10		10 - 15		oltre 15		u.	d.
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		
Ogni forma di tubercolosi	32	14	69	19	98	30	80	25	38	9	21	2	21	3	—	—	—	—	359	102
Altre malattie infettive e parassitarie	32	12	31	13	65	17	29	10	15	11	19	1	16	7	—	—	—	—	207	71
Tumori (neoplasie)	21	8	25	19	28	30	13	23	14	12	9	2	9	8	—	—	—	—	119	102
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	13	5	12	6	19	10	9	4	13	1	3	2	7	4	—	—	1	—	77	32
Malattie sistema nervoso e organi di senso	8	2	11	5	13	6	15	2	4	2	1	—	5	2	—	—	—	—	57	19
Malattie dell'apparato circolatorio	21	7	36	11	46	19	27	14	18	5	12	3	23	2	—	—	—	—	183	61
• • • respiratorio	42	16	54	16	66	22	35	6	34	4	18	—	25	3	—	—	—	—	274	67
• • • digerente	35	6	32	14	40	13	26	7	22	6	10	1	22	4	—	—	—	—	187	51
• • • genito-urinario	11	5	11	7	38	11	11	3	6	4	4	1	14	2	—	—	—	—	90	33
Suicidi	1	1	7	—	4	1	10	3	9	1	2	—	2	—	—	—	—	—	35	6
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata	47	3	31	2	34	5	19	2	8	1	4	—	12	1	—	—	—	—	155	14
Altre cause di morte	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	1
Cause di morte non specificate	58	17	27	7	25	17	9	5	6	—	4	—	9	—	1	—	—	—	140	46
<i>Totale</i>	321	96	348	119	472	182	283	104	187	56	108	12	165	36	1	—	2	—	1887	605

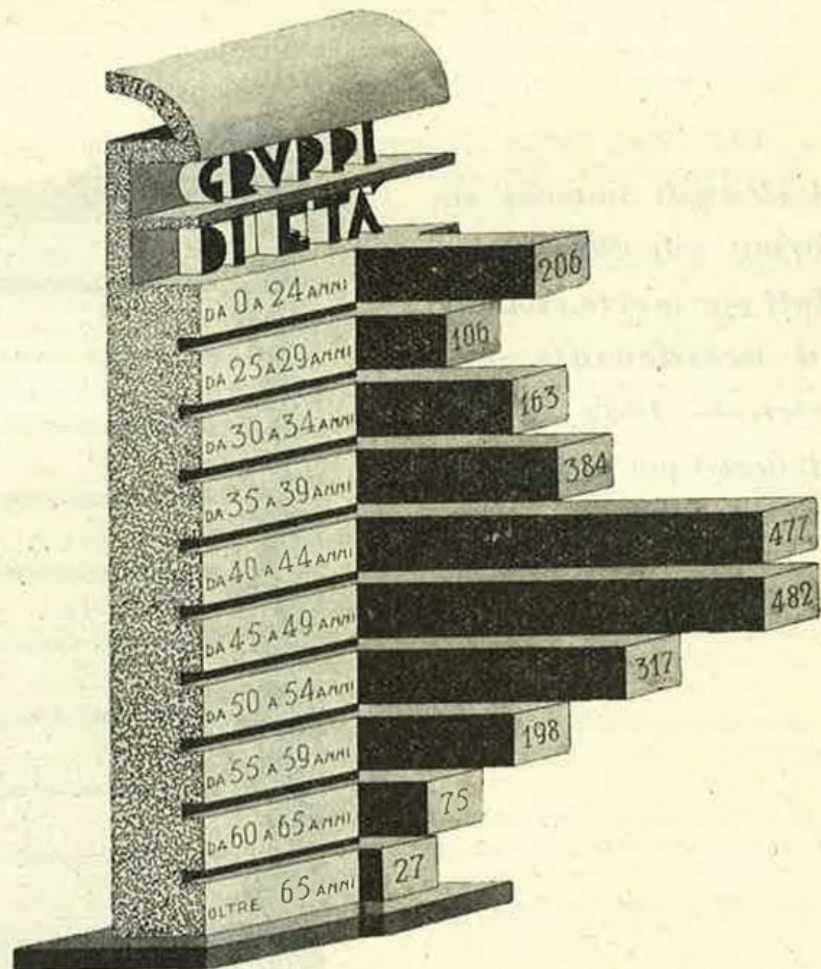
**Assicurati in forma Popolare - deceduti nel triennio 1932-1934 - distribuiti per cause di morte
e per professioni**

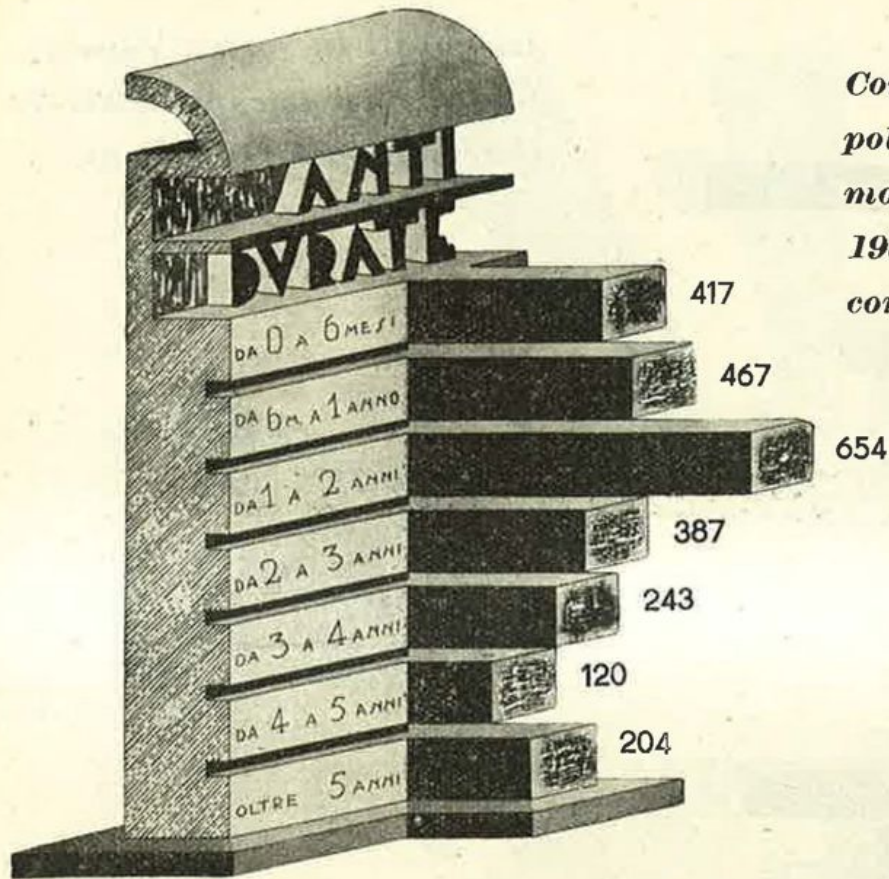
CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI														Totali												
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.				
Ogni forma di tubercolosi	129	11	11	—	11	—	16	—	18	2	10	1	13	—	27	2	7	2	2	6	1	33	68	32	9	354	100
Altre malattie infettive e parassitarie	72	8	3	1	3	—	14	—	7	—	9	—	3	—	22	4	15	3	5	5	—	17	49	16	5	203	70
Tumori (neoplasie)	38	15	3	—	7	1	10	—	9	—	1	4	1	—	11	3	5	3	—	—	—	6	71	10	2	118	99
Emorragia, trombosi, embolia cerebrale	18	7	4	—	5	1	5	—	5	—	1	1	2	—	12	—	3	1	—	—	—	6	16	9	6	75	32
Malattie sistema nervoso e organici di senso	20	2	1	—	1	—	3	—	1	—	1	—	1	—	3	—	3	1	1	1	—	5	12	10	4	55	19
Mal. app. circolatorio	44	10	5	—	10	—	9	—	13	1	4	2	6	—	26	—	7	2	1	1	—	15	43	13	2	172	61
• • respiratorio	95	9	4	—	10	—	18	—	11	—	7	1	6	—	16	—	11	3	3	3	1	23	48	21	3	265	65
• • digerente	56	6	6	1	2	3	9	—	18	1	5	—	4	—	25	1	5	2	1	1	—	14	32	14	5	130	51
• • genito-urinario	18	3	7	—	4	—	4	—	10	—	4	1	2	—	9	—	11	2	1	1	—	5	24	6	1	88	32
Suicidi	11	—	2	—	1	—	1	—	1	—	3	—	1	—	3	—	1	1	—	—	—	—	5	5	—	34	6
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	47	1	2	1	4	—	17	—	14	—	1	—	5	—	12	—	2	—	—	—	1	11	9	5	2	154	14
Altre cause di morte	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	1
Cause di morte non specificate	45	5	2	—	4	—	9	—	3	—	2	—	2	—	7	—	2	2	1	1	—	9	22	40	16	138	46
Totali	594	77	50	3	62	8	234	3	115	4	48	10	47	—	174	10	72	22	19	4	144	400	181	55	1840	596	



Assicurati in forma popolare deceduti nel triennio 1932-34 distribuiti per professioni.

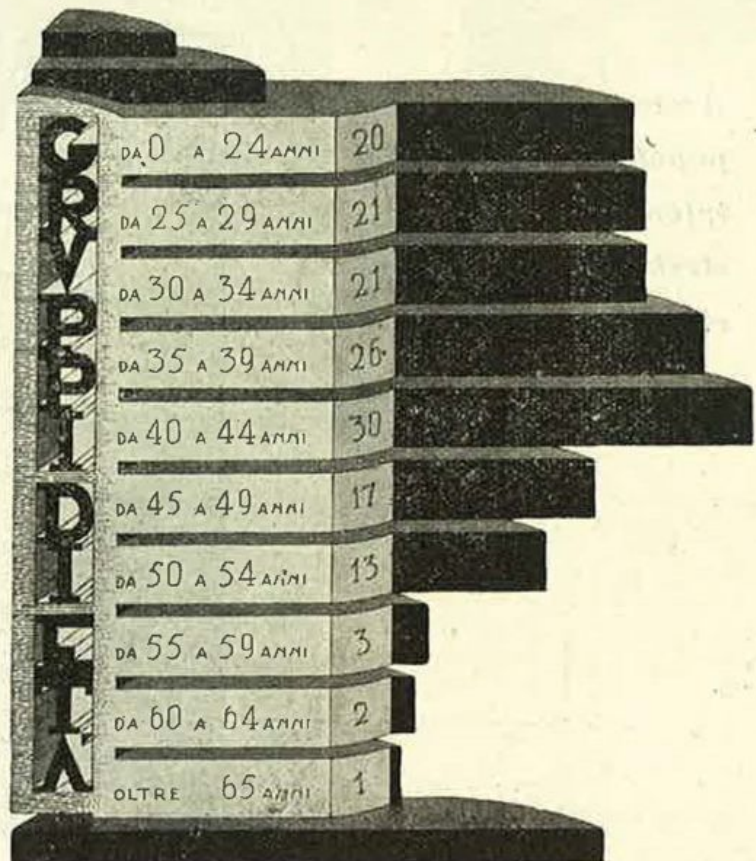
Assicurati in forma popolare deceduti nel triennio 1932-34 distribuiti per gruppi età alla morte.





Contratti in forma popolare sinistrati per morte nel triennio 1932-1934 — antidurata del contratto.

Assicurati maschi in forma popolare deceduti per morte violenti ed accidentali nel triennio 1932-34 distribuiti per gruppi di età.



Varie

L'ASSICURAZIONE SULLA VITA NEL MONDO

Dott. LAMBERTO SIVIERI.

Abbiamo visto (1) che se l'origine prima dell'assicurazione in genere e dell'assicurazione sulla vita in ispecie deve ricercarsi in Italia, è invece all'estero che troviamo i primi esempi di vere compagnie di assicurazioni sulla vita fondate su basi scientifiche più o meno sicure, come già all'estero erano stati fatti i primi studi per la formazione di una tavola di mortalità.

Gli elementi fondamentali del congegno tecnico dell'assicurazione sulla vita furono offerti, infatti, da Pascal e da Fermat con la creazione del calcolo della probabilità (1662), e dall'astronomo Halley con la sua tavola di mortalità (1693), mentre il primo abbozzo di tavola di mortalità era stato pubblicato da Graunt e da Petty (1662).

È così intorno al 1700 che sorgono le prime società di assicurazione sulla vita scientificamente organizzate.

Nel nostro articolo già citato abbiamo dato una rapida scorsa a quello che è stato lo sviluppo dell'assicurazione vita in Italia, dalle origini ai giorni nostri.

Diamo ora uno sguardo, anche più rapido, al cammino percorso dall'assicurazione sulla vita nei principali paesi del mondo.

INGHILTERRA.

Se in Inghilterra il primo contratto sulla vita fu stipulato nel 1583, la prima compagnia di assicurazione sulla vita, *The Amicable*, si fondò solo nel 1705. Tuttavia doveva passare un altro mezzo secolo prima che le scoperte di Pascal e i lavori di Halley fossero razionalmente utilizzati ed applicati, per merito della *Equitable Society for the assurance of Life*, sorta nel 1762.

Il successo dell'*Equitable*, assicurato da una direzione prudente quanto pronta ad accogliere le sagge innovazioni, fece nascere altre compagnie di assicurazioni: *The London Life*, *The Provident* e *The Rock* nel 1806; *The Eagle*, *The West of England* nel 1807; *The Atlas* e *The Norwich Union* nel 1814; *The Scottish Widows'fund* nel 1815.

C'erano già in Inghilterra, nel 1816, quindici compagnie di assicurazione, di cui quattro mutue (*Equitable*, *London Life*, *Norwich*, *Scottish Widows'fund*).

È in quest'epoca che incomincia quella che si chiama l'età d'oro delle compagnie di assicurazioni. Tutto le favorisce. La scienza mette a loro disposizione dati più sicuri, la mortalità diminuisce, infine il sentimento del pubblico si dichiara sempre più in favore della istituzione.

D'altra parte, il Governo più illuminato le sostiene e le incoraggia: William Pitt manifesta alla Camera dei Comuni la sua intenzione di esentare dall'*Income tax* una porzione di rendita di quelli che hanno « ricorso a questo metodo facile sicuro e vantaggioso di provvedere all'avvenire della loro famiglia che consiste nell'assicurarsi sulla vita » porzione che sarebbe precisamente uguale a quella che essi metterebbero in assicurazione.

Infine Milne pubblica nel 1816 la famosa tavola Carlisle. L'età d'oro dura fino alla fine del 1844. Cinquantatré compagnie, fondate durante questo periodo hanno sopravvissuto; molte altre non sono state che tentativi inabili e disonesti che sono finiti col fallimento (periodo di crisi delle *Bubble Companies*: dal 1844).

L'*Equitable*, cento anni dopo la sua fondazione, cioè dopo il 1860, aveva pagato complessivamente ai rappresentanti dei suoi assicurati la non indifferente somma di un miliardo e più lire italiane.

In Inghilterra fra il 1844 e il 1869 si stabilirono 272 compagnie, però molte furono disoneste o deboli sicché di 272 compagnie fondate in quegli anni, solo 29 sopravvivevano nel 1880; di 39 formate nel 1824 una sola ora sopravvive.

Un controllo era necessario sulla formazione delle compagnie e sull'andamento dei loro

(1) V. *L'assicurazione sulla vita in Italia* nel n. 3 del 15 giugno u. s. di questa Rivista.

affari. Una Commissione della Camera dei Comuni aveva redatta una relazione per eccezionali provvedimenti fin dal 1853.

La legislazione del 1870 ne fu la conseguenza.

Un anno prima l'Istituto degli attuari di Londra aveva pubblicato una nuova tavola di mortalità, detta delle 20 compagnie inglesi, autorevolissima per corredo di esperienza e precisione di calcolo.

In pochi anni, dopo le nuove disposizioni di legge e dopo la pubblicazione della nuova tavola di mortalità, la raccolta delle assicurazioni sulla vita aumentò in modo assai notevole e regolarmente crescente.

Per esempio, nel 1884 i contratti stipulati furono circa 60.700 per un capitale assicurato di sterline 26 milioni e 300 mila circa. Al principio dello stesso anno 1884 il portafoglio complessivo di 105 compagnie era costituito da 139 milioni circa di capitali assicurati, mentre alla fine dell'anno questi salivano a circa 163 milioni di sterline.

Fin dal 1865 il governo inglese aveva tentato di introdurre l'assicurazione di Stato, specialmente a profitto delle classi operaie, ma il tentativo non riuscì: il numero delle assicurazioni raccolte in 20 anni non avrebbe soddisfatto nemmeno la più modesta compagnia libera.

L'assicurazione popolare invece ha potuto propagarsi seriamente in Inghilterra, raggiungendo proporzioni colossali, solo grazie alla perseveranza della compagnia *The Prudential*.

Per dare un'idea dell'incremento nel numero e nella entità dei contratti, diamo le cifre della produzione di alcune fra le principali compagnie per gli anni 1914, ultimo anno di guerra, e 1922 uno dei primi dopo la ripresa post-bellica:

COMPAGNIE	1914	1922
	(in lire italiano)	
Commercial Union	66 milioni	104 milioni
Pearl (Assic. Ord.)	59 »	246 »
Sun life	80 »	157 »
Norwich Union	164 »	255 »
Prudential (Assic. Ord.)	500 »	1.000 »
» Assic. Pop.)	? »	1.438 »

La *Prudential* aveva in vigore nel 1922 circa 24 milioni di polizze di assicurazioni popolari; nel ramo ordinario aveva 1.130.000 contratti per un capitale di 16 miliardi di lire italiane al cambio di quell'anno. La compartecipazione agli utili concessa agli assicurati del ramo ordinario è del 32 %; per il ramo popolare è proporzionale agli anni di vita della polizza e varia dal 5 % al 20 %.

Nel 1933 la *Prudential* raccoglieva, nel ramo ordinario, oltre 82 mila contratti per 21 milioni e mezzo di sterline di capitale assicurato; il portafoglio per il ramo ordinario era costituito da oltre 225 milioni di sterline.

Per il ramo popolare la produzione della stessa compagnia nel 1933 è stata di circa 2 milioni e mezzo di contratti per oltre 62 milioni di sterline di capitali assicurati.

Per le sue dimensioni, la *Prudential* di Londra costituisce un esempio unico fra le compagnie di assicurazione di tutto il mondo anche se le principali imprese americane hanno un portafoglio molto superiore. Nel ramo vita ordinario la produzione del 1934 segna un record: 93.600 polizze per oltre 24 milioni di sterline. Il portafoglio in vigore ammontava alla fine del 1934 a 220 milioni di sterline.

Nel ramo popolare la produzione del 1934 è stata di polizze 2 milioni 342 mila per sterline 60 milioni 336 mila; il portafoglio in vigore alla fine del 1934 ammontava a circa 532 milioni di sterline.

Queste cifre imponenti, riguardano, come si è detto, una sola compagnia, la *Prudential*.

Per quanto riguarda la produzione complessiva, si hanno i dati della produzione nel ramo ordinario nel 1932: polizze in vigore 5.318.000; capitali assicurati 1.706 milioni di sterline che, al cambio medio di 60 lire italiane attuali, corrispondono a 102 miliardi e 360 milioni di lire.

Per quanto riguarda le assicurazioni popolari, nel 1932 la produzione nel ramo delle 17 compagnie di assicurazione e delle 155 *Collecting societies* è stata di 11 milioni 100 mila contratti. Alla fine del 1932 le compagnie di assicurazione popolare e le *Collecting societies* avevano complessivamente in vigore 85 milioni di polizze per un capitale assicurato di oltre 1 miliardo e 300 milioni di sterline. Nel 1933 infine furono stipulate 11 milioni e 200 mila polizze popolari.

FRANCIA.

In Francia si restò per lungo tempo oppressi dalle proibizioni del legislatore che, preoccupato dei danni che poteva presentare un contratto avente per base la durata della vita umana, vi vedeva un'operazione immorale e contraria alla dignità dell'uomo. Si rimase all'Ordinanza del 1681 che proibendo l'assicurazione vita non riproduceva che una regola già inscritta nel Guidon de la Mer in data 1589 (vedi Pothier: *Traité du contrat d'Assurance*, pag. 27).

Dall'Ordinanza del 1681 alle Tontine; dalla proposta della Cassa La Farge alla *Prima Compagnia Reale di Assicurazioni vita* (1787); dalla fondazione della Cassa di Risparmio e di beneficenza (1791) al parere del Consiglio di Stato del 28 maggio 1818, è una lotta continua di Ordinanze e di decreti, di giusti risentimenti e di rancori disonesti, di capitalisti speculatori e di uomini dabbene.

Lo sviluppo che l'assicurazione vita aveva raggiunto in Inghilterra consigliava il governo francese a proclamare la fondazione della *Compagnie Royales des assurances sur la vie* con decreto del 3 novembre 1787.

Nel 1788 fu fondato un altro istituto simile.

La Rivoluzione si mostrò risolutamente ostile a queste società. Nel 1792 Cambon le accusava di distruggere il credito pubblico e ne domandava istantaneamente la soppressione. Il decreto 24 agosto 1793 gli diede soddisfazione; le compagnie furono liquidate.

La dottrina e la legislazione, dopo aver approvato, cominciarono a poco a poco a reagire. Nel 1815 il celebre giureconsulto Pardessus cominciò a dimostrare l'utilità di questa istituzione.

Il Consiglio di Stato (28 maggio 1818), ritenendo che il contratto di assicurazione vita fosse tale che nato da un *sentiment généreux et bienveillant, porte le souscripteur à s'imposer des sacrifices annuels pour assurer aux objets de son affection un bien être une aisance dont sa mort pourrait les priver*, permise alle società di assicurazione, che allora trattavano i rischi dell'incendio, di trattare assicurazioni sulla vita degli uomini.

Un'Ordinanza Reale, in data 29 dicembre 1819, autorizza la *Compagnia di assicurazioni generali sulla vita*. L'anno seguente nasce la *Compagnia Reale* (poi Nazionale) autorizzata dall'Ordinanza 11 febbraio 1820. Queste compagnie vegetarono in mezzo all'indifferenza generale.

Nel 1815 la *Compagnia di assicurazioni generali* sottoscriveva in assicurazioni sulla vita intera un capitale di 317.000 franchi; 15 anni dopo, il capitale sottoscritto si riduceva a 231.000 franchi.

Una terza Compagnia, l'*Union*, autorizzata dall'Ordinanza del 21 giugno 1829 era venuta ad aggiungere i suoi sforzi a quelli delle altre due: l'assicurazione sulla vita non era restata che un terreno sterile.

Verso il 1840 si produsse nell'opinione pubblica un movimento entusiasta verso le rendite vitalizie, ma l'assicurazione sulla vita non ne ebbe vantaggi.

Intanto il principio della Tontina, così disgraziatamente vivo in Francia, riprendeva favore. Si formarono molte combinazioni tontinarie sotto il nome di associazioni dotali e di associazioni di sopravvivenza.

L'istituzione delle rendite di sopravvivenza aveva avuto origine in Firenze; era passata in Francia nel secolo XVII e lo Stato ne aveva tratto il mezzo per accreditare i suoi prestiti ad istigazione di Lorenzo Tonti, banchiere italiano.

Mazzarino emise a Châlons un Editto che fondava la Tontina Reale, la quale fu poi soppressa da un altro Editto reso da Luigi XV nel 1770. Le tontine ricomparvero, e come istituzione privata si ebbe la *Cassa Lafarge*.

Proposta nel 1788 col nome di Tontina vitalizia e di ammortizzamento fu istituita il 1° aprile 1791 e per consiglio di Mirabeau prese il titolo di Cassa di Risparmio e di beneficenza. Gli azionisti erano divisi in due classi solamente: la prima comprendeva gli individui dalla nascita fino a 45 anni; la seconda quelli da 46 anni in più.

La Tontina del 1791 aveva in sé due germi di contraddizione con la propria esistenza: l'una, l'uniformità del prezzo delle azioni ed il concorso fra individui di età diversa; l'altro, le previsioni di morte che non potevano dare i risultati promessi.

« Bisogna riportarsi, dice Juvigny, alla tempesta rivoluzionaria per spiegare questo fenomeno mostruoso di economia politica che valse un brevetto di invenzione agli autori del progetto. Tuttavia l'entusiasmo fu così generale e l'accieamento così deplorabile che la Cassa ricevette in pochi anni circa 66 milioni di franchi. I mali che questa impresa fraudolenta produsse sono cento volte più grandi per le conseguenze false che ne sono risultate, che pel reale danno subito dagli azionisti ». (*Des Assurances*, pag. 133).

L'assicurazione sulla vita durante 10 anni fu quasi soffocata sotto lo sviluppo esagerato di un'associazione senza utilità reale.

Dal 1819 al 1859 incluso il capitale sottoscritto presso le Compagnie di assicurazione non era che 354 milioni di franchi, ripartito in 40.258 contratti.

Nuove Compagnie erano in questo frattempo venute ad aggiungersi alle prime tre: fra cui la *Phenix* autorizzata dall'Ordinanza Reale del 9 giugno 1844, la *Caisse Paternelle* autorizzata dal decreto del 19 marzo 1850; le *Credit Viager* (anticamente Imperiale) autorizzato con decreto 19 marzo 1854, e la *Caisse générale des Familles*, autorizzata dal decreto 1° ottobre 1858.

È soltanto dal 1859 che l'assicurazione prende sviluppo. Come avemmo già occasione di accennare in un precedente articolo, fu il delitto di un medico (che aveva fatto contrarre otto assicurazioni per 550.000 franchi ad una sua cliente e poi l'aveva uccisa) che richiamò l'attenzione del pubblico sull'assicurazione vita.

Il periodo dal 1860 al 1880 fu favorevolissimo. Si formarono nuove Compagnie: *Le Monde*, autorizzata con decreto 27 aprile 1854; l'*Urbaine* autorizzata con decreti 1° aprile e 24 marzo 1866; l'*Alliance* autorizzata con decreto 9 luglio 1866.

La guerra del 1870-71 arrestò un istante questo progresso; ma nel 1872 l'assicurazione sulla vita riprese il suo regolare sviluppo. A partire da questo anno sorsero molte Compagnie.

I contratti nuovi nel 1880 furono 47.300 per 455 milioni di franchi assicurati. Il portafoglio in vigore era di 208 mila polizze per franchi 2 miliardi e 183 milioni.

Nel 1904 erano in vigore polizze di assicurazione vita per 3 miliardi e oltre 660 milioni di franchi.

Dopo appena cinque anni, ossia nel 1909 i premi incassati ammontarono a franchi 353.093.131; i capitali assicurati (comprese le riassicurazioni) si elevavano complessivamente a franchi 5.488.797.960. I sinistri pagati nel 1909 ammontarono a franchi 302.326.552.

In quanto alle cifre della produzione più recente, si rileva che nel 1933 il lavoro complessivo delle compagnie vita è stato di poco inferiore ai 9 miliardi e 900 milioni e la produzione dei contratti di rendita ha ammontato a circa 25 milioni di franchi.

Alla fine del 1933 erano in vigore 3 milioni e 541 mila contratti per 49 miliardi di capitali e 257 milioni di rendite.

La produzione del 1934 pare si aggiri intorno agli 8 miliardi di franchi.

Accanto all'assicurazione vita propriamente detta è da rilevare il continuo sviluppo dell'assicurazione di capitalizzazione, per la quale la Francia ha un primato assoluto su tutti i paesi del mondo, dovuto in gran parte alle disposizioni di legge che disciplinano ivi questa particolare forma di previdenza. Le 25 Compagnie anonime e le 12 mutue che hanno lavorato in questo ramo nel 1931 hanno ottenuto una produzione di un milione e mezzo di contratti per oltre 8 miliardi e mezzo di franchi.

Nel 1932 furono sottoscritti 1 milione e 600 mila contratti per 9 miliardi e 224 milioni. I contratti in corso alla fine del 1932 erano 8 milioni 253 mila per oltre 34 miliardi e mezzo di franchi, con un incasso di premi di poco inferiore al miliardo.

Alla fine del 1933 la sola *Séquanaise-capitalisation* aveva un portafoglio di circa 17 miliardi e mezzo.

GERMANIA.

Benecke, il celebre assicuratore di Amburgo, fondò in quella città, nel 1806, la prima compagnia tedesca di assicurazione sulla vita per azioni con un capitale di 4 milioni di marchi banco.

Le guerre dell'Impero dettero un colpo fatale a questa impresa che fu liquidata dopo qualche anno. Nè più fortuna ebbe la compagnia che, progettata ad Elberfeld nel 1823, non fu potuta organizzare.

Infine, nel 1827 Arnoldi (chiamato con ragione il padre dell'assicurazione germanica, morto nel 1841), che aveva già fondato a Gotha una compagnia, o per meglio dire seguendo l'espressione tedesca, una banca di assicurazione contro gli incendi, concepì il progetto di fondarvi anche una società mutua di assicurazione sulla vita. La protezione del Duca Ernesto di Sassonia, le disposizioni favorevoli del pubblico stanco dei procedimenti sleali di alcune compagnie inglesi, affrettarono l'esecuzione del progetto.

Gli statuti della nuova società furono approvati dal governo locale nel 1828 ed il 1° gennaio 1829 la società cominciava le sue operazioni con 794 assicurazioni rappresentanti una somma di 1.390.000 talleri ed un premio annuale di 54.261 talleri (il tallero valeva L. 3,75).

Nel 1828 si fondava a Lubecca una Compagnia di assicurazioni sulla vita per azioni con un capitale di 1.275.000 marchi correnti. Essa adottava una forma mista, vale a dire essa dava ai suoi assicurati sulla vita intera una partecipazione ai suoi utili fissata all'origine al 50% e portata nel 1844 al 75%.

Nel 1831 lo stabilimento generale dell'assicurazione vita in Hannover, società di mutua assicurazione, entrava in attività; più tardi fece anche assicurazioni a premio fisso.

Il 1831 portò uno sviluppo considerevole per la Banca di Gotha; una società mutua stabilitasi a Giessen si liquidò e le trasferì le sue polizze. Sotto l'abile direzione del Consigliere delle finanze Hopf, la Banca di Gotha si sviluppò rapidamente, tanto che nel 1865 aveva in vigore 28.500 contratti per oltre 50 milioni di talleri.

Ma è soprattutto con l'anno 1860 che l'assicurazione sulla vita prende favore nel pubblico tedesco.

Nel 1869 esercitavano in Germania 39 compagnie che assicuravano 456 mila persone per 427 milioni di talleri.

L'assicurazione vita in Germania prima della guerra aveva raggiunto un alto grado di perfezione tecnica e si era largamente diffusa. L'incasso premi aveva raggiunto i 730 milioni di marchi per 14 miliardi e 100 milioni di marchi di capitale assicurato.

L'inflazione che seguì la guerra distrusse tutto e portò gravi perdite alle compagnie. Gli anni dal 1920 al 1924 segnarono per il mercato assicurativo tedesco un succedersi caotico di eventi contraddittori: decine e centinaia di compagnie sorsero e fallirono; ai guadagni enormi dell'inflazione succedettero le perdite enormi del periodo di crisi.

Una delle conseguenze più notevoli e più gravi della crisi tedesca è stata la decadenza dell'assicurazione popolare, scomparsa si può dire nel corso di pochi mesi. Ancora nel 1921 esistevano in Germania 12 milioni di polizze di questo tipo per un capitale di 5.500 milioni di marchi; nel 1922 questa somma era scesa a 2.000 milioni e nel 1923 si era quasi annullata.

Nel 1925, stabilizzata ormai la moneta con la creazione del marco-rendita, si ebbe una straordinaria produzione di nuovi affari che dimostrò l'assoluto bisogno che si sentiva dell'assicurazione vita. I capitali in corso ammontarono a 2.950 milioni di Rm.

Nel 1926 il portafoglio era così costituito: polizze 3.400.000; capitali assicurati 7 miliardi e 167 milioni di marchi rendita.

In più le assicurazioni presso le imprese pubbliche (per impiegati, ecc.) ammontavano a 570 mila contratti per 1.300 milioni di marchi rendita di capitale assicurato.

In complesso alla fine del 1926 si aveva un portafoglio con poco meno di 4 milioni di polizze, con Rm. 8 miliardi e 450 milioni di capitale assicurato, con capitale medio per polizza di Rm. da 2.250 a 2.300 ossia si aveva una polizza ogni 16 abitanti, con un capitale medio per ogni abitante da 125 a 130 Rm.

Dal rapporto del 1932 dell'associazione delle Compagnie tedesche di assicurazioni vita, cui aderiscono 52 imprese tedesche e 6 estere autorizzate, si rileva che il portafoglio delle compagnie associate aveva alla fine del 1932 la composizione seguente:

	Polizze	Capitali
Ramo ordinario.	2.600.000	Rm. 11.230.000.000
Ramo popolare	6.580.000	» 2.650.000.000
Assicurazioni prebelliche	2.600.000	» 450.000.000
<i>In totale</i>	<u>11.780.000</u>	<u>Rm. 14.330.000.000</u>

Queste cifre non comprendono la produzione delle 18 imprese pubbliche di assicurazione vita distribuite quasi regionalmente in Germania e non soggette alla sorveglianza dell'ufficio di controllo sulle assicurazioni private. Esse avevano alla fine del 1932 un portafoglio complessivo di oltre 1.400.000 contratti per più di 2 miliardi e mezzo di marchi-rendita di capitali assicurati.

Alla fine del 1934 le assicurazioni in vigore ammontavano a poco meno di 20 miliardi di marchi-rendita; gli assicurati erano 26 milioni compresi gli assicurati presso gli enti pubblici di assicurazione e quelli garantiti con polizze collettive.

La produzione vita del 1933 di una sola compagnia, l'*Allianz*, la più grande Compagnia tedesca di assicurazione vita, fu di marchi oro 493 milioni e il portafoglio in vigore era di 3 miliardi e 214 milioni di marchi-rendita.

STATI UNITI.

Nel 1800 l'assicurazione sulla vita aveva già preso piede negli Stati Uniti con un carattere tutto speciale.

Nel 1769 era stata fondata in Pennsylvania la *Corporation of widows and Children of clergymen of the Comunion of the church of England in America*, destinata a venire in aiuto ai membri del clero protestante.

Istituzioni dello stesso genere furono organizzate nel Maryland (1784), negli Stati New-York e di New-Jersey (1789). Queste società avevano piuttosto carattere di società di mutuo soccorso che di società di assicurazioni sulla vita.

La fine del secolo XVIII fu contrassegnata negli Stati Uniti, come in Inghilterra e in Francia, dalle ricerche approfondite sulle leggi della mortalità.

Nel 1789 il Prof. Wigglesworth pubblicava la prima tavola di mortalità costruita in America che ulteriormente fu adottata dalla Corte suprema del Massachusetts per stimare il valore delle proprietà vitalizie.

Anche qualche compagnia di assicurazione marittima o contro l'incendio, formata alla fine del secolo XVIII e al principio del secolo XIX, aveva egualmente ricevuto il privilegio di assicurare sulla vita; ma il privilegio era restato lettera morta.

È solamente nel 1812 che nasce la vera assicurazione vita: a questa data la *Pennsylvania* fu autorizzata ad assicurare esclusivamente sulla vita. Fu fondata con capitale di 500.000 dollari. I suoi primi contratti sono del 1813.

Le sue tariffe erano basate sulla tavola di Northampton di cui più tardi rettificò la mortalità esagerata.

Dal 1814 cercò di costituire una tavola per suo uso con l'aiuto che gli fornirono l'archivio della Chiesa episcopale e l'Ufficio della salute di Filadelfia.

Il vero successo data dalla creazione della *Mutual life Insurance Company of New-York*, incorporata dall'atto 12 aprile 1842.

La *Mutual life* non aveva capitali di garanzia al momento della fondazione; la sola condizione impostale era di non emettere nessuna polizza prima di aver riunito le sottoscrizioni di 500.000 dollari. Essa si sviluppò rapidamente: 19 mesi dopo l'apertura dei suoi uffici, aveva emesso 796 polizze ed incassato 90 mila dollari.

Nello stesso tempo si fondarono nuove società con lo stesso principio.

Hine stima che nel 1851 ci fossero negli Stati Uniti 60.000 polizze in vigore assicurate da 110 a 120 milioni di dollari. Nel 1854, dopo i rendiconti ufficiali degli Stati di New-York e di Massachusetts, le 17 Compagnie operanti a New-York e nella Nuova Inghilterra, avevano un insieme di capitali di 13.174.735 dollari destinati a garantire un valore assicurato di 135 milioni di dollari.

I rendiconti annuali della *Mutual life* fanno ascendere per l'anno 1851 a 16.346.375 dollari i capitali assicurati con 6.443 polizze, e per l'anno 1856 a 28.024.012 dollari di capitali assicurati per 9.794 polizze.

L'avvenimento più importante di questo tempo è l'organizzazione definitiva della sorveglianza dello Stato nel Massachusetts (1855) organizzazione adottata dalla legislazione di New-York (1858).

Con la creazione della società mutua l'*Equitable* (a New-York nel 1859) compagnia che ebbe successo meraviglioso, si apre una nuova era, quella dell'età d'oro dell'assicurazione vita negli Stati Uniti che si prolunga fino al 1870. L'*Equitable* è una società mutua con capitale di garanzia di 100 mila dollari. L'interesse legale è la sola remunerazione di quel capitale. Essa si è sviluppata con una rapidità straordinaria. Nel 1859 l'*Equitable* aveva 268 contratti in vigore per dollari 1.144.000 di capitale assicurato; nell'anno successivo, 771 per dollari 2.645.000, progredendo poi rapidamente ogni anno finché nel 1875 i contratti in vigore della Compagnia erano 48.700 per dollari 179.632.000 di capitali assicurati.

Alla fine del 1884 la situazione complessiva di 43 fra le principali compagnie era data dalle seguenti cifre: polizze in vigore circa 1.800.000; capitali assicurati dollari 2 miliardi e 81 milioni.

Dal 1884 l'assicurazione vita ha continuato il suo cammino vittorioso con un vigore sconosciuto in altro paese.

Nel 1893 le 28 Compagnie di assicurazione sulla vita, che assorbivano quasi completamente il lavoro dell'industria assicurativa, avevano affari per 870 milioni di dollari.

Nel 1901, le 46 compagnie principali di assicurazione vita, avevano al 1° gennaio polizze per 8 miliardi 967 milioni di dollari.

Nel 1914, 250 compagnie avevano assicurazioni in vigore per 17 miliardi e 425 milioni di dollari; i premi incassati ammontavano a circa 745 milioni di dollari e i pagamenti agli assicurati 704 milioni e 693.413 dollari.

Le cifre del 1924 ci mostrano tutto il cammino percorso dall'assicurazione vita in 11 anni, forse i più importanti della storia della previdenza americana: nel 1924, 297 compagnie, avevano assicurazioni in vigore per 63 miliardi e 780 milioni di dollari; i premi incassati ammontavano a 2 miliardi 122 milioni di dollari e i pagamenti agli assicurati 1 miliardo e 205 milioni di dollari.

Inoltre, egualmente nel 1924, le assicurazioni popolari avevano capitali assicurati per oltre un miliardo e mezzo di dollari e quelle collettive per 3 miliardi e 200 milioni di dollari.

Le cifre della produzione americana degli ultimi anni sono per noi addirittura astronomiche.

A titolo indicativo della enorme proporzione raggiunta da alcune imprese americane di assicurazione sulla vita, diamo notizia di qualche bilancio della *New-York life*.

Questa grande compagnia americana ha chiuso al 31 dicembre 1934 il suo 89° anno di esercizio. La sua caratteristica è costituita dal fatto di essere la massima compagnia vita americana che eserciti soltanto il ramo ordinario. La *New-York life* aveva al 31 dicembre 1931 un portafoglio di 2.843.674 contratti per 7 miliardi e 657 milioni di dollari di capitali assicurati, ed un capitale medio assicurato per polizza di 2.693 dollari. Il totale degli incassi premi è stato di dollari 290.723.000, i pagamenti fatti agli assicurati figurano per dollari 228 milioni circa.

Nel 1934 la *New-York life* ha raccolto contratti per 440 milioni di dollari. Alla fine dell'esercizio il portafoglio della Compagnia contava 2 milioni 150 mila polizze per dollari 6 miliardi e 662 milioni di capitali assicurati.

Altra gigantesca Compagnia è la *Prudential of America*, che alla fine del 1933 aveva in vigore 32 milioni di contratti sottoscritti da 22 milioni di assicurati per un capitale di 15 miliardi di dollari. La produzione del 1933 è stata di 2 miliardi e 50 milioni di dollari, dei quali 1 miliardo e 17 milioni di dollari di assicurazioni ordinarie e 1 miliardo e 33 milioni di dollari di assicurazioni popolari. L'incasso premi è stato di 540 milioni di dollari.

Nel quadriennio 1929-1933 la *Prudential* ha pagato agli assicurati o ai loro aventi diritto oltre un miliardo e 665 milioni di dollari.

Cifre anche più sbalorditive offre la *Metropolitan*, la cui produzione è stata nel 1934 di 6 milioni di contratti nuovi per dollari 3 miliardi e 287 milioni di capitali assicurati.

Alla fine dell'esercizio il portafoglio della Compagnia era costituito da circa 40.470.000 contratti di cui: 6.514.000 nel ramo ordinario; 33.960.000 nel ramo popolare e 2.831 di assicurazioni per gruppi, per un capitale assicurato complessivo di circa 19 miliardi e mezzo di dollari.

Se si considera che le polizze per gruppi della *Metropolitan* assicurano circa un milione e mezzo di persone, si ha che gli assicurati della compagnia ammontano a poco meno di 42 milioni di persone, ossia tanti quanti sono gli abitanti dell'Italia.

Negli Stati Uniti hanno preso particolare sviluppo le assicurazioni collettive. L'assicurazione per gruppi in forma di contratto collettivo, annuale, rinnovabile, fu sottoscritta per la prima volta negli Stati Uniti nel 1911 e il primo contratto di questo tipo risale al 1912. Alla fine del 1913 parecchie compagnie americane avevano un portafoglio importante di affari di questo genere; alla fine del 1930 le assicurazioni per gruppi in vigore negli Stati Uniti e nel Canada erano valutate a 10 miliardi e mezzo di dollari; questa cifra ha subito successivamente una contrazione in conseguenza della crisi economica, ma ancora nel 1933 i capitali assicurati con polizze per gruppi sommarono a 9 miliardi e mezzo di dollari, di cui mezzo miliardo nel Canada.

La nuova produzione vita del complesso delle Compagnie nel 1934 è stato di circa 8 miliardi e mezzo di dollari, così distribuiti: ramo ordinario circa cinque miliardi e mezzo; ramo popolare circa 2 miliardi e mezzo; assicurazione per gruppi circa mezzo miliardo di dollari.

L'unico ramo in diminuzione rispetto al 1933 è stato quello per gruppi, a causa della persistente crisi industriale.

Alla fine del 1934 in tutti gli Stati Uniti l'ammontare delle assicurazioni vita in vigore superava i 103 miliardi di dollari!

GIAPPONE.

Il Giappone anche in materia di assicurazioni ha fatto passi da gigante.

Le prime compagnie costituite alla maniera europea sorsero in Giappone soltanto nel 1881. Già nel 1900 le società di assicurazione vita erano 43 con 83.468 polizze e 196 milioni di yen di capitali assicurati.

Nel 1931 il ramo vita è stato esercitato da 40 imprese nazionali. La situazione ed i risultati del lavoro possono essere riassunti nelle seguenti cifre: contratti perfezionati nell'anno 1 milione e 66 mila per 1 miliardo e 663 milioni di yen; portafoglio alla fine dell'esercizio, polizze in vigore 6 milioni e mezzo per 8 miliardi e 256 milioni di yen.

A questi debbono aggiungersi i 17 milioni e 217 mila contratti popolari per 2 miliardi e 304 milioni di yen, raccolti dall'ente monopolistico statale per l'esercizio di questo ramo.

Il Giappone, coi suoi 24 milioni di polizze e i suoi 11 miliardi di yen di capitale assicurato, ha conquistato un posto fra i più importanti fra i paesi in cui l'assicurazione vita è maggiormente diffusa.

L'assicurazione vita giapponese ha registrato nuovi sbalzi in avanti dopo ogni terremoto catastrofico, a motivo della correttezza dimostrata dalle compagnie in tali tristi frangenti.

La *Nippon*, una delle maggiori compagnie giapponesi, costituì un'apposita fondazione fin dal 1924 con dotazione iniziale di 1 miliardo di yen per visite e cure mediche non solo agli assicurati, ma al pubblico in generale. Oggi la fondazione si è trasformata in un grande ospedale modernamente attrezzato. Altri ospedali, ambulatori e consultori gratuiti sono sorti per iniziativa di altre compagnie.

Nel 1933 hanno lavorato 38 compagnie producendo 842 mila contratti per 1 miliardo e 440 milioni di yen. Il portafoglio alla fine del 1933 era costituito da 5.670.000 polizze per 8 miliardi e 65 milioni di yen. A queste cifre vanno aggiunte quelle relative all'assicurazione per la coscrizione, forma tipicamente giapponese, consistente in contratti di capitale differito o termine fisso, sottoscritti dai genitori per assicurare ai figli un modesto capitale all'epoca del servizio militare. Questa forma è esercitata da 4 Compagnie che hanno raccolto nel 1933 226 mila contratti per 190 milioni di yen e avevano alla fine dell'esercizio un portafoglio di oltre 1 milione di contratti per 680 milioni di yen.

Alla fine del 17° esercizio il *Bureau of Post office life Insurance* che esercita in regime di monopolio l'assicurazione popolare, aveva in vigore 18 milioni 183 mila polizze per un capitale di yen 2.412.800.000. Tenuto conto di una popolazione di 72 milioni di abitanti, si ha una media di 252 polizze per 100 abitanti e un capitale medio assicurato di yen 33,50 per ogni testa della popolazione equivalenti circa a 325 lire alla pari e a 120 lire al cambio attuale. Nelle età fra 30 e 40 anni il 50% della popolazione risulta assicurato con polizze di questo tipo.

La produzione dell'esercizio è stata di circa 2 milioni 883 mila contratti per yen 371 milioni.

Il servizio sanitario a favore degli assicurati è stato fin dall'inizio oggetto delle massime cure da parte del *Bureau of Post office life Insurance*; esistono ora 135 ambulatori e posti di consultazioni mediche gratuite distribuiti in 127 città e villaggi ed esiste un ufficio medico centrale istituito presso la Direzione Generale che fa diagnosi per corrispondenza e compie tutte le visite per le quali si richiedano ricerche siero-chimiche, batteriologiche, biologiche, radiologiche, esperimenti su animali, diagnosi di tubercolosi, carcinomi, ecc. allo stadio iniziale. Esiste poi un servizio gratuito di infermiere visitatrici. Di tutti questi vantaggi e benefici gli assicurati si valgono in misura larga e crescente. Il *Bureau of Post Office life insurance* esercita anche l'assicurazione delle rendite vitalizie. Alla fine dell'esercizio 1933 erano in vigore 248 mila contratti dei vari tipi per un totale di rendita annua di yen 18.900.000.

NEGLI ALTRI STATI.

Non possiamo, per evidenti ragioni, diffonderci a parlare distesamente del progresso delle assicurazioni vita in tutti gli Stati minori.

Diamo tuttavia qualche cifra che basterà a dimostrare:

- 1) il rapido generale progresso di questa forma eletta di previdenza e di risparmio;
- 2) che tale progresso è strettamente connesso col progresso generale dei singoli Stati, coll'altezza dei salari e stipendi, con la ricchezza del paese, con lo « standard » di vita delle popolazioni.

L'*Olanda*, che è stata una delle culle dell'assicurazione e che prima ha creato potenti e bene organizzate Compagnie di assicurazione vita (quali per esempio la *Dordrecht* che estese il suo efficace lavoro anche in Italia), merita di essere citata per prima perchè divide con l'Inghilterra il vanto di avere un numero di contratti di assicurazione vita superiore al numero degli abitanti.

Il ramo vita è esercitato in Olanda da 60 compagnie nazionali che hanno raccolto nel 1933 contratti ordinari per 212 milioni e 700 mila fiorini; contratti popolari per 115 milioni e mezzo di fiorini e rendite per oltre 6 milioni e mezzo di fiorini.

Alla fine del 1933 il portafoglio in vigore per il ramo ordinario era di 1.236.000 contratti per fiorini 2.122.919.000 di capitali assicurati e per il ramo popolare di 8.783.000 contratti per fiorini 926.389.000 di capitali assicurati.

Complessivamente sono in vigore oltre 10 milioni di contratti ossia 130 per ogni 100 abitanti.

In *Svizzera* la prima compagnia di assicurazione sulla vita costituita fu la *Caisse de Prévoyance*, mutua, fondata a Berna nel 1841; essa fu liquidata nel 1855. Successivamente furono costituite altre compagnie, alcune delle quali sono tuttora fiorenti.

Intorno al 1900 le compagnie svizzere incassavano per il ramo vita circa 30 milioni di franchi di premi. Già nel 1903 i premi incassati salivano a 35 milioni di franchi, assicuranti 771 milioni di capitali e 3 milioni di rendite con 152 mila contratti. Pare nel 1903 ogni abitante di Basilea città pagava franchi 45,50 all'anno per assicurazione.

Alla fine del 1929 la produzione delle 22 compagnie superava i 390 milioni di franchi; erano in vigore assicurazioni per 2 miliardi e 600 milioni di franchi nel ramo ordinario e 600 milioni di franchi nel ramo popolare. Vale a dire 88 polizze per ogni 100 famiglie (con media di quattro persone) ed un capitale medio assicurato di 3.219 franchi per famiglia.

Alla fine del 1934 si registrava un ulteriore progresso: 91 polizze ogni 100 famiglie e un capitale medio di 3.400 franchi per famiglia.

Mentre nel 1912 la produzione di contratti nuovi era stata di 20.270 e il portafoglio era composto di 87.550 contratti, nel 1932 la produzione era salita a 75.000 contratti e il portafoglio a 580.000 contratti.

Nel 1933 la produzione complessiva vita è passata da franchi svizzeri 481 milioni a franchi svizzeri 518 milioni e il portafoglio in vigore è salito da Frs. 4.850 milioni a 5.063 milioni con un capitale medio per abitante di franchi svizzeri 1090.

L'assicurazione popolare ha fatto progressi particolarmente notevoli. Mentre nel 1912 erano stati sottoscritti contratti per 13 milioni di franchi, nel 1932 la produzione popolare è salita a 127 milioni di franchi. Il portafoglio in vigore è salito negli stessi anni da meno di 63 milioni di franchi a oltre 813 milioni.

Le Compagnie svizzere da tre anni hanno concluso un accordo per un'azione collettiva di pubblicità tendente a diffondere il concetto generale della previdenza sulla vita. La pubblicità si esercita con articoli ed avvisi pubblicitari su giornali, riviste, almanacchi popolari, a mezzo della radio e anche con films sonori di propaganda.

In *Ispagna*, il ramo vita è esercitato da 15 compagnie nazionali e da 17 estere. Nel 1933, si ebbero 22.700 contratti nuovi per 416 milioni di pesetas di capitale assicurato. Il portafoglio in vigore alla fine del 1933 era di oltre 2 miliardi di pesetas, distribuiti su 136.600 contratti. Calcolando la popolazione a 23 milioni di abitanti, si ha che sono in vigore meno di sei contratti per ogni mille abitanti e che il capitale medio per ogni testa della popolazione è di 90 pesetas.

In *Austria*, nel 1933, i nuovi contratti sono stati quasi 400 mila per oltre 905 milioni di scellini. Alla stessa data, il portafoglio in vigore risultava costituito da un milione e 715 mila polizze per quattro miliardi e 681 milioni di scellini di capitali assicurati.

In *Cecoslovacchia*, Stato di nuova formazione, il portafoglio vita è costituito soltanto da contratti stipulati nel dopo guerra. Tuttavia, i progressi raggiunti sono stati assai notevoli: basti considerare che le assicurazioni in vigore alla fine del 1931 rappresentavano il 261,5% di quelle in vigore alla fine del 1924. I capitali assicurati ammontano attualmente a circa 15 miliardi di Kc. distribuiti su circa un milione e 400 mila polizze. Il capitale medio per testa (su circa 15 milioni di abitanti) è di quasi mille Kc. che al cambio attuale corrispondono a circa 500 lire italiane. Nel solo 1933 i capitali assicurati con nuovi contratti ammontavano a due miliardi e circa 300 milioni di Kc.

In *Polonia* nel 1932 i nuovi contratti raccolti furono 25.130 per Zl. 191 milioni di capitale assicurato. Alla stessa data il portafoglio consisteva in 162.500 polizze per circa 900 milioni di Zloty di capitale assicurato.

In *Svezia*, l'assicurazione vita è esercitata da 23 compagnie nazionali. Alla fine del 1932, le polizze in vigore erano oltre due milioni e mezzo per circa quattro miliardi e mezzo di Kr. di capitale assicurato (abitanti circa sei milioni). Alla fine del 1933, il portafoglio in vigore aveva superato i quattro miliardi e 700 milioni di Kr.

In *Norvegia*, nel 1933 furono raccolti contratti per 134 milioni di Kr. Il portafoglio in vigore ammontava a oltre un miliardo e 600 milioni di Kr. (popolazione, circa 2.800.000 abitanti).

In *Danimarca*, l'assicurazione sulla vita è esercitata da 13 società private e da un ente statale. Nel 1933 furono stipulati 235.000 nuovi contratti per Kr. 345 milioni di capitale assicurato. Il portafoglio in vigore era costituito da 1.300.000 polizze per oltre due miliardi di Kr. (abitanti, 3.500.000 circa).

In *Australia*, nel 1932 furono raccolti contratti per circa 52 milioni di sterline. Il portafoglio era costituito da capitali assicurati per sterline 453 milioni circa, di cui oltre 377 milioni nel ramo ordinario e circa 76 milioni nel ramo popolare.

* * *

Non pretendiamo, con questa rapida e incompleta rassegna, di aver dato sicura notizia del preciso stato delle assicurazioni sulla vita *in tutto il mondo*, ma soltanto di aver dato una sommaria nozione della diffusione dell'assicurazione sulla vita nel mondo. Soprattutto, ci siamo proposti di dimostrare che l'assicurazione sulla vita si va diffondendo e che la velocità della sua diffusione è in ragione diretta del tenore di vita e del grado di civiltà delle popolazioni.

La pagina del Medico fiduciario**Sulla misurazione della pressione arteriosa**

Ricordiamo alcune norme utili per la misurazione della pressione arteriosa.

È questa, com'è noto, un mezzo utilissimo per giudicare dello stato di funzionalità dello apparato cardio-vascolare e renale.

La pressione arteriosa nell'assicurazione vita è bene sia rilevata sempre, ma soprattutto necessita per gli assicurandi di età superiore ai 40 a., negli obesi, nei luetici e in tutte le persone con sospetto di lesioni cardio-vascolari e renali. La pressione non può essere apprezzata esattamente colla semplice palpazione di un vaso, ma deve essere determinata con speciali apparecchi o sfigmomanometri.

Occorre peraltro assicurarsi del buon funzionamento di tali apparecchi. Pel Riva-Rocci, che si deve considerare sempre come il principe degli sfigmomanometri, bisogna accertarsi che la zero della scala coincida esattamente col sommo del menisco convesso del mercurio nella vaschetta. La larghezza del bracciale deve essere di 10-12 cm. e non di soli 5-6 cm. come era nell'apparecchio originario. Il bracciale più largo permette la registrazione di cifre più conformi al vero avendosi una più uniforme compressione dell'arteria su un tratto più esteso.

Al metodo palpatorio dello stesso apparecchio Riva-Rocci è opportuno associare il metodo ascoltatorio che, più di quello palpatorio, permette di rilevare bene sia la pressione massima che la minima.

All'uopo si applica alla piega del gomito, in corrispondenza dell'arteria omerale, il comune fonendoscopio biauricolare come nell'apparecchio di Korotkow. Con la pera di gomma si insuffla aria nel bracciale fino a far scomparire i battiti arteriosi, poi lentamente si lascia sfuggire l'aria; al momento in cui ricompare il battito corrisponde la pressione massima; seguono quindi toni arteriali leggeri (1^a Fase), poscia rumori più prolungati e forti (2^a Fase) che diventano vibranti e di intensità crescente in una 3^a Fase, per diventare poi bruscamente deboli (4^a Fase) fino a scomparire del tutto.

Generalmente si suol ritenere come pressione minima o diastolica il passaggio dai toni forti della 3^a Fase a quelli deboli della 4^a Fase, ma vi sono autori che segnano la pressione minima quando i battiti cessano del tutto.

Noi riteniamo che sia preferibile segnare la minima al momento del brusco passaggio dei toni forti della 3^a Fase a quelli deboli della 4^a.

Con l'apparecchio del Pachon la pressione massima corrisponde al punto in cui si ha un rapido aumento delle oscillazioni dopo quelle piccole sopramassimali; la pressione minima si ha quando le oscillazioni subiscono una brusca diminuzione d'ampiezza.

È opportuno che la pressione arteriosa sia rilevata facendo stare l'assicurato in posizione orizzontale.

È necessario che siano fatte tre misurazioni successive, con brevi intervalli di riposo prendendo come valore il risultato dell'ultima determinazione.

Occorre sempre segnare l'ora della misurazione, con l'indicazione dell'apparecchio usato e del metodo adoperato (palpatorio, ascoltatorio od oscillatorio).

Per gli apparecchi a manometro metallico, che offrono il grande vantaggio di essere facilmente trasportabili, è bene procedere ad una periodica verifica di controllo con l'apparecchio Riva-Rocci.

Ricordiamo infine che la pressione arteriosa è un elemento prezioso per indicare lo stato anatomo-funzionale del cuore e del rene, ma non deve andare mai disgiunto da un completo e sistematico esame clinico, sempre sovrano, dell'apparato cardio-vascolare.

F. MARSELLA.

Dai Libri e dalle Riviste

Ricerche sulla pressione arteriosa media specialmente nelle arteriopatie e cardiopatie arteriose e in rapporto al loro decorso.

(GIOVANNI ANTONELLI, da *Cuore e Circolazione*, Aprile-Maggio-Giugno 1935).

Già da tempo vari ricercatori (Potain, Pachon, Gley, ecc.) avevano osservato che i valori forniti dalle pressioni estreme (Massima e minima) erano incapaci di caratterizzare in modo specifico il regime vascolare e ciò perchè queste pressioni subiscono, anche nei limiti fisiologici, variazioni molto frequenti ed estese, mentre era logico supporre che ad un normale lavoro del cuore dovesse corrispondere un regime stabile di pressione.

La pressione arteriosa media, che corrisponde alla massima oscillazione ottenuta cogli ordinari oscillometri o cogli apparecchi registratori (oscillografi), rappresentando la risultante di tutti i fattori che regolano la pressione arteriosa, compresi i periferici, ci dà la più esatta misura del regime circolatorio medio, cioè di quel complesso di condizioni dinamiche che è necessario conoscere ed apprezzare ai fini della valutazione clinica dei disturbi circolatori; la pressione media è in grado di fornire dati interessanti non solo intorno ai fattori centrali o cardiaci della pressione arteriosa ma anche intorno ai fattori periferici o vascolari.

L'A. ha eseguito numerose osservazioni oscillografiche (servendosi dell'Oscillomètre Enregistreur di Boulitte) specialmente nelle arteriopatie e cardiopatie arteriose, sia in riposo che in seguito allo sforzo, ripetendo le singole osservazioni durante il decorso.

In base alle proprie osservazioni l'A. ritiene che nel soggetto adulto normale il valore della pressione media è di circa 90; tale valore della pressione media è costantemente più vicino alla minima che alla massima (negli individui sani la pressione media presenta una caratteristica fissità, tanto da esser chiamata da Vaquez « costante sfigmomanometrica »),

L'A. ritiene che la pressione media abbia una particolare importanza dal punto di vista prognostico oltre che diagnostico. Egli studiando il comportamento della *Md* in rapporto alle pressioni estreme (*Mx* e *Mn*) ha potuto osservare come la media abbia grande valore in sé considerata e inoltre spesso permetta di interpretare con molta maggiore esattezza le altre due pressioni, specie la sistolica, che senza lo studio della media possono portare a conclusioni fallaci, specie per quanto riguarda il loro valore prognostico.

La pressione media, in confronto alle due pressioni estreme, ha un valore semeiologico più sicuro perchè è più costante della sistolica e non pre-

senta l'inconveniente, tutt'altro che raro per la minima, della impossibilità di lettura non solo cogli oscillometri ma anche cogli stessi oscillografi.

Dal punto di vista prognostico l'aumento della pressione media ha un cattivo significato nelle ipertensioni elevate e in questi casi i suoi valori sono considerevolmente aumentati; al contrario un modesto aumento della *Md* negli individui con pressione normale o negli ipertesi lievi può essere anche segno di una migliorata attività circolatoria.

In seguito allo sforzo nei cardiopatici arteriosi in stato di compenso e di scompenso lieve, si ha per lo più un certo aumento della *Md* unitamente ad un più spiccato e spesso sproporzionato aumento della *Mx*; invece nei soggetti con insufficienza cardiaca più grave si ha non di rado una diminuzione della *Md* che ha un grave significato prognostico.

Negli ipertesi l'esistenza negli oscillogrammi di *plateaux* di oscillazioni della massima ampiezza, mentre da un lato rende molto difficile la lettura della *Md*, è dall'altro della massima importanza perchè indica l'esistenza di alterazioni più o meno spiccate della parete dei vasi arteriosi.

Il dato della pressione sistolica, da solo, è il più infido ed ambiguo degli elementi concernenti la pressione arteriosa; la pressione media invece rappresenta la pressione più stabile e meno oscillante, specialmente in confronto alla pressione sistolica, e ci dà quindi la rappresentazione più fedele del regime circolatorio medio. Però la ricerca della pressione media deve essere sempre accompagnata dal rilievo delle due pressioni estreme perchè solo se messa in rapporto col comportamento delle due pressioni estreme può fornire dei dati della massima utilità dal punto di vista diagnostico e prognostico.

L'A. ritiene che la ricerca della pressione media colla quale ben pochi medici sono familiarizzati, non debba esser considerata come un lusso semeiologico, ma debba esser compresa tra gli abituali metodi di indagine clinica, come ricerca complementare ed integrativa nello studio della pressione arteriosa.

M. BIASIOTTI.

Caratteri antropometrici del militare italiano dell'età di 21 anni (tipo medio).

(G. PICCOLI, *Giornale di Medicina Militare*, aprile, 1935-XIII).

Questo interessante lavoro riferisce i risultati di una serie di ricerche antropometriche eseguite su militari sani dell'età di 21 anno per rilevarne il tipo medio normale, da servire quale termine di confronto con i militari affetti da certe infermità.

Esistono studi simili fatti su individui appartenenti a diverse regioni, ma riguardanti gli individui adulti e perciò l'A. non ha potuto utilizzarli ai fini delle sue ricerche: infatti forme esteriori diverse sono proprie delle diverse età. Di qui la necessità di conoscere le dimensioni del tipo medio normale del militare di leva e su di esse confrontare i dati antropometrici dei militari affetti da certe malattie predominanti nell'esercito. Idealmente le ricerche avrebbero dovuto essere fatte sopra gli iscritti fatti già idonei ai Consigli di leva o le reclute appena giunte ai distretti militari e quindi non ancora selezionate per l'assegnazione ai vari corpi, ma ciò non fu possibile dato il modo affrettato col quale necessariamente procedono le operazioni di leva e di assegnazione ai corpi stessi. È stato invece scelto il personale appartenente a quelle armi o servizi per i quali il criterio di assegnazione è dato solamente dal fatto di esercitare certi mestieri: militari del Centro automobilistico, delle Compagnie di Sussistenza, militari dell'Arma del Genio e delle Compagnie di Sanità limitatamente però ai portafertiti.

Lo strumentario adoperato per la misurazione è stato quello del Viola: antropometro a bilancere, compasso di spessore, due nastri metrici. Le misure rilevate, secondo sempre la tecnica del Viola, sono state le seguenti:

Misure lineari fondamentali:

- 1° altezza sterno
- 2° altezza xifo-epigastrica
- 3° altezza epigastro-pubica
- 4° altezza addominale totale
- 5° altezza jugulo-pubica
- 6° diametro trasverso toracico
- 7° diametro trasverso ipocondriaco
- 8° diametro trasverso del bacino
- 9° diametro antero-posteriore del bacino
- 10° diametro antero posteriore ipocondriaco
- 11° lunghezza arto superiore
- 12° lunghezza arto inferiore
- 13° statura

Misure complementari

- 14° altezza del cranio
- 15° diametro trasverso del cranio
- 16° diametro antero posteriore del cranio
- 17° indice cefalico
- 18° altezza faccia
- 19° lunghezza collo
- 20° lunghezza xifo-ombellicale
- 21° lunghezza ombellico-pubica
- 22° lunghezza braccio
- 23° lunghezza avambraccio
- 24° lunghezza mano
- 25° larghezza mano
- 26° lunghezza coscia
- 27° lunghezza gamba

- 28° altezza piede
- 29° lunghezza piede
- 30° larghezza piede
- 31° diametro biacromiale
- 32° diametro antero-posteriore apertura toracica superiore

Misure composte

- 33° lunghezza addominale totale
- 34° lunghezza totale del tronco o jugulo pubica

Valori sintetici

- 35° valore del tronco
- 36° valore degli arti
- 37° valore del torace
- 38° valore dell'addome superiore
- 39° valore dell'addome inferiore
- 40° valore dell'addome totale.

Per giungere alla conoscenza del valore medio l'A. ha adoperato due metodi: quello del calcolo della media aritmetica e quello del calcolo della media seriale ed ha notato che i dati così ottenuti si corrispondevano perfettamente per la maggior parte dei caratteri, come risulta dalla tabella:

Le dimensioni del tipo medio del militare dell'età di 21 anni.

Misure	Media aritmetica	Media seriale
Valore tronco	26,9	26,9
Valore arti	134,0	134,0
Valore torace	7,8	8,0
Valore addome totale	19,1	19,4
Valore addome superiore	8,0	8,0
Valore addome inferiore	11,1	11,3
Sterno	14,7	15,0
Trasverso toracico.	28,1	28,1
Antero-posteriore toracico.	19,0	19,0
Xifo epigastrica.	15,7	15,7
Trasverso ipocondriaco.	27,1	27,1
Antero-posteriore ipocondriaco	18,9	18,9
Epigastro-pubica	20,5	20,9
Trasverso bacino	28,8	28,8
Arto superiore al polso.	56,8	56,8
Arto inferiore al malleolo interno	77,2	77,2
Jugulo-pubica	50,9	50,9
Altezza addome totale	36,2	36,2
Statura	167,2	167,2
Peso	63,2	63,2

Sulla base di questi valori medi l'A. ha costruito il quadro dei gradi ossia il quadro dei gradi di deformazione dal tipo medio normale. Tale quadro è diviso in due parti: in una di esse sono segnate le misure superiori al normale, nell'altra le misure inferiori; i valori del tipo medio normale sono posti nella prima colonna che corrisponde al numero 0. L'intero quadro comprende

30 gradi di ingrandimento o positivi e 30 gradi negativi o di rimpicciolimento. Detto quadro può venire ampliato quanto si vuole, servendosi della formula:

$$x = \frac{i - m \cdot 1000}{m}$$

i rappresenta la misura individuale, m quella media corrispondente e x il grado che si vuol determinare.

Per valutare l'entità degli errori di misurazione sono state rilevate per dieci giorni consecutivi le misure fondamentali di uno stesso individuo e riportate in una tabella; i dati ottenuti procedendo alle misure di un individuo a scopo di studio morfologico costituzionale i quali vengano o trovansi dentro i limiti massimo e minimo del quadro su riportato, sono compresi nel «circolo della normalità» o meglio nel «circolo degli errori della norma» che si è convenuto ritenerlo compreso fra $\pm 2,999 s$ (gradi centesimali); cosicché già con $\pm 3 s$ si inizia una entità di scarto dalla norma imputabile a deviazioni morfologiche dalla media normale.

Molte discussioni sono state fatte sull'argomento, se l'uomo medio normale statistico rappresenti anche il tipo dell'uomo clinicamente normale: praticamente si deve ritenere che ciò sia vero, che cioè il campo del normale sia assai prossimo ai valori medi statistici. Per determinare i limiti della normalità l'A. seguendo le direttive del Viola ha ricercata il sigma delle misure e dei valori fondamentali: intendesi per sigma lo spostamento quadratico medio trovato calcolando dalla classe media lo spostamento dei casi, moltiplicando il quadrato di essi per la frequenza, sommando ed estraendo la radice quadrata dalla somma divisa per il numero totale dei soggetti.

Da un confronto dei valori medi del militare italiano di 21 anni e quelli dell'adulto veneto e dell'adulto emiliano emerge che i primi sono inferiori agli altri. Esiste anche differenza tra le misure del militare italiano di 21 anni e quelle del giovane italiano tra i 19 e i 25 anni e ciò risulta logico se si pensa che in tale periodo di età le dimensioni del corpo variano di anno in anno: occorrerebbe perciò ai fini degli studi antropometrici ricercare il tipo medio per ogni anno di età. L'A. ha cercato di confrontare le medie da lui rilevate sui militari di 21 anni, quelle del giovane italiano di 19-25 anni, le medie dell'adulto veneto, quelle dell'adulto emiliano, con la statuaria greca antica servendosi degli stessi dati metrici raccolti dal Viola sulle celebri statue dell'Apollone del Belvedere e dell'Antinoo situate in Roma. La differenza è minima e da ciò si può dedurre che vi è una corrispondenza perfetta tra il concetto estetico della euritmia delle forme del corpo umano

ed il tipo medio seriale ricavato da un dato gruppo etnico.

Nel presente lavoro la definizione e la classificazione degli abiti è stata fatta mediante un recente metodo del Viola che contempla la determinazione del Tipo morfologico, del Valore somatico, dell'Errore specifico e dell'Errore generico. Il tipo morfologico è determinato col calcolo dei quattro rapporti fondamentali: tronco arti, tronco-jugulopubica, diametrale, addome torace; i relativi valori si ottengono sottraendo algebricamente il secondo termine dal primo. Se il primo termine è uguale al secondo si tratta di carattere normotipico, se maggiore brachitipico, se minore longitipico. Quindi sono considerati normotipi puri, brachitipi puri, longitipi puri, quegli individui che presentano tutti i rapporti con carattere rispettivamente di normotipia, brachitipia, longitipia. Vengono anche considerati normotipi, brachitipi, longitipi, quegli individui che presentano tre sui quattro rapporti fondamentali con i caratteri rispettivamente della norma, brachi, longitipia, come pure quelli che presentano detti caratteri nei due rapporti fondamentali. Il valore somatico permette di classificare gli individui in: normosomici, megalosomici, microsomici; esso si determina con la seguente formula:

$$V. S. = \frac{\text{val. tronco} + \text{arti}}{2}$$

Dalla classificazione secondo le tabelle delle medie seriali i militari di 21 anni risultarono così ripartiti nei singoli tipi:

Tipo	Numero	Percentuale
Brachitipi	49	16,39
Longitipi	30	10,03
Normotipi	95	31,77
Misti	126	41,81
Totale	300	100,00

Ed ecco i dati del valore somatico nei vari gruppi:

Tipo	Numero dei casi	Media V. S.	Massimo V. S.	Minimo V. S.
Brachitipi .	49	- 0,8	+ 7,5	- 7,5
Longitipi .	30	+ 0,5	+ 6,0	- 7,5
Normotipi .	95	- 0,6	+ 11,2	- 9,0
Misti . . .	126	- 0,8	+ 9,5	- 6,5
Totale .	300	- 0,4	+ 11,2	- 9,0

L'errore specifico equivale alla media delle eccedenze ed alla media delle deficienze dei rap-

porti fondamentali che caratterizzano il brachitipo ed il longitipo. L'errore generico in fine rappresenta la media dei gradi di scostamento delle dieci misure fondamentali dal valore del tronco preso come misura basale di riferimento.

Ritengo interessante riportare dal lavoro le due seguenti tabelle relative a 284 casi: la prima si riferisce al rapporto: peso-valore somatico, la seconda al rapporto: peso-statura.

Rapporto peso-valore somatico.

TIPO	Numero dei casi	Media	Massimo	Minimo	Rapporti positivi	Rapporti nulli	Rapporti negativi
Brachitipi	47	+ 1,7	+ 7	- 2,5	87	1	9
Longitipi.	27	- 1,5	+ 8	- 9,5	6	2	19
Normotipi	90	+ 0,4	+ 4,5	- 7,2	47	9	84
Misti . .	120	- 0,1	+ 7	- 5,2	52	8	60
Totale .	284	+ 0,2	+ 7	- 9,5	142	20	122

Rapporto peso: statura.

TIPI	Numero dei casi	Media	Massimo	Minimo	Rapporti positivi	Rapporti nulli	Rapporti negativi
Brachitipi	47	+ 3,3	+ 8	- 7	48	0	4
Longitipi.	27	- 3,6	+ 8	- 9	2	2	28
Normotipi	90	+ 0,1	+ 8	- 7	44	15	31
Misti . .	120	- 1,9	+ 8	- 7	50	11	59
Totale .	284	+ 0,2	+ 8	- 9	138	28	117

VICENTINI.

“ Assicurazioni „

Rivista di diritto, economia e finanza delle Assicurazioni Private.

Fascicolo 2° (marzo-aprile 1935).

È uscito il 2° fascicolo dell'importante Rivista edita a cura dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici, diretta dal Prof. Antigono Donati.

Eccone il contenuto:

Gaetano Azzariti, *Il fallimento dell'assicurato contro la responsabilità civile e i diritti del danneggiato* - Amedeo Giannini, *Problemi particolari delle assicurazioni aeronautiche* - Clemente Persico, *Le assicurazioni nel Progetto del Codice Marittimo* - Francesco Alimena, *Il suicidio nelle assicurazioni sulla vita* - Ernst Stiefel, *Il divieto di riconoscere la propria responsabilità nelle assicurazioni della responsabilità civile.*

E inoltre: Bibliografia (Letteratura francese in

materia di assicurazioni private dal 1930 di Maurice Picard), note e notizie.

Nella parte seconda: Giurisprudenza italiana (massimario e sentenze con note di Alfredo De Gregorio, Paolo Greco); Giurisprudenza belga con note di P. Freund.

In appendice i sunti degli articoli in francese, inglese e tedesco.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

- R. Bastianelli, *Relazione sulla attività nel primo anno di funzionamento dell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori in Roma.* — Arti Grafiche G. Lolli, Roma A/XIII.
- A. Ciotola, *L'assistenza ospedaliera in Tripoli.* — Stab. Poligrafico Editoriale, Tripoli, 1935-XII.
- A. Bertagnoni, *Vademecum di diagnostica e terapia Medica.* — Ed. U. Marucelli, Milano 1935.
- A. Tizzano, *Sulle variazioni stagionali della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio.* — Estratto da «Rivista di Patologia sperimentale», 10 maggio 1935.
- A. Tizzano, *Alcune applicazioni della Statistica in Biologia.* — Estratto da «Rivista di Patologia Sperimentale», 10 maggio 1935.
- F. Lorenzola e G. Pozzi, *Alimenti. Legislazione e cenni chimici.* — Ed. S.A.V.I.T., Vercelli.
- Istituto Dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano in Roma, *Riproduzione fotografica delle antiche lapidi ed iscrizioni esistenti nell'ospedale.* — Principali dati statistici illustrati dal Direttore Prof. P. A. Meineri. Ed. Arti Grafiche G. Lolli, Roma 1935.
- Index des Établissements Médicaux,* Ed. La Presse Médicale, 1935.
- P. Colajanni, *Appunti autobiografici.* — Caltanissetta 1935.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Il Pollicino — Sezione Pratica, 1935, n. 13.

- R. SILVESTRINI, *Metodo facile di preparazione della sospensione di pigmento coroidale per la melanoreazione di Henry nella malaria.*

L'A. conferma il valore clinico della reazione per la diagnosi di malaria; ritiene però che la reazione non sia immunitaria specifica ma solo in relazione alla ricchezza nel siero in euglobuline. Tale fatto sarebbe dimostrato dalla concordanza

della reazione di Henry con la flocculazione del siero in acqua distillata, con la reazione di Vernes alla resorcina. Ritene pertanto che essa sia dovuta a speciali modificazioni chimiche indotte dall'infezione malarica nel siero dei malati. Per facilitare l'esecuzione di detta ricerca l'A. propone di estrarre con l'etere il pigmento dalla corioide di bue per preparare la sospensione di melanina necessaria alla reazione; tale metodo di estrazione del pigmento col quale l'A. ha ottenuto buoni risultati, rende la reazione accessibile ad ogni medico pratico.

Miurva Medica — marzo 1935, n. 13.

V. ROMANIN, *La sintomatologia dolorosa del reumatismo cronico nei rapporti con le variazioni meteorologiche.*

Quasi sempre è possibile riconoscere una particolare sensibilità meteorica nei soggetti affetti da reumatismo cronico, ma non è stato finora sicuramente accertato quali siano i fattori meteorologici che intervengono nella comparsa e nella recrudescenza del sintoma dolore. L'A. ha compiuto delle indagini sulle manifestazioni dolorose nel reumatismo cronico in rapporto al clima di Trieste. Ha diviso le ricerche in due gruppi; nel primo ha studiato le influenze stagionali sulla comparsa e sulla recrudescenza della malattia ed ha dedotto che l'acme primaverile dei dolori reumatici se può essere messa in rapporto con una azione mediata del freddo, secondo il concetto di Bauer, potrebbe essere interpretata pure come l'esponente di una ipereccitabilità neurovegetativa, quale viene ammessa dal Pende nelle costituzioni meteorostesiche. Nel secondo gruppo di ricerche ha tentato di valutare l'influenza dei fenomeni meteorologici giornalieri sulla produzione dei dolori nel reumatismo cronico. I controlli vennero eseguiti in due periodi: dicembre-gennaio, giugno-luglio, valutando i seguenti fattori meteorologici-giornalieri: oscillazioni della temperatura, variazioni della pressione barometrica; umidità atmosferica, precipitazioni atmosferiche, forza e direzione dei venti. Pur tenendo nel giusto valore l'influenza di ognuno di questi elementi meteorologici, l'A. è del parere che abbia maggiore importanza l'azione morbosa multipla segnalata dal Pende, del complesso meteorologico nelle sue crisi aerodinamiche.

R. GIUBERTONI, *Sulla necessità di praticare l'esame radiografico nelle forme lomboischialgiche, quale primo mezzo di accertamento diagnostico.*

Il concetto di sciatica essenziale è stato quasi completamente sostituito da quello di sciatica sin-

tomatica; perciò l'esame radiografico ha preso importanza notevole nella ricerca delle cause spesso scheletriche che stanno alla base di molte forme di ischialgia. S'impone perciò, oltre l'esame neurologico, quello radiologico della colonna lombosacrale, del bacino, della articolazione coxo-femorale.

— marzo 1935, n. 15.

L. MENOZZI, *Fattori strutturali e funzionali che facilitano nell'adulto la morbilità dei lobi superiori del polmone verso la tubercolosi.*

L'A. mette anzitutto in evidenza le differenze strutturali e funzionali dei vari lobi del polmone. In rapporto alla massa di parenchima respiratorio i due lobi rappresentano un numero diverso di bronchi: il lobo inferiore destro ha sette bronchi primari, mentre il superiore omonimo con metà parenchima, ne ha solo due; inoltre mentre il decorso dei primi è retto e coassiale all'asse del bronco principale, i secondi hanno un decorso che si incurva sui vari piani. Risulta una aerazione assai più rapida ed intensa dei lobi inferiori, anche perchè vi partecipa la contrattura muscolare attiva dei bronchi primari. Da ciò per i vortici che si stabiliscono nella colonna di aria inspirata dai lobi inferiori si ha con una maggiore ventilazione anche una maggiore facilità di inalazione di germi. Ma il drenaggio bronco linfatico non permette la persistenza dei bacilli di Koch nei lobi inferiori fino alla loro colonizzazione ed alla formazione di reazioni parenchimali. Invece nei lobi superiori il drenaggio bronco linfatico è fortemente rallentato e quindi anche una scarsa inalazione di bacilli persistendo a lungo finisce col colonizzare e determinare una reazione parenchimale. Le porzioni basse dei lobi superiori partecipano della doppia inferiorità che risulta dalla notevole inalazione propria della zona e del lento drenaggio linfatico del lobo e perciò vi sono più frequenti i focolai e soprattutto le caverne iusta ilari.

La Presse Medical — 18 giugno 1935.

P. HALBRON e H. P. KIOTZ, *Iperensione arteriosa permanente e ghiandole endocrine.*

Il dominio della endocrinologia si estende di giorno in giorno e per mezzo di essa si è tentato di spiegare la natura di molte e svariate sindromi. Da parecchi studiosi è stata sostenuta la natura endocrina di alcune forme di ipertensione arteriosa: l'origine surrenale, l'ovarica, la tiroidea sono le più frequentemente invocate. Gli AA., hanno ri-

cercato in 19 malati gli eventuali rapporti tra ipertensione e ghiandole a secrezione interna. Cinque di essi non presentavano nessun disturbo endocrino dallo studio degli altri, hanno tratto le seguenti deduzioni: l'ipertensione arteriosa dal punto di vista clinico si incontra di frequente in disendocrinici, soprattutto di sesso femminile; raramente la i. a. è indiscutibilmente sotto la dipendenza dello stato ghiandolare; talvolta il rapporto è solamente verosimile; nella maggioranza dei casi essa sopraggiunge in tali malati all'età dell'ipertensione abituale, il che rende la sua interpretazione delicata. Dal punto di vista interferometrico ogni ipertensione sarebbe di origine endocrina e le due ghiandole più di frequente in causa sarebbero la surrenale e l'ipofisi.

La Medicina Internazionale — giugno 1935.

G. BASILE, *Prognosi nel diabete.*

Il diabete per il suo continuo e progressivo aumento va considerato come una vera malattia sociale; la sua prognosi è essenzialmente legata alle seguenti condizioni: 1) la diagnosi precoce, pechè le cure saranno tanto più efficaci, quanto più presto iniziate; 2) poter stabilire se si tratta di una forma morbosa dovuta soltanto ad insufficienza od esaurimento funzionale degli organi glicoregolatori oppure a lesioni anatomopatologiche degli organi stessi; inquantochè le forme di diabete artritico alimentare consentono in genere un prognostico abbastanza favorevole, mentre quelle sostenute da gravi lesioni anatomiche degli organi glicoregolatori impongono una prognosi molto grave; 3) il grado di iperglicemia a digiuno e le deviazioni della curva glicemica alimentare, che forniranno utili criteri per la prognosi; 4) la ricerca del grado di tolleranza ai carboidrati; 5) infine la reazione dell'ammalato di fronte all'insulina e l'intelligenza dell'ammalato stesso.

American Journal of Digestive Diseases and Nutrition — settembre 1934.

JACOB BUCKSTEIN, *La nicchia considerata come criterio di cicatrizzazione di una ulcera peptica.*

L'A. richiama l'attenzione sulle modificazioni radiologiche delle immagini di un'ulcera trattata medicalmente; nota che la prova più convincente

della cicatrizzazione di un'ulcera consiste nel progressivo rimpiccolimento della nicchia e non nella sua brusca scomparsa.

La scomparsa della nicchia deve essere accompagnata dal miglioramento di tutti i segni clinici.

Secondo l'autore la scomparsa della nicchia non ha il significato di guarigione clinica.

Poichè l'ulcera duodenale è una malattia ciclica, le crisi dolorose possono ricomparire anche in assenza della nicchia.

VICENTINI.

Rassegna di articoli di igiene.

La salute e l'igiene nella famiglia — Roma.

— 15 maggio 1935.

A. CHIAVARO, *Denti e gengive sani conservano la salute e prolungano la vita.*

U. DARETTI, *Dottore che cos'è l'anamnesi?*

— 1 giugno 1935.

E. BAJLA, *La medicina e l'automobile.*

— 15 giugno 1935.

R. MONTELUCCI, *Il silenzio stradale a difesa della vita.*

SALUS, *Il medico in cucina.*

Im Dienste der Gesundheit — Basilea.

— giugno 1935.

M. LUGINBRÜL, *Igiene della donna.*

A. BANGERTER, *I vecchi rimedi popolari, loro efficacia e loro uso.*

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Forno Canavese (Torino) il Dott. Antonio Audisio.

A Deruta (Perugia) il Dott. Severo Severi.

A Campana (Cosenza) il Dott. Filippo Spina.

A Pistoia il Dott. Ottorino Molignoni.

A Francavilla di Sicilia (Messina) il Dott. Zagarì Francesco.

A Caltanissetta (Caltanissetta) il Dott. Giulio Angelo.

A Granarolo dell'Emilia (Bologna) il Dott. Gavani Giusto.

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.