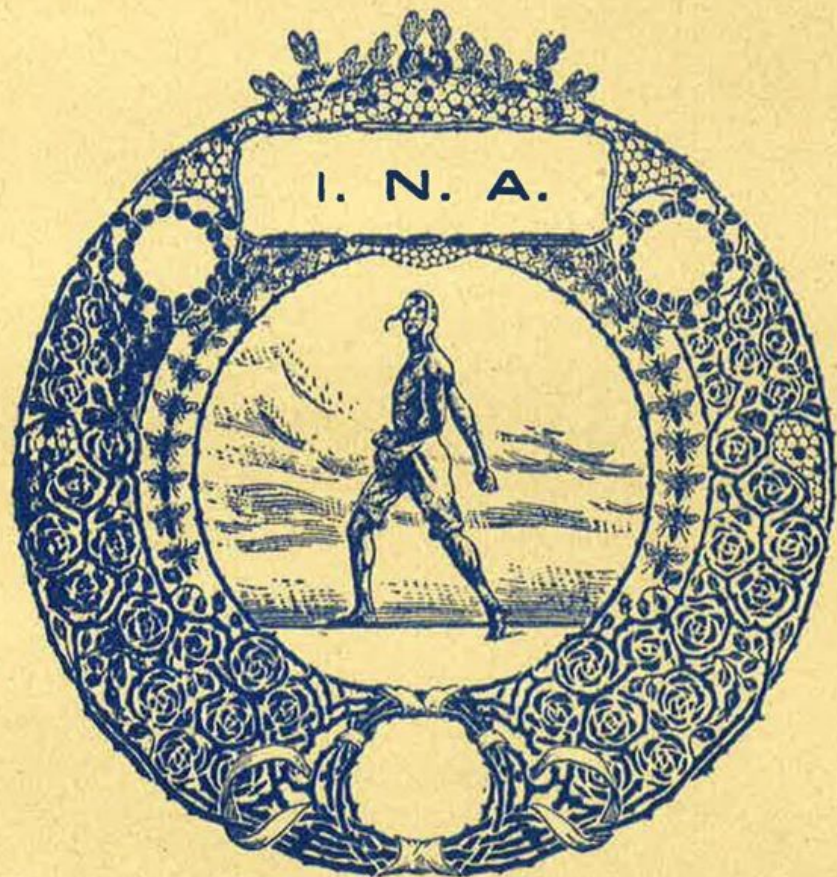


L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IV
Numero 5
15 ottobre
1935 - XIII
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 style="padding-left: 20px;">a) Dr. F. VICENTINI, I primi sintomi della appendicite acuta. 289</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Dr. A. STARNA, Dei dolori intercostali. 292</p> <p>3. Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale. 295</p> <p>4. Notiziario 296</p> <p>5. Medicina delle Assicurazioni vita :</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Dr. S. FIANDACA, L'esame della funzionalità renale nella visita medica per le assicurazioni vita 308</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Congresso Nazionale delle assicurazioni popolari: Problemi Medici 311</p> <p style="padding-left: 20px;">c) Alcune comunicazioni al Congresso Internazionale di Medicina delle assicurazioni vita 316</p> | <p>6. Medicina legale delle Assicurazioni-vita :</p> <p style="padding-left: 20px;">Dr. F. MARSELLA, Il campo professionale può essere considerato come causa d'invalidità totale permanente nell'assicurazione vita? pag. 320</p> <p>7. Alcuni dati di statistica medica . 323</p> <p>8. Varie:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Sen. G. BEVIONE, Le Assicurazioni Popolari in Italia . 328</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Dr. F. VICENTINI, I congressi Internazionali di Medicina dell'Assicurazione Vita . . . 333</p> <p style="padding-left: 20px;">c) Prof. BASILIADES, La Leishmaniosi in Candia 343</p> <p>9. La pagina del medico fiduciario . 345</p> <p>10. Dai Libri e dalle Riviste . . . 346</p> <p>11. Dai periodici di medicina . . . 358</p> <p>12. Pubblicazioni ricevute 360</p> <p>13. Rassegna di articoli d'igiene . 360</p> <p>14. Vuoti nelle file dei medici fiduciari 360</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

BERGAMO

S. Pellegrino Termale - Casa di Regime Dott. Merino Quarenghi; a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % sulle tariffe in vigore per le rette di pensione, e del 25 % sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella Casa di Regime.

REGGIO EMILIA

Casa di cura "Villa Ida", del Prof. Dott. Giuseppe Zironi; 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.

VENEZIA

Ospedali Civili Riuniti di Venezia; agli assicurati: in forma ordinaria e collettiva: riduzione del 20 % per i ricoverati di 1^a classe e del 10 % per i ricoverati di 3^a classe; agli assicurati in forma popolare: riduzione del 10 % per la sola terza classe, sia per le rette e gli onorari professionali che per le tariffe di indagini radiologiche e di laboratorio.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) *Visite mediche periodiche gratuite.* — B) *Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti.* — C) *Consultazioni gratuite di Igiene.* — D) *Gabinetto per le cure odontoiatriche.* — E) *Prestati senza interessi per operazioni chirurgiche.* — F) *Facilitazioni per cure termali.* — G) *Facilitazioni presso ospedali e case di cura.* — H) *Facilitazioni per sanatori, convalescenziari e consultori materni.* — I) *Facilitazioni per cure odontoiatriche.* — L) *Facilitazioni per cure oculistiche.* — M) *Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.* — N) *Pubblicazioni di medicina preventiva.*

A) **Visite mediche periodiche gratuite.**

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.

B) Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti.

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** (compresa la prova della concentrazione);

b) un esame dell'**espettorato**;

c) un esame del sangue: per il dosaggio della **glicemia** (compresa la prova di carico e la curva glicemica);

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

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

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

g) 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);

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

i) un **elettrocardiogramma**;

l) il controllo del **peso** e dell'**altezza**.

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 L. 20.000 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 e 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 delle urine*: 60-70 cc. di urine aggiuntevi 3-4 gocce di formalina o qualche granellino di canfora ;

per *l'esame dell'espettorato*: 10-15 cc. di espettorato in un vasetto di vetro o porcellana a collo largo ;

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 Direz. Generale dell'I. N. A. in Roma, Via Sallustiana n. 51).

Il prelevamento del sangue 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.

C) 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 per gli assicurati del Piemonte: Torino, Via Maria Vittoria n. 1.

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

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

E) 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.

F) Facilitazioni presso Stabilimenti Termali (*Vedi elenco seguente per provincia*).

G) Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura (*Vedi elenco seguente per provincia*).

H) Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori materni (*Vedi elenco seguente per provincia*).

I) Facilitazioni per cure odontoiatriche (*Vedi elenco seguente per provincia*).

L) Facilitazioni per cure oculistiche (*Vedi elenco seguente per provincia*).

M) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche (*Vedi elenco seguente per provincia*).

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

N) Pubblicazioni di medicina preventiva dell'I.N.A.:

Dott. ESCHILO DELLA SETA, *Vivere sani*.

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

Rivolgersi alla Direzione Generale dell'I. N. A.

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.
Dr. PICCIONE Antonio Giovanni, Via Venezia, 3.

CASALE MONFERRATO - Dr. GAUDINA Umberto.

Dr. PINOLINI Giovanni.
Dr. REDOGLIA Agostino.

NOVI LIGURE - Dr. BELLONE Mario Luigi.
TORTONA - Dr. TORTI Carlo.

Oculisti: ALESSANDRIA - Dr. ALTARA Eugenio, Via Milano, 19.
Prof. Dr. BIANCHI Benigno, Via Faà di Bruno, 12.

Dr. DURANDO Francesco, Via Legnano 11.
CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO Angelo.

Otorinolaringoiatri: ALESSANDRIA - Dr. BADINO Francesco, Via Voschieri, 3.
Dr. BORTOLOTTI Lorenzo, Via S. Giacomo della Vittoria, 25.
Dr. 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 riacquiescenti 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 Cassimiro, Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri:

IVREA - Dr. 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 ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri: Dr. MICHELINI Mario, Via Francesco Crispi, 2.

ASCOLI PICENO

Odontoiatri: Dr. MONDOZZI Andrea, Via Benedetto Cairoli.

Dr. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dr. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri: FERMO - Dr. LODOVICI Amilcare, Via Sapienza, 4.

ASTI

Odontoiatri: Dott. DEGIANI Attilio.

Dr. MAIOLO Giacomo.

Dr. MALAGOLI Lelio.

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 - Dr. 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.

4. *Casa di Regime Dr. Merino Quarenghi - S. Pellegrino Termale;* a tutti gli assicurati: riduzione del 20% sulle tariffe in vigore per le rette di pensione, e del 25% sulle tariffe in vigore per le competenze professionali per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen-radium terapia che verranno praticate nella Casa di Regime.

Odontoiatri: Dr. AVETTA ENZO.

Dr. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dr. CALDEROLI Guido.

Cav. Dr. CASTELLI Carlo.

Prof. Dr. CAVAZZENI Giovanni.

Dr. DAL LAGO Vittorio.

Dr. GATTI Giovanni.

Oculisti :

Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Via Tasso, 4

Prof. Dr. SEGUINI Arminio.

Dr. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri :

Dr. CALDEROLI Innocente.

Dr. 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 »* dell'I. N. F. A. I. L.: agli assicurati che abbiano bisogno di 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. Sono escluse dalle riduzioni solo la spesa per il riscaldamento e quella per i bagni di pulizia.

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:

Dr. BIGNARDI Ferdinando, Via Saffi, 2.
Dr. CAPUZZI Giuseppe, Piazza dei Marchi, 6.
Dr. CARAMITTI Aldo, Via Innerio, 17.
Dr. DI MENTO Spiro, Via Zamboli, 3.
Dr. FRANCESCONI Alberto, Via Saffi, 2.
Dr. GIANNOTTI Manfredo, Via Saffi, 2.
Dr. PIVA GIUSEPPE, Via Indipendenza 22.

Oculisti:

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

Dr. PALMIERI Domiziano, Via Righi, 34.
Prof. Dr. GINO RICCHI, Via S. Stefano, 43.
Prof. Dr. XILLO NAPOLEONE, Via Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dr. CANEPELE Adelson, Viale XII Giugno, 12.
Dr. FACCHINI G. Battista, Via Cartoleria, 16.
Prof. Dr. VIGI Ferruccio, Via d'Azeglio, 21.

BOLZANO

Odontoiatri:

Dr. GRONES Ernesto, Piazza Erbe, 12.
MERANO - Dr. DE BOSIO Giuseppe.
Dr. KONIG Alfredo, Corso Goethe, 6.
Dr. SINGER Federico, Via Dante, 38.

Oculisti:

BOLZANO - Prof. Dr. MENESTRINA Gino, Ospedale Civile.
Dr. ROSSLER Federico, Via Regina Elena.
BRESSANONE - Dr. NIEDEREGGER Engelberto.
MERANO - Dr. BAR Carlo, Corso Princ. Umberto, 32.
Dr. KEISER Giulio, Corso Princ. Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri:

BOLZANO - Dr. BRIANI Alfredo, Via Duca d'Aosta, 2.
Dr. MITTERMAIR Francesco, Via Regina Elena, 18.
Dr. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.
MERANO - Dr. DIESBACHER Matteo, Corso Principe Umberto, 20.
Dr. 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 1^a classe, riduzione del 20% sulle tariffe di degenza per la 2^a e 3^a 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 - Dr. GOIO Giuseppe.
SALO' - Dr. SIMONI Guido Giuseppe.

CAGLIARI

1. *Stabilimenti termali di Sàrdara*, 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, Roentgendiagnostica 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. Dr. CAVALLARO Erminio.
Prof. Dr. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri:

Dr. RESTIVO Pietro.

CAMPOBASSO

Odontoiatri:

Dr. MARTINO Angelo.
Dr. SANTORO Manfredi.

Oculisti:

CAMPOBASSO - Dr. BARBATO Nunzio.
Comm. Dr. GRIMALDI Eugenio.
AGNONE - Dr. 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, che dai medici saranno ritenuti opportuni 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:

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

Oculisti:

Prof. Dr. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.
Prof. Dr. FAVALORO 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.

CHIETI

Oculisti:

Prof. Dr. COZZOLI Giulio, Corso Mar-
ruceino, 104.

COMO

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

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

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

Odontoiatri:

Dr. GERSOGORIN Vittorio, Via Garibaldi 19.

Dr. PADERI Antonio.

Dr. TORI Luigi.

LECCO - Dr. HEUMANN Martino, Via Stoppani, 28.

Oculisti:

COMO - Prof. Dr. GASPARINI Giulio, Via Volta, 30.

Otorinolaringoiatri:

Dr. BECCHERLE Ferdinando, Via Volta, 33.

Dr. TORLASCHI Giovanni, Via Rezzonico, 7.

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:

Dr. ANDREASSI Giuseppe.

Dr. CERBELLI Oreste.

Dr. CHIMENTI Achille.

Dr. 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.

Dr. IRITZ Giuseppe.

Dr. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.

Dr. ZANNINI Roberto.

CASALMAGGIORE - Dr. BOLES Oreste.

Oculisti:

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

Prof. Dr. 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:

Dr. BARBERO Vincenzo.

Dr. MANFREDI Francesco.

BRA - Dr. SPANO Salvatore.

Oculisti:

ALBA - Dr. VARALDI Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

CUNEO - Prof. Dr. 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, a tutti gli assicurati: 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.
Dr. CITELLI Alessandro, Lung' Arno Acciaiuoli, 22.

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

Dr. CODECA Marcello, Via de' Porcari 1.
Cav. Prof. Dr. 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 :

Dr. ARBORE Giulio.
Dr. DI MAIO Enzo.

MANFREDONIA - Dr. MELUCCO Pasquale.
S. SEVERO - Dr. RECCA Pietro.

Oculisti :

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

Otorinolaringoiatri :

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

FORLÌ

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

Odontoiatri :

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

RIMINI - Dr. LAZZAROTTO Eugenio.
Dr. PEDRAZZI Luigi.
Dr. PELOSI ROMANO.

Oculisti :

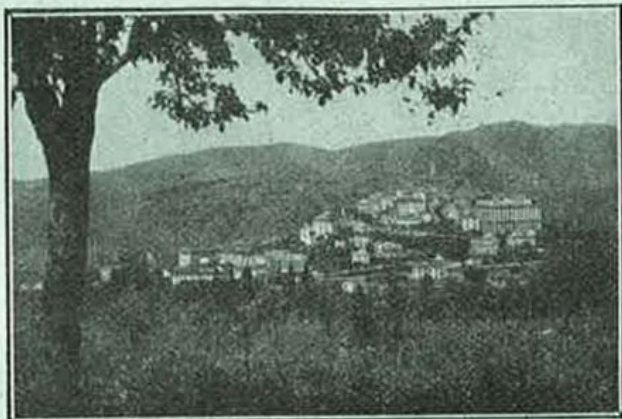
FORLÌ - Dr. MARCHINI Paolo, Corso A. Diaz.
Dr. SANTONOCETO Ottavio, Via Giov. dalle Bande Nere.

Otorinolaringoiatri :

Dr. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

FROSINONE

Stabilimenti termali di Fluggi, 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, che dai medici saranno ritenuti opportuni, pagando un onorario di L. 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:

CONIGLIANO - TRAVAGLINI Guido, Via Garibaldi, 13.

Odontoiatri:

Dr. NETZBANDT Paolo Ugo.

Otorinolaringoiatri:

Dr. COMEL Giuseppe.

Dr. RIZZATI Sandro.

GROSSETO

Odontoiatri:

Dr. ANGELINI Armando.

IMPERIA

1. *Ospedale Sanatoriale e Istituto Elioterapico 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:

Dr. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 8.

Dr. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.

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

Dr. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.

Dr. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.

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

Dr. DEL BOCA Isidoro, Via Vittorio Emanuele.

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

Dr. GERBOLINI Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 17.

Dr. GISMONDI Emanuele, Via Vittorio Emanuele, 11.

Dr. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.

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

Dr. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti:

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

ONEGLIA - Dr. GRIVA Giuseppe.

SANREMO - Dr. BOBONE Tommaso, Villa Plinia.

Dr. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.

Dr. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri:

IMPERIA - Dr. DURAND Gaspare, Via Giardini.

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

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

Dr. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 18.

VENTIMIGLIA - Dr. 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:

Dr. CAPITANI Icilio, Scali Ugo Botti, 2.

Dr. CASAGNI Odoardo, Via Magenta, 8.

Dr. QUARANTORSI Cleomene, Via Eurico Mayer, 18.

PORTOFERRAIO - Dr. LAGHI Augusto.

Oculisti:

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

Dr. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri:

SUVERETO DI LIVORNO - Dr. CHIERICI Luigi.

LUCCA

Odontoiatri:

ALTOPASCIO - Dr. PIEGAIA Giovanni Leo.

MANTOVA

Odontoiatri:

Dr. CONSOLO Giuseppe.

Dr. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.

Dr. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.

Dr. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Ferrelli, 8.

Dr. PREDARI Maria.

Dr. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.

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

Oculisti:

Prof. Dr. FERRI Dante, Via Grazioli, 5.

Prof. Dr. PREVEDI Guido, Via Cesare Battisti, 14.

Otorinolaringoiatri:

Dr. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.

Dr. FUCCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.

Dr. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vittorio Emanuele, 103.

MATERA

Odontoiatri: Dr. MARINARO Domenico.

Oculisti: Dr. 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% sulle tariffe in vigore per la radiologia, terapia fisica, radium-terapia che verranno praticate nella suddetta clinica.

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.

Dr. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

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

Odontoiatri: Dr. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.

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

Dr. GIUFFRÉ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

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

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

Dr. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 36.

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

Dr. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio Emanuele, 460.

Dr. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.

META DI SORRENTO - Cav. Uff. Dott. Russo Valerio, Corso Littorio, 113.

SPARANISE - Dr. GRANDE Francesco.

Otorinolaringoiatri: Dr. DI LAURO Espedito, Riviera di Chiaia, 84.

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

NOVARA

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

2. *Casa di Cura per malattie polmonari « Eremo » in Miazzina*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore 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.



BOGNANCO - Terme.

Odontoiatri:

Dr. BORRINI Francesco.
Dr. SCENDRATI Daniele.

Oculisti:

Dr. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale
Maggiore.

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.

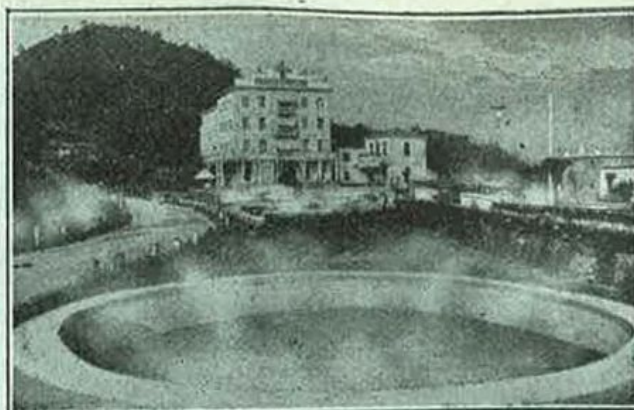
2. *Stabilimento termale di Battaglia Terme*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

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

4. *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



MONTEGROTTO TERME (Padova). Terme Preistoriche

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 Villafermosa, 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.
Dr. PEZZOLI Renato, Piazza Castelnuovo, n. 11.
Dr. PIAZZA GARGANO Giovanni, Piazza S. Domenico, 23.
Dr. PIZZUTO Francesco, Via Villareale, 32.
Dr. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, n. 12.
Dr. TEMPESTINI Elio, Via Maqueda, 200.



ABANO TERME (Padova) - Stabilimento Hôtel Trieste.

Oculisti :

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

Otorinolaringoiatri :

- Prof. Dr. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 471
 Dr. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.
 Dr. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.
 Prof. Dr. 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 :

- Dr. ALBERTI Silvio, Via Farini, 52.

Oculisti :

- Prof. Dr. CANDIAN Ferruccio, Viale Umberto I.
 Prof. Dr. CARMÌ Alberto, Via San Biagio, n. 1.

Otorinolaringoiatri :

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

PAVIA

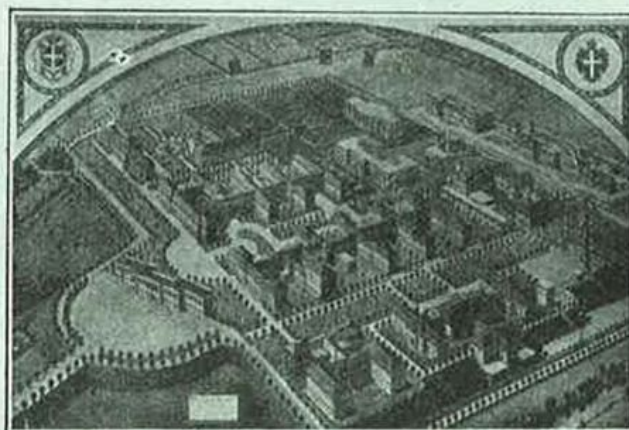
1. *Casa di Cura prof. Eugenio Morelli, Piazza 24 Maggio, a tutti gli assicurati:* riduzione del 30% sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professio-

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

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



PAVIA - Ospedale Policlinico S. Matteo.

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

Odontoiatri:

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

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

Dr. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

Dr. SERRI Scipione, Via Vittorio Emanuele, 4.

BIENTINA - Dr. MARCHIANI Pilade.

PISTOIA

1. *Stabilimenti delle Regie Terme di Montecatini*, a tutti gli assicurati sarà praticata, nel periodo Aprile-Luglio e Ottobre-Novembre, una riduzione del 10 % sul prezzo degli ingressi alle bibite e delle cure complementari. La riduzione suddetta verrà applicata solo agli abbonamenti all'ingresso negli stabilimenti ed alle serie di cure non inferiori a sei. I biglietti isolati sono esclusi dalla riduzione. Le riduzioni debbono essere richieste all'atto dell'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure, e per nessuna ragione la riduzione sarà praticata dopo che l'assicurato abbia acquistato l'abbonamento all'ingresso o serie di cure a tariffa intera. L'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure deve essere fatto unicamente presso la biglietteria annessa alla Direzione delle Regie Terme, e non alle biglietterie dei singoli stabilimenti.

Otorinolaringoiatri:

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

POLA

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

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. Dr. SALVADORI G., Via Lazio, 9.

REGGIO EMILIA

1. *Casa di Cura « Villa Ida » del Prof. Dr. Giuseppe Zironi*, 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.

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 Roentgen-terapia, 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, 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



ROMA - Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori - Viale Regina Margherita n. 291

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. Dr. 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, 3.

Dr. VERRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

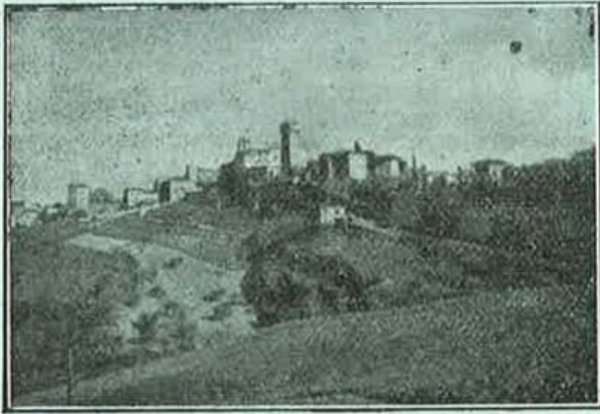
Otorinolaringoiatri:

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.).

2. *Preventorio in Sondrio dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 15.

TARANTO

Odontoiatri:

Dr. BARBARO Vincenzo, Corso Umberto.
Dr. MONTANARI Francesco, P. G. Bruno, 33.

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. Dr. BIASOLI Alcide, 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. Esame chimico e microscopico delle urine (compresa la prova della concentrazione).
2. Esame dell'espettorato.
3. Dosaggio della glicemia (compresa la prova di carico e la curva glicemica).
4. Dosaggio della azotemia.
5. Dosaggio della uricemia.
6. Reazione di Kahn.
7. Misurazione della pressione arteriosa.
8. Elettrocardiogramma.
9. Controllo del peso e della altezza.

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 che dai medici saranno ritenuti opportuni 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.

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

Odontoiatri:

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

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

Dr. MARAZZINA C., Via Volpiano, 5.

Dr. OTTOLENGHI Renato, Via Sacchi, 58.

Dr. TOMMASINELLI Antonio, Via Mercanti, 3.

Dr. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

Oculisti:

Dr. CAFFARATTI C., Corso Oporto, 47.

Dr. CANTÙ Carlo, Via Madama Cristina, 6.

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

Dr. GARZINO M., Via Mazzini, 2.

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

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

Dr. MORINI Egidio, Via Carlo Alberto, 18.

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

Dr. ORSI Luigi, Via XX Settembre, 17.

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

Prof. Dr. PICCALUGA Siro, Via XX Settembre, 60.

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

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

Prof. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.

Dr. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dr. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 81-bis.

Otorinolaringoiatri:

Dr. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.

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

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

TRAPANI

Otorinolaringoiatri:

Dr. 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.

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:

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

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri:

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

Prof. GARBINI Giuseppe, Via S. Maria Maddalena, 10.
 Dr. MAESTRANZI Dario, Via Rosmini, 25.
 Dr. 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:

Dr. CHIUMINATTO Luisa, Via S. Francesco, 20.
 Dr. FERRAGUTI Alessandro, Via Coroneo, 10.
 Dr. METT Odoardo, Via Macchiavelli, 19.
 Dr. MINAS Alberto, Via A. Diaz, 10.
 Dr. OTTOCHIAN Giuseppe, Via S. Lazzaro, 10.
 Dr. REBEZ B., Corso Garibaldi, 28.
 Dr. ROSATO Giuseppe, Via Trenta Ottobre, 13.

Oculisti:

Prof. Dott. KOCH Carlo, Viale XX Settembre, 24.
 Dr. MANZUTTO G., Via Roma, 22.
 Dr. OBLATH O., Via Rossini, 26.

Otorinolaringoiatri:

Dr. ROCCO Antonio, Via Mercato Vecchio, 3.
 Dr. Cav. MONTINI Giovanni, Via Cesare Beccaria, 5.

UDINE

Odontoiatri:

Dr. DAMIANI Domenico.
 Dr. 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:

Dr. BERTOLI Alessandro.
Dr. BERTOLI Romeo.
Dr. FRANZI Cesare.
Dr. GUSCETTI Severo.
Dr. MINGARELLI Lido.
Dr. RIVA Gian Pietro.

BUSTO ARSIZIO - Dr. BRECCHETTO Davide.

GALLARATE - Dr. OTELLI Franco.

Dr. PATARINO Alfonso.

Dr. PERONI Paolo.

TRADATE - Dr. COOPMANS DE JOLDI Luigi.

Oculisti:

VARESE - Dr. MORETTI Ezio.

LUINO - Dr. MARGARITELLA Riccardo,
Viale Umberto I, 18.

Otorinolaringoiatri:

VARESE - Dott. ROVERA Santo.

Dr. SIOLI Giulio.

SOMMA LOMBARDO - Dott. BURATTI Pasquale Achille.

VENEZIA

1. *Ospedali Civili Riuniti di Venezia*, agli assicurati in forma ordinaria e collettiva riduzione del 20% per i ricoverati di 1^a classe e dei 10% per i ricoverati di 3^a classe; agli assicurati in forma popolare: riduzione del 10% per la sola terza classe sia per le rette e gli onorari professionali che per le tariffe di indagini radiologiche e di laboratorio.

2. *Consultorio Materno in Venezia* dell'Istit. Naz. 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 Chievo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

Dr. BRIVIO Giano, Via Marsala.

Dr. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.

Dr. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.

Dr. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.

Dr. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.

BARDOLINO - Dr. PEDUZZI P.

LEGNAGO - Dr. BONFANTE Ugo.

VICENZA

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

Odontoiatri:

Dr. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.

Dr. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.

Dr. MARTINELLI L., S. Corona.

ARZIGNANO - Dr. VERONESE Giuseppe.

Oculisti:

Dr. ANTUZZI C., Piazza Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri:

Dr. BASSO E., Via Racchetta, 5.

Dr. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

VITERBO

Odontoiatri:

Dr. BAGEDDA Baingio.

Dr. 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 vulcaniciminerali.

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

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

Bognanco (Novara): Acque bicarbonate magnesiache radio attive.

Caramanico (Pescara): acque solforose.

Castellammare di Stabia (Napoli): Acque clorurato sodiche. Bagni e bibite.

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

Fiuggi (Frosinone): Acque oligometalliche radioattive.

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

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

Porretta (Bologna): Acque salsobromoiodiche e clorurate sodiche sulfuree.

Recoaro (Vicenza): Acque ferruginose carbocalciche.

Salsomaggiore (Parma): Acque salsobromoiodiche.

S. Casciano (Siena): Acqua solfatocalcoicarbonica da 30° a 45° C. Fanghi vegetominerali caldi.

S. Giuliano (Pisa): Acqua solfatocarbocalcica a 52° C.

S. Pellegrino (Bergamo): Acqua bicarbonato sodicocalcoicomagnesiacca a 26° C.

S. Cesarea (Lecce): Acqua solfocarbonatocalcoica 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) artritisimo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc. :

Abano e Montegrotto Terme (Padova), (*bagni e fanghi*) — **Agnano** (Napoli), (*bagni e fanghi*) — **Battaglia** (Padova), (*bagni e fanghi*) — **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** (Siena), (*cure idropiniche, bagni e lutoterapica specializzata*) — **Montecatini** (Pistoia), (*cure idropiniche*) ;

f) manifestazioni ipertensive :

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

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

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

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

Case specializzate per malattie polmonari :

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

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

Case per cure otorinolaringoiatriche :

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

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'Erechia -
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
Borgheratti, 84.

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

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

Reggio Emilia - Casa di Cura « *Villa
Ida* » del Prof. Dr. Giuseppe Zironi.

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:*

Abbazia (Fiume) - Casa di cura Dr.
Horwat.

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.

Cosenza - Casa di Salute Catalani « *Villa
Amelia* ».

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.

— Ospedale Policlinico « *S. Matteo* ».

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.

S. Pellegrino Termale (Bergamo) -
Casa di regime del Dr. Merino Quarenghi.

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

— Clinica delle malattie professionali della
R. Università.

Varese - Clinica privata « *La Quiete* ».

Venezia - Ospedali Civili Riuniti.

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.

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

I primi sintomi della appendicite acuta

Dott. FERNANDO VICENTINI

Medico della Direzione dell'I. N. A.

L'idea di scrivere il presente articolo mi è venuta leggendo le Statistiche più recenti delle cause di morte nel Regno: da esse risulta che negli ultimi quattro anni e cioè dal 1931 a tutto il 1934, sono morte in Italia oltre 10.000 persone per « appendicite » ed altrettante per « peritonite ». Di queste ultime una buona metà possono essere aggiunte alle prime, essendo l'appendicite acuta una delle più frequenti cause di peritonite: si raggiunge così la ragguardevole cifra di 15.000 morti per detta causa.

Viene spontaneo il desiderio di conoscere il perchè di tante vite perdute per una malattia ormai molto nota nei suoi quadri clinici e la cui cura si è andata rapidamente perfezionando in questi ultimi tempi.

Ci sono è vero dei casi di appendicite che esplodono all'improvviso con fenomeni di una gravità tale che nulla è più possibile o quasi fare di giovevole al paziente, e ve ne sono anche altri la cui sintomatologia anormale e subdola è capace di deviare, ingannandolo, anche il medico ed il chirurgo più esperti, ma è cosa certa che anche per questa malattia avviene non raramente quello che purtroppo accade per molte altre gravi affezioni: il malato ricorre al medico tardi, magari dopo aver sperimentato dei rimedi terapeutici empirici, il più delle volte dannosi. Infatti chi non prende la purga se colpito da dolori addominali, nausea, vomito, sicuro che si tratti di un imbarazzo gastro-intestinale? Ma costui non pensa invece che potrebbe essere anche affetto da una appendicite ed allora quali grossi guai gliene possono derivare dalla purga e financo da un innocente clistere! I misfatti delle purghe! sarebbe bene che tutti conoscessero quanti appendicitici sono morti in conseguenza di esse e quante vite umane sarebbero risparmiate se invece che alla amica purga, i malati ricorressero subito al loro medico.

L'esperienza quotidiana insegna che l'appendicitico giunge molto spesso in ritardo, che data la rapida invasione della malattia può anche essere valutato in ore, al tavolo operatorio, con tutte le conseguenze derivanti da un intervento tardivo, la' dove la natura e la sede della malattia ne richiedono uno sollecito. Non mi pare fuori di luogo qui una constatazione: non esiste come da qualcuno si vorrebbe obiettare una appendicite medica ed una appendicite chirurgica: l'appendicite è una sola, e la sua terapia razionale consiste nella asportazione il più precoce possibile, dell'organo malato.

Dopo queste premesse credo fare cosa utile riferire qui in maniera a tutti accessibile, i sintomi iniziali della appendicite acuta, sia quelli soggettivi, sia alcuni obiettivi di facile osservazione e di tale evidenza da risvegliare l'attenzione dei familiari del malato, con sicuro vantaggio di questo.

Ma anzitutto che cosa è l'« *appendicite* »?

Se il nome della malattia è recente, — fu usato infatti per la prima volta dal chirurgo americano Reginald Fitz nel 1886 — la malattia stessa è antica quanto l'umanità: infatti in alcune mummie di 3000 anni prima di Cristo, sono state riscontrate tracce di peritonite saccata di origine evidentemente appendicolare. L'appendicite è l'infiammazione della appendice, piccolo tubo cilindrico, flessuoso di color rosa pallido, lungo cm. 6-8 e di mm. 5-8 di diametro, impiantato con la sua estremità superiore sull'intestino cieco, libero e fluttuante nell'addome con l'altra estremità. Il cieco e quindi anche l'appendice hanno la loro sede abituale nella fossa iliaca destra, corrispondente in superficie al quadrante inferiore destro della parete addominale. La funzione di quest'organo è praticamente di scarsa importanza e lo dimostra il fatto che l'asportazione di esso non produce disturbo alcuno. Ma se vi giungono dei germi virulenti e vi prendono stanza, allora esso diviene causa di gravi e non di rado irreparabili guai. I germi possono arrivare all'appendice per la via intestinale, cosa facilissima dati i suoi rapporti di continuità con il cieco, ma possono anche giungervi per la via sanguigna da focolai infiammatori più o meno lontani: foruncoli, patercelli, ferite infette, lievi tonsilliti ecc. A seconda della intensità del processo infiammatorio e della natura dei germi che lo hanno prodotto, si suol distinguere una appendicite semplice ed una appendicite distruttiva o gangrenosa. L'infiammazione è da prima limitata all'appendice poi si diffonde rapidamente al peritoneo che la ricopre e la circonda e come conseguenza di tale diffusione si può avere o la formazione del cosiddetto « ascesso appendicolare circoscritto », o la produzione della gravissima peritonite diffusa.

Ma i fenomeni infiammatori dell'appendice possono anche spontaneamente, sotto l'influenza di adatta cura, regredire: si parla allora del « raffreddamento » dell'appendicite, che però non è una guarigione definitiva potendosi in seguito avere una recidiva dell'attacco.

L'appendicite è una malattia molto diffusa specialmente nei popoli più civili e nella razza bianca. Ciò è stato messo in rapporto con gli eccessi di alimentazione e con la vita sregolata ed agitata dei nostri tempi, cause queste di stitichezza e di processi fermentativi abnormi. Più di frequente la malattia attacca gli individui di ambo i sessi tra i 15 e i 30 anni, ma ciò non toglie che non possano esserne colpiti anche i bambini ed i vecchi.

La malattia in genere insorge improvvisamente, in pieno benessere.

Qualche volta invece, nei giorni precedenti le manifestazioni acute, il paziente ha notato vaghi disturbi consistenti in un malessere indefinito, spossatezza, inappetenza, mal di capo e lievi doloretto all'addome.

Il primo sintoma con il quale si apre tipicamente il quadro dell'appendicite acuta è il *dolore spontaneo* a carattere di colica; esso insorge spesso nella zona dell'ombelico e nella regione epigastrica, posta al di sopra di esso e di là si diffonde a tutto l'addome; altre volte invece fin dall'inizio è localizzato nella fossa iliaca destra. Per lo più il dolore comincia con una violenza straordinaria, tanto che fu da qualcuno paragonato ad una pugnalata, e mette il paziente nella impossibilità di fare alcunchè. Dopo alcune ore esso si comincia a calmare, ma non cessa, bensì assume il carattere di una sensazione continua di peso e fastidio a sede nella regione appendicolare, che si esacerba di quando in quando spontaneamente e coi minimi movimenti. Al tatto anche leggero, la parete addominale è dolente e può riuscire insopportabile anche lo stesso peso delle coperte del letto.

Ma il dolore può anche manifestarsi o irradiarsi in seguito in regioni differenti e ciò a causa della posizione che può assumere talora l'appendice: così

esso può aversi in alto verso i lombi posteriormente, o sotto il costato anteriormente, od invece andare in basso verso la coscia destra.

A breve distanza dall'inizio dei dolori, appare bruscamente il vomito, costituito in genere dalle sostanze alimentari ingerite con l'ultimo pasto; una volta svuotato lo stomaco o nei casi nei quali il vomito si manifesta a digiuno, viene emesso un liquido mucoso od anche di carattere biliare, di colore verdognolo e di sapore amaro. Qualche volta i conati di vomito sono intramezzati da rari colpi di singhiozzo.

Il terzo sintoma da prendere in considerazione è la febbre che appare un poco più tardi e nei casi di una certa importanza sale rapidamente fino a 38 e 39 gradi.

All'inizio della malattia, lo stato generale del malato, una volta superato il primo momento di abbattimento notevole causato dal forte dolore, non è cattivo, il colorito del volto è per lo più acceso in rapporto alla febbre, la lingua è patinosa e l'alito è cattivo. Il polso appare piuttosto frequente, sulle cento battute al minuto. Importanti a conoscersi sono le condizioni dell'alvo: di regola fino dall'inizio si ha una ostinata stitichezza che in alcuni casi però è stata preceduta da qualche scarica diarroica.

Qualche volta sono presenti anche disturbi della urinazione, consistenti in forte stimolo, difficoltà e dolori nella minzione.

Questi in breve i primi sintomi della tipica appendicite acuta; occorre però tener presente che, come in genere accade per tutte le malattie, non sempre è dato riscontrare la sintomatologia al completo e che sono proprio questi i casi pericolosi perchè ingannano il malato e non di rado anche il medico sulla natura e gravità dell'affezione.

Ritengo cosa utile chiudere questo mio articolo con alcuni consigli.

Di profilassi dell'appendicite purtroppo non si può ancora parlare, trattandosi di una malattia non legata a determinati germi, nè a particolari condizioni morbose; se mai si potranno dettare alcune norme di profilassi delle recidive. Coloro che hanno superato il primo attacco di appendicite acuta dovranno evitare ogni errore di alimentazione, dovranno abolire i condimenti piccanti, gli eccessi nel bere e gli strapazzi corporei di ogni specie.

Ma passiamo a cose ancora più importanti: *come comportarsi di fronte ad una sintomatologia che faccia sospettare un attacco di appendicite?*

Ritengo più opportuno dire prima — *ciò che non si deve fare* — perchè il da farsi lo stabilirà solamente il medico che verrà urgentemente chiamato.

Nulla si deve fare per combattere il dolore, perchè questo sintoma farà ben orientare, per la sua sede ed i suoi caratteri, il sanitario nella sua prima visita; e quindi niente calmanti, niente laudano, niente iniezioni di morfina!

Nulla si deve fare per rimuovere la stitichezza: ripeto ancora una volta niente purganti, niente enteroclistmi!

Nulla si deve somministrare per bocca, nè cibi, nè bevande, anche se passato il primo momento il malato dica di sentirsi meglio e di aver sete od anche talvolta appetito!

Si ponga il paziente subito in letto al primo manifestarsi dei dolori e lo si faccia restare tranquillo nella immobilità più assoluta, nell'attesa che il medico, fatta la sua diagnosi, detti i provvedimenti richiesti dal caso: ad essi il malato dovrà pazientemente sottomettersi anche se, come nella maggior parte dei casi di appendicite avviene, si tratti di sottostare senza indugio ad un pronto ed indispensabile intervento chirurgico.

Dei dolori intercostali

Dott. A. STARNA

Medico della Direzione dell'I.N.A.

Su questi dolori che tanto frequentemente vengono accusati da persone che si ritengono in ottima salute vogliamo oggi richiamare la nostra attenzione.

Abituati a credersi sempre sani perchè lo sono stati fino allora; molti, al comparire di un dolore al torace, non si preoccupano affatto del disturbo; ma se proprio quest'ultimo penserà lui a punzecchiarlo maggiormente, l'individuo infastidito e desideroso di far cessare il dolore finirà con l'applicare un innocente cerotto sulla parte..... colpevole di dare noia al legittimo proprietario. Così passa qualche altro giorno, il dolore sembra attenuarsi; ma poi riprende più forte e solo allora il malato si convince che è giunto il momento di consultare un medico.

È questi frequentemente deve constatare che si trova davanti ad una malattia il cui esito favorevole è, se non compromesso, notevolmente ostacolato da una negligenza assolutamente imperdonabile.

È inconcepibile vedere con quanta leggerezza si trascurino i dolori toracici intercostali, ci si accontenta di lenirli con un cerotto, con una pennellata, con un qualsiasi linimento, quasi che il dolore possa essere espressione di sè stesso. Invece i dolori intercostali riconoscono svariate cause per le affezioni degli organi sottostanti, tutte di grande importanza e come se ciò non fosse sufficiente a farli temere, non raramente rappresentano l'esponente dolorifico da irradiazione di una malattia addominale.

Solo i medici sanno nell'esperienza quotidiana professionale i misfatti che si nascondono dietro la troppo semplicistica applicazione di un cerotto.

Pensiamo che la pleura, i polmoni, le ossa, le vertebre, tutti reagiscono ad un processo patologico con vivo dolore toracico. Ma se esponiamo con un po' d'ordine questi fatti anche gli ottimisti per la pelle (ed infine si tratta proprio della nostra pelle) si convinceranno che se il medico li allarma e li avverte lo fa perchè a malattia avanzata le cose si presentano molto più gravi.

*
* *

Molta, moltissima parte della patologia si trova localizzata al torace quindi anche per semplificare la cosa tralascieremo i dolori anginosi o comunque precordiali poichè questi avranno un'altra illustrazione; ci limiteremo qui a ricordare i dolori intercostali che il più delle volte sono sintomi rivelatori di una affezione latente.

Poichè il dolore intercostale è un sintomo esclusivamente topografico, anche noi seguendo un eguale criterio, ricordiamo le varie malattie che si incontrano in tali sedi a mano a mano che ci si approfonda nelle pareti del torace; successivamente accenneremo ai dolori originati da altre regioni.

La cute stessa del torace può presentare una malattia che accompagna anzi ne costituisce uno dei sintomi fondamentali, cioè lo *zoster* o *zona*. Questa è infatti caratterizzata da un dolore fisso, intenso, che si accentua fortemente nella notte senza mai dare requie al malato nonostante le cure locali, e si accompagna ad un senso di malessere e ad un forte dolor di capo. Dopo qualche giorno compare una eruzione vescicolare a fascia che occupa una certa altezza dell'emitorace, dalla colonna allo sterno.

Questa malattia è molto simile a quella che i profani conoscono col nome di fuoco di S. Antonio, ma più intensa ed è espressione di una infiammazione del ganglio spinale con una contemporanea neurite intercostale. Oggi si ammette che questa affezione non sia puramente nervosa o tanto meno cutanea,

ma rappresenti la manifestazione di una infezione generale partita da una angina, da una affezione locale, epatica o gastrica; nei giovani talvolta è sintomatica di una lesione tubercolare del polmone.

Quindi di fronte ad un zoster intercostale senza voler avanzare le ipotesi più gravi, non ci limiteremo ad una pomata per la cura delle vescicole ma chiederemo una visita del medico che possa escludere una zona sintomatica.

I muscoli intercostali che uniscono le costole e trasformano la gabbia toracica in una cavità chiusa, possono, sotto gli sforzi della tosse, del vomito o dell'asma ripetuta, dare *mialgie toraciche* o una vera flogosi dei muscoli specie se si accompagna a lesioni più profonde del torace. Tali dolori muscolari sono soprattutto esacerbati con i movimenti, con la palpazione muscolare e si avvertono in un punto qualunque degli spazi intercostali e non in un punto circoscritto come *le nevralgie*.

Queste poi rappresentano un gruppo certamente frequente e fra le cause più note dei dolori intercostali anzi il gran pubblico confonde quasi il termine di nevralgia con quello di dolore intercostale. Senza volere esporre qui una trattazione strettamente medica che non potrebbe avere per i nostri assicurati se non l'effetto di renderci noiosi, ricordiamo che nelle nevralgie intercostali il dolore è accentuato con la respirazione e perciò istintivamente il malato arresta in espirazione l'emitorace.

Obbiettivamente si rilevano nelle nevralgie tre punti ben localizzati per ogni spazio intercostale ove soltanto con la pressione si provoca un vivo dolore poichè corrispondono ai punti di emergenza dei nervi.

Le costole, le articolazioni condro-sternali e le vertebre costituiscono il punto di partenza di una malattia a decorso cronico e cioè dell'*osteite* e della *condrite costale* di natura tubercolare. Un individuo apparentemente sano avverte lieve dolore alla pressione sulla articolazione sterno-costale o anche sulla linea ascellare; col passare del tempo il dolore si accentua e spesso il malato apprezza il formarsi di una piccola tumefazione lungo il margine inferiore della costa stessa.

E' questo l'inizio della formazione di un *ascesso freddo* che, partito dall'osso, può estrinsecarsi all'esterno verso il sottocutaneo. Una diagnosi precoce di questa malattia con una cura idonea fa regredire sollecitamente la tumefazione ancora non fluidificata; il procrastinare invece la visita medica con il pretesto che il fastidio è scarso può essere l'origine delle peggiori complicazioni e soprattutto delle interminabili fistole costali.

Approfondendoci di più nel torace e superando la parete propriamente detta le cause del dolore divengono espressione di una malattia pleuro-polmonare la cui frequenza e gravità superano quelle che abbiamo esposte finora.

E' soprattutto la *pleurite* che viene avvertita con il dolore intercostale, prevalente e talvolta unico segno subbiettivo della malattia. La febbre, la tosse, potranno presentarsi ma potranno anche mancare, il dolore intercostale invece è il grido della pleura malata, trascurarlo come cosa da nulla è molto più che una negligenza, una colpa di cui le conseguenze possono essere incalcolabili. Quante pleuriti subdole sono state trascurate da malati per mesi e mesi e l'individuo è ricorso al medico troppo tardi quando la malattia aveva già vaste propaggini nel polmone!

Perchè la pleurite, è bene ricordarlo ancora una volta, è quasi sempre il grido di allarme di una piccola lesione tubercolare del polmone allo stadio di sicura curabilità, trascurarla significa andare incontro alle complicazioni più spiacevoli.

Nè di fronte al timore di complicanze possiamo troppo discriminare tra la *pleurite secca* e quella *con versamento*. Differente è solo il tipo del dolore presentato. Poichè mentre nella prima esso è dato dal confricarsi delle superfici pleuriche infiammate che danno anche al paziente il senso subbiettivo dello sfregamento o quello dello stiramento delle aderenze; nella seconda si avverte invece un notevole affanno spontaneo e provocato col minimo sforzo, insieme

ad una tosse secca dolorosa ed infine il dolore nella pleurite essudativa si avverte soprattutto nel parlare, nello starnutire e nel ridere.

La sede di localizzazione del dolore pleurico ha anche molta importanza per diagnosticare alcune forme circoscritte della pleurite. Senza voler affliggervi con un elenco di nomi propri e di parole difficili mi limiterò a ricordare ad esempio che la *pleurite diaframmatica*, la quale provoca il più intenso dolore fin quasi a togliere il respiro, della metà inferiore del torace, presenta punti speciali di dolorabilità alle inserzioni del diaframma, lungo le parasternali, nella fossetta all'inserzione del muscolo anteriore del collo ecc.

Così pure la *pleurite interlobare* presenta dei punti intercostali scissurali posteriormente in corrispondenza del III spazio, anteriormente alla VI costa e così via.

Se passiamo ancora più profondamente troviamo l'organo più importante toracico il polmone, le cui affezioni danno non raramente un dolore premonitorio all'individuo che ne è colpito. Il dolore puntorio sottomammario della *polmonite*, della *congestione polmonare* o quello folgorante del *pneumotorace* o dell'*infarto* si accompagnano in un quadro generale acuto e con disturbi imponenti per cui il fenomeno dolore non rappresenta se non un sintoma relativamente secondario, e quindi a noi poco interessano. E' invece sopra quei dolori sordi, insistenti, vaganti dalle spalle alla punta delle scapole, che hanno dei periodi di acquiescenza e altri di recrudescenza, sui quali voglio richiamare la vostra attenzione. Si tratta soprattutto di *corticaliti pleuro-polmonari* o di pleuriti circoscritte all'apice la cui natura è quasi costantemente tubercolare.

Ecco perciò un'altra regola fondamentale di medicina preventiva: un dolore alle spalle sia anteriormente nelle fosse sopra e sottoclaveare, sia posteriormente nella sopra e sottospinosa deve richiamare l'attenzione di chi ne viene colpito che dovrà sottoporsi ad una visita accurata dell'apparato respiratorio.

L'esperienza medica quotidiana ci dice che molti, troppi individui affetti da tubercolosi polmonare hanno trascurato per svariati mesi un dolore vagante ma ostinato alla sommità delle spalle, segno premonitore della malattia che s'iniziava. Il medico poi potrà accertare con la palpazione la presenza di altri punti dolorosi circoscritti del torace propri di una lesione tbc. latente del polmone.

*
* *

Come si vede l'importanza dei dolori intercostali supera di molto quella di un qualunque raffreddore, ma i più dei profani li mettono ad un dipresso sullo stesso piano. Errore che qualche volta si sconta amaramente.

Aggiungasi, ad aumentare l'importanza di questi dolori, che essi possono essere l'esponente non solo di una malattia endotoracica ma anche di quella degli organi addominali sottodiaframmatici. Ciò è dovuto a speciali anastomosi di nervi e alla costituzione metamERICA del nostro corpo per cui secondo la teoria delle zone iperestesiche di Head esiste una corrispondenza attraverso ogni segmento midollare e la cute. Prova di tale corrispondenza cutaneo-viscerale e toraco-addominale è ad esempio una lesione gastrica la quale provoca dolore nel punto xifoideo, una del fegato che dà dolore lungo l'ottavo e nono spazio intercostale ed una malattia del rene nel decimo ed undecimo spazio. Questi rapporti segmentari spiegano il fenomeno noto in medicina con il nome di punti dolorosi soprattutto evidenti nelle coliche.

Di essi purtroppo, e con ricchezza di nomi propri, è costellato il corpo umano come una strana tastiera. Forse qualcuno troverà che i medici hanno così rimpiccolito la grandezza di quel capolavoro della natura che è il corpo umano il quale ha ispirato le opere eterne di titani quali Fidia e Michelangelo. Ma spero non vorrete farne loro troppa colpa di ciò, perchè grande e sublime è lo scopo che essi si propongono; quale appunto è quello di lenire le sofferenze e di curare le malattie dell'umanità dolorante, arte che gli antichi chiamavano sopra tutte divina.

Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale

Rendiconto del gabinetto odontoiatrico dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (dal 1° luglio 1934 al 30 giugno 1935-XIII).

Affezioni constatate	Numero	Prestazioni eseguite	Numero
Carie dentaria	93	Otturazioni cavitare	93
Polpite	25	" canalari	32
Piorrea alveolare	33	Raschiamenti	57
Periostite	41	Incisioni	18
Ascessi alveolo-dentarii	14	Estrazioni	78
Gengivite	42	Ablazione del tartaro	12
Periodontite	5	Levigamenti	10
Disodontiasi	11	Causticazioni	4
Fistole gengivali	8	Radiografie	4
Papillite	10	Applicazioni di corone	22
Erosioni	3	" " ponti	15
Piaghe da decubito	6	Apparecchi in vulcante	4
Ciste	1	" " ortodontici	1
Abrasioni	10		

Distribuzione e utilizzazione da parte degli Assicurati dell' I. N. A. nelle varie regioni del Regno, dei buoni gratuiti di visita medica periodica, nel quadriennio 1931-34.

REGIONI	Buoni distribuiti in ciascuna Regione su 100 distribuiti nel Regno	Buoni utilizzati in ciascuna Regione su 100 utilizzati nel Regno
Piemonte	7,36	9,01
Liguria	7,31	7,59
Lombardia	15,30	11,63
Tre Venezie	10,15	10,50
Emilia	4,27	4,61
Toscana	7,70	6,10
Marche	2,10	2,52
Umbria	0,56	0,68
Lazio	15,84	11,06
Abruzzi	2,33	3,41
Campania	6,29	8,33
Puglie	4,23	5,67
Lucania	0,25	0,21
Calabrie	1,86	2,02
Sicilia	12,86	14,50
Sardegna	1,59	2,16
<i>Totali</i>	100,00	100,00

Contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nel primo semestre dell'anno 1935.

ANTIDURATA DEI CONTRATTI	Assicurazioni ordinarie		Assicurazioni popolari	Cessioni legati e Riassicurazioni	TOTALI
	con visita medica	senza visita medica			
Inferiore a 5 anni . . .	446	128	907	366	1.847
Superiore a 5 anni . . .	1.005	133	235	423	1.796
	1.451	261	1.142	789	3.643

Notiziario**Copertura immediata del rischio dipendente da servizio militare coloniale.**

L'I. N. A. in deroga a quanto stabilito dall'art. 1 delle condizioni generali di polizza, su richiesta dell'assicurato, concede la copertura immediata del rischio dipendente da servizio militare coloniale, mediante la corresponsione di un soprapremio variabile a seconda del capitale assicurato.

Capitali impiegati nel 1934 dall' I. N. A. in opere di utilità pubblica.

Per bonifiche	L. 147.690.156
per costruzioni ferroviarie	» 7.460.812
per opere stradali	» 5.348.961
per opere pubbliche varie	» 15.117.509
per mutui a comuni e provincie	» 61.807.584
per acquisto obbligazioni diverse	» 15.778.201
per costruzioni immobili	» 54.373.371
Totale	L. 373.576.594

(dalla *Relazione del Consiglio d'Amministrazione dell'I. N. A. sul Bilancio 1934*).

Il I Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari a Venezia.

In un'atmosfera di fervida fede e di vivo entusiasmo, nei giorni 28-30 settembre u. s. si sono svolti a Venezia i lavori del Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari.

Prescelta a sede dell'assemblea è stata la magnifica sala dello Scrutini nel palazzo Ducale, che ha conferito alle sedute signorilità e imponenza quale si conveniva a un'adunata così folta di eminenti autorità e di sì gran numero di congressisti. Non si poteva più degnamente e solennemente celebrare il decennale delle Assicurazioni Popolari il cui rapido incremento è stato oggetto di numerose e interessanti relazioni e comunicazioni.

E la tribuna locale, oggi radioso ricordo di una gloria nei secoli, ha risonato ancora una volta della parola delle più alte autorità le quali hanno ricordato l'importanza grande dell'ora che volge nei destini della Patria, stando il più fervido entusiasmo in tutti i presenti.

Non è possibile in questa Rivista, nè è nostro compito, ricordare tutta la cronaca della adunata, ci limiteremo a citare le relazioni e le comunicazioni più importanti.

Alla seduta inaugurale del 28 sedevano accanto al Sottosegretario S. E. De Marsanich, e a S. E. il Conte Volpi di Misurata, il nostro Presidente S. E. il Sen. Bevione, il Direttore generale Gr. Uff. Giordani, S. E. il Prefetto Benigni, il Podestà di Venezia Dott. Alverà, il Dott. Pascolato in rappresentanza del Partito, e il Gr. Uff. Ravà del Consiglio Provinciale dell'Economia Corporativa.

Onoravano della loro presenza la seduta inaugurale S. A. R. il Duca di Genova e un folto stuolo di alte autorità politiche e scientifiche, i cui nomi siamo spiacenti non poter qui riportare, giunte da ogni parte d'Italia ed anche vari Ill.mi Consiglieri di Amministrazione dell'I.N.A.

Con un fervido discorso Sua Ecc. il Conte Volpi di Misurata fece vibrare il sentimento nazionale di tutti i congressisti all'evocazione del momento storico che la nuova Italia Fascista attraversa tutta tesa verso i migliori

destini che la volontà di un capo indomabile ha saputo forgiare.

S. E. il Senatore Bevione che è stato il secondo oratore della seduta inaugurale ha esposto in ampia sintesi le attuali condizioni delle Assicurazioni Popolari in Italia e per la importanza che il discorso riveste lo riportiamo per intero nella rubrica « Varie ».

L'Assemblea ha seguito con il massimo interessamento l'orazione di S. E. il Senatore Bevione ed ha applaudito calorosamente la fine del suo dire.

Ha chiuso infine la seduta antimeridiana S. E. De Marsanich che ha porto il saluto del Capo del Governo e per ordine del Duce ed in nome di S. M. ha aperto ufficialmente i lavori del congresso.

Dopo la seduta inaugurale i congressisti hanno visitato la Mostra delle Assicurazioni Popolari.

La seduta del pomeriggio è stata dedicata alla trattazione dell'argomento « Le funzioni delle Assicurazioni Popolari nello Stato Fascista ».

Ha parlato per primo l'On. Asquini sul tema: « Le Assicurazioni Popolari nel Regime Corporativo » la cui relazione interrotta da segni di consenso è stata in fine calorosamente applaudita.

Successivamente hanno riferito all'assemblea vari Congressisti con importanti comunicazioni; quindi l'avvocato Fabbri ha svolto la sua relazione sulle « Assicurazioni Popolari nel Consorzio Familiare con particolare riguardo alla campagna demografica ».

È salito poi alla tribuna S. E. il Barone Giacomo Acerbo, che ha trattato del tema « Le Assicurazioni Popolari e le singole attività economiche: Industria, Commercio, Agricoltura ». Infine il Prof. Donati ha dato comunicazione della relazione di S. E. Dino Alfieri che non era potuto intervenire al Congresso, sul tema « Le Assicurazioni Popolari e le Attività Educative ».

*
**

La mattina del 29 la seduta, sotto la presidenza del Gr. Uff. Prof. Cantelli, è stata dedicata ai problemi tecnici e giuridici delle Assicurazioni Popolari.

Per primo il Prof. Amoroso ha parlato sul tema «Statistiche e questioni pratiche connesse alle Assicurazioni Popolari». L'O. ricorda i caratteri fondamentali di questa Assicurazione passa a rilevare che il problema massimo dell'assicurazione popolare è un problema di finanziamento nel senso che le necessarie spese iniziali solo gradualmente, a scadenza più o meno lontana, possono trovare il loro ammortamento negli utili del ramo. Di qui l'importanza della riduzione dei costi, alla quale l'attuario può recare un contributo prezioso attraverso un'opera di semplificazione ispirata a criteri elementari di psicologia, in relazione alle esigenze delle popolazioni operaie urbane, cui le polizze di questo tipo sono destinate. Fra i capisaldi di tale semplificazione il relatore indica: la limitazione delle forme contrattuali offerte alle tre più semplici dell'assicurazione in caso di morte, della mista e della termine fisso, questa considerata soprattutto come assicurazione dotale; la limitazione delle durate possibili ad alcune poche fondamentali: 15, 20, 25 anni; una più ampia applicazione dei procedimenti di massa, esplicantesi in opportuni arrotondamenti dei capitali garantiti e nella invarianza del premio per gruppi quinquennali di età; la semplificazione dei procedimenti amministrativi ed attuariali, che ha la sua ragione di essere appunto nella maggiore omogeneità del portafoglio.

Un lungo applauso ha coronato le ultime parole del Prof. Amoroso cui hanno seguito importanti comunicazioni del Prof. Cantelli, dei Dottori Birò e Paglino, e dei Professori Conforto, De-Finetti, Minutilli e D'Addario.

Successivamente si è iniziata la trattazione del tema «Problemi Giuridici» sui quali ha parlato per primo il Prof. Cesare Vivante e poi il Prof. Donati di Roma ha svolto la sua relazione sulla «Disciplina Giuridica del Contratto Assicurazione Vita nella forma Popolare».

Il relatore, nelle premesse generali, afferma che il concetto di assicurazione popolare non è uniforme, ma varia non soltanto da Paese a Paese, ma anche da impresa a impresa nello stesso Paese. In genere essa è un'assicurazione sulla vita che si distacca da quella in forma ordinaria per tre elementi:

tenuità della somma assicurata, tenuità e rateazione del premio, mancanza di visita medica. Ma da un lato però alcune di queste caratteristiche talvolta mancano, dall'altro ad esse ormai si aggiungono ulteriori elementi, e precisamente le provvidenze di carattere sociale.

Accennato poi alla definizione e alla disciplina data alle assicurazioni da alcune legislazioni straniere, il relatore osserva che in diritto italiano manca ogni disposizione di legge specifica per le assicurazioni popolari, e poiché esse sono state finora esercitate soltanto dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il concetto di disciplina nell'assicurazione popolare italiana è dato dalla polizza popolare dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Il relatore ne accenna le caratteristiche fondamentali e passa poi ad esaminarne la disciplina giuridica, soffermandosi sulla conclusione e contenuto del contratto, sui suoi effetti e cioè sull'inizio di efficacia e carenza e sugli obblighi delle parti, e infine sulla sua estinzione.

In alcune conclusioni generali, infine, il relatore traccia brevemente le probabili linee di sviluppo, che, per la concorrenza delle imprese private e per l'intervento del legislatore, potrà avere la disciplina giuridica dell'assicurazione popolare in avvenire.

Il congresso è passato poi a trattare dei problemi organizzativi delle assicurazioni popolari; il relatore Comm. Melli Segretario Naz. Sindacato Agenti I.N.A. ha esposto interessanti argomenti in merito e successivamente sono saliti alla tribuna l'On. Lanzillo, il Comm. Spitzer, i Dott. Vella, Gasperini e Paglino; infine l'Avv. Gizzio sempre sull'organizzazione popolare ha segnalato alcuni problemi importanti.

*
* *

La seduta del 30 settembre dedicata ai «problemi medici delle Assicurazioni Popolari», è aperta alle ore 9.40.

Presiede S. E. il Sen. Bevione, Presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, assistito dall'on. Agostino Lanzillo, Presidente dell'Ente Nazionale della Mutualità Scolastica

e dal dott. P. Smolenski, condirettore delle Assicurazioni Generali di Venezia e Trieste. Funge da Segretario il dott. Trottarelli, del Servizio sanitario dell'I.N.A.

Il prof. Ilario Romanelli, Capo del Servizio sanitario dell'I.N.A., svolge la sua relazione sul tema « L'assistenza sanitaria agli assicurati in forma popolare dell'I.N.A. » (pubblicata in riassunto altra parte della Rivista) ed è vivamente applaudito.

Il dott. F. Marsella svolge una comunicazione intorno ad un triplice ordine di questioni medico-legali che ricorrono nella pratica delle assicurazioni popolari.

Il dott. A. Starna, dopo aver rilevato che il rapporto tra mortalità reale e mortalità presunta è in realtà tranquillizzante analizza l'andamento dei sinistri tra gli assicurati popolari in relazione alle diverse cause di morte, soffermandosi in particolare sulle malattie croniche dell'apparato respiratorio.

Dopo una breve sospensione viene aperta la seduta di chiusura presieduta da S. E. il Conte Volpi. Parla per primo l'On. Gastaldi a nome degli Agenti generali riscuotendo vivissimi applausi, successivamente il Cav. di Gr. Cr. Ignazio Giordani Direttore Gen. dell'I.N.A. inizia il suo discorso.

L'oratore rivolge un particolare ringraziamento a S. E. Lantini per l'onore fatto all'Istituto assistendo alla seduta di chiusura di questo Congresso, la cui alta importanza è chiaramente mostrata dall'enorme massa di apostoli della previdenza oggi presenti.

Riassumendo poi i lavori del Congresso, rileva che questo non poteva avere manifestazione più degna della premiazione dei fedeli della previdenza, i silenziosi pionieri del movimento assicurativo. Ma se qui termina l'opera dei congressisti, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che li ha convocati, ha ancora un dovere da compiere: prendere atto dei lavori del Congresso e promettere di iniziare la seconda tappa del suo incessante cammino seguendo le direttive dal Congresso tracciate.

Questo dovere l'Istituto adempie ora a mezzo dell'oratore, il quale prosegue constatando che le Assicurazioni Popolari, per la decisiva diuturna fatica dell'Ente di Stato, sono ormai entrate nella coscienza dell'intero

paese, com'è dimostrato dall'interesse di tutte le migliori energie della Nazione operante: Partito, Sindacati e Scuola, Associazioni combattentistiche ed Enti di varia assistenza, Accademie ed Atenei, Enti pubblici e privati di previdenza.

Il Congresso ha additato, con decisione e competenza, le alte funzioni e le vaste possibilità delle Assicurazioni Popolari, da quella fondamentale, cioè quella previdenziale, alle funzioni politiche: la funzione demografica, la lotta contro la disoccupazione, la fedeltà alla terra, il fondamento educativo.

L'opera dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è ormai nota; è quindi inutile gettare ancora una volta uno sguardo al passato, al quale il Congresso, con la sua attenta disanima, ha posto definitivamente il suggello.

Guardiamo al futuro; la meta dal secondo decennio è stata indicata decisamente dal Presidente Bevione: la polizza popolare per ogni famiglia italiana, ciò che significa dieci milioni di assicurati e venti miliardi di capitali assicurati. L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni farà di tutto perchè la meta venga raggiunta.

I rapporti tra assicurazione popolare e previdenza sociale sono ben chiari: non duplicato, ma reciproca integrazione, non rivalità ma collaborazione; sulle stesse basi si pongono i rapporti tra Istituto e imprese private.

La polizza popolare dell'I.N.A. verrà migliorata sia sotto il profilo giuridico che sotto quello tecnico, e verranno inoltre create polizze speciali per determinate categorie di lavoratori.

Nel campo del lavoro la collaborazione intensa delle associazioni sindacali dei lavoratori è ormai in atto. L'Istituto e le Confederazioni nazionali hanno già concluso una convenzione e costituito un comitato che funzionerà al più presto. Nel campo della scuola l'autorevole interessamento del Ministero dell'Educazione Nazionale e di tutti i dipendenti, e la collaborazione dell'Ente Nazionale della Mutualità Scolastica garantiscono un sempre maggiore sviluppo.

Un saluto vibrante rivolge l'oratore all'Opera Nazionale dei Combattenti, e, accennando alla proposta fatta dal dott. Vella, che qui la rappresenta, per la trasformazione della po-

lizza di guerra in polizza popolare, afferma che la questione è già stata e continuerà ad essere oggetto di studio da parte dell'Istituto.

Concludendo l'oratore afferma che il Congresso segnerà effettivamente il punto di partenza di nuovi grandiosi sviluppi dell'assicurazione popolare.

Il discorso del direttore generale Giordani, spesso interrotto da applausi, è salutato alla fine da una calorosa ovazione.

Segue poi la premiazione dei fedeli della previdenza e infine S. E. l'On. Lantini Sottosegretario di Stato per le Corporazioni portando il saluto del Duce con alate parole auspica un sempre migliore incremento alla missione assicurativa, in special modo a quella previdenziale e inneggiando al Capo del Governo in suo nome chiude il Congresso.

Una fragorosa ovazione saluta le parole di S. E. l'on. Lantini e con il « saluto al Duce » nel più fervido entusiasmo la seduta è tolta.

La Mostra delle Assicurazioni Popolari al Congresso di Venezia.

Nei locali della Loggetta del Sansovino, è stata organizzata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni una Mostra sintetica delle Assicurazioni Popolari. In essa era riunito abbondante materiale (documenti, giornali, pubblicazioni, grafici e fotografie) dimostrante in modo molto evidente il rapido e rigoglioso sviluppo delle Assicurazioni popolari in Italia.

Anche il Servizio Sanitario dell'I.N.A. ha inviato alla mostra il suo contributo consistente in :

1) fotografie dei Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale in Roma e di quelli del Centro di Assistenza Sanitaria in Torino, via Maria Vittoria n. 1 ;

2) cartogrammi recanti i seguenti titoli :

Le provvidenze sanitarie agli assicurati dell'I.N.A. in forma popolare ;

Assicurati in forma popolare sinistrati per morte nel triennio 1932-34: cause di morte ;

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

Assicurati in forma popolare sinistrati per morte nel triennio 1932-34 distribuiti per gruppi di età alla morte ;

Assicurati in forma popolare deceduti per morte violenta ed accidentale nel triennio 1932-34 distribuiti per gruppi di età ;

3) numerose fotografie di case di cura, terme, ospedali ecc. che concedono facilitazioni agli assicurati in forma popolare.

Le manifestazioni dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni alla Fiera del Levante in Bari.

Il 6 settembre 1935-XIII è stato inaugurato il nuovo Padiglione dell'I. N. A. alla Fiera del Levante e la nuova Sede dell'Agenzia Generale di Bari.

Il giorno seguente ha avuto luogo nel Salone del Comune, sotto la Presidenza del Sen. Giuseppe Bevione, Presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e con largo concorso di Autorità, di funzionari e collaboratori dell'Istituto, il Convegno Compartimentale dell'I. N. A.

VII Congresso internazionale per le malattie e gli infortuni sul lavoro.

Si è tenuto a Bruxelles dal 22 al 26 luglio c. a. Sono stati trattati temi di medicina del lavoro e di infortunistica. Middleton di Londra si è occupato del modo come captare ed esaminare le polveri ; Deladrière di Bruxelles si è interessato dei mezzi di lotta contro le polveri industriali ; Boerm ed altri dei filtri per le maschere respiratrici ; Teleki di Vienna della selezione degli operai esposti a polveri dannose ; Pieraccini di Firenze dei criteri da seguirsi per la scelta degli operai da assumersi nelle lavorazioni industriali polverose. Una seduta speciale è stata dedicata al problema della silicosi considerata come malattia professionale. Nel campo infortunistico sono state trattate le lesioni da elettricità, gli esiti lontani dei traumi del cranio, i traumi della mano e delle dita. Il Prof. Diez di Roma ha riferito sulle « Lesioni traumatiche provocate delle mani e delle dita ». Molto interessante la relazione sulle manifestazioni obiettive del dolore.

Primo Congresso della Federazione Internazionale delle Società di Antropologia e Psicologia Criminale, di Biologia Criminale, di Profilassi Criminale, ecc.

Nello scorso dicembre si è costituita in Parigi la Federazione Internazionale delle Società di Antropologia e Psicologia criminale. Venne nominato un Comitato centrale formato dai Proff. Aschaffenburg, Di Tullio, Lenz, Ribeiro, Toulouse, Vervaeck e Waigandt, e venne stabilito di tenere nell'aprile del prossimo anno, in Roma, il Primo Congresso internazionale. In esso saranno svolte, fra le altre, le relazioni riguardanti: la etiologia, la diagnostica e profilassi della delinquenza minorile, la profilassi criminale in rapporto alla riforma delle leggi penali, i concetti fondamentali della biologia e della biotipologia criminale, la profilassi criminale generale e l'antropologia penitenziaria.

Per ogni informazione rivolgersi alla Segreteria generale della Società Italiana di Antropologia e Psicologia criminale, Via Giulia n. 52, Roma.

Medici Fiduciari Volontari in Africa Orientale.

L'On. Prof. Dott. Pietro Biffis, Primario dell'Ospedale Civile di Treviso e medico fiduciario dell'I. N. A., vecchia camicia nera, combattente decorato al valore, si è imbarcato volontario per l'Africa Orientale.

L'*Assistenza Sanitaria* invia al valoroso collega i più affettuosi saluti e l'espressione della sua ammirazione.

Il Primo Congresso della Previdenza Sociale.

Ha avuto luogo in Bologna nei giorni 1, 2 e 3 ottobre 1935-XIII il Congresso Nazionale della Previdenza Sociale, con larga partecipazione di Congressisti intervenuti numerosi da ogni parte d'Italia.

Nella seduta inaugurale dopo il saluto porto all'Assemblea dal Commissario Prefettizio di Bologna e dal rappresentante del Partito, ha preso la parola il presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale S. E. On. Prof. Bruno Biagi, ed ha svolto una elevata relazione dal titolo: « Orientamento del diritto corporativo, nei rapporti della Medicina e dell'Igiene Sociale ». Risalendo indietro nella storia fino alla rivoluzione francese l'oratore ha ricordato come in quei tempi era stato eletto come idolo l'individuo ed aveva prevalso la teoria della libertà individuale. Fatalmente in tale valutazione si eccedette, ed a tale principio si sacrificò ogni altro interesse. Ne derivarono gravi danni che sono causa ed effetto della crisi dello Stato moderno. Il socialismo non seppe o non volle instaurare un nuovo regime, nel quale l'individuo fosse in relazione con gli altri individui, in rapporto gerarchico « da cui solo può derivare un ordine saldo e duraturo ». Solo il Fascismo è stato capace di superare i vecchi confini del liberalismo e del socialismo creando il Corporativismo, per cui l'individuo non si annulla nel collettivismo, nè questo si respinge in quanto porti vantaggio anche agli individui singoli ed associati. L'oratore ha sobriamente tratteggiato la vasta ed organica legislazione sanitaria costruita dal Fascismo in 13 anni ed improntata ai dettami del Corporativismo.

Egli ha poscia messo in fulgida evidenza la funzione prevalentemente sociale del medico in regime Fascista, che si esplica soprattutto con l'attuazione della medicina preventiva. Vengono perciò a mutarsi i caratteri dell'esercizio della professione medica, in quanto il Sanitario diviene un collaboratore dello Stato nella funzione nobilissima della protezione della sanità della stirpe e della forza della razza. Poscia ha parlato della importante questione della obbligatorietà della cura, mediante il ricovero coattivo dei malati contagiosi affetti da malattie sociali, ed ha fatto voti che siano adottati in proposito dei provvedimenti. Ha concluso la sua brillante ed applauditissima orazione ricordando le direttive dal Duce assegnate ai medici per lo svolgimento della loro missione che deve ormai essere rivolta più che alla cura delle malattie, alla loro radicale prevenzione.

Si è levato quindi a parlare S. E. Lantini rappresentante del Governo. Dopo aver ricordato che la previdenza sociale è un'azione di Governo in quanto estrinsecazione della solidarietà sociale diretta a proteggere e potenziare la forza fisica e morale della razza, e di conseguenza il livello morale ed economico della Nazione, egli ha illustrato le più recenti realizzazioni del governo Fascista nel campo Sanitario Previdenziale. Ha trattato quindi dei provvedimenti in corso per la riforma dell'Assicurazione infortuni e del nuovo testo di coordinamento e perfezionamento della Previdenza Sociale. Tra le quistioni importanti che ancora restano da risolvere ha ricordato quella del coordinamento dell'Assicurazione Malattie con gli altri rami delle Assicurazioni Sociali, quella della Previdenza delle madri e dei giovani per l'incremento demografico della Nazione. Ha concluso ricordando il severo monito del Duce, che gli Istituti di Previdenza Sociale, più che dare forma a schemi dottrinali, devono mostrare risultati positivi, concreti, pratici e tangibili.

Le relazioni di questo Congresso sono state raggruppate intorno a tre argomenti principali: invalidità, tubercolosi, previdenza per le madri e per i giovani.

Per la invalidità hanno parlato: il Professore G. Pisenti il quale ha svolto una relazione sul tema: « La prevenzione e la cura delle malattie in rapporto alla invalidità »; in sostituzione dell'On. Prof. Castellino, il

Prof. Giannini ha trattato: « La cura termale nella prevenzione della invalidità »; infine il Senatore Prof. L. Devoto ha riferito su: « La funzione dei convalescenti nell'accertamento e nella prevenzione della invalidità ».

Le relazioni riguardanti la tubercolosi sono state quattro: l'On. Prof. E. Morelli ha illustrato: « Le finalità terapeutiche ed economiche della diagnosi precoce e mezzi per attuarla »; il Prof. G. Giannini ha parlato della « Estensione della Previdenza Assicurativa nelle forme obbligatorie e facoltative »; i Professori Bocchetti e Parodi hanno trattato l'argomento: « La terapia del lavoro sanatoriale e post-sanatoriale »; infine il Prof. G. Costantini ha svolto la sua relazione su: « L'assistenza ai tubercolosi cronici ». Nell'ultima seduta del Congresso sono state lette e discusse due relazioni riguardanti la previdenza per le madri e per i giovani.

Il Prof. P. Gaifani ha parlato su: « La tutela della madre in funzione della sanità della razza » ed il Prof. Allaria ha illustrato: « La mutualità scolastica nell'opera formativa e preventiva delle nuove generazioni ».

Parecchi congressisti hanno preso la parola sui vari argomenti portando il contributo della loro esperienza e della loro cultura.

Ha chiuso il Congresso S. E. Biagi il quale ha concisamente riassunto tutti i lavori del Congresso stesso prospettando i nuovi sviluppi della previdenza sociale.

Medicina delle Assicurazioni vita

L'esame della funzionalità renale nella visita medica per le assicurazioni vita

Dott. S. FIANDACA

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

Non sarà facile assolvere al compito impostomi di esporre, sia pure in modo succinto, quanto dal punto di vista assicurativo si possa chiedere alle varie prove di funzionalità per giudicare dell'integrità o non del rene.

Le ragioni delle difficoltà consistono soprattutto nel fatto che non si può con sicurezza giudicare dell'alterazione renale, specie quando si voglia conoscere anche il grado di essa, da una o due prove di funzionalità, in quanto ad ognuna di queste spetta una attribuzione ed un compito limitato. Allorchè si voglia conoscere l'esatto potere funzionale del rene è necessaria, per poter trarre un giudizio particolarmente esatto, l'esecuzione di varie prove, a parte il fatto che, mentre in alcuni casi un'indagine può essere prezioso mezzo di valutazione, in altri la stessa indagine, per ragioni varie, può mancare allo scopo.

Nel campo assicurativo il problema urta contro difficoltà di ordine pratico; non si può infatti pretendere che l'assicurando, sospetto di lesione renale, venga sottoposto a numerose indagini che per ragioni evidenti (sottrazione di sangue, lungo periodo di osservazione ecc.) non sarebbero ben volentieri sopportate. E' necessario quindi per raggiungere il doppio scopo di non riuscire moleste all'assicurando e di avere per la valutazione del rischio un'idea esatta dello stato del rene, di ridurre le indagini alle più semplici e più facilmente eseguibili, senza per altro incorrere nell'errore di un giudizio inesatto ed incompleto.

D'altro canto bisogna ammettere che all'esame della funzione del rene compete un posto di primo ordine per la valutazione dello stato di salute dell'assicurando. L'importanza di tale esame, che non può essere in ogni caso trascurato, è dovuta a vari fattori: in primo luogo al fatto che, a parte il caso nel quale esista la mala fede, il soggetto in osservazione può effettivamente sconoscere di essere affetto da malattie inerenti al suo apparato renale. In tal caso nessun dato positivo può essere desunto dalla anamnesi e dall'esame obiettivo, onde si rende indispensabile l'aiuto degli esami di laboratorio per svelare, l'eventuale lesione. Se a ciò si aggiunge la relativa facilità con la quale il rene può ammalare e la scarsa sintomatologia clinica delle lesioni renali croniche, appare evidente l'importanza che può assumere l'esame della funzionalità renale per l'esatto giudizio pronostico della vita dell'assicurando.

Il rene è l'organo principale dell'organismo adibito per l'eliminazione delle scorie, delle tossine, degli agenti infettivi ecc.; esso rappresenta un passaggio quasi obbligato per tali sostanze nocive. E' chiaro che quando queste sostanze attraversano (specie alcuni batteri), in concentrazione spesso superiore a quella presente negli altri organi, possono provocare con relativa facilità delle lesioni.

D'altra parte una lesione del rene benchè piccola importa sempre una difficoltà nell'eliminazione delle sostanze tossiche dell'organismo. Tale difficoltà che nei casi lievi può essere funzionalmente compensata dalla maggiore attività delle parti di tessuto sano, in altri casi può provocare la ritenzione delle suddette sostanze tossiche onde un'alterazione del normale bilancio organico ed una minaccia alla vita dell'organismo.

Le alterazioni renali, come è noto, possono anche dipendere da particolari atteggiamenti costituzionali dell'organismo e da stati patologici diversi riguardanti altri organi ed apparati, ed in relazione a questi ultimi possono alcune volte assumere tale grado da superare in gravità le lesioni dell'apparato che le ha provocate tanto da affrettare la fine della vita, che altrimenti sarebbe stata assai più lontana. Basterà a tal proposito pensare alle alterazioni renali conseguenti ad alcune lesioni dell'apparato circolatorio.

Occorre infine ricordare che al rene, come studi recenti hanno dimostrato, oltre alla funzione di eliminazione competono anche altre funzioni più delicate, che, sebbene meno appariscenti, esercitano sicuramente la loro influenza sulla vita dell'organismo; tali funzioni sono rappresentate dell'attività esercitata dal rene nella regolazione del metabolismo interno, specie per il mantenimento dei vari equilibri, quali quello acido-basico, elettrolitico, idrico, ecc.

Se si pensa quindi che alcune lesioni renali possono passare inosservate sia all'assicurando, sia al medico che si limiti all'osservazione dei soli dati obiettivi rivelantisi all'esame diretto, è facile intravedere l'importanza che debba assumere l'esame della funzione renale in tutti i casi, senza eccezione alcuna.

L'esame di urina è la più semplice prova di laboratorio per indagare lo stato del rene ed invero è sufficiente per poter giudicare, tranne casi eccezionali, dell'integrità o non dell'apparato urinario; esso è già nell'uso comune ed è considerato indispensabile per l'elaborazione del giudizio pronostico nelle assicurazioni sulla vita.

La questione muta aspetto allorchè, riconosciuta nel soggetto in esame una lesione renale, si voglia con esattezza valutare il grado di questa lesione ed il suo significato prognostico. In tal caso l'esame d'urina, così sommariamente eseguito (come si suole praticare nelle comuni visite mediche), non è più sufficiente; onde appare la necessità di ricorrere ad altre prove di laboratorio.

A voler giudicare il rischio soltanto dall'esame di urina si potrebbe cadere in errori grossolani. Infatti il reperto urinario nelle nefropatie non sempre corrisponde alla gravità della lesione: così ad esempio, vi sono delle albuminurie cospicue, alle quali spesso non corrisponde alcun disturbo funzionale grave, mentre viceversa in altri casi l'albuminuria può mancare e la funzionalità renale essere ugualmente compromessa.

Guardando il problema da questo angolo visuale appare evidente come il compito del medico visitatore nell'elaborazione del suo giudizio circa lo stato funzionale del rene deve essere rivolto: 1° ad accertare se l'apparato renale è sano o no; 2° nel caso che questo sia leso, a valutare il grado della lesione.

Seguendo questo criterio i mezzi di indagine adatti allo scopo possono dividersi in due categorie.

1° *Mezzi di accertamento.*

2° *Mezzi di valutazione.*

Al primo gruppo appartengono i dati forniti dall'anamnesi e dall'esame obiettivo e l'esame dell'urina.

L'anamnesi può fornire segni di notevole importanza. L'attenzione a tale riguardo deve essere rivolta alle affezioni pregresse, specie a quelle che, come è noto, possono essere causa di nefropatie; ad eventuali disturbi che possono essere messi in rapporto con la ritenzione azotata (quali cefalea, vomiti, etc.), con alterazioni del ricambio idrico (edemi, oligo o poliuria), con lesioni dell'organo della vista etc.

Esula dall'argomento impostomi il fermarmi più ampiamente sui segni rilevabili all'anamnesi; mi sia concesso però ricordare che tali segni possono essere di una preziosità impareggiabile, anche in quei casi nei quali l'alterazione renale sia di modica entità. Così ad esempio l'esame anamnesticco della diuresi e del ritmo di questa durante il giorno e la notte possono in alcuni casi far giustamente sospettare una nefropatia che non aveva fino allora dato segni di

sè. E' noto infatti che il nefropatico cronico tende, in relazione al suo menomato potere di concentrazione, ad eliminare una quantità maggiore di urina ed a modificare il ritmo normale tra la notte e il giorno (normalmente durante la notte viene eliminato in media $1/3$ dell'urina totale) nel senso di un aumento durante la prima (nicturia).

Anche per quanto riguarda l'esame obbiettivo mi limiterò solo ad accennare che esso, mentre in alcuni casi può essere completamente negativo, in altri casi può fornire segni di indiscusso valore. Da prendere in particolare considerazione, sono le condizioni dell'apparato circolatorio (pressione arteriosa compresa), la presenza di edemi, sia pure lievi, la presenza di quei punti dolorosi che per la loro sede e costanza sono indizio di una lesione renale etc.

L'esame dell'urina è il mezzo più importante e più sicuro per l'accertamento delle nefropatie. Eseguito allo scopo di svelare l'esistenza o non di una affezione a carico del rene, non è necessario che esso, sia completo. Dati indispensabili, anche perchè facilmente eseguibili, debbono essere considerati i seguenti:

Eliminazione pro die: essa difficilmente può essere direttamente esaminata, sicchè dovrà essere valutata in base a quanto il soggetto saprà riferire. Nel giudicare sulle eventuali alterazioni della diuresi (oliguria, poliuria, nicturia) devono essere tenuti presenti, oltre che le lesioni renali, tutti quegli stati fisiologici e patologici che possono dare delle modificazioni nell'eliminazione dell'urina. Così esistono delle oligurie extrarenali dovute ad esempio alla forte sudorazione (specie nel periodo estivo) al vomito, a diarree, a disturbi circolatori di vario genere, alla presenza di versamenti sierosi (in particolare modo nel periodo di formazione di questi); la poliuria può dipendere dall'assorbimento di essudati o transudati o può essere uno dei sintomi del diabete; la nicturia può essere in relazione con affezioni dell'apparato circolatorio (scompenso cardiaco). Eccezione fatta di queste circostanze, le alterazioni della diuresi sono in rapporto con lo stato funzionale del rene e possono fino ad un certo grado costituire elementi, oltre che per riconoscere l'esistenza di una affezione, anche per differenziare il tipo della lesione e per valutarne la gravità.

Aspetto: può essere un segno di sospetto l'aspetto torbido dell'urina: esso in tal caso dipenderebbe dalla presenza di elementi figurati, quali leucociti, globuli rossi, epiteli, cilindri, o di goccioline di grasso (chiluria, lipuria) oppure di elementi salini (fosfati, urati etc.). La presenza di questi ultimi anche in tale quantità da dare l'aspetto torbido all'urina, non sempre è indizio di lesione renale.

Colore: ha poco valore, eccetto che in alcuni casi come ad esempio nella ematuria e nell'emoglobinuria, nelle quali circostanze l'urina assume il caratteristico colorito rosso scuro.

E' da rilevare che le urine dei soggetti affetti da sclerosi renale presentano un colorito estremamente pallido aspetto dovuto, oltre che alla diluizione delle sostanze colorate dell'urina, (urocromo etc.), anche alla perdita da parte del rene della proprietà di trasformare i cromogeni nei rispettivi corpi colorati (Becher).

Reazione: questa, considerata a sè, non ha alcun significato diagnostico e prognostico particolare, in quanto può essere acida, alcalina o neutra in dipendenza di vari fattori, quali il periodo digestivo e la dieta osservata dal soggetto. L'alcalinità di essa però in accordo con altri dati (albuminuria, piuria etc.) diventa prezioso segno specie per alcune lesioni riguardanti le vie urinarie (pieliti, uretriti, cistiti).

Odore: in circostanze speciali può essere un ottimo segno di orientamento; così ad esempio l'odore ammoniacale dell'urina dei soggetti affetti di infezioni batteriche delle vie urinarie, l'odore di decomposizione negli albuminurici dovuto principalmente alla fermentazione batterica.

Densità : E' questo un segno di altissimo valore, sebbene come è noto, anche normalmente essa subisce notevoli variazioni in rapporto all'alimentazione, alle ore del giorno, al periodo digestivo etc. Per queste ragioni, è consigliabile che essa venga misurata in vari momenti del giorno; sarebbe preferibile che la determinazione della densità venisse eseguita in un campione dell'urina emessa nelle 24 ore, ove tale procedimento non urtasse contro inconvenienti di ordine pratico e non si prestasse a facili falsificazioni (sostituzione del campione di urina).

Ricerca dell'albumina : questa ricerca e per la sua facile esecuzione e per il suo significato non può e non deve essere trascurata in nessun caso.

La presenza di albumina nell'urina non è sempre indice di una lesione renale. Esistono infatti albuminurie funzionali che in certo senso possono essere considerate fisiologiche: a tale categoria appartengono le albuminurie da freddo, da affaticamento e le albuminurie transitorie gravidiche, che sopravvengono con grande frequenza in vicinanza del parto. Tra le albuminurie funzionali possono ancora essere considerate le ortostatiche e le intermittenti, sebbene queste non infrequentemente celano delle vere e proprie lesioni del rene e per tale fatto richiedono un'osservazione particolare ed una esatta valutazione. Ove si eccettuino questi casi, che non costituiscono certo la maggioranza, la presenza dell'albumina nell'urina indica una lesione dell'apparato uropoietico e rappresenta in questo senso un mezzo prezioso per l'accertamento delle nefropatie. A tale scopo è sufficiente la sola ricerca qualitativa; la determinazione quantitativa del resto, eseguita nell'intento di valutare lo stato funzionale del rene, non ha valore di assoluta precisione, in quanto, come si è detto, non sempre il grado dell'albuminuria è direttamente proporzionale alla gravità della lesione, specie nelle nefropatie croniche.

Sedimento: L'esame del sedimento urinario deve essere considerato tra i mezzi indispensabili per l'accertamento delle eventuali lesioni renali. Esso più di qualsiasi altro segno, tra quelli fin qui elencati, può fornire dati di ottimo valore pratico. Per le comuni visite mediche può essere considerato sufficiente l'esame a fresco del sedimento dell'urina centrifugata, eseguito subito dopo la emissione. Con tale procedimento, il quale oltre che eludere la possibilità di eventuali sostituzioni, ha il vantaggio di evitare gli errori inerenti alla fermentazione, l'esame può essere praticato con estrema facilità nella quasi totalità dei casi. I rari inconvenienti dovuti all'intorbidamento dell'urina possono essere facilmente eliminati: così se esso è derivato dall'alcalinità della reazione, sarà sufficiente acidificare l'urina, prima di eseguire la centrifugazione, con una soluzione diluita di acido acetico; viceversa se l'intorbidamento è dovuto alla presenza di urati e di acido urico, esso può essere eliminato riscaldando l'urina a 40° e lavando il sedimento più volte con soluzione fisiologica, o aggiungendo all'urina della soluzione preparata a caldo di borato di sodio al 10‰. Nei casi nei quali l'urina si dimostra torbida per la presenza di elementi figurati, quali globuli bianchi, o globuli rossi, converrà diluire il sedimento ottenuto, onde avere la possibilità di una osservazione migliore; mentre, allorchè il sedimento è scarso, può essere arricchito contrifugando, nella stessa provettina che è servita per la centrifugazione e dalla quale si è decantata l'urina, per due o più volte successivamente delle altre quantità dello stesso campione di urina fino ad avere un residuo sufficiente.

L'attenzione dell'esaminatore deve essere in maniera particolare rivolta agli elementi salini (cristalli di ossalato, urati, acido urico, fosfati ecc.) ed agli elementi figurati (globuli rossi, bianchi, cellule, cilindri ecc.) ed il giudizio deve essere in ogni caso dato tenendo conto che molti di questi elementi si riscontrano con relativa facilità anche in condizioni normali o pressochè tali.

*
* *

Dopo avere accennato per sommi capi ai mezzi che debbono essere ritenuti indispensabili per l'esame dell'apparato uropoietico (mezzi di accertamento), mi

sembra non privo di interesse, riassumere brevemente quanto riguarda lo studio della funzionalità renale rivolto allo scopo di valutare il grado della lesione. Tale studio, come è evidente, nel campo della medicina assicurativa ha una importanza particolare, in quanto dipende da esso il giudizio sul rischio assunto. Mi limiterò in questa memoria ad accennare a quelle prove (delle quali alcune già in uso) che possono trovare una applicazione pratica ed utile nel campo dell'assicurazione vita.

La funzione renale in linea generale può essere esaminata mediante tre metodi fondamentali di ricerche:

- 1° ricerche eseguibili sull'urina;
- 2° ricerche eseguibili sul sangue;
- 3° ricerche eseguibili contemporaneamente sul sangue e sull'urina.

Mediante il 1° metodo, vengono esaminate le alterazioni della secrezione renale, mediante il 2° la ritenzione delle scorie e gli eventuali perturbamenti del ricambio organico, per mezzo del 3° gruppo di ricerche viene esaminato il potere di eliminazione del rene in rapporto al contenuto in scorie del sangue.

Le prove riferentisi al 1° gruppo di ricerche offrirebbero, dal punto di vista assicurativo, il vantaggio di poter essere eseguite senza apportare eccessiva molestia all'assicurato; esse però in linea generale non offrono elementi di indiscusso valore. Ove si eccettui la ricerca quantitativa dell'albumina e l'esame chimico di qualche altro componente urinario quali la mucina, l'emoglobina ecc., alle altre determinazioni (esame quantitativo dell'urea, dell'azoto totale, dei cloruri, dell'acido urico ecc.) non può essere dato eccessivo valore. Infatti l'eliminazione dei composti su indicati è regolata da infiniti altri fattori come ad es. l'alimentazione, per i quali il giudizio viene reso oltremodo difficile. Lo esame dell'eliminazione di tali componenti urinari acquisterebbe significato più solido qualora per ognuno di essi fosse studiato il bilancio organico, il che nel nostro campo urterebbe, almeno alle condizioni attuali di organizzazione, contro difficoltà insormontabili.

Meritano una particolare considerazione le prove della diluizione e della concentrazione.

Esse rappresentano senza dubbio il mezzo migliore per lo studio della funzionalità renale, in quanto, oltre alla relativamente facile esecuzione, offrono il vantaggio di potere da esse giudicare con sufficiente esattezza dello stato funzionale complessivo dell'apparato renale.

Per quanto riguarda la prima, potrebbe essere obbietto che non sempre è dato di poter trattenere l'assicurato per il tempo necessario all'esecuzione della prova o che il fare ingerire un litro di acqua potrebbe rappresentare un inconveniente in alcuni casi insormontabile. Tali inconvenienti non sono attribuibili alla seconda delle prove cioè a quella della concentrazione, specie se essa venga eseguita con un criterio adattabile alle esigenze del caso. La prova infatti potrebbe essere eseguita in modo tale che il periodo di tempo nel quale l'assicurato debba attenersi alla dieta secca coincida in massima parte con la notte.

Così ad esempio: la prima determinazione della densità potrebbe essere eseguita sull'urina emessa al momento della visita. Indi si inviterebbe il soggetto a ritornare il giorno dopo verso le ore 10-11, ricordandogli di non bere e di non ingerire sostanze liquide dal pasto della sera fino all'ora nella quale si ripresenterebbe all'osservazione del medico. Sull'urina raccolta dall'ultima minzione, che potrebbe essere eseguita alla presenza del medico, si determinerebbe nuovamente il peso specifico.

Tale esempio rappresenta uno schema che opportunamente vagliato, potrebbe essere facilmente applicabile e convenientemente utilizzabile nel campo assicurativo.

La determinazione del potere di concentrazione dei reni, è tra le prove atte a conoscere lo stato funzionale del rene una delle migliori e senza dubbio

tra le più esatte; essa inoltre non richiede apparecchi speciali, nè sacrifici particolari da parte del soggetto in esame, all'intuori di una certa scrupolosità nell'eseguire le prescrizioni del medico visitatore.

Questi in ogni caso avrà cura di ricordare all'assicurando, e ciò sarà stimolo per ottenere l'esecuzione esatta delle prescrizioni, che ove l'esaminando non si attenesse alle indicazioni, il risultato della prova sarebbe a suo disfavore.

Per quanto riguarda il significato dei risultati ottenuti varrà in generale il concetto universalmente riconosciuto che quanto minore è il potere concentrativo del rene e quindi quanto più bassa e più vicina al valore di partenza è la densità dell'urina emessa dopo la dieta secca, tanto più elevato è il grado di deficienza funzionale del rene. Non mi sembra opportuno stabilire numericamente delle cifre limiti, in quanto ogni caso deve essere vagliato singolarmente.

In linea generica quando il valore di partenza del peso specifico è già basso e quello di arrivo non differisce o quasi dal primo, la prova è indice di grave deficienza funzionale, (isostenuria); quando la densità massima ottenuta dopo la prova supera nettamente, sia pure di qualche cifra, quella iniziale, la deficienza renale sarà di medio grado (ipostenuria); l'apparato renale sarà viceversa considerato funzionalmente normale, allorchè il peso specifico, determinato dopo la dieta secca, avrà dei valori intorno a 1030-1032 (normostenuria).

Controindicazioni per l'esecuzione della prova devono essere considerate la presenza nel soggetto in esame di edemi o versamenti, specie se questi sono in periodo di riassorbimento, od il sospetto di una insufficienza renale assoluta. Nel primo caso la prova sarebbe falsata dall'eliminazione del liquido degli edemi, per la quale anche un rene a potere di concentrazione normale, potrebbe apparire deficiente; nel secondo caso si correrebbe il rischio di aggravare notevolmente il grado di ritenzione delle scorie. In questo secondo caso potrebbe essere più opportuno determinare prima, ad es. mediante l'azotemia, il grado di ritenzione.

B' da ricordare infine che la prova della concentrazione è particolarmente indicata in tutte le nefropatie mediche, che costituiscono appunto il più forte nucleo delle lesioni renali, sulle quali nelle assicurazioni vita è richiesta l'opera del medico visitatore.

Non mi sembra opportuno fermarmi sulle numerose altre prove di funzionalità appartenenti al 1° gruppo della suddivisione sopra accennata (delle ricerche cioè eseguibili nell'urina), perchè esse, essendo quasi tutte basate sulla somministrazione di sostanze (prove di carico), non si prestano per ragioni evidenti all'applicazione nel campo assicurativo.

*
* * *

Di notevole importanza per la valutazione dello stato della funzionalità renale è l'esame chimico del sangue. Numerose sono le ricerche in tal senso proposte; mi limiterò ad accennare ad alcune di esse e precisamente a quelle che possono essere considerate di dominio della medicina delle assicurazioni vita. Nella disamina di tali ricerche mi sarà di guida da una parte il criterio pratico della loro facile attuabilità, dall'altra il valore prognostico ad esse attribuibile.

Due ordini di ricerche chimiche possono essere eseguite sul sangue del nefropatico.

1° ricerche dirette a svelare le alterazioni imputabili ad un difetto della eliminazione renale delle scorie e quindi alla ritenzione di queste;

2° ricerche dirette a svelare le alterazioni imputabili ad una perturbazione del ricambio.

Al primo gruppo appartengono: la determinazione dell'azoto incoagulabile e delle sue varie frazioni (urea, ac. urico, creatinina, ammoniaca, aminoacidi, ecc.), l'indacaneaemia, la reazione xantoproteica e la ricerca dei singoli composti

aromatici (fenoli, cresoli ecc.), la riserva alcalina, il ph, l'indice crioscopico, lo esame dell'equilibrio elettrolitico etc.

Al secondo gruppo possono essere riferiti la colesterinemia e l'esame delle altre frazioni lipidiche, la glicemia, il contenuto proteico del siero e quello delle sue varie frazioni (albumine, globuline, fibrinogeno etc).

Tra le ricerche sopra elencate quella alla quale bisogna dare il maggior valore è senza dubbio la determinazione dell'azoto incoagulabile. Essa dal punto di vista del suo significato pronostico e della relativa facilità di esecuzione, mostra di possedere i requisiti migliori per la sua applicazione nel campo assicurativo.

E' necessario però fare una distinzione tra l'azoto ipobromitico, che è quello comunemente dosato, e l'azoto incoagulabile; mentre il primo è rappresentato dall'azoto ureico e da quello di alcuni aminoacidi, il secondo è costituito dallo azoto totale non coagulabile (urea, aminoacidi, purine, acido urico, creatina, creatinina ed altre sostanze del ricambio azotato intermedio). Le ragioni per le quali in genere viene praticato il dosaggio dell'azoto ipobromitico, in luogo del totale incoagulabile, sono da ricercare essenzialmente nella metodica che è indubbiamente molto più semplice per il primo. Ove però un laboratorio bene attrezzato lo consenta, è preferibile la determinazione dell'azoto incoagulabile, il quale oltre a offrire il vantaggio di fornire il valore globale delle scorie azotate, mostra nei riguardi della tecnica (micrometodo di kjeldahl) una precisione maggiore, senza per altro richiedere per la sua esecuzione un quantitativo superiore di sangue.

Per quanto concerne il significato prognostico dell'azotemia è evidente che esso è tanto più grave quanto più elevato è il valore dell'azoto.

Non mi sembra opportuno precisare dei limiti nè seguire degli schemi, in quanto essi non sempre corrispondono alla realtà dei fatti. In linea generale, senza alcuna pretesa di esattezza, sono indice di lieve insufficienza renale i valori tra 50-80 mg. %, di mediocre insufficienza quelli tra 80-120, grave quelli tra 120-200, gravissima quelli che superano i 200 mg.

Nella valutazione del significato prognostico dell'azotemia bisogna tener presenti tutte quelle cause extrarenali, le quali, indipendentemente dalle lesioni renali, possono dare dei valori elevati del tasso azotemico. Le principali di queste cause sono rappresentate da quelle condizioni morbose nelle quali è in gioco un'abnorme distruzione delle albumine (febbre, digiuno prolungato, cachessia, leucemie ecc.) od un troppo scarso apporto idrico al rene (stasi circolatoria, edemi, vomiti incoercibili, diarree, stati comatosi ecc.). In tali casi però i valori dell'azotemia difficilmente giungono a superare i 60-70 mg. per cento.

Il dosaggio singolo delle varie frazioni azotate, che costituiscono l'azoto incoagulabile, può anch'esso costituire un criterio relativamente sicuro per giudicare dell'insufficienza renale. Esso però, oltre ad essere più o meno esatto in dipendenza della sostanza che si dosa, offre lo svantaggio (eccetto che per la urea) di dover ricorrere a metodiche più indaginose e che richiedono una quantità di sangue maggiore. Inoltre dal punto di vista prognostico, allorchè si è eseguita la determinazione dell'azoto totale incoagulabile, il dosaggio di una sola frazione di questo nulla o poco aggiunge. Anche per quanto riguarda l'acido urico, l'aumento del quale avverrebbe, per alcuni autori, precocemente ed in grado maggiore di quello delle altre frazioni azotate, l'imprecisione delle metodiche in uso e la variabilità del tasso ematico di tale sostanza in dipendenza di svariati fattori, non consentono di attribuirgli alcun significato preciso nell'elaborazione del giudizio prognostico.

Significato prognostico grave avrebbe l'aumento dell'azoto residuo degli autori tedeschi (differenza tra l'azoto totale incoagulabile e l'azoto ureico); tale aumento però suole verificarsi in misura cospicua solo nelle insufficienze renali conclamate, mentre nelle lievi rimane in limiti abbastanza discreti e non sempre rilevabili.

Accanto all'azotemia ed immediatamente dopo questa, le ricerche più in uso

per l'esame della funzionalità renale sono costituite dalla determinazione della indacaneaemia, della reazione xantoproteica e della riserva alcalina. Tutte e tre le prove meritano di essere prese in considerazione in quanto, come recentemente è stato dimostrato, hanno un valore prognostico di notevole grado; esse inoltre non richiedono che relativamente piccole quantità di sangue e sono eseguibili con delle tecniche alla portata di qualsiasi laboratorio, che abbia una certa attrezzatura.

Il dosaggio dell'indacano del sangue è largamente usato come segno d'insufficienza renale assoluta; l'aumento infatti dell'indacaneaemia suole verificarsi più tardivamente dell'aumento dell'azotemia, allorchè l'insufficienza del rene è già di notevole grado.

La costatazione dunque di tale aumento nel nefropatico è segno prezioso per giudicare della gravità della lesione renale.

Anche la reazione xantoproteica, che, come è noto, è dovuta all'aumento nel sangue delle sostanze aromatiche e degli aminoacidi a catena indolica, rappresenta un mezzo di indagine per giudicare essenzialmente dell'insufficienza renale assoluta.

L'indacaneaemia e la reazione antoproteica sono applicabili soprattutto nello esame delle lesioni renali croniche, dove mostrano invero un aumento maggiore dei loro valori; in certi casi da esse si possono trarre criteri prognostici di un significato superiore a quello che avrebbe potuto fornire il solo dosaggio dello azoto incoagulabile.

Nell'esame della funzione renale anche le modificazioni dell'equilibrio acido-basico hanno una notevole importanza prognostica. Esse vengono comunemente vagliate coll'esame della riserva alcalina secondo il metodo gascometrico di van Slyke, con il quale viene determinata la quantità, in cc. $\%$, di CO_2 capace di essere fissata dal plasma sanguigno. Nell'insufficienza renale la riserva alcalina diminuisce e la sua diminuzione è proporzionale in certi limiti alla quantità di radicali acidi organici ed inorganici ritenuti per la deficienza funzionale. La presenza in un nefropatico di una discreta acidosi (di una diminuzione cioè evidente della riserva alcalina) è indice di un giudizio prognostico più severo. Così, a parità di ritenzione azotata, la prognosi è più grave per quei soggetti che presentano, oltre a tale ritenzione, delle alterazioni dell'equilibrio acido-basico nel senso dell'acidosi. A ciò corrisponde l'osservazione opposta, secondo la quale nei rari casi di iperazotemia, sopravvissuti lungamente senza gravi disturbi subiettivi ed obbiettivi, non sono state riscontrate modificazioni notevoli della riserva alcalina.

La determinazione dell'indice crioscopico, della cloremia, e di tutte le altre modificazioni dell'equilibrio elettrolitico, pur avendo il loro notevole valore nello studio, specie patogenetico, delle nefropatie, non offrono particolare interesse dal punto di vista prognostico.

Tra le ricerche atte a svelare le modificazioni del ricambio in relazione con la lesione renale merita considerazione la ricerca della colesterinemia. Questa può assumere un interesse particolare in certe forme di nefropatie, nelle quali si presenta notevolmente elevata; tali nefropatie sono rappresentate dalle nefrosi ed in particolar modo dalla nefrosi lipoidea, nella quale il tasso colesterinamico può raggiungere dei valori quintupli rispettivamente a quelli normali. Anche la diminuzione del contenuto proteico del siero di sangue e le modificazioni del rapporto globuline: albumine possono costituire elementi di un certo interesse per la valutazione della natura e della gravità delle lesioni renali; esse però non costituiscono segni sicuri per il giudizio prognostico.

*
* *

I mezzi di indagine riferentisi al terzo gruppo da me sopra riferito, quelli cioè che si servono di ricerche da eseguire contemporaneamente nell'urina e

nel sangue, difficilmente potranno trovare applicazione in medicina assicurativa. Tali prove funzionali, che, come è noto, sono costituite dalla determinazione della costante di Ambard, o di quella di van Slyke, dell'urea clearance ecc., richiedono infatti un'esecuzione alquanto scrupolosa ed un adeguato periodo di osservazione del soggetto in esame; condizioni queste che mal si accordano con quelle nelle quali viene, allo stato attuale, praticata la visita medica degli assicurandi.

CONGRESSO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI POPOLARI

Venezia, 28-30 settembre 1935-XIII

PROBLEMI MEDICI (Riassunti della relazione e delle comunicazioni)

L'assistenza sanitaria agli assicurati in forma popolare dell' I. N. A.

(Relazione del Prof. I. ROMANELLI)

La più importante delle ricchezze nazionali di uno Stato bene organizzato è la salute dei cittadini. In Italia lo Stato fascista si occupa con somma cura di medicina preventiva collettiva specialmente in rapporto alle malattie infettive e contagiose. L'I.N.A. largisce la sua colla'orazione contribuendo alle grandi opere di bonifica, di costruzione di acquedotti, di Ospedali, e con la costruzione anche diretta di case popolari. Ma vi è un campo che esorbita dalle mansioni dello Stato ed è la medicina preventiva individuale. È in questo campo che l'I.N.A. si è affermato e va sempre più allargando la sua zona di azione. L'I.N.A. ha interesse che il maggior numero dei suoi contratti con gli assicurati si esaurisca per scadenza anziché per sinistro di premorienza ed in ciò il suo interesse collima con quello dello assicurato previdente il quale desidera godere il frutto del proprio risparmio e con quello dello Stato che vuole avere cittadini sani e validi.

Per queste ragioni l'Ente di Stato per la previdenza assicurativa ha iniziato fin dalla primavera del 1930 il suo programma di Assistenza Sanitaria agli Assicurati che ha per fine il prolungamento della vita umana nelle migliori condizioni di salute.

Per raggiungere questo fine l'I.N.A. segue queste tre direttive fondamentali:

- 1° Illuminare i singoli circa le norme di igiene più adatte per vivere sani;
- 2° Illustrare i primi inizi di turbato equilibrio funzionale onde porvi subito rimedio.
- 3° Incitare ad un esame periodico del proprio organismo per sorprendervi a tempo i primi segni delle malattie.

Nell'ottobre 1931 fu bandito un concorso a premi per un lavoro dedicato agli assicurati in forma popolare, che doveva contenere le norme di igiene per vivere lungamente sani. Risultato di quel concorso è il volume del prof. Oreste Bellucci « Salute, tesoro della vita » che ha raccolto l'entusiasmo dei lettori.

La pubblicazione bimestrale dell'I.N.A.: « l'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I.N.A. » contiene in ogni numero una rubrica di medicina preventiva e di igiene: « Consigli agli assicurati ».

Nel febbraio 1935 l'I.N.A. ha dotato la Sede di Torino di un Centro di Assistenza Sanitaria presso il quale funziona un consultorio di Igiene ed un ambulatorio per il collaudo

della salute. Presso il Policlinico del Lavoro in Roma, gli Assicurati in forma Popolare usufruiscono una volta all'anno di una visita completa gratuita compresi tutti gli esami clinici e di laboratorio.

L'I.N.A. ha attrezzato con tutti i moderni mezzi, i laboratori medici della Sede centrale in Roma e del Centro Assistenziale di Torino: ivi, tutti comunque assicurati hanno diritto gratuitamente ad:

- A) Un esame chimico e microscopico delle urine;
- B) un esame di sangue per la ricerca della glicemia;
- C) un esame di sangue per la ricerca della azotemia;
- D) un esame di sangue per la ricerca della uricemia;
- E) un esame di sangue per le reazioni di Kahn e di Wassermann;
- F) la misurazione della pressione arteriosa;
- G) un esame elettrocardiografico.

Anche nella lotta contro i tumori maligni l'I.N.A. non ha voluto restare assente: infatti ha ottenuto dall'Istituto Regina Elena visite e cure ambulatorie gratuite per i propri assicurati.

Per la profilassi delle malattie oculari, di quelle dell'orecchio, naso e gola e della bocca l'I.N.A. ha ottenuto, previa convenzione del Sindacato medico, riduzioni sugli onorari a favore degli assicurati. Inoltre per le malattie della bocca è stato organizzato un attrezzato ambulatorio in Roma presso la Direzione Generale. Ma l'I.N.A. non ha trascurato l'importante problema della medicina curativa ed ha ottenuto per i propri assicurati anche in forma Popolare, notevoli facilitazioni in Ospedali, Ambulatori, Cliniche private e luoghi di cure termali. L'Assistenza Sanitaria pubblica in ogni numero un elenco degli Ospedali, Case di Salute, ambulatori, terme, luoghi di cura e dei medici specialisti che concedono facilitazioni agli Assicurati.

Questo programma di notevole entità, svolto in un solo quinquennio, contiene in sé i germi per un ulteriore sviluppo.

L'A. richiama l'attenzione specialmente sul Centro di Assistenza Sanitaria creato recentemente in Torino: Centri di Assistenza sorgeranno in tutte le regioni d'Italia e se potranno stabilirsi accordi, auspice il corporativismo, con le mutue Malattie ed ottenere la collaborazione dei medici di fabbrica e delle assistenti sanitarie l'I.N.A. assolverà interamente il compito della medicina preventiva individuale, collaborando con lo Stato alla tutela della salute degli italiani.

RIASSUNTI DELLE COMUNICAZIONI

Questioni Medico-Legali nelle Assicurazioni Popolari

(Comunicazione del Dott. FABIO MARSELLA)

In questa rassegna viene trattato un triplice ordine di quistioni medico-legali riguardanti:

- a) la contestabilità della polizza;
- b) l'assicurazione complementare d'infortunio;
- c) l'assicurazione complementare di invalidità.

La valutazione del rischio nelle assicurazioni popolari viene fatta unicamente in base alle dichiarazioni dell'assicurando, senza il controllo sanitario da parte del medico. È necessario quindi che tali dichiarazioni che per legge e per patto chiaramente espresso costituiscono la base del contratto assicurativo, siano rispondenti a verità. Se le dichiarazioni, le quali si sogliono rendere in un questionario contenuto nella « Proposta », venissero a risultare in seguito false, erronee, o reticenti, il contratto è contestabile ed annullabile. Nelle polizze po-

polari è contenuta una clausola per la quale esse, decorso un anno dalla data di effetto, diventano incontestabili per reticenze o per dichiarazioni erronee rese dall'assicurato o dal contraente, salvo il caso di malafede. Per malafede si deve intendere uno stato di coscienza dell'assicurando che rende deliberatamente dichiarazioni contrarie al vero con la piena consapevolezza dell'importanza delle stesse ai fini assicurativi.

Però l'I.N.A. nelle contestazioni delle polizze popolari è molto cauto e adotta criteri di equità e di larghezza più che di giusto rigore cosicchè le poche contestazioni vengono fatte solo quando è manifesto il tentativo di frode del contraente e dell'assicurando.

La polizza popolare stabilisce che in caso di morte per infortunio non solo non si tiene conto delle clausole di carenza, ma si concede anche un raddoppio della somma assicurata. Lo infortunio non deve dipendere dalla volontà dell'assicurato, non deve essere imputabile a sua negligenza e non devono concorrere alla sua determinazione concause di sorta. La causa di esso deve essere unica, diretta ed esclusiva nella sua determinazione. Tocca al medico di valutare di volta in volta la causa in rapporto alle concause nel determinismo dell'infortunio mortale; tale compito peritale richiede una valutazione retrospettiva dello stato fisico-psichico dell'assicurato anteriormente all'ingresso in assicurazione, da riferirsi alle circostanze che accompagnarono e seguirono l'infortunio.

L'invalidità per malattia o infortunio in occasione della quale l'I.N.A. accorda l'esonero dal pagamento dei premi deve essere assoluta, totale e permanente. L'assicurato deve perciò trovarsi in condizioni di completa inabilità all'esercizio della sua professione o mestiere abituale ed a qualsiasi altro confacente alle sue attitudini ed abitudini. È un giudizio complesso e delicato che il medico deve dare vagliando tutte le circostanze caso per caso, e tenendo conto di tutti gli elementi anatomo-funzionali e clinici individuali ed anche dei fattori sociali. Per gli assicurati iscritti ad Enti di Previdenza Sociale vien tenuto conto del giudizio di inabilità già dato da questi Enti, ma sarebbe errato ritenere che la liquidazione della pensione di invalidità dia senz'altro diritto all'esonero dal pagamento dei premi verso l'I.N.A. inquantochè per la pensione di invalidità si tiene conto in genere del mestiere dello assicurato (invalidità specifica) e non di altre possibili occupazioni (invalidità generica). Per le condizioni invece di polizza popolare l'invalidità deve essere permanente, totale, assoluta, ossia al cento per cento. L'A. però è di opinione che non si debbano seguire criteri troppo rigoristici, perchè una residua capacità lavorativa minima riesce in pratica inutile per le esigenze della vita individuale. L'I.N.A. adotta criteri di grande equità nel riconoscimento dell'invalidità degli assicurati in forma popolare e finora non sono sorte controversie al riguardo. Una quistione medico-legale può presentarsi di fronte alla richiesta dell'esonero dai premi per infermità che non si possono ritenere sopraggiunte. Si può trattare di malattie non denunciate all'ingresso, ed in questo caso l'esonero non può essere accordato, oppure di malattie denunciate e rimaste invariate od aggravate: in questi casi il medico deve valutare lo stato fisico-psichico dell'assicurando comparativamente ai due periodi ed il suo giudizio deve essere improntato a criteri sereni di logica clinica e medico-legale, temperati però dalle alte finalità della medicina sociale.

Le funzioni del medico nell'accettazione dei rischi nelle Assicurazioni Popolari

(Comunicazione del Dott. PIETRO TROTTARELLI)

Allo scopo di facilitare l'ingresso al maggior numero di persone è stata nelle Assicurazioni Popolari abolita la visita medica e la proposta di assicurazione contiene un numero ristretto di domande sull'anamnesi familiare, sullo stato di salute passato e presente dello assicurato e sul suo peso ed altezza. Su questi pochi dati il medico della Direzione deve

formulare il suo giudizio sul rischio e proporre l'accettazione o il rifiuto. Il suo compito quindi è molto arduo inquantochè egli deve intuire dalle poche risposte del questionario il probabile stato di salute dell'assicurato, il quale purtroppo a gran parte delle domande non risponde affatto o in modo del tutto evasivo. D'altra parte non è possibile respingere tutte le proposte incompletamente compilate perchè anche le esigenze industriali hanno i loro incontestabili diritti.

Ma fa d'uopo ricordare che ogni industria per essere prospera deve essere sana, per cui nell'interesse della collettività, si dovrebbero esigere sempre risposte chiare e complete alle poche domande contenute nella proposta.

L'A. pertanto ritiene opportuno addivenire ad un temperamento che da un lato faciliterebbe le esigenze industriali e dall'altro si opporrebbe ad una eccessiva pericolosa larghezza in materia di accettazione dei rischi popolari. Le assicurazioni popolari si possono dividere in due grandi categorie: *forme collettive* e *forme individuali*. Per la prima categoria, dato il gran numero di persone assicurate ed il capitale in genere basso, basterebbe redigere una proposta molto semplice, tipo « Collettiva Fiat »; per la individuale invece si dovrebbe pretendere in modo assoluto la risposta esplicita a tutte le domande del formulario, mettendo bene in evidenza che la validità del contratto è intimamente connessa con la veridicità di esse. Inoltre nelle individuali a capitale dalle cinque alle diecimila lire, sarebbe opportuno prolungare il periodo di carenza.

L'A. passa quindi a trattare del meccanismo di accettazione dei rischi tarati nelle assicurazioni popolari. Fino alla fine del 1933 quando i dati della proposta non erano molto rassicuranti, il rischio veniva al massimo accettato in « mista crescente »; ma poichè questa forma dava luogo nelle liquidazioni a contestazioni di vario genere e generava spesso un vago senso di sfiducia tra gli assicurati, dai primi del 1934 l'I.N.A. ha quasi abolito nelle Popolari questa forma assicurativa, introducendo un altro sistema per l'accettazione dei rischi tarati. Mentre la forma assicurativa richiesta non viene modificata, viene invece limitato il capitale e con diminuzione delle quote mensili o con riduzione della durata, tutte le volte che dall'esame delle proposte si rilevano dati che non permettono di classificare normale il rischio sottoposto all'esame. Nei casi molto dubbi alla accettazione in « mista crescente » viene preferito il *rifiuto* salvo il risultato di una visita medica.

Considerazioni sui sinistri per cause di morte violenta accidentale nelle Assicurazioni popolari

(Comunicazione del Dott. MARIO COSTABILE BARNABEI)

Le assicurazioni popolari hanno delle condizioni speciali di polizza che le differenziano da ogni altra forma di previdenza. Una di queste è la clausola contemplata dall'art. 4 delle condizioni generali, in virtù della quale il contratto comprende anche l'assicurazione supplementare in caso di morte per infortunio: in tale evenienza l'Istituto oltre alla somma stabilita dalle condizioni speciali di contratto, concede il pagamento di un'altra somma di pari ammontare. Non è riconosciuta come dovuta ad infortunio la morte derivante da guerra o da turbidi civili, dalla partecipazione a risse, duelli, azioni delittuose, da suicidio anche involontario o dall'uso di mezzi aerei di trasporto. Allo scopo di esaminare quali e quanti sinistri si siano avuti per causa violenta od accidentale rientranti nell'applicazione della clausola dell'art. 4, l'A. ha preso in esame i decessi verificatisi per tale causa nel portafoglio delle Popolari, negli anni 1932-33-34. In tale periodo i sinistri avvenuti per ogni causa e che hanno colpito questo portafoglio sono stati complessivamente 2436; le cause di morte violenta ed accidentale incidono sulla cifra complessiva con 168 casi e di essi n. 30 nell'anno 1932, n. 48 nel 1933, n. 90 nel 1934. Questi 168 casi l'A. illustra con qualche considerazione

medico-statistica. Dopo eliminazione dei sinistri avvenuti per cause differenti da infortunio conclamato, restano in esame n. 121 sinistri che sono stati divisi in alcuni gruppi secondo la natura dell'infortunio subito dall'assicurato:

- I) Sinistri da investimento n. 44
- II) > per caduta dall'alto n. 37
- III) > > schiacciamento n. 25
- IV) > > folgorazione n. 7
- V) > > ustioni n. 5
- IV) > > asfissia n. 2
- VII) > > annegamento n. 1

I suddetti gruppi sono stati a loro volta divisi per le singole professioni esercitate dagli assicurati nel momento in cui si è verificato il sinistro. In alcuni di questi sottogruppi si nota che le cause di morte hanno uno stretto ed intimo nesso con le professioni esercitate in vita dagli assicurati, in altri non ricorrono queste particolari condizioni.

Emerge dunque dall'esame dei quadri riportati dall'A. che un buon numero di decessi hanno beneficiato nel triennio 1932-34 del disposto della clausola dell'art. 4; il doppio pagamento risultante è stato certamente nella maggior parte dei casi un provvidenziale aiuto per i superstiti nel momento della disgrazia.

Le cause di morte nelle Assicurazioni Popolari nel triennio 1932-34

(Comunicazione del Dott. ALBERTO STARNA)

Sono stati presi in esame i sinistri del portafoglio delle Popolari del triennio 1932-34 esaminandoli sotto vari aspetti per rilevare il loro andamento dal punto di vista sociale e demografico, onde accertare se la loro frequenza si svolga secondo le fatali leggi della naturale selezione demografica. In un primo quadro sono state poste le cause di morte degli assicurati divisi per gruppi di professione (2.252 sinistri). Appare senz'altro evidente il largo contributo dato dalla tubercolosi nei decessi verificatesi (454 unità pari al 20% dei sinistri). Istruttivo è in proposito il raffronto con i sinistri dell'assicurazione con visita medica: da esso appare evidente quanta importanza abbia la visita a prevenire speculazioni nel campo assicurativo. Il paragone poi con la mortalità della popolazione civile per tubercolosi dimostra che sicuramente vi è stata nelle Popolari l'infiltrazione di soggetti malati. Degli altri gruppi della prima tabella, le malattie dell'apparato respiratorio occupano il secondo posto, le malattie infettive il terzo; seguono le malattie dell'apparato circolatorio, digerente e i tumori a breve distanza fra loro; la minima percentuale è dovuta al suicidio che raggiunge l'1,8%. I tumori meritano un cenno speciale perchè dato il loro peculiare decorso possono prestarsi ad una dissimulazione nei primi periodi di malattia. Infatti la mortalità della popolazione civile per tumori presenta cifre molto minori di quelle riscontrate per gli assicurati in forma popolare.

Dallo studio delle cause di morte a seconda dei gruppi professionali si vede bene quale è la composizione delle assicurazioni in tale forma; infatti circa il 25% di sinistri si è avuto negli agricoltori, seguiti a notevole distanza dagli operai, mentre gli altri gruppi danno percentuali ancor più inferiori.

In un secondo quadro sono state riferite le cause di morte per antidurata di contratti. Esaminandolo si rileva una forte mortalità nei primi anni: nei primi tre anni di vigore della polizza, la percentuale della mortalità raggiunge il 77,5% del totale, cifra però che se indica una tendenza antiselezionatrice in queste forme di assicurazioni non va presa in modo assoluto essendo l'esposizione al rischio non uniforme per il forte incremento di questi ultimi anni. Limitando l'osservazione al primo anno si vede che la massima mortalità per tubercolosi si ha nel secondo semestre il che dimostra che all'ingresso in assicurazione la malattia era

già dichiarata pur avendosi delle condizioni generali discrete, tali da permettere una certa sopravvivenza. Lo stesso dicasi dei tumori e delle malattie respiratorie in genere.

Esiste senza dubbio nelle assicurazioni popolari un processo antiselettivo che pur non essendo molto vasto turba il normale andamento della curva di mortalità di alcune malattie. Per ovviare in gran parte a tale inconveniente l'A. ritiene che per le assicurazioni popolari il cui capitale superi le lire 5.000 sarebbe consigliabile che la carenza venisse prorogata ad un anno; raccomanda inoltre, qualunque sia il capitale assicurato, una sempre maggiore disciplina nella produzione per una più alta moralizzazione del popolo nel campo della previdenza.

ALCUNE COMUNICAZIONI AL CONGRESSO INTERNAZIONALE DI MEDICINA DELLE ASSICURAZIONI VITA

Londra, 23-27 luglio 1935-XIII

Le realizzazioni nel campo dell'assistenza sanitaria agli assicurati dell'I. N. A.

(Comunicazione del Prof. Dott. I. ROMANELLI, Capo del Servizio Sanitario dell'I. N. A. — Roma)

L'A. illustra concisamente tutte le provvidenze sanitarie che l'Istituto Nazionale delle assicurazioni largisce ai suoi assicurati. Mette in rilievo il rapido e rigoglioso sviluppo di questa importante attività dell'Ente di Stato per la previdenza assicurativa.

La Statistica Medica presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

(Riassunto della Comunicazione del Prof. Dott. I. ROMANELLI, Capo del Servizio Sanitario dell'I. N. A.)

Il Servizio Sanitario dell'I.N.A. si occupa dal punto di vista della Statistica medica non solo dei rischi accettati, ma anche di quelli rifiutati. Per i rischi accettati viene compilata una scheda la quale contiene tutti i dati prelevati specialmente dal rapporto medico all'ingresso (età, gentilizio, anamnesi personale, esame obiettivo, giudizio del fiduciario), e i dati più importanti relativi alla forma e allo svolgimento del contratto di Assicurazione. Si forma così lo schedario a mano il quale mediante un codice opportunamente predisposto, viene trasformato in « schedario meccanico » (Sistema Powers 45 colonne), che permette di eseguire in base alla moderna tecnica selezionatrice il rapido lavoro di spoglio delle varie unità statistiche contenute nelle schede stesse.

Per tutti i rischi rifiutati viene compilata apposita scheda nella quale sono trascritti tutti i dati che riguardano l'assicurato, specialmente quelli ricavati dal rapporto medico. Periodicamente viene eseguito un censimento per conoscere se l'assicurato è in vita ancora oppure se è morto, la data e possibilmente la causa di morte. Anche questa scheda viene trasformata in scheda meccanica. Infine la Statistica medica si occupa del confronto della mortalità degli Assicurati che hanno usufruito delle provvidenze Sanitarie e di quelli che non ne hanno usufruito. A raggiungere tal fine è stato costituito un apposito schedario compilato per teste e non per contratti.

Accettazione dei glicosurici

(Riassunto della Comunicazione del Dott. G. COMIRATO, Assicurazioni Generali Venezia).

Di fronte al sintoma glicosuria il medico fiduciario di una compagnia di Assicurazione vita deve arrivare ad una diagnosi il più precisa possibile, svariate sono le forme morbose che possono presentare una glicosuria, e se per alcune di esse il giudizio del medico può essere rapido e decisivo, per altre occorrono indagini molteplici.

Non è cosa molto rara riscontrare dello zucchero nelle urine di una donna gravida, ma non è detto con questo che sempre si tratti di diabete perchè esistono delle forme di glicosuria benigna in gravidanza, le quali scompaiono dopo il parto per apparire di nuovo in una gravidanza successiva.

Se una donna diabetica diviene gravida, la sua malattia viene ad aggravarsi, fatto questo da tenere ben presente nell'accettazione di una donna glicosurica:

Nell'obesità da sovralimentazione si può riscontrare di frequente la glicosuria: poichè essa scompare con la sola limitazione del cibo, la prognosi ne è benigna ed il rischio per le Compagnie di assicurazione non è così grave come per una forma diabetica vera. È necessario però in tali casi discernere bene le forme nelle quali la turba della glicoregolazione è data dalla sola sovralimentazione, da quelle in cui la glicosuria è un primo passo per lo stabilirsi di un diabete vero. Per differenziare le due forme serve bene la prova di carico o della iperglicemia provocata.

Si può avere glicosuria in molte malattie del fegato. Quando si tratta di glicosuria da insufficienza della funzione glicogenetica dell'organo, essa compare da due a cinque ore dopo il pasto e non esiste la mattina a digiuno. Più facile è la diagnosi se la glicosuria è accompagnata da ittero e stasi portale; in questi casi però non sarà la glicosuria il motivo del rifiuto, bensì la malattia grave che lo ha provocato.

L'ipertensione arteriosa si accompagna spesso a glicosuria la quale può essere l'esponente di uno stato paradiabetico o di un diabete vero. La diagnosi differenziale è basata sulla ricerca della glicemia a digiuno e specialmente della glicemia provocata. Il criterio prognostico è in rapporto qui con diversi fattori: la forma morbosa più grave (glicosuria o ipertensione) sarà quella che ci darà il giudizio del medico fiduciario. Anche nei basedoviani si possono riscontrare disturbi della glico-regolazione, poichè la tiroidina agisce antagonisticamente all'insulina. Naturalmente il rischio sarà basato sulla valutazione del ipertiroidismo e non sulla modica glicosuria che tale malattia può causare. Nella iperfunzione ipofisaria la glicosuria che in qualche caso si riscontra è caratterizzata da una forte tolleranza degli idrati di carbonio, e dal fatto che la glicemia è normale o quasi. Però non sarà certo la modica glicosuria che condurrà al rifiuto perchè ben più grave è la diagnosi della lesione ipofisaria.

La glicosuria che può essere più facilmente confusa col diabete insulare, è data dal cosiddetto diabete renale. In tale malattia accanto ad una imponente glicosuria e non di rado anche acetonuria, la glicemia è trovata normale. Con tuttociò un assicurando che sia affetto da diabete renale deve essere sempre considerato come un rischio tarato sia per le complicazioni possibili nel corso di questa malattia sia perchè vi è sempre la possibilità di una trasformazione da una forma renale a quella insulare.

L'Autore passa quindi a trattare la tecnica della prova della iperglicemia provocata (curva glicemica); ne mette in evidenza la grande importanza, ma fa anche osservare che essa non può essere ovunque praticata. Si domanda quindi se non sia sufficiente in molti casi una ricerca di glicemia a digiuno e una seconda eseguita due ore dopo l'introduzione del glucosio.

È generalmente la glicosuria quella che guida il medico fiduciario a ricorrere alla prova di carico. Ma poichè questa può in qualche caso mancare è necessario che il fiduciario sia messo in sospetto da alcuni dati anamnestici (foruncolosi, prurito, dermatosi). Anche l'eredità diabetica deve essere tenuta in considerazione. Una volta fatta la diagnosi di diabete

è necessario distinguere due categorie: diabete senza denutrizione azotata; diabete con denutrizione azotata. Poichè la ricerca del metabolismo azotato non si presta per difficoltà della tecnica, ad essere eseguita in materia assicurativa si dovrà basarsi su altri caratteri: la ricerca della acidosi, sia mediante il dosaggio dei corpi chetonici totali nell'urina, sia con la misura della riserva alcalina del plasma sanguigno.

Il diabete con denutrizione non è assicurabile. La gravità invece del diabete senza denutrizione è in rapporto al grado di tolleranza degli idrati di carbonio. Un criterio di gravità è l'età del soggetto; individui giovani e quelli con iperglicemia elevata sono da rifiutarsi senz'altro. Anche l'antidurata della malattia al momento della visita è un criterio prognostico importante inquantochè un diabete che dura da parecchi anni è presumibile che sia una forma benigna e quindi accettabile con modico soprapremio. È bene che il fiduciario ponga attenzione alle varie forme morbose che rappresentano le complicazioni più abituali del diabete: la loro eventuale esistenza farà assolutamente rifiutare ogni proposta di assicurazione. Molto frequente nei diabetici è la arterite la quale ne costituisce una delle cause più frequenti di morte. Altra complicazione assai temibile è la tubercolosi polmonare ad inizio insidioso difficilmente diagnosticabile. Ma anche di complicanze pregresse va tenuto conto (cataratte neuro retiniti ecc.) nella valutazione della accettabilità e dei soprapremi.

Il giudizio sulla gravità del diabete è cambiato dall'epoca della introduzione dell'insulina nella terapia; questi è capace di rallentare notevolmente l'evoluzione della malattia prolungando di parecchio la vita del diabetico.

Poichè l'accettazione dei glicosurici è ormai entrata nella pratica di quasi tutte le compagnie, è necessario stabilire ampie statistiche onde su di esse basare il valore dei soprapremi da applicarsi in rapporto alle condizioni della malattia ed anche a quelle economiche; queste ultime, se buone, costituiranno la garanzia che l'assicurando potrà sostenere per parecchio tempo la forte spesa della cura insulinica.

Contributo alla quistione della pressione arteriosa della vecchiaia

(Riassunto della comunicazione del Dott. JOSEF KLOUZET,
Capo del Servizio medico della Slavia, Banca Mutua di Assicurazione a Praga).

Poichè le osservazioni dei cambiamenti della pressione arteriosa nelle età avanzate non hanno fino ad oggi condotto a conclusioni soddisfacenti, l'A. ha eseguito degli esami clinici dettagliati dell'apparato circolatorio in un gruppo di 79 vecchi in età dai 75 ai 100 anni. Le pressioni arteriose riscontrate hanno dimostrato che l'altezza della pressione non sale parallelamente all'età: infatti il 43 % dei casi esaminati avevano in rapporto all'età una ipotensione assoluta o relativa. Per quello che riguarda i tipi costituzionali degli individui esaminati la pressione bassa e normale era il più spesso legata al tipo costituzionale astenico, la ipertensione invece al tipo pienico. Il confronto degli orto-diagrammi con la pressione arteriosa ha messo in evidenza che il tipo del cuore piccolo si trova quasi esclusivamente negli ipotesiosi o nei normotesiosi; che il tipo aortico del cuore è più spesso legato all'ipertensione; che il tipo mitralico infine si riscontra soprattutto nei casi di pressioni normali e basse (enfisema senile, miocardite). Il controllo elettrocardiografico non ha messo in evidenza fatti di notevole importanza.

Del materiale studiato è specialmente rimarchevole il gruppo dei vecchi ipotesiosi, con tipo costituzionale astenico e cuore piccolo. Questi individui resistono meglio alle influenze esterne nocive e conservano il loro apparato circolatorio intatto fino alla più tarda età.

La mortalità degli assicurati sottoposti ad esami periodici

(Riassunto della comunicazione del Direttore
della Compagnia « Alte Leipziger » di Lipia: OSKAR MICHELS).

La Compagnia di Assicurazione sulla vita « Alte Leipziger » ha introdotto nel 1927 l'esame medico gratuito periodico per gli assicurati per almeno 8000 RM.

Per rendersi conto dell'eventuale effetto dell'esame periodico sulla mortalità degli assicurati che vi si erano sottoposti, la Compagnia ha studiato la loro mortalità, paragonandola a quella di tutti gli altri assicurati da più di tre anni. Nel corso degli anni 1931, 1932, 1933 fu accertata una mortalità minore degli assicurati sottoposti agli esami in confronto con tutti gli altri assicurati da più di tre anni. Tale mortalità minore ammontava al 20,9 % per la cifra delle assicurazioni ed al 23,4 % per l'ammontare delle polizze relative.

La società non riceve alcuna notizia circa il risultato degli esami periodici e quindi non è possibile dimostrare quante e quali malattie siano state scoperte nei singoli assicurati esaminati e di conseguenza di quale misura sia stata allungata la loro vita. Tuttavia può dirsi che i risultati finora ottenuti circa la minore mortalità rimunerino le fatiche e le spese sostenute per il servizio sanitario e per gli esami periodici.

Accettazione dei glicosurici

(Riassunto della comunicazione del Dott. ERIK GARDE, Danimarca).

L'A. sulla base di 455 casi esaminati (102 giudicati come diabetici 353 come non diabetici) e seguiti per 10 anni, mette in evidenza l'importanza dei dati anamnestici, ereditarietà e sintomi caratteristici: sete, poliuria ecc., del tasso glicemico, della prova di tolleranza ai carboidrati, e della curva glicemica, che nel loro complesso permettono di distinguere una glicosuria alimentare od una glicosuria renale dal diabete mellito.

Riferisce inoltre su di una speciale scheda per i glicosurici.

Organizzazione sanitaria

(Riassunto della comunicazione del Dott. BUNGE, Repubblica Argentina).

L'A. mette in rilievo la utilità per le Compagnie Assicuratrici dell'America del Sud di nominare dei medici fiduciari. Tale organizzazione si rende specialmente indispensabile nei Paesi lontani dai centri importanti, ove spesso si verificano abusi e frodi da parte degli agenti con la complicità di alcuni medici compiacenti. I medici fiduciari dovrebbero essere scelti fra coloro che per titoli professionali e per requisiti morali diano maggiore affidamento nell'esame scrupoloso dell'assicurando. Se qualcuno di essi si rendesse indegno di tale fiducia potrebbe essere senz'altro radiato. Per mezzo di tale organizzazione si otterrebbe una buona selezione dei rischi; si istruirebbero inoltre i fiduciari nel loro compito e si stimolerebbe in essi la coscienza di trovarsi in una posizione moralmente privilegiata. Infine perchè la selezione dei rischi possa dare dei risultati veramente efficaci si farà ricorso tutte le volte che il caso lo richiederà a metodi speciali di esame medico.

Medicina legale delle Assicurazioni vita

Il crampo professionale può essere considerato come causa d'invalidità totale permanente nell'assicurazione vita ?

Dott. F. MARSELLA

Alle Polizze di Assicurazione Vita si suole unire, dietro richiesta dell'assicurando, uno speciale allegato di invalidità, per effetto del quale, in caso di sopraggiunta invalidità, si ottiene l'esenzione dell'ulteriore pagamento dei premi e, quando la si richiede, anche una rendita d'invalidità.

In detto allegato, presso l'I.N.A., viene chiaramente data, all'art. 1, la definizione della invalidità: « s'intende *invalido* ai sensi e per gli effetti del presente contratto colui che per sopravvenutagli malattia o lesione fisica qualsiasi, purchè l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della sua professione o mestiere e abbia perduto altresì la capacità ad ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini ».

Il giudizio di invalidità spetta al medico, che deve tener conto dello stato fisico-psichico dell'assicurato e della possibilità di attendere all'esercizio del proprio mestiere o professione o ad altri lavori confacenti alle proprie attitudini ed abitudini.

Tale giudizio deve essere dato senza concetti aprioristici tenendo conto di tutte le circostanze inerenti al singolo caso.

Nella pratica possono ricorrere casi svariatissimi.

Intendo ora occuparmi dei criteri di valutazione medico-legale d'invalidità del crampo professionale.

Il crampo professionale o *meiopraxia* può considerarsi come una nevrosi professionale e consiste essenzialmente in un disturbo di coordinazione di dati movimenti volontari con rapide e dolorose contrazioni toniche di alcuni muscoli, la cui funzione è necessaria all'esercizio di speciali mestieri o professioni.

Si può dire che ogni mestiere può avere il suo crampo, ma in genere vi vanno soggetti i mestieri che richiedono l'impiego di piccoli muscoli, come quelli della mano, nei quali, con l'esercizio, si determina uno speciale automatismo d'azione.

L'esempio più tipico di crampo professionale è quello degli scrivani o *mogigrafia*, è questo l'esempio anche più frequente a verificarsi data la pratica ormai tanto diffusa dello scrivere.

Vi sono poi i crampi dei telegrafisti, dei pianisti, dei violinisti, dei sarti, delle cucitrici, delle sigaraie, dei mungitori di latte, dei segatori, dei barbieri, degli orologiai, dei tipografi, dei calzolai ecc.

Si può avere anche un crampo professionale dei muscoli delle labbra nei suonatori di tromba e si può anche verificare una nevrosi paralitica delle corde vocali o *mogifonia* nei cantanti.

Si possono avere crampi professionali interessanti gli arti inferiori in quelli che lavorano con le macchine da cucire, nei tornitori, nelle ballerine ecc.

In tutti questi casi il fenomeno si verifica nell'esercizio professionale o anche nel tentativo di eseguire i movimenti abituali e perfino alla vista dei ferri del mestiere.

Ogni disturbo cessa appena si sospende il proprio lavoro.

Naturalmente io ho inteso e intendo parlare del crampo professionale di origine puramente nevrosica, non dei crampi muscolari secondari a nevriti, a lesione dei tendini, delle guaine ecc. o dei disturbi di coordinazione muscolare e dei crampi verificabili in alcune malattie nervose come la corea, la paralisi agitante, la sclerosi multipla ecc.

La patogenesi del crampo professionale, così detto essenziale, si deve ricercare in genere nell'affaticamento eccessivo dei gruppi muscolari impegnati alla ripetizione continua e monotona degli stessi atti e dagli scienziati si suole attribuire ad un'alterazione o disturbo d'innervazione centrale (corticale) dei centri motori preposti ai vari tipi di movimento. Vi è anche chi pensa, come Hirt, che i disturbi dipendono da affezione dei nervi periferici.

I crampi professionali in generale si sviluppano e progrediscono lentamente e, mentre da principio arrecano lievi molestie che permettono anche, con lievi fastidi, il lavoro, in prosieguo di tempo aggravandosi, cagionano senso di pena e sofferenze che talora arrivano al grado di parossismo.

In questi casi si impone la totale sospensione dell'esercizio del proprio mestiere e professione. Dopo un certo tempo si può anche ritornare all'antico mestiere, ma in qualche caso si deve abbandonare definitivamente e allora l'impedimento professionale si deve considerare permanente.

La caratteristica dei crampi di cui ci occupiamo è che essi non si producono più quando si sospenda o abbandoni il lavoro professionale abituale e che nessun disturbo si verifica se l'individuo esplica una qualsiasi altra attività. Si può dire del crampo professionale quel che si dice del mal di mare, che cessa quando si abbandona il mare.

Date queste premesse può considerarsi il crampo professionale motivo di invalidità, giusta la definizione dell'allegato di invalidità delle polizze di assicurazione vita?

Non credo.

Nel concetto di invalidità bisogna distinguere quella al lavoro specifico da quella al lavoro generico.

È indubitato che le nostre condizioni di polizza si riferiscono al lavoro generico.

La invalidità deve essere totale e permanente sia all'esercizio del proprio mestiere o professione e sia ad ogni altro lavoro confacente alle proprie attitudini ed abitudini.

Si potrebbe fare anche la questione della permanenza del male nel crampo professionale, ma io ciò non voglio fare perchè si sa che la prognosi del crampo è per lo meno riservata. Vi sono anche casi di guarigione, dopo un periodo di riposo, ma vi sono parecchi casi ostinatissimi ed inguaribili ed altri, in cui, dopo un periodo di miglioramento e di sosta nel male, si hanno recidive ribelli.

Io invece credo di potere affermare che l'individuo affetto da crampo professionale, quando non ostino speciali condizioni patologiche fisico-psichiche, può benissimo attendere ad altri lavori confacenti alle sue attitudini ed abitudini.

La invalidità quindi non si può considerare totale.

La disamina va fatta caso per caso tenendo conto di tutti gli elementi di giudizio clinico e medico-legale.

Molto conto si deve tenere delle condizioni generali del soggetto, dello stato psichico, del grado di intelligenza, dell'età, della facilità e possibilità di adattamento, del genere di lavoro già disimpegnato e di quello da disimpegnare nel campo del lavoro.

I confini entro i quali la personalità umana può svolgere la sua opera utile alla società sono tanto vasti e tanto larga è l'adattabilità dell'uomo, che può dirsi non esistere invalido nel quale non si possano riscontrare energie residue capaci di utile rendimento.

L'esempio dei gloriosi invalidi di guerra ce ne ha dato e ce ne dà una prova e una dimostrazione manifesta. Lo stesso dicasi degli invalidati del lavoro e ancora più degli invalidi comuni, che non beneficiano di alcuna provvidenza assicurativa.

Può dirsi che ogni mestiere ha speciali esigenze, ma i mestieri sono peraltro numerosissimi.

Il Brouardel divide i mestieri in quattro categorie :

- 1° Mestieri nei quali si utilizzano quasi ugualmente gli arti superiori e inferiori.
- 2° Mestieri che si servono soprattutto degli arti superiori.
- 3° Mestieri che utilizzano soprattutto gli arti inferiori.
- 4° Operai.

Tale classifica peraltro è troppo schematica e non permette di tener conto delle particolarità proprie a molte categorie di mestiere.

Nell'industrializzazione moderna la possibilità di utile applicazione nel campo lavorativo è diventata molto grande.

Il Ford nel suo libro: « La mia vita e la mia opera » dice che una delle condizioni della sua industria è che nessuna domanda di lavoro viene respinta a causa di condizioni fisiche e che nessuno dei suoi operai può venire licenziato per minorazioni fisiche, salvo il caso di malattie contagiose.

Il Ford per distribuire il lavoro nelle sue fabbriche di automobili fece dapprima una classificazione delle prestazioni richieste da ciascun lavoro ; se il lavoro fosse leggero, medio o pesante, se effettuabile con una sola mano o con due, se in piedi o a sedere, se rumoroso o silenzioso, se in ambiente illuminato con luce naturale o artificiale ecc.

In tal modo egli constatò che nella fabbrica vi erano 7.882 lavori diversi. Di questi circa la metà potevano essere disimpegnati da individui senza speciali esigenze di attitudini fisiche ossia senza la piena integrità fisica.

« Gli uomini che si trovano sotto il comune livello fisico, dice il Ford, sono, se ben collocati al posto, buoni lavoratori al pari degli altri ».

Il tempo necessario per impraticarsi delle singole occupazioni, secondo Ford è pressappoco il seguente : il 43 % dei suoi lavori non richiedono più di un giorno di addestramento ; il 36 % esigono da un giorno a una settimana ; il 60 % da una settimana a due ; il 14 % da un mese a un anno. Infine l' 1 % da uno a sei anni.

Questi ultimi sono i lavori che richiedono grande abilità.

L'esperimento e gli studi del Ford sono la prova più evidente che quasi tutti gli invalidi possono essere utilizzati nel campo lavorativo complesso e vario della moderna società.

Dato il grande numero di mestieri esistente e il grande potere di adattamento dell'uomo, specie se in età non avanzata, è evidente che non si possa considerare invalido totale rispetto alla capacità lavorativa generica, l'individuo che per effetto del crampo professionale è diventato inabile all'esercizio di un sol mestiere o professione.

Alcuni dati di Statistica Medica

Assicurati maschi del portafoglio diretto con visita medica morti nel settennio 1927-1933 e cifre proporzionali a 100 morti

Numeri dell'elenco nosologico dell'I. C. S. (nomenclatura dettagliata)	ANNI DI MORTE												TOTALI TESTE			
	1927		1928		1929		1930		1931		1932		1933		num. morti	%
	num. morti	%	num. morti	%	num. morti	%	num. morti	%	num. morti	%	num. morti	%	num. morti	%		
da 23 a 32	150	12,50	136	11,02	164	10,96	156	11,79	146	9,60	127	7,82	137	8,66	1016	10,18
da 1 a 22 e)	136	11,33	153	12,47	159	10,63	128	9,67	156	10,26	165	10,16	154	9,73	1051	10,53
da 33 a 44)	90	7,50	119	9,63	115	7,69	119	9,99	143	9,20	163	10,04	173	10,94	922	9,24
da 45 a 55	94	7,83	87	7,04	124	8,29	105	7,94	107	7,03	138	8,50	144	9,10	799	8,01
82	31	2,59	44	3,56	47	3,14	33	2,49	43	2,83	37	2,28	35	2,21	270	2,71
da 78 a 89)	128	10,67	122	9,87	173	11,55	183	13,84	204	13,42	232	13,69	204	12,90	1236	12,37
meno 82)	109	11,05	137	11,05	180	12,03	134	10,13	147	9,66	187	11,51	183	11,57	1077	10,79
da 90 a 103	119	9,92	125	10,12	138	9,22	132	9,99	176	11,57	178	10,96	165	10,43	1033	10,35
• 104 • 114	71	5,92	82	6,63	100	6,68	80	6,05	86	5,65	90	5,54	94	5,94	603	6,04
• 115 • 129	58	4,83	50	4,05	60	4,01	58	4,38	93	6,11	78	4,80	54	3,41	451	4,52
• 130 • 139	75	6,25	79	6,39	83	5,55	88	6,65	88	5,79	86	5,30	82	5,19	581	5,82
• 163 • 173	139	11,58	101	8,17	153	10,23	107	8,09	132	8,68	153	9,42	157	9,92	946	9,44
• 172 • 198																
altre cause di morte e non specificate																
Totale	1200	100	1235	100	1456	100	1323	100	1524	100	1624	100	1582	100	9951	100

**Donne assicurate presso l'I. N. A. e decedute nel settennio 1927-1933 Portafoglio Diretto
con visita medica all'ingresso**

Numeri dell'Elenco Nosologico dell'I. C. S. (Nomenclatura detteggiata)	GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE										TOTALI
		0 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 in poi imprecis.	
da 23 a 32	Ogni forma di tubercolosi . . .	18	23	23	26	17	16	7	2	—	1	135
da 1 a 22 e da 33 a 44	Altre malattie infettive e parasitarie	7	14	12	19	16	14	10	16	9	—	121
da 45 a 55	Tumori	—	1	15	16	25	34	22	27	8	—	156
82	Apoplessie, trombosi	—	—	2	4	3	7	15	14	11	—	65
da 78 a 89 (meno 82)	Malattie del sistema nervoso	2	—	—	3	2	8	2	1	1	—	22
da 90 a 103	• dell'apparato circolatorio	—	4	6	12	13	11	12	14	25	—	121
da 104 a 114	• • respiratorio	5	9	8	8	11	17	11	17	15	—	114
da 115 a 129	• • digerente	9	4	5	12	16	16	10	11	9	—	104
da 130 a 139	• • genito-urinario	7	4	10	11	10	10	13	13	6	—	89
	Gravidanza e puerperio	6	11	8	18	6	—	—	—	—	—	49
da 163 a 171	Suicidi	—	5	1	—	4	2	1	1	1	—	15
da 172 a 198	Morti violente e accidentali	2	1	4	1	2	1	1	—	1	—	13
Tutti gli altri	Altre cause di morte e non specificate	35	8	11	12	12	16	13	9	8	4	142
	<i>Totale</i>	91	84	105	142	17	152	117	125	94	5	1146

Cause di morte delle donne assicurate presso l'I. N. A. e decedute nel settennio 1927-1933 per malattie della gravidanza parto e puerperio. Portafoglio diretto con visita medica all'ingresso.

CAUSA DI MORTE	ETÀ ALLA MORTE						TOTALE
	0 - 24 a.	25 - 29 a.	30 - 34 a.	35 - 39 a.	40 - 44 a.	oltre 45 a.	
(66) Accidenti della gravidanza	—	1	1	3	—	—	5
(67) Emorragia puerperale	2	2	2	2	3	—	11
(68) Setticiemia e infezioni puerperali	1	6	3	4	1	—	15
(69) Tossiemia della gravidanza (albuminuria eclampsia)	—	2	2	4	1	—	9
(70) Altre malattie puerperali	3	—	—	5	1	—	9
<i>Totale</i>	6	11	8	18	6	—	49

N.B. — I numeri tra parentesi, accanto alla causa di morte, sono quelli della nomenclatura nosologica intermedia dell'I. C. di Statistica.

Contratti sinistrati nel settennio 1927-33 per morte causata da malattie della gravidanza, parto, puerperio. Portafoglio diretto con visita medica all'ingresso.

CAUSA DI MORTE	ANTIDURATA										TOTALE
	0 - 6 m.	6 m. - 1 a.	1 - 2 a.	2 - 3 a.	3 - 4 a.	4 - 5 a.	5 - 10 a.	10 - 15 a.	15 - 20 a.	20 - 25 a.	
(66) Accidenti della gravidanza	—	—	—	1	2	—	2	—	—	—	5
(67) Emorragia puerperale	—	1	2	—	3	1	3	1	—	—	11
(68) Setticiemia e infezioni puerperali	2	—	3	—	7	1	1	1	—	—	15
(69) Tossiemia della gravidanza (albuminuria-eclampsia)	—	—	—	2	—	1	6	1	—	—	10
(70) Altre malattie puerperali	—	—	2	3	2	—	3	—	—	—	10
<i>Totale</i>	2	1	7	6	14	3	15	3	—	—	51

N.B. — I numeri tra parentesi sono quelli della nomenclatura nosologica intermedia dell'I. C. di Statistica.

Numero dei contratti di tutti i portafogli, che risultano sinistrati per morte durante l'anno 1933
suddivisi per gruppi di cause di morte e per mese in cui si è verificata la morte

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totali
Ogni forma di tubercolosi . . .	58	44	59	50	43	47	60	43	33	47	55	38	577
Malattie infettive e parassitarie.	59	107	132	46	35	44	26	30	24	24	43	38	608
Tumori	50	42	58	75	44	43	64	52	52	35	43	54	592
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	56	43	42	30	38	26	42	32	34	37	35	45	460
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	11	9	13	7	11	13	8	8	4	7	5	5	101
Malattie dell'app. circolatorio	92	108	93	59	56	44	31	47	40	56	68	86	780
• • • respiratorio	72	80	69	45	47	49	40	45	33	45	55	69	647
• • • digerente.	43	46	46	53	45	43	81	60	53	45	52	48	615
• • • genito-urinario	30	45	26	34	36	37	31	31	32	20	22	26	370
Suicidi	36	25	18	23	21	17	26	17	3	9	4	9	208
Morti violente ed accidentali	18	22	21	17	22	33	28	42	24	27	28	25	307
Altre cause dimorte e non specificate	95	74	81	54	56	55	44	66	51	37	54	56	722
Totali	620	645	658	493	453	451	481	453	383	387	464	499	5987

**Capitali dei contratti del Portafoglio Popolare sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario
nel 1° semestre 1935-XIII**

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI										Totali
	0-6 m.	6 m. - 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.	4-5 a.	5-10 a.	10-15 a.	oltre 15 a.		
Ogni forma di tubercolosi (23 a 32) . . .	21.210	52.221	103.461	50.285	57.765	65.060	53.795	—	—	—	408.597
Altre malattie infettive e parassitarie (1 a 22; 33 a 44)	14.155	32.899	74.080	17.675	17.632	4.770	57.017	—	—	—	218.228
Tumori (neoplasie) (45 a 55)	13.055	70.502	57.369	36.506	11.063	11.835	29.910	—	—	—	230.240
Apoplessia, trombosi, embolia (82)	9.700	13.584	39.156	20.660	13.048	1.460	15.940	—	—	—	112.948
Malattie sistema nervoso (78 a 89, meno 82)	1.170	2.540	13.259	16.710	6.090	3.410	3.970	—	—	—	47.149
Malattie dell'apparato circolatorio (90 a 103)	6.214	65.815	66.364	30.440	39.645	15.605	43.700	—	—	—	267.583
• • • respiratorio (104 a 114)	23.499	44.270	111.140	63.810	36.535	20.385	37.125	—	—	—	336.764
• • • digerente (115 a 129)	11.960	30.130	47.086	22.555	17.384	18.695	19.445	—	—	—	167.205
• • • genito-urinario (130 a 139)	16.645	14.011	46.109	2.880	10.780	—	19.770	—	—	—	110.195
Suicidi (163 a 171)	—	2.325	788	6.155	500	1.660	7.175	—	—	—	18.603
Morti violente ed accidentali (172 a 198)	64.215	42.160	47.526	9.610	26.115	3.550	22.330	—	—	—	215.506
Altre cause di morte e non specificate	10.725	17.840	32.950	14.785	5.840	6.780	27.025	—	—	—	115.945
Totali	192.548	388.297	644.288	292.071	242.147	153.210	336.402	—	—	—	2.248.963

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

Varie

Le Assicurazioni Popolari in Italia

Discorso tenuto a Venezia nella seduta inaugurale del Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari

dal SEN. GIUSEPPE BEVIONE
Presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Altezza Reale, Eccellenze, Camerati, Signore,

Mentre un'ora piena di destino passa sul quadrante della nostra storia, come primo atto eleviamo il nostro pensiero a S. M. il Re, espressione vivente della perpetuità vittoriosa della Nazione, e al Duce, che, con volontà titanica, dominando tutti gli ostacoli e tutte le difficoltà, ha preparato l'Italia fascista ad una impresa grandissima e necessaria, che ci darà respiro e potenza nel mondo.

È poi mio gradito dovere presentare agli intervenuti il saluto riconoscente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, e ringraziare quanti hanno dato opera per la felice riuscita di

questo Congresso; innanzi tutto porgo il nostro omaggio devoto a S. A. R. il Duca di Genova, che evoca davanti a noi l'Augusta e amata Casa Sabauda,

e il nostro grato saluto a S. E. il Sottosegretario di Stato On. De Marsanich, rappresentante del Governo Fascista,

al Federale Pascolato rappresentante del P. N. F.,

alle delegazioni del Senato del Regno e della Camera dei Deputati,

ed ai graditi ospiti stranieri che ci giungono preceduti da così chiara fama per l'opera scientifica e pratica svolta nel campo assicurativo,

e poi ringrazio fervidamente il Presidente del Congresso S. E. il Conte Volpi di Misurata, figlio insigne di Venezia, della quale ravviva la tradizione luminosa di capacità costruttiva in ogni campo, di ardimento geniale, di sicurezza conquistatrice;

il Podestà di Venezia, per l'ospitalità indimenticabile accordataci in questa Sede gloriosa, e per la cordiale accoglienza che la meravigliosa città, che egli degnamente rappresenta, ha voluto farci;

tutte le autorità cittadine, che hanno voluto conferire con la loro presenza singolare prestigio al nostro raduno;

gli autorevoli membri del Comitato Tecnico Direttivo e del Comitato Ordinatore del Congresso, fra i quali voglio ricordare in modo particolare, per l'efficacissima cooperazione prestata, i Capi delle Confederazioni dei lavoratori;

gli illustri relatori ufficiali e i valorosi autori di comunicazioni sugli importanti temi all'ordine del giorno per la loro attiva e preziosa collaborazione;

gli eminenti rappresentanti delle Compagnie private di assicurazione, che, in cordiale collaborazione con l'Istituto Nazionale, svolgono opera così meritoria per la diffusione della previdenza libera nel nostro paese;

i Capi qui presenti degli Enti parastatali confratelli l'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale e l'Istituto Nazionale Fascista Assicurazioni Infortuni sul Lavoro;

gli onorevoli rappresentanti delle Associazioni Nazionali Mutilati e Combattenti, che sono state pioniere al fianco nostro per la diffusione delle assicurazioni popolari, con convenzioni che, specialmente per i Mutilati e Invalidi, si sono dimostrate in alto grado feconde;

infine tutti gli intervenuti, studiosi, apostoli e militi della previdenza assicurativa, i quali, indubbiamente, trarranno da questo nostro Congresso, nuova materia per i loro studi, nuovo alimento per la loro fede e nuovo impulso per la loro azione.

*
*
*

Ed ora io entro senz'altro nel vivo del nostro argomento.

Perchè questo Congresso di carattere così nuovo e particolare? Perchè noi amministratori dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni attribuiamo alle Assicurazioni Popolari una importanza essenziale. Di più. Perchè crediamo che esse rappresentino in questo momento e per molti anni a venire il problema massimo dell'Istituto.

Le assicurazioni ordinarie ormai vanno da sè. Il ceto medio sa che cosa sono.

È raro che un interessato alle medesime non le conosca e non vi ricorra, spontaneo o sollecitato. Per queste, l'Istituto non ha che da affinare la sua organizzazione, studiare tipi nuovi, soprattutto migliorare il rendimento del patrimonio e la gestione, in modo da accrescere costantemente gli utili, ai quali gli assicurati partecipano.

La situazione è l'inverso per le Assicurazioni Popolari. Qui ci troviamo di fronte a una immensa terra vergine. Il materiale assicurabile è sterminato. Ed ignora nella sua massima parte che cosa l'assicurazione è, e quali benefici produce.

Si chiude quest'anno il primo decennio da quando l'I. N. A. iniziò la sua attività nel campo delle Assicurazioni Popolari. Fu una attività da prima timida e come per assaggi. Solo nei tre ultimi anni le forze dirigenti dell'Istituto impressero a questo ramo di attività un ritmo più deciso, indicando alla loro organizzazione produttiva mete più vaste e consentendo mezzi più copiosi di lavoro.

Le constatazioni che si traggono da questo primo periodo sono confortanti; esse si riassumono in due cifre: mezzo milione di assicurati per un miliardo di lire di capitali.

Queste due cifre hanno un grande valore: esse dicono sostanzialmente che il terreno italiano è lavorabile, che il nostro popolo è in grado di comprendere che cosa significa l'assicurazione, ed è capace di sostenere i sacrifici necessari per mantenere in vita l'atto previdenziale.

Guardando più addentro nell'esperienza passata, altri rilievi importanti possiamo trarre, a maggiore dimostrazione della perfetta apertura del popolo italiano all'assicurazione popolare. Eccoli, poichè siamo in un ambiente di conoscitori, in poche cifre nude ma eloquenti.

Percentuale delle rescissioni:	14,81	per 100
» dei riscatti:	2,77	»
» » sinistri:	0,57	»

Non posso indicare la percentuale dei prestiti perchè non si fanno prestiti sulle polizze popolari, ciò che significa che l'assicurato in forma popolare deve votarsi ad una disciplina anche più severa degli altri assicurati, perchè non può fare assegnamento, anche in caso di bisogno, sulla parte normalmente mobilitabile dei premi versati.

Anche tenendo conto della giovinezza del portafoglio Popolare dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, quelle percentuali confrontate con le cifre analoghe della produzione ordinaria dicono queste cose importantissime e, credo per molti, inattese e sorprendenti:

1° Che il portafoglio Popolare dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni già oggi è resistente quanto quello ordinario e quindi non ha fondamento la preoccupazione da taluni affacciata (e non certo per favorire questa forma di previdenza) che le polizze siano caduche, con grave nocumento degli assicurati;

2° che l'assenza della visita medica non determina una anti-selezione dei rischi a danno dell'Istituto, perchè il popolo italiano è onesto e non abusa della liberalità delle clausole, e che, per i casi di buona fede, è sufficiente la carenza convenzionale di 3 e di 6 mesi.

Tecnicamente adunque l'esperienza di un decennio ci dice che il ramo è sano ed efficiente, e può essere coltivato ed incrementato in piena sicurezza.

Aggiungerò che industrialmente il ramo già si dimostra vitale, e cioè redditizio. Il valoroso Direttore Generale dell'Istituto ha approntato, per uso interno, il bilancio delle Popolari per il 1934, che desidero portare a vostra conoscenza, tralasciando le voci minori, secondo il costume della massima pubblicità da noi costantemente praticato:

All' Entrata :

Riserve nette alla fine del 1933	80 milioni
Premi di competenza del 1933	40 »
Reddito delle riserve	5 »
	<hr/>
	Totale 125 milioni

All' Uscita :

Oneri industriali	5.1/3 milioni
Provvigioni di acquisto e spese produzione	11.3/4 »
Provvigioni di incasso	1.3/4 »
Spese generali di amministrazione	3.1/2 »
Riserve nette alla fine del 1934	100.3/4 »
Utile dell'esercizio	1.1/2 »
	<hr/>
	Totale 125 — milioni

È di importanza decisiva il fatto che questo bilancio, pur facendo fronte alla quota di spese generali che riflette il ramo, si chiude con un piccolo utile. Affermo con tranquilla coscienza che, se così non fosse, l'Istituto dovrebbe, sia pure con rammarico, abbandonare la sua iniziativa dichiarando fallito l'esperimento, per quanto altissimo e nobile, perchè non è ammissibile che un'azienda tipicamente industriale come è l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni coltivi un ramo che non consente margini di equo beneficio.

D'altronde nessuno si preoccupi di questi giusti profitti industriali, e non li consideri in contrasto con l'elevato fine sociale che caratterizza le assicurazioni popolari. L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è un Ente dello Stato, è l'espressione assicurativa dello Stato, e non ha azionisti da remunerare, e quindi cade qualunque preoccupazione di carattere privatistico.

Inoltre da anni, con una riforma di alta giustizia — la partecipazione in quote uguali degli assicurati e dello Stato agli utili dell'Azienda — l'Amministrazione ha provveduto a reintegrare gli assicurati della eccedenza pratica dei premi pagati sulle prestazioni convenute, e a compensare lo Stato della responsabilità finanziaria assunta col fornire la sua garanzia alle polizze dell'Istituto.

Cosicchè il primo compito che questo Congresso deve assolvere, quello cioè di riassumere i risultati dell'esperienza decennale compiuta, di fare il punto nella navigazione in corso, si realizza nel modo più positivo e rassicurante che si possa desiderare.

È dimostrato dai fatti che le Assicurazioni Popolari in Italia trovano un terreno idoneo al loro più sano e promettente sviluppo; che il ramo, anche nelle condizioni più difficili e costose del periodo iniziale, è tecnicamente valido e industrialmente redditizio, e che perciò si può con serena fiducia impegnare l'attività più estesa e più energica per diffondere su scala più vasta questa forma elevatissima di previdenza in mezzo al popolo italiano. Anzi, secondo il metodo fascista, determinando i tempi e le mete, è lecito, e quindi doveroso proporsi un piano preciso, che, dopo attenta riflessione, io credo di potere formulare così: raggiungere nei prossimi dieci anni una propagazione tale delle Assicurazioni Popolari in Italia, da ottenere che ogni famiglia italiana abbia la protezione di almeno una polizza, ciò che significa elevare il numero degli assicurati dal mezzo milione attuale a 10 milioni, per un capitale complessivo di 20 miliardi di lire.

* * *

Come, per quali vie, con quali mezzi conseguire un simile risultato?

Questo costituisce il secondo compito del nostro Congresso.

Insieme dobbiamo ricercare e precisare i mezzi più sicuri, più appropriati, più rapidi per realizzare questo programma, che è indubbiamente grandioso, ma che è nell'ambito della più accertabile attuabilità. In questo modo, e in questo modo soltanto, attraverso il suo organo competente, che è l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il Regime traduce in atto sul terreno della previdenza assicurativa il monito del Duce: « Andare verso il popolo ».

Quali benefici sociali, economici, morali potranno derivare alla Italia fascista dalla attua-

zione del programma individuato da quelle cifre, non è il caso che io illustri in un raduno di persone esperte in tutti i problemi assicurativi e sociali come voi siete.

Piuttosto, per impegnare a fondo la nostra responsabilità, ricorderò quali risultati altre nazioni, non più della nostra colte e civili, hanno conseguito nel campo delle assicurazioni popolari: e ciò varrà a dimostrare come il programma da me indicato, e che il Congresso, sono certo, farà suo, è perfettamente realizzabile in Italia.

Gli Stati Uniti avevano in vigore alla fine del 1933 n. 85 milioni di polizze per 344 miliardi di lire di capitali assicurati; l'Inghilterra n. 83 milioni di polizze per 150 miliardi di lire di capitali; il Giappone n. 20 milioni di polizze per 10 miliardi di lire di capitali; la Svizzera, la piccola Svizzera a noi vicina n. 614 mila polizze per tre miliardi e mezzo di lire.

Basta riflettere un attimo su queste cifre per intendere quale questione di civiltà, di elevazione sociale e quindi di necessità è per un regime a base popolare come il Regime fascista, portare rapidamente l'Italia anche in questo campo al livello delle progredite nazioni che ho nominato. Deve essere un punto d'onore per noi, che serviamo il Regime in questo settore, fare in modo che il nostro popolo uguagli e magari superi ciò che un altro popolo di scarse risorse interne, che vive in condizioni economiche e demografiche analoghe alle nostre, come il popolo giapponese, ingegnoso e industrioso come noi, ha saputo conseguire in soli 10 anni di attività assicurativa intensa e disciplinata. Il risultato mirabile che un piccolo popolo civilissimo confinante con noi, il popolo svizzero, ha saputo ottenere, la polizza popolare in atto per ogni famiglia, deve essere fra pochi anni titolo di vanto e di sicurezza anche per il popolo italiano.

Come riusciremo in questo programma? È la parte positiva, costruttiva, come si dice ora, che il nostro Congresso deve assolvere. Per questo la vostra esperienza, il vostro consiglio ci sono più che mai necessari e perciò facciamo appello alla vostra diretta collaborazione.

Addito un elemento che l'Italia ha e che gli altri paesi non hanno, che può immensamente agevolare il nostro compito, ed assicurarci la vittoria nel termine più breve: l'organizzazione corporativa dello Stato, la disciplina professionale unitaria della Nazione sotto il segno del Littorio.

Da noi l'individuo isolato ed autonomo, indifferente al bene collettivo, non esiste più: tutti siamo saldamente inquadrati nelle associazioni professionali, dalle quali prendiamo norma per il nostro operare fuori dalla cerchia privata della nostra vita. L'intervento delle associazioni professionali più direttamente interessate all'opera nostra riuscirà per noi ausilio di valore incalcolabile, essendo di così luminosa evidenza la bontà della causa.

Sono fra gli organizzatori del Congresso i rappresentanti delle Confederazioni Nazionali dei datori di lavoro e dei lavoratori. Ad essi io rivolgo anche qui l'invito alla più intensa cooperazione. Specialmente i Capi delle Confederazioni dei Lavoratori, e della Confederazione degli Industriali, in quanto ad essa fanno capo gli artigiani, possono darci un contributo quotidiano di utilità eccezionale, perchè nelle loro file militano gli italiani operosi che costituiscono l'elemento assicurabile fondamentale che noi dobbiamo convincere e conquistare.

Io sono certo che, confortati e confermati nel loro convincimento dai lavori di questo Congresso, i camerati nostri che dirigono le organizzazioni dei lavoratori e degli artigiani italiani, vorranno porre fra i loro compiti di tutela e di elevazione delle categorie ad essi affidate la conoscenza e la diffusione della previdenza assicurativa, e agevoleranno con calore di persuasione la propagazione della nostra polizza nelle fabbriche, nelle botteghe artigiane, nelle campagne: così essi renderanno all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni un servizio prezioso, ma non sarà minore il bene materiale e morale che arrecheranno alle falangi di lavoratori dei quali hanno la protezione.

Nè si pensi che le Assicurazioni Sociali, pur così poderosamente organizzate nel nostro paese, da costituirgli un alto titolo d'onore, siano sufficienti alla completa tutela previdenziale dell'operaio, del contadino, dell'artigiano. I rapporti fra l'assicurazione obbligatoria e l'assicurazione libera formano uno dei temi più interessanti del Congresso. Si vedrà così quale essenziale, indispensabile integrazione dell'assicurazione sociale siano le assicurazioni

popolari. Noi, Amministratori dell'Istituto, desideriamo avere la collaborazione diretta ed intima dei Capi delle organizzazioni dei lavoratori e degli artigiani, perchè questa integrazione delle assicurazioni popolari si compia col massimo di garanzie e di benefici per gli assicurati.

Ma io so che i Capi di queste organizzazioni, che hanno accettato di far parte del Comitato Direttivo del Congresso con una simpatia ed una fiducia delle quali io sono ad essi vivamente grato, quando ebbero conoscenza dello sviluppo imponente delle Assicurazioni Popolari nei paesi che ho nominato, compresa l'Inghilterra e la Svizzera che pure sono protette da un potente sistema di Assicurazioni Sociali, hanno sentito l'appassionante interesse e la enorme importanza del problema proposto alla Nazione dall'Istituto con questo Congresso, tanto che una importante convenzione per la diretta collaborazione coll'Istituto per la diffusione delle assicurazioni popolari fra le forze organizzate del lavoro, è stata giorni addietro stipulata fra le Confederazioni dei Lavoratori e l'Istituto stesso, convenzione consacrata dall'altissima approvazione e dal preciso incitamento del Duce; e perciò attendo con fiducia la loro viva e convinta partecipazione in un'opera di tanta bellezza ed utilità sociale.

Un altro settore di straordinaria importanza per noi è la scuola. Il prode Quadrumviro che regge la scuola italiana, S. E. de Vecchi di Val Cismon, si è compiaciuto di emanare direttive alle gerarchie scolastiche affinchè le Assicurazioni Popolari dell'Istituto siano favorite e propagandate nelle scuole, ed ha autorizzato i Provveditori agli Studi ed una adeguata rappresentanza di maestri ad essere presenti al nostro Congresso. Tengo ad inviargli da questa sede l'espressione della nostra profonda riconoscenza; questa collaborazione ha per noi un valore morale e pratico che non si può misurare: è un riconoscimento eloquente delle alte finalità etiche da noi perseguite, ed è un aiuto diretto efficacissimo, perchè la mente del fanciullo si può più agevolmente e durevolmente plasmare, cosicchè lo scolaro che diventa portatore di una anche piccola polizza popolare e ne raccoglierà a suo tempo il beneficio, rimarrà un convinto dell'assicurazione-vita per tutta la sua esistenza.

Le nostre assicurazioni scolastiche sono ancora al loro inizio, molto si può e si deve fare per perfezionarle e renderle conformi alle necessità pratiche dei fanciulli e delle loro famiglie, come anche per precisare i modi migliori della propaganda e della persuasione, che possono essere impiegati nella scuola, e della produzione più propriamente industriale che viene invece trattata nella sede famigliare, o comunque dopo la scuola. I provveditori e gli insegnanti, che ringrazio fervidamente della opera disinteressata e appassionata svolta finora a favore delle assicurazioni popolari, potranno esserci larghi di consiglio nelle determinazioni del nostro piano d'azione su questo terreno.

L'Istituto della Mutualità Scolastica, del quale saluto con viva simpatia il degno Presidente qui presente, persegue scopi distinti dai nostri, ma coi nostri perfettamente armonizzabili, tanto che un piano di cooperazione già è stato concordato fra i due Istituti; sarà uno dei capitoli del nostro lavoro approfondire questa utile collaborazione, che può dare risultati cospicui, così a vantaggio delle finalità assistenziali, che sono proprie della Mutualità Scolastica, come dei fini previdenziali, che costituiscono l'essenza delle nostre Assicurazioni Popolari.

Il Partito Fascista, attraverso qualcuna delle sue grandi istituzioni, come il Dopolavoro, e con convenzioni dirette per le assicurazioni degli impiegati, già collabora validamente colle nostre Assicurazioni Popolari e noi gliene siamo profondamente grati. Altre collaborazioni ci potrà dare, sempre nell'interesse della civiltà fascista, colle altre sue geniali creazioni, l'Opera Maternità e Infanzia, l'Opera Nazionale Balilla, ecc. Queste collaborazioni possibili e vivamente desiderate saranno studiate nel corso del Congresso, e io confido che proposte e determinazioni pratiche saranno elaborate, che si dimostreranno utili allo scopo che vogliamo raggiungere. Della simpatia e dell'aiuto finora accordatici dal Partito noi ci facciamo forti e ci sentiamo fieri. Al Segretario del Partito esprimo per quest'aiuto il nostro vivo ringraziamento.

La Chiesa Cattolica, colla Polizza Nuziale, ha accettato il concorso dell'Istituto Nazionale per il raggiungimento di quelle elevate finalità famigliari ed etiche che Essa raccomanda ai suoi fedeli. È un riconoscimento di altissima importanza. La Polizza è di recente istitu-

zione: gli inizi sono sempre ardui e lenti, quando l'opera investe masse enormi di persone. Ma la volontà nostra di portare anche questa polizza al successo che si merita è inflessibile, e raggiungerà la vittoria, per l'assistenza del clero, che non ci verrà meno, e per il valore intrinseco incontestabile della polizza stessa. Su un'altra forma popolare creata dall'Istituto — la Polizza *Pacis* — l'ausilio della Chiesa potrà essere utilissimo, con beneficio così dei previdenti come della Chiesa.

Queste forze immense, unite all'intelligenza, alla disciplina, allo spirito di risparmio, di sacrificio e di previdenza del nostro popolo, ci assicureranno la vittoria, se i nostri sforzi saranno da questo Congresso ben orientati e concertati.

Signori, ho finito il mio breve discorso di impostazione dei lavori del nostro Congresso. Il consenso e l'incitamento del Capo imprimono all'opera nostra un suggello di interesse e di utilità nazionale. È il viatico più prezioso che noi potessimo desiderare. Forti di questo sostegno potentissimo, sicuri della bontà della causa, certi del concorso di tutte le condizioni favorevoli che il Regime ci offre, compiremo certamente in questi giorni opera utile al Regime e altamente provvida per il laborioso e virtuoso popolo italiano, preparando il terreno per la realizzazione nel decennio del programma che ho prima indicato: una polizza di assicurazione-vita in ogni famiglia italiana.

I Congressi Internazionali di Medicina dell'Assicurazione Vita

(Un capitolo di storia della medicina applicata alle assicurazioni)

Dott. FERNANDO VICENTINI

FONTI DEL PRESENTE ARTICOLO.

- Premier Congrès International des Médecins des Compagnies d'assurances*, Bruxelles, 1899. Rapports. Procès verbaux des séances publiés par le Dr. E. Poëls, Secrétaire général du Congrès. — Bruxelles, Imprimerie Bruylant-Christophe et C.ie, 1899.
- Troisième Congrès International des Médecins de Compagnies d'Assurances tenu à Paris du 25 au 28 mai 1903*. Procès verbaux des séances publiés par M. le Dr. Armand Siredey, Secrétaire général du Congrès. — Paris, Masson et C.ie, Éditeurs, 1903.
- Id. id. id. Rapports Présentés au Congrès. — Paris, Masson, 1903.
- Prof. Dott. FLORSCHUTZ, *Die Internationalen Kongresse der Versicherungsärzte (Versicherungsmedizin)*, 1899, 1901, 1903 und 1906. — Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, 1932.
- Verbali di sedute del Comitato permanente per lo studio della medicina di assicurazione vita. Lettere, circolari*, ecc. esistenti nell'Archivio del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Fino verso la fine del secolo scorso il compito dei medici delle Compagnie di Assicurazione vita si limitava a fare la distinzione tra rischi normali ed anormali e ad escludere questi ultimi dalla assicurazione. Circa i criteri di selezione vigeva la massima severità, cosicché veniva scartato ogni individuo che avesse perfino la parvenza di una tara e in ciò le Compagnie si rimettevano ciascuna al proprio medico, che non pensava nemmeno lontanamente alla opportunità di scambiare le proprie idee ed il frutto della propria esperienza con i colleghi delle altre. Fu solo con l'inizio della accettazione in assicurazione vita dei rischi tarati che i medici delle Compagnie cominciarono a sentire la necessità di riunirsi per cercare di risolvere insieme i problemi talora imbarazzanti, connessi a tale questione. Essi si venivano a trovare nella situazione molto delicata di dover salvaguardare gli interessi delle loro Compagnie e nello stesso tempo far beneficiare dell'assicurazione dei soggetti che in coscienza ritenevano accettabili, ma che per tradizione le Compagnie avevano sempre rifiutato.

Di qui il bisogno di dividere la propria responsabilità con gli altri medici esperti, di qui l'origine dei congressi di medicina assicurativa.

La creazione di essi è dovuta al merito del Dr. Poëls, medico capo della Compagnia Belga delle Assicurazioni Generali di Bruxelles. Egli nel dicembre 1898 inviò ai medici delle Compagnie di Assicurazione la seguente lettera :

Signore e stimato collega,

abbiamo l'onore di farvi sapere che abbiamo preso l'iniziativa di riunire in un Congresso i Medici delle Compagnie di Assicurazione vita ed infortuni.

Lo scopo del congresso è di poter discutere in comune diverse quistioni di ordine scientifico come : le neurastenie, le nevrosi traumatiche, la continuità degli stati morbosi a traverso la vita ecc. e la necessità di stabilire un formulario medico uniforme per le assicurazioni sulla vita.

Noi speriamo di poter contare sulla vostra adesione al congresso e vi saremmo molto riconoscenti se voi voleste indicarci una quistione da mettere all'ordine del giorno e sulla quale voi desiderate riferire.

Ricevete ecc.

Dott. POËLS

Medico capo della Compagnia Belga
di Assicurazioni sulla vita a Bruxelles.

Segui un lungo carteggio frutto del quale fu l'organizzazione del Primo Congresso Internazionale dei Medici delle assicurazioni.

A tutte le Compagnie dei paesi nei quali vigeva l'Assicurazione sulla vita e sugli infortuni fu inviata la seguente circolare :

« Portiamo con la presente a vostra conoscenza che dal 25 al 28 settembre 1899 si terrà a Bruxelles il Primo Congresso Internazionale dei medici di assicurazione. Lo scopo di questa riunione è la discussione di quistioni mediche relative a detta materia. Qualunque comunicazione di altro genere non è ammissibile e non verrà presa in considerazione.

I lavori del congresso dovranno approfondire lo stato reale della diagnosi e della prognosi di certe e determinate malattie e le conclusioni circa tali stati morbosi nei riguardi dell'assicurazione sulla vita, che sono di assoluta necessità per le Compagnie.

Il comitato direttivo ha già ricevuto numerosi riscontri dai principali paesi europei e dagli Stati Uniti di America.

Il I Congresso Internazionale dei medici di assicurazione :

Il Presidente Dott. VLEMINCKX

Il Segretario generale Dott. POËLS.

A tale iniziativa aderirono le seguenti nazioni : Germania, Stati Uniti di America, Inghilterra, Austria, Belgio, Bulgaria, Danimarca, Francia, Italia, Norvegia, Nicaragua, Paesi Bassi, Romania, Russia, Serbia, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria.

Il Congresso ebbe luogo a Bruxelles dal 25 al 29 settembre 1899.

Riportiamo qui appresso i nomi dei componenti il Comitato organizzatore :

Presidenti onorari : Barone Maurice Van der Bruggen, Ministro dell'Agricoltura - Léon de Bruyn, ex-Ministro dell'Agricoltura e dei Lavori Pubblici.

Comitato organizzatore : Presidente : Dr. Vleminckx, Medico onorario degli Ospedali, Medico legale, Membro dell'Accademia reale di Medicina del Belgio ecc.

Vice-Presidenti : Dr. Gallet, dell'Università Libera di Bruxelles ; Dr. Verriest, Professore all'Università di Lovanio, Capo di Clinica Interna.

Segretario Generale : Dr. Poëls, Medico Capo della Compagnia belga di Assicurazioni Generali.

Segretari : Dr. Crocq, Medico della Compagnia d'Assicurazione « La Reale Belga » - Dr. Wybaux, Medico aggiunto degli Ospedali di Bruxelles.

Segue il tesoriere e numerosi membri effettivi ed onorari.

Nella seduta inaugurale parlarono il Barone van der Bruggen, Ministro dell'Agricoltura e Presidente del Congresso, il Dr. Vleminckx, Presidente del Comitato di organizzazione, il Sig. Adan, presidente della Associazione degli Attuari belgi, ed infine il Dr. Poëls, Segretario generale del Congresso.

Seguì la esposizione e discussione delle relazioni e comunicazioni, delle quali ci limitiamo a riportare i titoli :

1° - *L'utilità di un formulario medico universale* - Relatore : Dr. E. Poëls, medico esperto della « Compagnia Belga di Assicurazioni Generali ».

2° - *Il segreto medico e l'Assicurazione sulla vita* - Relatore : Dr. J. Van Geuns, medico capo della Algemeene Maatschappij di Amsterdam.

3° - *L'antropologia e l'Assicurazione sulla vita* - Relatore : Dr. E. Houzé, professore di antropologia all'Università di Bruxelles.

4° - *L'esame del cuore in materia di assicurazione vita* - Relatore : Dr. Moritz (Pietroburgo).

5° - *La diagnosi precoce della paralisi generale progressiva* - Relatore : Dr. R. Verhoogen (Bruxelles).

6° - *Le nevrosi traumatiche in materia d'assicurazioni* - Relatore : Dr. J. Crocq (Bruxelles).

7° - *Quali sono i nevrastenici che si possono accettare e quali sono quelli che si debbono rifiutare* - Relatore : Dr. Mahillon, consigliere medico della Cassa di Assicurazioni.

8° - *Tubercolosi umana - Contagio ed eredità, considerate dal punto di vista dell'assicurazione vita* - Relatore : Dr. J. Meyer (Metz).

9° - *L'ammissibilità dei sifilitici in assicurazione* - Relatore : Dr. Bayet (Bruxelles).

10° - *La frode in materia di assicurazione sulla vita* - Relatore : Dr. Weill-Mantou, medico della Compagnia di assicurazioni « La Fenice » (Parigi).

11° - *L'ammissibilità dei glicosurici* - Relatore : Dr. Le Boeuf (Bruxelles).

12° - *L'ammissibilità degli albuminurici alla assicurazione sulla vita* - Relatore : Dr. Wybauw (Bruxelles).

13° - *La radiografia in materia di assicurazioni* - Relatore : Dr. Maffei (Bruxelles).

COMUNICAZIONI : 1° - *Alcuni dati statistici sulla mortalità degli assicurati* - Dr. Ferand, medico della Compagnia d'Assicurazioni generali.

2° - *L'assicurazione vita e l'alcoolismo cronico* - Dr. De Boeck (Bruxelles).

3° - *L'importanza delle affezioni suppurative dell'orecchio dal punto di vista dell'assicurazione sulla vita* - Dr. E. Coosemans.

4° - *Statistiche mediche della University Life Assurance Society* - Dr. Reginald E. Thompson.

5° - *Memorandum sulla mortalità della University Life Assurance Society* - H. W. Andras, attuario.

Nella seduta di chiusura del congresso il Segretario Generale Dott. Poëls progettò la fondazione di un Istituto Internazionale dei medici esperti e così disse : « questo Istituto sarebbe come la Confederazione delle sezioni costituite nei vari Paesi. La sezione Belga avrebbe come Bureau dei membri del Comitato di Organizzazione di questo Congresso e sarebbe desiderabile che i dignitari delle altre sezioni fossero scelti in preferenza tra i membri che hanno preso una parte attiva ai nostri lavori.

La missione di questo Istituto sarà di studiare le differenti quistioni relative alle Assicurazioni (Vita e Infortuni), di propagare le idee emesse dai membri di questo Congresso, di provocare una intesa relativa alla uniformità delle statistiche e infine di preparare i lavori del futuro Congresso ».

Questa iniziativa trovò buona accoglienza fra i rappresentanti di tutti i Paesi e il Dott. Poëls fu incaricato di preparare un piano completo da sottoporre all'esame del Congresso successivo.

Fu stabilito infine che il secondo Congresso Internazionale dei medici di Compagnie di Assicurazione fosse tenuto in Amsterdam nell'anno 1901.

Circa i risultati di questo primo Congresso il Dott. Florschütz così si esprime nel suo articolo: « anche se il Congresso non dette immediati e tangibili risultati pratici per la Medicina Assicurativa, fu assai importante per la novità e lo spirito innovativo. Esso era il primo del genere e si trattò di dimostrare l'opportunità di riunione dei medici, nonchè di preparare il terreno per i futuri Congressi. E questo scopo venne pienamente raggiunto. È stata anche sommamente utile la conoscenza reciproca dei rappresentanti delle varie Nazioni e non meno importante lo scambio personale di opinioni su questioni tecniche o di attualità interessanti la classe dei medici di Assicurazione ». Da tale Congresso emerse chiaramente che nelle quistioni di medicina delle Assicurazioni non si deve seguire l'osservazione di singoli casi clinici ma ci si deve basare sopra il ricchissimo materiale a disposizione delle Compagnie e degli Istituti di Assicurazione. Era la prima affermazione del metodo statistico applicato alla Medicina di Assicurazione vita.

Il secondo Congresso Internazionale dei medici di assicurazione fu tenuto in Amsterdam dal 23 al 26 settembre 1901. Di esso non siamo in grado di dare notizie dettagliate, non essendo in possesso dei verbali delle sedute. Ci riferiamo quindi al poco che di esso ha scritto il Dr. Florschütz nel suo lavoro.

Nello svolgimento di questo congresso si ebbe subito la sensazione del notevole progresso fatto dalla medicina di assicurazione. Le relazioni furono fatte e le discussioni dirette da medici esperti di Compagnie di assicurazione i quali portarono i risultati della propria esperienza.

Erano rappresentati tutti i paesi nei quali si eserciva la scienza assicurativa ad eccezione dell'Inghilterra, che si limitò ad inviare un'adesione scritta.

Purtroppo il Dr. Florschütz non riferisce gli argomenti dei temi di relazione, solo si limita a ricordare che fu proseguita la discussione iniziata nel primo Congresso, sul formulario universale proposto dal Dr. Poëls. Questi fece una interessante ed esauriente relazione sulla assicurazione dei rischi tarati, per i quali è indispensabile il certificato del medico fiduciario.

Nella seduta di chiusura fu approvato il progetto del Dr. Poëls circa la fondazione di una Unione Internazionale dei medici delle Compagnie di Assicurazione e ne venne deliberata la immediata costituzione. Essa ebbe il nome di « *Association Internationale des Médecins Experts* », ebbe un Comitato Centrale a Bruxelles e dei sottocomitati nei vari paesi. I soci furono distinti in ordinari e straordinari; alla prima categoria potevano appartenere solo i medici delle Compagnie, alla seconda potevano essere iscritti medici e non medici. Ad agevolare le relazioni fra il Comitato Centrale ed i Comitati locali fu stabilita la pubblicazione di un periodico trimestrale: « *Bulletin de l'Association Internationale des Médecins Experts de Compagnies d'Assurances* » (1).

Fu stabilito che il prossimo Congresso avrebbe avuto luogo a Parigi nel 1903.

Assai rapida procedette la organizzazione della Associazione Internazionale dei Medici Esperti ecc.: verso la fine del 1902 esistevano Comitati nazionali in America, Danimarca, Francia, Olanda, Italia, Giappone, Norvegia, Austria, Rumania, Russia, Svezia, Svizzera, Spagna, Turchia ed Ungheria, con un complesso di 450 soci. In Germania si radunò in un primo tempo un gruppo di 47 soci i quali però in un secondo tempo passarono a costituire un reparto di studi per la medicina assicurativa in seno all'Unione tedesca per la Scienza Assicurativa. Vennero quindi a mutarsi i rapporti di questo Comitato verso l'Unione Internazionale dei medici esperti delle Compagnie di assicurazione, vedremo in seguito con quali conseguenze.

(1) Questo bollettino ebbe vita per sei anni; veniva stampato in Bruxelles dalla Casa Sederins. Esso si componeva di due parti: la prima era riserbata ai lavori relativi alla specializzazione medica in materia di Assicurazione sulla vita, nella seconda oltre a lavori originali vi erano i sunti dei principali articoli pubblicati sulla medicina delle Assicurazioni contro gli infortuni.

Il Terzo Congresso Internazionale dei Medici di Compagnie di Assicurazione fu tenuto a Parigi dal 25 al 28 maggio 1903. Come riferì nella seduta inaugurale il Segretario generale Dr. A. Siredey, molto laboriosa ne era stata l'organizzazione e non poche difficoltà si dovettero superare. In quell'epoca in Francia le Assicurazioni erano molto indietro e per conseguenza non esistevano medici di Assicurazione nel vero senso della parola. Per di più era affatto recente la promulgazione della legge sugli infortuni del lavoro e l'applicazione di essa aveva sollevato delle divergenze tra i medici pratici e i medici rappresentanti le Compagnie di assicurazioni contro gli infortuni. Per tale motivo le quistioni relative alla medicina dell'assicurazione infortuni furono escluse da questo Congresso che rimase solamente limitato alle assicurazioni sulla vita. Per tutte queste cause gli appelli del segretario generale ai medici della Francia non ebbero un risultato molto lusinghiero e il numero dei congressisti francesi fu di molto inferiore alle speranze.

Presidente onorario del Congresso fu nominato il Sig. Trouillot, Ministro del Commercio e dell' Industria.

Ecco la composizione del Comitato organizzatore :

Presidente : Prof. Brouardel, membro dell' Istituto e dell' Accademia di Medicina, medico della Compagnia « Equitable » degli Stati Uniti.

Vice-Presidenti : Prof. Landouzy, membro dell' Accademia di Medicina, medico della Compagnia di « Assicurazioni Generali » - Dr. Peyrot, senatore, membro dell' Accademia di Medicina, medico della Compagnia « le Phoenix » - Dr. Lereboullet, membro dell' Accademia di Medicina, medico delle Compagnie « le Monde » e « la Foncière » - Dr. Poëls, medico della Compagnia belga di « Assicurazioni generali », segretario generale dell' Associazione Internazionale dei medici esperti.

Segretario generale : Dr. Armando Siredey, medico dell' Ospedale S. Antoine, medico delle Compagnie di Assicurazioni « l' Urbaine » e « l' Aigle ».

Segretario generale aggiunto : Dr. Emery, medico della Compagnia « le Phoenix ».

Tesoriere : P. V. Masson, editore.

Segue un elenco di 21 membri del comitato, medici e direttori di Compagnie di Assicurazioni.

Il governo italiano nominò suo delegato ufficiale il Marchese Paulucci de Calboli, primo segretario dell' Ambasciata d' Italia a Parigi. Delle Compagnie di Assicurazione intervenne la sola « Compagnia di Assicurazioni di Milano » con il suo Medico Capo Dr. Brambilla.

Le nazioni che parteciparono a questo congresso furono : Germania, Inghilterra, Austria, Repubblica Argentina, Belgio, Danimarca, Spagna, Stati Uniti, Francia, Olanda, Ungheria, Italia, Giappone, Norvegia, Rumania, Russia, Svezia, Svizzera, Turchia.

Riportiamo i titoli delle relazioni e delle comunicazioni fatte :

1° - *Le affezioni croniche delle vene* - Relatore : Dr. Moritz (Pietroburgo).

2° - *La gotta dal punto di vista delle Assicurazioni sulla vita* - Relatore : Dr. Lereboullet (Parigi).

3° - *Il reumatismo articolare acuto in materia di assicurazioni sulla vita* - Relatore : Dr. Grosse (Lipsia).

4° - *L' asma dal punto di vista dell' assicurazione vita* - Relatore : Dr. Mahillon (Bruxelles).

5° - *L' enfisema polmonare* - Relatore : Dr. E. Hirtz (Parigi).

6° - *I vecchi pleuritici e l' assicurazione* - Relatore : Dr. P. Bourcy (Parigi).

7° - *Sul valore di certe misure dal punto di vista della tubercolosi* - Relatore : Dr. K. Snellen (Zeist, Olanda).

8° - *I rischi tarati - Tubercolosi delle ossa e delle articolazioni* - Relatore : Dr. E. Poëls (Bruxelles).

9° - *Alcune osservazioni sulla ammissibilità dei rischi tarati* - Relatore : Dr. Th. H. Rocwell (Londra).

10° - *Sui nuovi metodi tentati nei paesi scandinavi per l'ammissione dei rischi tarati* - Relatore : Sven Palme (Stockholm).

11° - *Sull'esame radioscopico nei candidati all'assicurazione vita* - Relatore : Dr. A. Beclère (Paris).

12° - *Sull'intervento degli specialisti e degli esami speciali nell'assicurazione sulla vita* - Relatore : Dr. J. Weill-Mantou (Paris).

13° - *Si debbono assicurare le donne gravide?* - Relatore : Dr. L. Tissier (Parigi).

14° - *Sull'ammissione dei candidati sopra i 50 anni* - Relatore : Dr. C. C. Van der Heide (Arnhem).

15° - *La litiasi biliare nei suoi rapporti con le assicurazioni sulla vita* - Relatore : Dr. A. Garrigues (Parigi).

16° - *La litiasi renale e l'assicurazione sulla vita* - Relatore : Dr. H. Gillet (Parigi).

17° - *Sull'obesità come fattore nell'assicurazione sulla vita* - Relatore : Dr. R. Norton (Parigi).

18° - *Le deviazioni della colonna vertebrale dal punto di vista del medico di assicurazione* - Relatore : Dr. G. Schulthess (Zurigo).

19° - *Le deformità della colonna vertebrale e del torace dal punto di vista delle assicurazioni sulla vita* - Relatore : Dr. Redard (Parigi).

20° - *I restringimenti dell'uretra dal punto di vista delle assicurazioni sulla vita* - Relatore : Dr. P. Guillon (Parigi).

COMUNICAZIONI : 1° - *Le nuove tavole di mortalità della Banca di Gotha* - Dr. Florschutz (Gotha).

2° - *Saggio di statistica medica dei rifiuti in Russia* - Dr. O. De Petersen (Pietroburgo).

3° - *Gli albuminurici e le assicurazioni sulla vita* - Dr. V. Torkomian (Costantinopoli).

Nella seduta di chiusura del Congresso il Dr. Florschutz invitò l'Assemblea a fissare Berlino per sede del IV Congresso, ritardando quest'ultimo fino al 1906, essendo suo desiderio che il Congresso dei medici di assicurazione coincidesse con il Congresso della Società per lo sviluppo della Scienza di Assicurazione.

Messa ai voti tale proposta, fu accettata all'unanimità.

Purtroppo non siamo riusciti a procurarci il volume delle relazioni e dei verbali del IV Congresso tenutosi a Berlino dal 10 al 15 settembre 1906. Siamo perciò costretti a ricorrere ancora al lavoro del Dott. Florschutz. L'organizzazione cominciò nel 1904, e verso la fine del 1905 il programma era già pronto e fu stampato nel Bollettino del Dott. Poëls.

I temi proposti alla discussione furono i seguenti :

per l'Assicurazione Vita :

1° - Il precoce riconoscimento della tendenza alla tubercolosi, soprattutto alla tubercolosi polmonare.

2° - L'obesità e la sua importanza per l'Assicurazione vita.

3° - L'influenza della sifilide sulla durata della vita.

4° - La clausola aggiunta nel contratto di Assicurazione.

per l'Assicurazione infortuni :

1° - L'influenza delle malattie interne sugli infortuni in generale.

2° - Il peggioramento di malattie mentali nel corso di infortuni.

3° - Influenza dei traumi nelle malattie del midollo e del cervello latenti o palesi.

4° - Il peggioramento delle nevrosi funzionali a causa di infortuni.

Il Comitato direttivo del Congresso risultò così costituito :

Presidente onorario : S. E. il ministro di stato Dr. Von Studt, Ministro della Istruzione.

Presidente : Consigliere Prof. Dr. Kraus di Berlino.

Vice-presidente per l'Assicurazione vita : Prof. Dr. Florschutz di Gotha.

Vice-presidente per l'Assicurazione infortuni : Prof. Dr. Unverricht di Magdeburg.

Segretario Generale per i lavori sino all'apertura del Congresso il segretario generale delle Società per la Scienza assicurativa : Dr. Manes di Berlino ;

poi il relatore della specialità per la Medicina assicurativa : Dr. Bierbach di Berlino ; aggiunto in qualità di segretario generale dell'Associazione Internazionale dei Medici di Assicurazione : Dr. Poëls di Bruxelles.

Degno di ricordo è il fatto che il Congresso non fu preparato dal Comitato della Associazione Internazionale dei medici di assicurazione, ma dal reparto della specialità Medicina assicurativa della Società tedesca per la Scienza assicurativa, cosicchè fu denominato Congresso Internazionale di medicina assicurativa, e fu tenuto contemporaneamente alla Associazione tedesca per la Scienza assicurativa della quale godette della ospitalità. Di conseguenza, gli inviti, le comunicazioni ecc. non partirono dal Comitato centrale in Bruxelles ma direttamente dal comitato direttivo del Congresso costituito dal Dr. Hahn rappresentante della Associazione tedesca per la Scienza assicurativa, dal Dr. Florschütz rappresentante del reparto speciale per la Medicina assicurativa e dal segretario generale per entrambe il Dr. Manes.

In questo congresso fu per la prima volta nettamente separata la medicina assicurazioni vita da quella degli infortuni.

L'affluenza dei partecipanti fu superiore ad ogni aspettativa. Intervenero 198 rappresentanti di 16 paesi.

Il Dr. Florschütz nel suo articolo nulla ha riferito circa il contenuto delle relazioni e delle discussioni cui dettero luogo. Dice solamente che il Congresso fu e nella organizzazione e nello svolgimento « *veramente grande* ». Fu stabilito al termine di esso che la sede del successivo congresso da tenersi nel 1909 sarebbe stata Vienna. Ma il congresso non ebbe mai luogo.

Ritengo interessante riferire alla lettera gli ultimi capoversi dell'articolo del Dr. Florschütz :

« Disgraziatamente in Austria non esisteva una Società per la scienza assicurativa e per quanti sforzi si facessero anche da me, dal Dr. Poëls di Bruxelles, dal Dr. Hahn e dal Dr. Klang non si raggiunse lo scopo. Poco dopo l'Associazione Internazionale si decompose e si arrivò alla guerra. Le nazioni vincitrici furono e sono paesi di scienza attuaria e naturalmente non si ebbero successivamente che Congressi di Attuari. Però le cose non andranno sempre così ed i medici delle assicurazioni hanno dinanzi a loro un grave compito, quello di prepararsi a riprendere le sedute così ricche di risultati ».

Il Dr. Florschütz rispondendo ad una domanda rivoltagli circa le ragioni dello sfacelo dell'Associazione Internazionale dei medici di Assicurazione si limita a dire che il colpo fu dato da divergenze personali nel Comitato Centrale in Bruxelles, in lotta con alcuni Comitati locali, cosa inevitabile data la loro erronea composizione. Queste notizie sono state invece diversamente riferite ed interpretate dal Dr. Hörnig in un suo discorso pronunciato nel settembre del 1932. Il congresso di Berlino non designò la località per il successivo, ma incaricò della cosa un Comitato. Furono fatti degli approcchi perchè detto Congresso potesse aver luogo in associazione con quello Internazionale degli Attuari, ma l'accordo non potè esser concluso. Il Comitato centrale dell'Associazione Internazionale dei medici di Assicurazione fece un tentativo mediante un appello pubblicato nel Bollettino dell'Associazione stessa nel 1907, indirizzato ai Comitati Nazionali : ma non vi fu risposta. Riguardo ai motivi per i quali i Congressi non poterono continuare a tenersi, il Dr. Hörnig pensa che sia stato il Comitato permanente dei Congressi Internazionali per gli infortuni e le malattie del lavoro, ad assorbire una gran parte dei medici che erano stati fino allora membri dell'Associazione Internazionale dei medici esperti delle Compagnie di Assicurazione ; in quei tempi il dominio della medicina delle Assicurazioni Vita era talmente piccolo da non giustificare un Congresso Internazionale a sè. Infatti proprio nel 1905 era stato tenuto a Liegi un Congresso Internazionale degli infortuni e malattie del lavoro a cura di un Comitato Internazionale.

Ma a mano a mano che l'Assicurazione Vita si è andata diffondendo soprattutto in rapporto con l'ingrandimento del cerchio delle persone che potevano esservi ammesse è stato di nuovo sentito dai medici delle Compagnie il bisogno di riunirsi e di scambiarsi le loro idee e di comunicarsi e discutere i risultati della propria esperienza. Ciò accadde diversi anni

dopo la guerra. Nel 1925 il Dr. Hörnig prese parte al Congresso di infortunistica in Amsterdam e nel 1928 si incontrò a Budapest in occasione di un altro congresso con i singoli rappresentanti della medicina di assicurazione vita. I risultati di tali approci furono :

1° l'invito da parte del comitato permanente per la medicina degli infortuni rivolto in risposta ad una loro richiesta, ai medici cultori di Medicina di Assicurazione Vita di entrare a far parte della loro Società ed il voto da questo espresso per una ulteriore intesa dopo che i rappresentanti della medicina di Assicurazione Vita si fossero meglio organizzati ;

2° la riunione tenutasi a Ginevra il 5 agosto 1931 da parte di un gruppo di medici di Compagnie di Assicurazione Vita, là convenuti in occasione del VI Congresso Internazionale per la medicina infortunistica e le malattie professionali. Erano presenti : il Dr. Hörnig di Berlino, il Prof. Berdstrand di Stoccolma, il Prof. Romanelli di Roma, il Dott. Coert di Haag, il Dr. Keuller di Berlino, il Dr. Wagner di Berlino, il Dr. Alexsander Katz di Amburgo, il Dr. Neüstätter di Berlino, il Dr. Kaufmann di Zurigo. In tale seduta il Dr. Hörnig parlò della richiesta da lui avanzata al Comitato permanente dei Congressi Internazionali di medicina infortuni nella primavera del 1931, richiesta che era stata sottoscritta dai rappresentanti di 16 Stati Europei. Con essa si invocava la costituzione di una sezione di medicina di Assicurazione Vita nei congressi Internazionali per la medicina infortunistica e le malattie professionali, avendo ormai la medicina di Assicurazione Vita qualche punto in comune con la medicina infortunistica a causa dell'assicurazione addizionale contro gli infortuni e dell'assicurazione di invalidità. Fu pertanto costituito un comitato provvisorio di lavoro per la compilazione degli Statuti e l'organizzazione del I Congresso, costituito dai seguenti membri : Dr. Hörnig presidente, rappresentante della Germania, Dr. May per l'Inghilterra, Dr. Goffin per il Belgio, Dr. Coert per l'Olanda, Prof. Romanelli per l'Italia, Prof. Bergstrand per la Svezia, Dr. Kauffmann, segretario, per la Svizzera (a breve distanza di tempo fu nominato anche il rappresentante della Francia nella persona del Dr. Loeper). Il Prof. Romanelli propose che accanto ai consulenti medici delle varie Compagnie, membri ordinari del Comitato, venissero nominati come membri straordinari i medici fiduciari. Inoltre divise i compiti della Medicina delle Assicurazioni vita in tre categorie : diagnosi, prognosi, provvidenze sanitarie a favore degli assicurati, ed auspicò che tale ripartizione fosse posta a base del programma del I Congresso. Fu senz'altro scartata l'idea relativa ad una probabile unione della medicina della assicurazione vita, con la scienza delle Assicurazioni per quello che riguardava i Congressi ; anzi l'Assemblea si dichiarò unanime nella decisione che se per qualche motivo non fosse stata possibile la collaborazione col prossimo congresso di Medicina infortunistica, si sarebbe organizzato un Congresso autonomo.

Il giorno seguente 6 agosto fu tenuta una seconda seduta.

In essa il Dr. Kauffmann riferì che mentre i medici infortunisti erano disposti a tenere il loro congresso insieme a quelli dell'Assicurazione vita, lo stesso non poteva dirsi per i medici delle malattie professionali non essendo ciò previsto nei loro statuti. Fu pertanto stabilito che il Congresso dei medici dell'Assicurazione vita sarebbe stato tenuto nello stesso luogo e contemporaneamente al 7° Congresso degli infortuni e delle malattie del lavoro, e cioè a Bruxelles nel 1935, ma che le due organizzazioni sarebbero state fatte separatamente, mantenendo solo rapporti di buon vicinato.

L'11 settembre 1932 il Bureau provvisorio del Comitato permanente Internazionale per lo studio della medicina in materia di Assicurazione Vita, si riunì a Bruxelles, nel palazzo della Compagnia Belga delle Assicurazioni Generali. Tale assemblea approvò il progetto dello Statuto del Comitato permanente Internazionale ed il regolamento del Congresso. Approvò altresì la lista dei 38 membri del Comitato permanente proposti da 15 Paesi : Belgio, Danimarca, Germania, Inghilterra, Francia, Olanda, Italia, Norvegia, Austria, Polonia, Svezia, Svizzera, Spagna, Cecoslovacchia ed Ungheria.

Alla carica di vice Presidente del Bureau e del Comitato fu eletto il Dr. Goffin di Bruxelles ; il medesimo fu incaricato di occuparsi dell'organizzazione del I Congresso di Medicina di Assicurazione vita che come abbiamo detto avrebbe dovuto aver luogo a Bruxelles nel 1935.

Fu tenuta una importante discussione circa i soggetti delle relazioni e fu deciso che gli argomenti dovessero essere trattati sotto il duplice punto di vista medico-generale e statistico. Furono infine scelti i seguenti temi :

- 1° I metodi per la valutazione dei rischi.
- 2° La prognosi dell'ipertensione.
- 3° L'accettazione del glicosurici.
- 4° Le ulcere gastro-duodenali nell'Assicurazione vita.
- 5° Il valore delle misure preventive nell'Assicurazione vita.

Al Dr. Poëls, Segretario Generale dei precedenti Congressi fu inviato un messaggio.

Senonchè mentre sembrava che tutto procedesse per il meglio, sorsero improvvisamente delle divergenze di vedute cosicchè il Dr. Goffin si vide costretto a declinare l'incarico affidatogli di provvedere alla organizzazione del congresso. Questo accadde nel settembre 1933. Scartata Bruxelles quale sede del Congresso e scisso ogni rapporto con l'Associazione Internazionale di medicina degli infortuni e delle malattie del lavoro, dietro gentile offerta del Dr. May, rappresentante dell'Inghilterra, fu stabilito che a Londra avrebbe avuto luogo il Congresso. Per prendere accordi sul da farsi di fronte a questa nuova situazione che si era creata, il Dr. Kauffmann Segretario Generale del Comitato permanente riuni il 13 maggio 1934 a Zurigo tutti i membri del Bureau. In tale seduta il Dr. Hörnig presentò la lista del Comitato Internazionale di medicina di Assicurazione vita al completo : 23 Paesi con 80 rappresentanti e il Dr. May riferì il programma per l'organizzazione del Congresso di Londra definitivamente fissato per la data dal 23 al 27 luglio 1935 nella sede della Prudential. Furono infine nominati i relatori dei 5 principali temi.

Il primo Congresso Internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita ha avuto luogo in Londra dal 22 al 27 luglio 1935. Ad esso 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. Riferiamo solamente i nomi dei componenti la delegazione italiana :

Prof. Romanelli, rappresentante del Ministero delle Corporazioni, dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e del Consorzio Italiano dei Rischi Tarati.

Prof. C. De Gregorio, rappresentante del C.I.R.T.

Prof. Pilotti, rappresentante del C.I.R.T.

Prof. L. Winternitz, rappresentante delle Assicurazioni Generali di Trieste.

Dr. G. Comirato, rappresentante delle Assicurazioni Generali di Venezia.

Dr. A. Sultano, dell'I.N.A.

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

Il congresso si è svolto sotto il patronato del Duca di York.

Comitato direttivo :

Presidente : Prof. Sir Walter Langdon Brown.

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

Segretario : Dr. Otto May di Londra.

Tesoriere : Dr. Stanley Bousfield.

I lavori ebbero inizio la mattina del 24 luglio con un discorso inaugurale del Presidente Prof. W. Langdon Brown. Il rappresentante della Germania Dr. Hörnig, quello della Francia Dr. Loeper e quello dell'Italia Prof. Romanelli porsero il loro caldo saluto ai congressisti.

I temi di relazione vennero trattati e discussi nel seguente ordine :

24 luglio (ore 10 a. m.) : *Metodi della valutazione dei rischi* - Relatori : Dr. Josef Sturm (Monaco) ; Dr. Chester T. Brown (Newark).

Alla discussione presero parte degli Italiani, il Prof. De Gregorio e il Prof. Winternitz.

24 luglio (ore 2,30 p. m.): *La prognosi dell'ipertensione* - Relatori: Dr. R. May e Dr. Jean Ollivier (Parigi); Prof. Dr. L. Winternitz (Trieste).

25 luglio (ore 9,30 a. m.): *L'accettazione dei glicosurici* - Relatori: Prof. Sir W. Langdon Brown (Cambridge); Proff. Hijmans van den Bergh (Utrecht) e De Langen (Olanda).

25 luglio (ore 2 p. m.): *L'ulcera gastro-duodenale e l'Assicurazione vita* - Relatori: Prof. Dr. I. Romanelli (Roma); Drr. Faroy e Carriè (Parigi).

26 luglio (ore 9,30 a. m.): *Il Servizio sanitario e l'Assicurazione vita* - Relatori: Dr. S. B. Scholz (Philadelphia); Dr. O. Neustätter (Berlino).

Riportiamo anche i titoli di alcune delle interessanti comunicazioni:

Prof. Dr. I. Romanelli (Roma): *Organizzazione attuale della statistica medica presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.*

Prof. Dr. I. Romanelli (Roma): *Le realizzazioni nel campo dell'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I.N.A.*

Dr. Giuseppe Comirato (Venezia): *Accettazione dei glicosurici.*

Dr. L. Coppet (Parigi): *35 Years of Numerical Method and of Medical Asphalology.*

Dr. Oskar Michels (Lipsia): *La mortalità degli assicurati sottoposti ad esami periodici.*

Dr. Josef Kloužek (Praga): *Contributo alla quistione della pressione arteriosa nella vecchiaia.*

Dr. H. J. Coert (Haag): *Ricerca statistica riguardante la mortalità degli assicurati diabetici.*

Dr. Krimphoff (Hamburg): *La glicosuria nelle assicurazioni popolari tedesche e moltissime altre.*

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

È stato stabilito che il prossimo Congresso sarà tenuto nel 1938 in località da destinarsi.

Durante il Congresso di Londra si sono riuniti i medici dirigenti i servizi sanitari dei vari Consorzi Europei Rischi Tarati per una intesa comune sulle modalità e condizioni della accettazione dei rischi. Anche il Comitato Internazionale per lo studio della Medicina della Assicurazione vita ha tenuto la sua riunione: in essa i membri in carica sono stati tutti riconfermati per un altro triennio.

Degna veramente di essere ricordata è l'Esposizione organizzata a cura del Dr. Neustätter del materiale scientifico illustrante l'opera compiuta dalle varie Compagnie per il prolungamento della vita dei propri assicurati. Tra le pubblicazioni figurava la Rivista « L'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I.N.A. » ed i volumi editi a cura dell'I.N.A.: « Vivere sani » del Dr. Eschilo Della Seta e « Salute, tesoro della vita » del Prof. Dr. Oreste Bellucci.

Fin qui la cronaca piuttosto arida dei Congressi, faremo ora alcune considerazioni, che riteniamo necessarie a completare l'argomento.

Chi ci ha attentamente fin qui seguito ha compreso che la storia dei Congressi dei medici cultori di Medicina dell'Assicurazione vita prospetta a grandi linee la storia dello sviluppo della medicina delle assicurazioni vita medesima, della quale essi rappresentano le pietre miliari. Furono i medici delle Compagnie di Assicurazione vita che dettero con entusiasmo l'impulso alla Medicina assicurativa in genere organizzando i primi ormai quanto lontani Congressi. Ma rapidamente la medicina delle assicurazioni infortuni e quella del lavoro ebbero il sopravvento ed i medici dell'assicurazione vita furono tenuti in disparte ed esclusi proprio da quei congressi di cui essi erano stati i pionieri. Una delle cause principali di questa decadenza è da ricercarsi nel fatto che la medicina dell'assicurazione vita era a quei tempi disorganizzata e mancante di basi rigorosamente scientifiche. Ma oggi i medici dell'assicurazione vita hanno dimostrato di poter fare da sé. E la più brillante dimostrazione della loro compattezza e della loro fiducia in un avvenire sempre più fulgido della loro disciplina è stato il recente Congresso di Londra di cui sopra abbiamo diffusamente riferito.

Non è qui il luogo di riportare le conclusioni scientifiche e pratiche delle relazioni e

delle discussioni tenutesi in tale congresso: è nostro intendimento fare ciò in seguito in altra rubrica di questa rivista paragonando l'opera scientifica dei vari congressi; però non posso chiudere il presente articolo senza sottolineare l'importanza di uno degli argomenti ampiamente trattato nella apposita seduta. Si tratta del « Servizio sanitario dell'assicurazione vita ». Le Compagnie di Assicurazione vita da qualche tempo non si occupano solamente della diagnosi e della prognosi delle malattie ai fini assicurativi e statistici, ma anche della profilassi, allo scopo di prolungare la durata della vita dei loro assicurati. Con ciò mentre giovano a loro stesse dal punto di vista industriale, compiono opera altamente umanitaria praticando su larga scala e diffondendo la medicina preventiva. Molto interessante a conoscere è l'organizzazione del « Servizio della salute » delle grandi compagnie americane dell'assicurazione vita, quale ci è stata prospettata nelle relazioni al Congresso di Londra.

Furono infatti gli americani che nel 1909 per primi istituirono il Servizio Sanitario a beneficio degli assicurati sulla vita e questa forma di previdenza si diffuse rapidamente e largamente in molti paesi del mondo.

L'Italia è giunta invero un poco in ritardo in questo campo, poichè è solo dalla primavera del 1930 che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, Ente di Stato per la Previdenza assicurativa si occupa dell'assistenza sanitaria agli assicurati; però sono stati fatti dei passi da gigante. A provarlo basta per sommi capi enumerare le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati dell'I.N.A.:

- 1°) Visite mediche periodiche gratuite.
- 2°) Concessione gratuita di ricerche cliniche ed esami di laboratorio.
- 3°) Consultazioni gratuite di igiene.
- 4°) Gabinetto per le cure odontoiatriche.
- 5°) Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.
- 6°) Facilitazioni per cure termali.
- 7°) Facilitazioni per sanatori, convalescenziari, e consultori materni.
- 8°) Facilitazioni presso ospedali e case di cura.
- 9°) Facilitazioni per cure odontoiatriche, oculistiche ed otorinolaringoiatriche.
- 10°) Pubblicazioni di medicina preventiva.

Dal febbraio del corrente anno funziona in Torino, via Maria Vittoria n. 1, il Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati del Piemonte: presso il quale si trovano fiorenti: *a)* un consultorio medico per il collaudo della salute; *b)* un consultorio di igiene.

Di tali centri ne sorgeranno presto altri nelle principali città d'Italia. Solo un Ente di Stato poteva in sì breve periodo di tempo compiere tale cammino lungo e rapido, mercè l'alto appoggio del governo fascista che ha l'occhio costantemente fisso alla preservazione ed al miglioramento della salute del popolo nostro!

LA LEISMANIOSI IN CANDIA

(Corrispondenza da Atene)

Prof. BASILIADES

Gli studi per il risanamento da parte del Centro Igienico de La Canea di Creta continuano. Ecco il sunto di un lavoro del Dott. Papantonakis.

Da lungo tempo è conosciuto il Bottone d'Oriente provocato dalla puntura di un insetto e che si riscontra principalmente in Asia Minore. Ma la malattia esiste anche in Europa Orientale e Meridionale, in Grecia ed anche in Italia, come pure in Spagna e, molto rara-

mente, nel mezzogiorno della Francia. Fu nel 1907 che il Dott. Storney Archer, medico dell'armata dell'occupazione inglese in Creta, scoprì che il male Chaneico, era clinicamente e morfologicamente la Leismaniosi cutanea d'Oriente. Poscia parecchi medici greci si sono occupati dell'argomento e tra di essi citerò Christomacos (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1911), Aravantinos (1915), Fotinos, Blanc e Caminopetros dell'Istituto Pasteur di Parigi (Inchiesta sul Bottone d'Oriente in Creta nel 1921 ed altra inchiesta nel 1926).

L'opinione di questi due ultimi è che la ripartizione geografica della malattia è forse più vasta di quello che non si creda. Ma invero mi consta personalmente che nel Peloponneso, soprattutto nei dintorni di Hyparissia Andritsaina, i casi di leismaniosi infantile sono assai numerosi e di conseguenza la mortalità della prima infanzia è molto elevata. Dal 1932 i medici inglesi Adler e Theodor compiono nella Canea i loro studi sulla malattia, che saranno pubblicati negli Archivi della Accademia Reale della Gran Bretagna.

Il più recente studio del Centro Igienico de La Canea è basato su 614 malati osservati durante gli anni 1932, 1933, 1934. Il numero totale dei malati deve essere naturalmente più grande se si tiene conto anche di quelli che si sono presentati agli altri medici de La Canea e quelli che si presentano negli altri dipartimenti dell'Isola.

La città de La Canea e soprattutto il quartiere Splantzia può considerarsi come un focolaio principale della leismaniosi cutanea non solo per Creta ma forse anche per il bacino del Mediterraneo. Adler e Theodor in uno studio dei quartieri de La Canea hanno riscontrato i casi di leismaniosi infantile numerosi là dove abbondano i flebotomi « major » e che nella vecchia città dove i flebotomi di questa specie sono rari, i casi della malattia sono pure rari. Generalmente i quartieri più colpiti dal male sono quelli della periferia che hanno dei giardinetti, specie quello di Ai Yanni.

Relativamente alla propagazione della malattia, il Dott. Papantonakis riferisce che in casa dei piccoli malati erano dei cani sofferenti di dimagrimento, caduta dei peli, psoriasi. Nel 1933 essendosi manifestati dei casi di rabbia, il Governatore fece sterminare i cani erranti ed in conseguenza si ebbe una diminuzione dei casi di leismaniosi.

La malattia colpisce i bambini sotto i due anni, in una proporzione del 50 % dei casi, il che è stato rimarcato anche in Italia (Paradiso) ed in Spagna (Pittaluga).

I rimanenti casi appartengono all'infanzia in età superiore e molto raramente all'età più avanzata. Il maggior numero dei casi si presentano nella stagione calda, ma la malattia può vedersi anche in inverno.

La diagnostica è stata fatta microscopicamente in seguito alla puntura splenica. Ma il Centro Igienico de La Canea trova che la reazione Napier del siero di sangue dei malati, dà dei risultati ancora più positivi.

Clinicamente i sintomi sono tipici: febbre, splenomegalia, anemia, petecchie. Si osserva da prima una macula, che diviene sollevata e produce un piccolo nodulo, al quale segue perlopiù una vescico-pustola; da essa fuoriesce un liquido giallastro, che solidifica formando una crosta ed al di sotto un'ulcera. Degno di menzione è un caso con bottoni su tutto il corpo, probabilmente da infezione metastatica.

Come trattamento della leismaniosi infantile, il Centro Igienico de La Canea preferisce le iniezioni endovenose di « neostibosant » a forti dosi di 0,30 per i piccoli e di 0,45 per gli adulti da praticarsi ogni giorno. Per la leismaniosi cutanea, il Centro fa 3-4 volte ogni tre o quattro giorni, delle frizioni con una mistura a base di carbone vegetale, spruzzato con acido solforico. Si forma una crosta nerastra che cade dopo 10-15 giorni, lasciando un tessuto che andrà verso la cicatrizzazione.

La pagina del Medico fiduciario

La semeiotica del pneumotorace terapeutico

La grande diffusione del pneumotorace terapeutico nella cura della tbc polmonare ed i tentativi, da parte di alcuni assicurandi, purtroppo in qualche caso coronati da successo, di occultarne la presenza al medico fiduciario, mi hanno indotto a rammentarne sia pure succintamente in questa rubrica, i sintomi più importanti. Ma poichè mi pare di vedere i colleghi medici fiduciari arricciare il naso e dichiararsi offesi, perchè credono che io li ritenga incapaci di riconoscere un pnx in atto, premetto che se numerosi ed evidenti sono i sintomi del pneumotorace di vecchia data e completo, non altrettanto può dirsi per quello all'inizio o per aderenze incomplete; in tali casi molti segni possono mancare o non essere bene evidenti, cosicchè anche i più esperti possono restare per lo meno nel dubbio circa l'esistenza o no della raccolta gassosa nella pleura. Ma entriamo senz'altro in argomento, esponendo i sintomi secondo l'ordine della semeiotica classica.

I. - Ispezione: l'emitorace appare poco mobile e col crescere della pressione endopleurica si giunge fino alla completa immobilità. Gli spazi intercostali sono più ampi di quelli dell'altro lato e a differenza di quanto suole accadere nei versamenti pleurici cospicui, sono tutti ugualmente ampi. Nei primi tempi della cura l'emitorace si presenta ampliato rispetto all'altro che appare più piccolo; ma dopo un anno e più si riscontrano delle condizioni opposte e cioè il lato sano per azione vicariante ha un volume maggiore del lato trattato, il quale è per di più retratto a causa di trasformazioni

anatomiche cui è andata incontro la pleura a contatto della raccolta gassosa, sia per fenomeni flogistici, non rari nel corso del pnx terapeutico.

II. - Palpazione: il fremito vocale tattile è avvertibile su tutto l'emitorace; esso è diminuito quando la pressione endopleurica è bassa, meglio evidente in presenza di pressioni maggiori. In alcuni casi si riesce ad avvertire con la palpazione sugli spazi intercostali, un senso di cuscinetto d'aria.

III. - Percussione: su di un pnx completo si riscontra « suono pieno, basso, lungo, forte » (Cova), a carattere timpanico più o meno evidente. Sull'apice la cupola pleurica risulta innalzata ed ingrandita anche nel diametro trasverso; il limite inferiore è immobile solamente se la pressione è positiva, invece quando la pressione è negativa, poichè il gas solo durante la inspirazione penetra nello spazio complementare, la percussione fa rilevare una mobilità della base che può erroneamente essere interpretata per una vera mobilità del bordo polmonare. Sempre con la percussione si mette in evidenza lo spostamento del mediastino verso destra nel pnx sinistro (scomparsa dell'aia cardiaca e debordamento del margine destro del cuore), lo spostamento a sinistra nel pnx destro (spostamento verso sinistra dell'aia cardiaca e dell'itto della punta); indirettamente lo spostamento in basso del diaframma, deducibile dall'abbassamento del fegato o della milza.

IV. - Ascoltazione: Il murmure vescicolare è indebolito e talora in tutto abolito. Qualche volta su di un polmone compresso si ascolta il respiro lontano trasmesso per via ossea del polmone controlaterale. Frequentemente sulla zona del pnx si ode un netto soffio bronchiale

«anforico. La percussione ascoltata dà un rumore metallico detto «suono di moneta», sintoma semeiologicamente molto importante in quanto permette di porre in evidenza i limiti del pnx. Infine mentre è assente la broncofonia, è percettibile la voce afona. Questi sono i reperti che si riscontrano nei casi di pnx libero; diversamente avviene in presenza di aderenze; la palpazione può allora fare avvertire una normale trasmissione del fr. v. t. ed alla ascoltazione si percepiscono, non di rado, un respiro e dei rumori aggiuntivi costituiti da rantoli squillanti; in qualche caso è stato riscontrato il fenomeno della «gutta cadens».

Credo di non aver fatto opera del tutto inutile riassumendo qui i sintomi fisici del pnx terapeutico. Sui sintomi radiologici, che sono i più probativi, tratterò in seguito con l'ampiezza che meritano.

F. V.

Ancora a proposito delle misure somatiche.

Nonostante il preciso dovere che ha ciascun medico di redigere esattamente i certificati di assicurazione specie per quanto riguarda fatti sicuramente obbiettivabili si rilevano sempre dati evidentemente non rispondenti a verità e contrastanti fra di loro. Citiamo un ultimo

caso capitato nella revisione dei certificati medici.

Nel Marzo 1935 un medico fiduciario segnava nel certificato medico, per un assicurando di anni 40, le seguenti misure somatiche:

Altezza m. 1,63; Peso dichiarato Kg. 55; Verificato Kg. 57; Perimetro del collo cm. 23; Circonferenza toracica nella massima inspirazione cm. 89, nella pausa respiratoria cm. 87, nella massima espirazione cm. 85; Circonferenza addominale cm. 65.

In altra visita eseguita ai primi di agosto, per ritardato perfezionamento del contratto, lo stesso sanitario segnava: Altezza m. 1,55; Peso dichiarato e verificato Kg. 75; Collo cm. 41; Torace cm. 94; Addome cm. 98.

Quali misure si devono ritenere esatte?

Si raccomanda ancora una volta di essere scrupolosi ed esatti nel rilievo delle misure somatiche e di tutti gli altri dati richiesti.

F. M.

Danni che potevano essere evitati.

Nel maggio 1933 fu stipulato un contratto di assicurazione sulla testa di un uomo di 30 anni, il quale dichiarò di non avere mai avuto malattie o sofferenze di sorta e di trovarsi in ottima salute. Dopo circa un anno l'assicurato morì per embolia cerebrale e da un'inchiesta eseguita risultò che l'individuo era affetto da stenosi mitralica di vecchia data e che due anni prima aveva avuto fenomeni di scompenso cardiaco.

F. M.

Dai Libri e dalle Riviste

La febbre tifoide.

È uscito per i tipi della Casa Editrice «Salute ed Igiene» un volumetto sull'argomento dovuto alla penna del Dott. Eschilo Della Seta. Chi conosce l'arte del Della Seta nel saper esporre con parole piane ed in forma piacevole gli argomenti di igiene e medicina troverà in questo lavoro sempre mantenute quelle doti di spontaneità e di semplicità che hanno sempre caratterizzato l'Autore in tanti altri precedenti lavori.

Anche in questo, tenendosi lontana la forma

dottrinale e la terminologia medica, il Della Seta ha fatto opera utilissima esponendo quelle nozioni di igiene che in ogni famiglia devono essere conosciute per evitare il contagio del tifo e quali norme devono essere seguite per l'assistenza del malato.

Molto opportunamente lontano da ogni astruseria e da ogni nome proprio, l'A. ha voluto spiegare al gran pubblico quali siano le fonti di contagio e come ci si prende il tifo, perchè ognuno possa apprendere il modo di praticare le norme profilattiche migliori.

Notevoli soprattutto a vincere errati pregiudizi sono i capitoletti sulla vaccinazione antitiflica e sull'obbligo e sull'utilità della denuncia.

Le nozioni sulla purificazione dell'acqua, sull'uso del latte bollito, sul consumo delle frutta valgono come concetti di igiene per tutte le malattie infettive, e perciò saranno letti con profitto ed interesse generale anche al di fuori delle contingenze stagionali.

Auguriamo a quanti si preoccupano della salute propria e della loro famiglia la lettura di questo volumetto che mentre è utilissimo consigliere nell'assistenza al tifoso a fianco dell'opera del medico, riesce di ottimo ausilio per ogni pratica di disinfezione in qualunque altra malattia infettiva.

STARNA.

Patologia ereditaria e sue conseguenze pratiche.

(J. BAUER e T. OLIARO, *Minerva medica*, 24 marzo 1935).

Nel 1925 J. Bauer lamentava che la dottrina dell'ereditarietà era lasciata in disparte, perchè ritenuta priva di ogni importanza e spiegava questo abbandono con la ignoranza completa di ciò che concerne i problemi moderni della ereditarietà stessa. Oggi a distanza di 10 anni, la dottrina della ereditarietà è divenuta il pernio di tutto l'interesse medico, politico ed economico sociale tedesco. Nel presente lavoro gli AA. si propongono di render noto quanto la dottrina della ereditarietà compenetri la medicina clinica e quanto sia indispensabile alla comprensione dei problemi di essa; di discutere le conseguenze pratiche della patologia ereditaria; di sottolineare le direttive ed i metodi della eugenetica.

La dottrina della ereditarietà aiuta a comprendere la etiologia delle più importanti malformazioni: si tratta in genere di genopatie, cioè di deviazioni patologiche di determinati geni. Il fatto che tra la polidattilia, lo sdoppiamento di una intera estremità, il toracopago, il bigenismo univittellino, esistono rapporti biologici ereditari, sta a significare che nel genotipo deve esistere un fattore che presiede alla giusta ed ordinata formazione degli organi e delle loro parti.

J. Bauer in un suo libro ha ampiamente trattato la disposizione costituzionale alle malattie interne: egli ha potuto stabilire che vi è una predisposizione ereditaria dello stomaco e del duodeno ad ammalare di ulcera; nelle famiglie di ulcerosi si può mettere in evidenza tutta una serie di disturbi funzionali a carico dello stomaco, oltre alla presenza non rara di altri malati di ulcera e di cancro dello stomaco.

Weil a proposito di ricerche da lui compiute nelle famiglie di 50 malati di gotta parla di una

inferiorità organica ereditaria a carico delle articolazioni.

Nell'ambito delle malattie nervose l'ereditarietà ha una parte notevole. Secondo Rossle non è la specie della malattia, ma la sua sede quella che resta conservata e trasmessa per ereditarietà nei discendenti e così è possibile riscontrare malattie di genere diverso sempre a carico di uno stesso organo: si tratta di una inferiorità organica costituzionale.

È nel genotipo che si trovano i principi che regolano l'altezza definitiva del corpo, il suo peso ed anche la durata della vita. Sono poi gli organi a secrezione interna gli intermediari dei fattori genotipici ed a traverso di essi si rivelano le disposizioni ereditarie alla crescita, allo sviluppo ed all'involuzione dell'organismo.

Dopo di aver brevemente trattato dei meccanismi che dominano le connessioni genotipiche nell'organismo ed aver enunciato alcuni esempi di tali rapporti riconducibili alla pleiotropia ed all'accoppiamento dei fattori, gli AA. passano ad esaminare le conseguenze pratiche della patologia ereditaria dal punto di vista dell'attività medica. Non è possibile influenzare terapeuticamente i geni morbosi, ma si possono modificare le condizioni ambientali nelle quali si sviluppano e si manifestano le condizioni morbose: ad es. colui che è costituzionalmente predisposto alla obesità può con un adatto regime, correggere il meccanismo del suo ricambio, che altrimenti lo condurrebbe alla adiposità. Per abolire le genopatie morbose si dovrebbe impedire la proliferazione di coloro che ne sono affetti. A ciò si può giungere o col divieto di matrimonio o per raggiungere con sicurezza l'effetto, con la sterilizzazione dei genotipici. Ma in pratica è molto difficile stabilire delle linee direttive in proposito. La legge tedesca prevede, allo scopo di prevenire le nascite patologiche, la sterilizzazione nelle seguenti malattie: demenza congenita, schizofrenia, mania circolare, epilessia ereditaria, corea ereditaria di Huntington, cecità e sordità ereditarie, gravi malformazioni corporee ereditarie. A parte il fatto che la religione cattolica è per principio recisamente contraria alla sterilizzazione, occorre notare quanto pericolosa sia la applicazione di questa legge, inquantochè permette che sia soffocata la procreazione di individui i quali insieme a disposizioni morbose fisiche, hanno disposizioni ereditarie sociali di grande valore. Questa legge che è superflua per gli alienati già ricoverati, porterebbe alla conseguenza logica che le popolazioni per il timore della sterilizzazione, eviterebbero di far mettere nei manicomi i loro cari dementi o di mandare alle apposite scuole i bambini deficienti, con tutte le conseguenze facilmente comprensibili. Concludendo la sterilizzazione per motivi eugenici

dovrebbe essere attuata solo in casi individuali razionalmente scelti, perchè se si volesse per mezzo di essa utopicamente estinguere tutte le genopatie dannose, che cosa resterebbe di questa povera umanità?

In Germania si stanno istituendo cattedre ed istituti per gli studi sulla razza e per l'allevamento umano. Evidentemente si tratta di una razza nordica basata sul presupposto che ogni mescolanza della razza tedesca con altre razze costituisca un peggioramento della prima. Contro tale concetto sta il fatto che i tedeschi stessi non sono una razza, ma un miscuglio di razze e che non esistono prove di un peggioramento avvenuto in seno alla cosiddetta razza tedesca per la mescolanza con gli Ebrei.

VICENTINI.

Sul problema della diagnosi precoce e della profilassi del carcinoma gastrico.

(G. E. KONJETZNY, *Medizinische Klinik*, aprile 1935).

Dopo aver premesso alcuni dati statistici che mettono in evidenza la bassa percentuale di operabilità dei carcinomi gastrici (dal 18 al 32% a seconda degli A.A.), fa rilevare come ciò sia dovuto al fatto che i carcinomi gastrici vengono inviati al chirurgo solo a malattia già inoltrata e quando la resezione gastrica ha solo valore di operazione palliativa.

Poichè attualmente l'unico rimedio contro questa malattia consiste in una radicale resezione praticata nel primissimo stadio e una operazione precoce presuppone una diagnosi precoce, bisogna ricorrere a ogni mezzo di indagine clinica e in specie alla gastroscopia e alla radiologia per tentare di raggiungere questo scopo.

L'A. pensa inoltre che sia utile per una diagnosi precoce tener presenti alcune affezioni precancerose dello stomaco.

L'A. ed altri hanno trovato spesso come malattia progressiva la gastrite cronica sia atrofica che atrofico-iperplastica e pensano che in tali casi possano trovarsi più facilmente che nella mucosa gastrica normale, ghiandole eterotopiche e masse epiteliali atipiche che possono costituire punto di partenza per un cancro dello stomaco. Del resto già Bois aveva osservato gastriti che finivano col presentare una degenerazione maligna, e altri autori osservano che un carcinoma gastrico si può impiantare su una achilia, espressione di una gastrite atrofica.

Quindi l'A. considera la gastrite cronica come una vera e propria malattia precancerosa e pensa che si debba porre ogni cura nel riconoscere le gastriti croniche e specialmente le forme iperplastiche che sono particolarmente temibili per il

pericolo di una trasformazione cancerigena. D'altra parte la diagnosi precoce è resa difficile specialmente dal fatto che i disturbi subiettivi sono spesso così lievi da passare inosservati e che non tanto raramente si osservano dei cancri con secrezione di HCl normale perchè impiantati su una gastrite dell'antro (gastrite acida). Per la diagnosi precoce sono molto utili la gastroscopia e la radiologia col metodo del piccolo riempimento e della compressione dosata che mette in evidenza il disegno della mucosa gastrica e quindi rivela gli ispessimenti delle pliche nella gastrite ipertrofica poliposa.

Altra questione importante è quella dei rapporti tra ulcera cronica e carcinoma gastrico. Lo autore pensa che molti dei casi di ulcera-cancro siano impiantati sulla base di una gastrite cronica e ha osservato dei casi in cui per i dati anamnestici (sintomi di ulcera che in realtà erano sintomi di gastrite) si fece diagnosi di ulcera mentre l'esame dei preparati del pezzo resecato dimostrò la presenza di un carcinoma impiantato su una gastrite iperplastica poliposa senza che fosse possibile rinvenire segni di ulcera o di residui di ulcera.

L'autore ritiene quindi che l'ulcera cronica e la sua cicatrizzazione in sé e per sé considerata non sia pericolosa ma che sia bensì la flogosi (gastrite cronica) concomitante quella che coi suoi processi rigenerativi ed iperplastici può finire con degenerare in un cancro.

Per la questione della profilassi l'Autore ricorda l'importanza dei denti guasti o mancanti, delle bevande bollenti, ghiacciate, dei cibi male masticati, tabacco, alcool, medicinali, malattie dell'intestino, gli abusi della tavola ecc.

BIASIOTTI.

Sulla natura del cancro.

Il problema ben lungi dall'essere risolto appassiona sempre molto gli scienziati e qualunque dato positivo acquisito, anche se oggi sembra modesto risultato merita di essere ricordato. In un domani che speriamo vicino forse esso potrà contribuire a risolvere questo flagello che nasconde le sue radici nell'essenza stessa della vita.

Shope dell'Istituto Rochefeller di Princeton nel 1933 ha iniziato lo studio del papilloma infettivo del coniglio selvatico; affezione endemica in questo animale che non s'accompagna ad alcun disturbo subiettivo dello stato generale. Dopo aver tenuto in ghiacciaia per circa un anno un flacone contenente frammenti di queste verruche e glicerina Shope con un lungo processo di lavaggio, triturazione e diluizione ha proceduto a tentativi di cultura e di seminazione del liquido

con esito negativo. Però anche dopo il filtraggio alla candela questo liquido ha la proprietà, se inoculato, di riprodurre le verruche; proprietà che perde solo se tenuto a 67 in termostato.

Se ne conclude che Shope ha dimostrato nella verruca del coniglio selvatico l'esistenza di un fattore etiologico del tipo di un virus filtrabile che si può innestare per inoculazioni intradermiche o scarificazioni cutanee come il vaiolo.

L'interesse dello studio, come rileva Bécélèze nella *Presse Médicale* (n. 37, 1935), è dovuto al fatto che la trasmissione sperimentale della verruca infettiva è il primo esempio di inoculazione con successo di un tumore nei mammiferi. Tutti i trapianti antecedenti, ed i primi risalgono al 1881 per opera di Hanau, riguardano soprattutto, topi, uccelli e polli. Inoltre le ricerche precedenti dimostravano che il trapianto non poteva avvenire che tra animali della stessa specie. Ora con il filtrato del papilloma infettivo del coniglio selvatico Peyton Rous e Beard sempre dello stesso Istituto Rockefeller hanno potuto sviluppare lo stesso papilloma nel coniglio domestico che è una varietà ben distinta dalla precedente. Differenza fondamentale, sebbene le due forme di papillomi siano istologicamente uguali, è che la verruca sperimentale nel coniglio selvatico è ritrasmissibile, quella del coniglio domestico non più e si comporta come malattia non infettiva.

Di speciale considerazione sono poi i risultati di Peyton Rous e Beard con l'inoculazione di frammenti papillomatosi nel sottocutaneo, nei muscoli o nei parenchimi viscerali del coniglio selvatico. Essi hanno ottenuto in tal modo una proliferazione distruttrice ed invadente del tumore come un vero cancro, e che porta a morte l'animale in quaranta giorni. Con filtrato di questi tumori interni, che possono aversi attenuati e senza trapassi anche nei conigli domestici, gli stessi Autori hanno riprodotto la neoplasia in serie e con l'inoculazione intradermica hanno riottenuto il papilloma cutaneo primitivo.

Queste ricerche dimostrano oltre la possibilità di trapianto da una varietà all'altra di un tumore in un mammifero, l'altra di speciale importanza e cioè: che tra i tumori benigni e maligni le differenze non sono poi come generalmente si crede essenziali e irriducibili e così pure la origine virulenta (cioè il carattere trasmissibile) dell'infezione può esistere in una varietà animale e sfuggire in un'altra affine.

Da questi esperimenti l'ipotesi che il cancro sia dovuto a un virus filtrabile riceve se non una conferma certa un forte e nuovo argomento in suo favore. Solo le ricerche ulteriori potranno darci questo primo punto fermo basilare per il progresso dell'oncologia.

Sr.

Semeliotica delle affezioni delle tonsille palatine.

(R. CAUSSÉ, *La Presse Médicale*, 3 aprile 1935).

Il sintoma principale con il quale si annunziano le lesioni della tonsilla è il dolore che è di varia intensità ed ha la caratteristica di essere riferito talvolta all'orecchio. L'esame obiettivo consiste anzitutto nella ispezione diretta che viene fatta in genere con la luce artificiale e richiede talora l'uso dello specchio laringoscopico che permette di scorgere meglio il polo inferiore della tonsilla. Per mezzo della palpazione ci si rende conto delle modificazioni di consistenza della tonsilla stessa, si precisa la sede esatta del dolore e talora se ne riconosce la causa. Non dovrà mai trascurarsi la palpazione dei territori ghiandolari tributari della tonsilla e specialmente il sottoangolo-mascellare e quella dei vasi del collo. L'A. classifica le malattie della tonsilla in due gruppi a seconda che la lesione tonsillare rappresenta o no l'elemento essenziale della malattia.

Al primo gruppo appartengono: 1) Ipertrofia cronica della tonsilla palatina: è la conseguenza di una infezione cronica o di infezioni acute a ripetizione; sono colpite entrambi le tonsille; si notano spesso in questa forma degli ammassi giallastri situati nelle cripte, altre volte dei calcoli che talora sono apprezzabili solo alla palpazione. 2) Angine eritematose poltacee: si presentano come ipertrofie tonsillari acute di color rosso scarlatto con essudato poltaceo che resta limitato alle tonsille e si può distaccare facilmente. Coesistono fenomeni generali e funzionali più o meno accentuati. La reazione ganglionare è minima. 3) Angina pseudomembranosa: le tonsille e le regioni peritonsillari hanno un aspetto pseudo flemmonoso e sono ricoperte da false membrane bianche o grigiastre spesse, aderenti che emanano un odore fetido. La adenopatia ha spesso considerevole sviluppo. La forma più frequente è l'angina difterica. 4) Angina ulcerosa: molte affezioni tonsillari possono accompagnarsi ad ulcerazioni, ma ce ne è una sola della quale l'ulcerazione è caratteristica ed è l'angina di Vincent o fuso spirillare; essa generalmente colpisce una sola tonsilla, è moderatamente dolorosa ed è accompagnata da scarsa reazione ghiandolare. L'ulcerazione è da prima ricoperta da una falsa membrana che si distacca facilmente e lascia vedere una perdita di sostanza coi bordi tagliati a picco e col fondo arrossato, facilmente sanguinante. L'esame batteriologico rivela abbondantemente l'associazione microbica caratteristica. 5) Angine flemmonose: la deformazione e la sporgenza delle regioni peritonsillari e della tonsilla stessa, sopraggiungendo nel corso o alcuni giorni dopo un'angina, costituiscono il

principale sintoma clinico che fa sospettare una raccolta purulenta. La puntura esplorativa permette di confermare la diagnosi. A seconda della sede, l'ascesso può essere: anteriore, posteriore, inferiore, intratonsillare ed a ciascuna di queste forme corrisponde una sintomatologia particolare legata alla sede della raccolta. 6) Angine micotiche: sono provocate in genere dal leptothrix buccale e si manifestano con la formazione di ammassi bianchi, duri alla superficie della tonsilla con impianto profondo nel tessuto di essa. La loro presenza è perfettamente tollerata.

Fanno parte del secondo gruppo: 1) l'angina delle malattie infettive, quale si osserva nel corso della scarlattina, del morbillo, della rosalia, del vaiolo, della erisipela, all'inizio del tifo, nei malati di reumatismo. 2) L'angina delle malattie del sangue: queste forme di angina non hanno niente di caratteristico ad eccezione di quella che si ha nella agranulocitosi, che ha carattere necrosante. 3) Sifilide: le lesioni propriamente tonsillari nel corso della sifilide sono: l'ulcera primaria, la tonsillite subacuta sifilitica, la gomma. L'ulcera primaria è crateriforme, col fondo irregolare ricoperto da una pseudo-membrana: il suo limite è segnato da un orletto di durezza cartilaginea. Vi è intensa disfagia, adenopatia bene apprezzabile, lieve movimento febbrile, decorso lento. La tonsillite acuta sifilitica può essere contemporanea alla roseola oppure comparire molto più tardi: è caratterizzata da una ipertrofia bilaterale moderata, dalla presenza di un esantema rossastro risiedente sul bordo libero del velo palatino, sul pilastro anteriore e sull'ugola. La disfagia è assai notevole. Sulle tonsille si notano talora delle ulcerazioni ricoperte di essudati pseudo-membranosi. La gomma distende la tonsilla e dopo svuotamento del suo contenuto, si vedono alcuni orifici arrotondati al fondo dei quali si scorgono degli ammassi marcescenti. 4) La tubercolosi limitata alla tonsilla è eccezionale. Si tratta di un'ulcerazione unica irregolare circondata da granulazioni talora vegetanti; il fondo è costituito da fungosità giallastre. L'ipertrofia della tonsilla è moderata, la disfagia intesa, la salivazione abbondante e costante pure l'adenopatia; rapido è il decorso: in alcune settimane la loggia tonsillare si svuota del suo contenuto.

In un gruppo a parte l'A. pone i tumori che vanno distinti in benigni e maligni: i primi, peduncolati o sessili, possono svilupparsi alla superficie dell'organo oppure nell'interno di esso. Si tratta di angiomi, fibromi, lipomi, encondromi, papillomi. I tumori maligni sono epitelomi o sarcomi: l'epitelioma ha un inizio latente; il malato avverte un po' di fastidio e nulla più: in questo momento all'ispezione si vede un'ulcerazione oppure una proliferazione sanguinante, alla palpazione si apprezza l'indurimento ligneo della ton-

silla e la adenopatia molto dura. In seguito la lesione esce dai limiti della tonsilla, compaiono i dolori e la diagnosi si fa evidente. Nei casi di linfosarcoma si osserva una considerevole ipertrofia della tonsilla, molle, non ulcerata accompagnata da una adenopatia pure considerevole. Nel sarcoma propriamente detto la tonsilla è più consistente, di colore rosso violaceo; l'adenopatia comparisce un po' più tardi quando il tumore si è ulcerato.

VICENTINI.

Manifestazioni cardiache dei gottosi.

L. MATHIEU, L. COLLESSON, G. GIRARD, *Manifestations cardiaques des gouteux. (Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang, Mars, 1935).*

Gli AA. i quali da parecchi anni si occupano delle sindromi viscerali della gotta, hanno notato che le più frequenti sono quelle che riguardano l'apparato circolatorio. Infatti di 35 gottosi con lesioni extra articolari 21 erano cardiopatici e di essi: 13 cardiorenali con insufficienza cardiaca prevalentemente sinistra; 2 avevano manifestazioni a carico del ritmo; 3 presentavano attacchi di angina pectoris. Gli AA. mettono subito da parte le due osservazioni di gottosi con aritmie, non avendo potuto trovare un legame diretto tra la gotta ed i disturbi del ritmo, i quali erano di origine auricolare. Circa i malati con insufficienza cardiaca essi hanno rilevato l'assenza di caratteri particolari legati al fatto che i fenomeni asistolici evolvevano in terreno gottoso: infatti in alcuni casi i disturbi di cuore si erano stabiliti senza che sopraggiungesse alcun attacco di gotta, in altri invece l'evoluzione della cardiopatia era contemporanea alle manifestazioni articolari. Tuttavia una stretta rassomiglianza accomunava tutti i malati. Essi erano dei cardio-renali, con netto predominio dei sintomi cardiaci su quelli del rene, tranne in un sol caso. Erano degli asistolici con predominio della insufficienza sinistra, arteriosclerotici ed ipertesi, alcuni notevolmente. La lesione renale era lieve e scarsa di sintomi; vi era albuminuria, assenza di ritenzione azotata, cloremia normale. Su queste basi gli AA. ritengono la ipertensione di questi pp. primitiva, i fenomeni renali secondari ed accessori e li considerano come dei cardioarteriosi.

Nei malati nei quali la sindrome predominante era l'angina di petto, in due non fu possibile rilevare la minima interferenza tra gotta ed angor, negli altri quattro esisteva un notevole parallelismo tra sindrome anginosa ed articolare, sia per il sincronismo tra attacchi anginosi e parossismi articolari, sia per le nette modificazioni della gravità dell'angor in occasione degli attacchi articolari. Questo sincronismo non è un fatto nuovo,

era già stato segnalato ma incidentalmente, non essendo stato valutato come una prova valida dell'azione diretta della gotta nel meccanismo delle crisi di angina di petto. Gli argomenti che permettono oggi di convalidare tali rapporti risultano dal paragone delle crisi di angina con le sindromi arteriose periferiche, sincrone alle crisi di gotta, già dagli AA. descritte qualche tempo fa. Lo studio clinico, le ricerche oscillometriche avevano loro permesso di mettere in evidenza le reazioni del reticolo arterioso periferico all'attacco gottoso ed essi ritengono che certe crisi di angina costituiscano la varietà coronarica delle reazioni arteriose a distanza. Riguardo alla natura di queste reazioni arteriose non vi sono argomenti che permettano di stabilire se si tratti di una arterite acuta di origine autotossica oppure di fenomeni vasomotori analoghi a quelli che si producono a livello delle arterie principali dell'arto dove risiede l'accesso gottoso.

Gli AA. concludono con l'aforisma di Huchard, che «la gotta è alle arterie, ciò che il reumatismo è al cuore». Però Huchard pensava soltanto alle classiche alterazioni di sclerosi definitiva dell'albero arterioso; i fatti susposti permettono di aggiungere la nozione delle alterazioni transitorie del reticolo coronarico.

VICENTINI.

L'importanza del fegato nel ricambio idrico.

(Dott. CARLO COSTANZI, *Fisiologia e Medicina*, Anno VI, Fascicolo 3°, marzo 1935, Roma).

L'A. prima accenna al meccanismo per cui l'acqua ingerita per bocca passa nel sangue, e cioè: passaggio quasi senza assorbimento attraverso lo stomaco; assorbimento nel duodeno e digiuno della maggior parte di essa, ad opera soprattutto dei capillari sanguigni, in minor grado dei linfatici; e infine assorbimento del residuo di acqua che si trova nel bolo fecale, nel colon. Il destino di questa acqua riassorbita è il seguente: quella riassorbita dai linfatici, per il dotto toracico, va al sangue, quella riassorbita dai capillari sanguigni va alla vena porta e di lì al fegato, dove in gran parte viene spinta nelle sovraepatiche e va al circolo venoso generale; in piccola parte resta nel fegato, passa ai linfatici di esso, che alla loro volta, per mezzo dei linfatici sovraepatici, la mandano al circolo generale.

Il meccanismo con cui il sangue, e quindi l'acqua, circola nel fegato, è vario. Esso è dato dalla vis a tergo, dalla differenza di pressione esistente tra la vena porta e le vene sovraepatiche, dalla contrattilità stessa degli elementi cellulari (cellule di Kupffer e cellule epatiche) e da movimenti

capillari autonomi. Questi meccanismi sono regolati da riflessi vaso-motori, di origine neuro-umorale. E a questo proposito l'A. accenna all'importanza dello sfintere muscolare che si trova nelle sovraepatiche dei carnivori (cani e gatti) e che, contraendosi o rilasciandosi, fa sì che sia impedito o facilitato il deflusso del sangue, e quindi dell'acqua, dal fegato nelle sovraepatiche. La contrazione sarebbe sotto la dipendenza del nervo vago, come è provato dall'effetto delle iniezioni di istamina; mentre il rilasciamento sarebbe alle dipendenze del simpatico, come è provato dalle iniezioni di adrenalina.

Mediante questi meccanismi regolatori, il fegato, a seconda delle esigenze dell'organismo, può diventare o meno un grande magazzino di deposito di sangue, e quindi anche di acqua.

Accanto poi a questa azione di regolazione meccanica della quantità di acqua nell'organismo, c'è quella di ordine fisico chimico. L'A. ricorda come il sangue debba necessariamente avere una quantità d'acqua pressochè costante, o variabile entro limiti ristretti, perchè la vita sia possibile. Perchè ciò avvenga, è necessario che il sangue mantenga l'equilibrio delle sostanze che regolano la sua idratazione, e, tra queste sostanze, importantissime sono le proteine. Deve quindi il sangue conservare il rapporto tra le sue proteine, affinchè costante sia il suo potere di imbibizione, o pressione colloidosmotica.

Queste proteine, che sono le siero-globuline (ripartite nelle tre frazioni: fibrinogeno, euglobulina e pseudoglobulina) e la siero-albumina, posseggono una capacità di imbibizione varia secondo il loro grado di stabilità e di dispersione. Il quoziente proteico è dato dal rapporto tra siero-albumina e siero-globulina, ed è superiore all'unità. Questo quoziente viene mantenuto oltremodo costante per ogni specie animale. Nel meccanismo di regolazione di queste costanti proteiche del plasma, una parte non indifferente spetta al fegato.

Si sa l'importanza del fegato nella produzione del fibrinogeno, per l'osservazione clinica che dimostra la diminuzione del fibrinogeno del sangue in molte malattie del fegato (cirrosi, atrofia gialla ecc.) tanto che si è proposto di dosare il fibrinogeno nel sangue per apprezzare lo stato funzionale del fegato, e per i dati forniti dall'esperimento sugli animali.

Ma anche per la produzione e l'equilibrio delle altre proteine del sangue, e quindi per la sua pressione colloidosmotica, ha grande importanza il fegato, come dimostra l'esperimento e come dimostra anche l'osservazione clinica. Infatti nella cirrosi epatica si è vista una diminuzione delle siero-albumine e aumento delle siero-globuline, con inversione del rapporto albumina-globuline. Questo

atto fa sì che la pressione colloidosmotica del sangue ne sia diminuita, e ciò spiegherebbe la formazione dell'ascite e degli edemi dei cirrotici; può essere presa come prova di alterata funzionalità epatica ed ha anche la conferma terapeutica, che avrebbe dimostrato come con la somministrazione di estratti epatici nei cirrotici si ha un ritorno verso la norma del rapporto delle proteine plasmatiche e una diminuzione degli edemi e versamenti.

Con molta probabilità spetterebbe, nel fegato, all'apparato reticolo endoteliale il compito di tale regolazione delle proteine.

Anche i grassi avrebbero grande valore nella idratazione dei tessuti e del sangue, e, fra i grassi alcuni, come gli acidi grassi, diminuiscono il potere di imbibizione, altri, come la colesterina, lo aumentano. Dimodoché il rapporto colesterina-acidi grassi, nei tessuti, o coefficiente lipocitico, ha molta importanza nel grado di idratazione di detti tessuti, come pure il rapporto colesterina-acidi grassi, nel sangue, o coefficiente lipemico, ha la stessa importanza per quel che riguarda il plasma sanguigno. Come pure nel grado di idratazione dei tessuti e del plasma sanguigno, hanno importanza certi composti lipoproteici.

Ora, nel metabolismo dei grassi, grande è l'importanza del fegato. Esso libera gli acidi grassi dai grassi neutri e dagli eteri colesterinici, li sintetizza per la formazione dei fosfatidi o li disintegra fino a giungere all'acqua e anidride carbonica. Libera inoltre la colesterina dagli eteri colesterinici. Un fegato insufficiente non può compiere queste funzioni, il tenore di grassi nel sangue è modificato, e ciò influisce sul ricambio idrico. La funzione di regolazione del metabolismo dei grassi è alle dipendenze del sistema reticolo endoteliale, e quindi anche del fegato per la grande quantità di tessuto reticolo endoteliale in esso contenuto.

Oltre le sostanze proteiche ed i grassi, hanno grande importanza nel mantenimento della pressione osmotica degli umori, gli elettroliti, cioè le sostanze minerali, e particolarmente il cloruro di sodio. Di questi elettroliti, alcuni hanno proprietà idratante, altri disidratante, e dall'equilibrio di questi antagonismi nasce la quantità o meno di acqua contenuta negli umori. Lo ione sodico favorisce l'imbibizione; lo ione calcio e quello di potassio la inibiscono. Ora il fegato ha importanza nell'equilibrio elettrolitico del sangue. Esso infatti possiede un'attività fissatrice del calcio e mobilizzatrice del sodio e potassio. Le affezioni del fegato quindi, e anche in questo caso probabilmente per mezzo del sistema reticolo-endoteliale, alterando il potere del fegato di regolarizzare l'equilibrio elettrolitico del sangue, alterano anche la quantità o meno di acqua del sangue stesso.

Un altro fattore che ha importanza sul ricambio idrico dell'organismo, è l'equilibrio acido-basico, nella regolazione del quale prende parte il fegato. Quando l'equilibrio acido-basico è alterato, si modifica anche l'equilibrio di idratazione dell'organismo. I colloidi che formano i tessuti, in un mezzo leggermente acido, aumentano la loro idratazione. Quando si pensi perciò all'importanza del fegato nel regolare l'equilibrio acido-basico dimostrata dal fatto che, essendo il fegato il luogo di formazione e di distruzione dei corpi acetici, a fegato insufficiente, si stabilisce, come è stato dimostrato dalla clinica, una sindrome di acidosi, e dal fatto che dal fegato viene fissato, per la sintesi a glucosio, con liberazione delle basi, l'acido lattico, si comprende per conseguenza l'importanza del fegato, anche da questo punto di vista, sull'equilibrio idrico dell'organismo.

Un altro fattore che ha importanza per gli scambi idrici dell'organismo e sul quale esercita la sua influenza il fegato, sia direttamente, sia per mezzo degli equilibri sopraricordati, è rappresentato dalla permeabilità della parete dei capillari sanguigni. Questa sarebbe maggiore con l'aumentare del volume dei capillari stessi: ora, certi prodotti intermedi del ricambio proteico; lo ione K, ad azione antagonista a quella dell'ione Ca; l'aumento degli idrogenioni, e quindi dell'acidità, sono tutti fattori che provocherebbero aumento del lume dei capillari e quindi aumento della loro permeabilità ai liquidi.

Dopo tutto ciò, avendo già ricordato l'importanza del fegato nell'equilibrio protidico, elettrolitico (specialmente del Ca e del K) ed acido-basico, appare evidente la sua influenza sulla attività funzionale della parete dei capillari, in rapporto agli scambi idrici.

Per ultimo, è bene ricordare che il fegato può influenzare il ricambio idrico con la probabile elaborazione di una sostanza di natura ormonica. L'esistenza di questa sostanza, che avrebbe azione diuretica, è dimostrata da ricerche sperimentali, da osservazioni cliniche e dai risultati della terapia.

In conclusione, il fegato esplica una notevole azione sul ricambio idrico dell'organismo, sia regolando meccanicamente il passaggio della massa sanguigna e dell'acqua alimentare dal sistema della vena porta alla vena cava, sia influenzando con la funzione cellulare l'equilibrio lipidico, protidico, elettrolitico ed acido-basico, sia elaborando una sostanza ormonica ad azione diuretica. Perciò si comprende come una certa modificazione del ricambio idrico debba verificarsi in ogni caso di alterazione anatomica e funzionale del fegato, pur non potendosi escludere l'intervento di meccanismi compensatori. E a questo proposito, l'A., in base a ricerche proprie, mette in evidenza che il

disturbo del ricambio idrico, nelle epatopatie, non si riflette sempre sul contenuto in acqua del sangue, forse per l'intervento di questi meccanismi compensatori, che mantengono l'idremia entro limiti abbastanza costanti.

E. FLORIS.

Le prove della funzione renale: la sulfonolftaleina e le altre sostanze coloranti.

(FIORENTINO, MACCHIA e SANGUIGNO, *Diagnostica e tecnica di Laboratorio*, 25 febbraio 1935).

Gli AA. ritengono che tra le varie sostanze coloranti (bleu di metilene, rosanilina, indacocarminio ecc.) proposte per lo studio della funzione renale, la preferibile sia la sulfonolftaleina.

Infatti la sulfonolftaleina presenta di fronte alle altre sostanze coloranti i seguenti vantaggi:

1° essa viene eliminata quasi esclusivamente attraverso i reni;

2° viene trasformata dall'organismo solo in piccolissima parte;

3° ha una curva di eliminazione indipendente dal regime alimentare e dalla intensità della diuresi;

4° il suo dosaggio è semplice e rapido;

5° con alcuni piccoli accorgimenti di tecnica si possono facilmente evitare eventuali errori dovuti alla presenza nelle urine di pigmenti ematici biliari ecc.;

6° fornisce risultati concordi colle altre prove funzionali del rene;

7° ha una grande sensibilità.

Gli AA. hanno condotto uno studio critico della prova su ammalati esclusivamente di medicina e particolarmente su individui affetti da forme subdole di lesioni renali legate alla arteriosclerosi o secondarie a pregresse nefropatie.

Gli AA. hanno usato la seguente tecnica.

Dopo aver fatto urinare il soggetto in esame, gli si fanno ingerire da 150 a 200 cc. di acqua e contemporaneamente gli si pratica una iniezione intramuscolare nella massa sacrolombare, servendosi di una siringa di precisione di un cc. esattamente misurato, di una soluzione sodica di sulfonolftaleina al 6‰.

Dopo 70 minuti si fa urinare il paziente e alla quantità totale delle urine così raccolta si aggiungono 3 cc. di liscivia di soda e si porta a 1000 cc. con acqua distillata. Poi per mezzo del colorimetro di Duboscq si paragona l'urina così diluita a una soluzione campione preparata all'istante (perché la sulfonolftaleina facilmente si altera) versando in 1000 cc. di acqua distillata un cc. della stessa sulfonolftaleina usata per la iniezione e 3 cc. di liscivia sodica.

In 70 minuti primi nei soggetti normali, si ha una eliminazione di colore che oscilla dal 50 all'80% della quantità iniettata.

Nei nefropazienti l'eliminazione del colore è tanto più bassa quanto più grave è l'offesa renale.

Nei soggetti a rene lesa la curva di eliminazione del colore si appiattisce e si allunga (ritardo di eliminazione) e la quantità totale di colore eliminata, per quanto si protragga la ricerca del colore delle urine, è sempre di gran lunga inferiore a quella degli individui sani.

Si può quindi concludere che la prova della sulfonolftaleina rappresenta in medicina interna un prezioso mezzo di sondaggio della funzione renale, specie nelle nefropatie a tipo sclerotico, più insidiose e minacciose delle altre e più difficilmente diagnosticabili specie negli stadi ancora iniziali.

BIASIOTTI.

La chirurgia dell'etmoide.

Di questo importante argomento tratta la relazione del Prof. Gualtiero Lugli, dell'Università di Napoli, relazione che è stata presentata al XXX Congresso della Società Italiana di Laringologia otologia e rinologia tenutosi a Padova nell'autunno del decorso anno.

Il Lugli che dimostra una profonda conoscenza del vasto campo rinoiatrico espone soprattutto alcuni importanti capitoli della specialità aggiornati alle ultime ricerche e acquisizioni scientifiche.

Il relatore tratta anzitutto delle cisti dell'etmoide della loro diagnosi clinica della etio-patogenesi tanto discussa, delle indicazioni chirurgiche e della tecnica operatoria con i risultati e la critica di essi. Egli dall'ampia disamina conclude col ritenere che il disaccordo degli specialisti sulla patogenesi del cosiddetto mucocele sia dovuto soprattutto ad una reale molteplicità di cause che determinano questa malattia e che pertanto vario sarà anche l'intervento da praticare.

Passa poi ad esporre i tumori benigni dell'etmoide, osteomi e condromi soprattutto ed il loro quadro clinico. Come per il mucocele così per questi tumori il relatore è per l'intervento chirurgico anzi la loro benignità non deve giustificare un inutile rinvio dell'atto operatorio il quale dovrà in ogni singolo caso, pure evitando una demolizione inutile, fornire una via di accesso adeguata alla estensione ed ai limiti per un razionale e completo intervento.

Speciale interesse per lo specialista offre l'ampio capitolo sulle complicanze delle affezioni etmoidali che è esposto non come semplice rassegna dell'argomento ma come vasta e completa inquadatura di un numero veramente notevolissimo di malattie che riconoscono nella sinusite etmoidale

la causa determinante. Con ampio riferimento alla casistica clinica il Lugli espone dapprima le complicanze orbito-oculari dell'osteoperiostite alla dacriocetmoidite, dalla cellulite alla cherato-congiuntivite alla neurite retro bulbare ed indica le direttive generali per le relative operazioni. Poi sempre nel quadro delle infezioni propagate ricorda le complicanze endocraniche della stessa origine, i polipi nasali etmoidali, le polisinusiti e le diffusionsi a distanza attraverso tromboflebiti o per aspirazione.

In un gruppo speciale vanno considerate alcune malattie e sono le più svariate che possono riconoscere in una etmoidite cronica l'infezione focale cioè il punto di partenza di una affezione secondaria a distanza; queste sono naturalmente le stesse che possono verificarsi in altri «foci» tonsillari o dentari. Sulla loro importanza come sulla etiologia streptococcica di tale malattia la medicina interna si è largamente occupata anche in questi ultimi anni.

Il relatore ne espone il meccanismo per le forme etmoidali in specie a localizzazioni articolari, nervose, oculari, gastro-intestinali e rileva la difficoltà pratica di poter spesso in questi casi accertare l'esistenza del focus etmoidale anche con il sussidio della transilluminazione, della radiografia, della endorinoscopia e della puntura esplorativa.

Con le sindromi riflesse etmoidali in genere, in specie le riniti vasomotorie e l'asma bronchiale, il Prof. Lugli chiude questa lunga e laboriosa relazione che aggiorna e completa un campo importantissimo della rinologia.

STARNA.

Sulle variazioni stagionali della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio.

(A. TIZZANO, *Rivista di Patologia sperimentale*, 10 maggio 1935).

È un fatto da tempo noto che esistono variazioni regolari nella frequenza di alcune malattie, secondo le stagioni. Finora erano state ben studiate le onde stagionali delle malattie infettive e di quelle dell'apparato respiratorio, mentre una sola ricerca è stata fatta per le malattie dell'apparato circolatorio (S. Koller), limitata a due o tre anni e con metodo non eccessivamente rigoroso.

L'A. ha ritenuto interessante approfondire gli studi su questo argomento adoperando un vasto materiale ed applicando allo studio delle oscillazioni stagionali, il metodo dell'indice di cograduazione del Gini.

Operando sui dati dell'Istituto Centrale di Statistica riguardanti il numero dei morti per malattie

dell'apparato circolatorio negli anni 1927-31, riducendo tutti i mesi a 30 giorni e ponendo la media uguale a 100, egli ha ottenuto per i singoli mesi i seguenti numeri indici:

Gennaio	126	Maggio	89	Settembre	77
Febbraio	140	Giugno	83	Ottobre	86
Marzo	119	Luglio	84	Novembre	97
Aprile	102	Agosto	78	Dicembre	119

Con questi dati ha costruito un diagramma il quale mostra un andamento sorprendentemente simmetrico dell'onda stagionale. La concordanza tra la linea effettiva e una sinusoidale interpolata è abbastanza buona. Anche il valore dell'indice di cograduazione del Gini, che dà la intensità della stagionalità è abbastanza elevato, il che sta ad indicare una forte tendenza stagionale. La stagionalità non è identica per ambo i sessi: essa è migliore per le donne che per i maschi.

Da ricerche fatte dall'A. risulta che la latitudine geografica è importante per l'onda stagionale, ma non è l'unico fattore.

Le particolarità di ogni singolo Stato e il suo clima producono variazioni e differenze nel decorso delle curve.

Non è agevole spiegare completamente le variazioni stagionali delle malattie dell'apparato circolatorio. Da un lato l'aumento va messo in rapporto con le complicanze delle malattie dell'apparato respiratorio, dall'altro si può pensare che sia dovuto ad influenze dirette stagionali sull'apparato circolatorio, in rapporto col sistema neurovegetativo. L'A. ritiene che qualche luce potrebbe aversi studiando i rapporti tra stagioni e variazioni chimico-fisiche del sangue.

VICENTINI.

Indagini sulla mortalità in America.

A. HUNTER (*Journal of the Institute of Actuaries*, vol. LXV, part. III, n. 313).

Gli attuari americani si sono occupati con molto interesse dell'andamento della mortalità negli anni più recenti, e soprattutto nei quattro anni di crisi. Un punto sul quale si sono concentrate l'attenzione e le apprensioni è stato quello della mortalità per suicidio che è stata — come era prevedibile — elevatissima, negli anni in cui si sono avute le massime perdite e distruzioni di fortune. La quota dei pagamenti causati da morte per suicidio al totale dei pagamenti per sinistro è stata per le compagnie Americane del 5,7% nel 1930, del 7,5% nel 1931, del 9,2% nel 1932, del 6,9% nel 1933. La media di queste quote è doppia del normale, ma sembra che il punto di massima sia stato superato.

Il Joint Committee on Mortality della «Actuarial Society of America» e della «Association

of Life Insurance Medical Directors» ha ottenuto da 14 fra le più importanti compagnie vita degli Stati Uniti e del Canada (figurano fra esse la «Metropolitan», la «Prudential of America», la «New York Life», la «Sun Life of Canada», ecc.) i dati della loro esperienza di mortalità per le polizze emesse nel periodo 1925-32 e osservate fino all'anniversario della emissione nel 1933. Il materiale di osservazione comprende soltanto polizze ordinarie, con esclusione delle assicurazioni

per gruppi e dei contratti senza visita medica.

Il «Joint Committee» ha già compiuto altre indagini dello stesso genere; precisamente una indagine sulla mortalità degli assicurati nel periodo 1920-26, una indagine sulla mortalità nel periodo 1915-26, una indagine sulla mortalità nel periodo 1909-27. L'importanza relativa del materiale di osservazione nelle successive indagini è indicata dalle cifre seguenti dei capitali esposti al rischio e dei capitali sinistrati.

	Capitali esposti	Sinistri
American Men Table	\$ 26.003.322.000	\$ 436.345.000
Tavola 1920-26	\$ 72.338.796.000	\$ 284.848.000
" 1915-26	\$ 115.792.035.000	\$ 546.357.000
" 1909-27	\$ 190.876.925.000	\$ 1.045.529.000
" 1925-32	\$ 127.874.281.000	\$ 620.775.000

I risultati dell'esperienza 1925-32 sono stati messi a confronto con i saggi di mortalità risultanti dalla tavola base 1920-26; diamo nella tabella seguente i rapporti percentuali della morta-

lità effettiva alla mortalità prevista in base alla tavola stessa, per gruppi quinquennali di età all'entrata e per diverse antidurate:

Età all'entrata	Rapp. % della mortalità effettive alla prevista
10 - 14	87.3 %
15 - 29	95.1
30 - 39	105.8
40 - 49	118.6
50 - 59	119.4
60 e oltre	112.4
<i>Totale</i>	<i>111.9 %</i>

Antidurate	Rapp. % della mortalità effettiva alla prevista
1	99.4 %
2	105.7
3	112.9
4 - 6	118.8
7 - 8	123.2
<i>Totale</i>	<i>111.9 %</i>

I rapporti percentuali tra la mortalità osservata sul materiale descritto e la mortalità teorica in base alla «American Men Select Table» sono

dati per le prime 8 antidurate e per gruppi quinquennali di età da 10 anni in su, dalle cifre della tabella seguente:

Antidurata	Età all'entrata											
	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 . . .
1	0.378	0.602	0.568	0.523	0.546	0.678	0.776	0.860	0.945	0.934	0.978	0.913
2	371	549	504	490	555	691	825	879	986	897	906	838
3	421	552	528	530	611	819	953	952	994	914	885	803
4	479	570	539	558	669	849	976	962	983	903	857	772
5	532	580	550	594	722	851	939	953	980	896	816	760
6	545	574	544	603	744	860	932	917	939	896	797	778
7	579	584	551	608	758	868	924	946	1.007	888	800	857
8	624	603	572	622	779	877	921	960	1.026	894	810	930

Computati i saggi di mortalità risultanti per tutto il periodo di osservazione 1925-32, sono stati calcolati i rapporti percentuali tra la mortalità effettiva per le polizze emesse nei successivi eser-

cizi e la mortalità teorica in base alla tavola 1920-26 e in base alla tavola 1925-32. I valori di tali rapporti sono dati nella tabella seguente:

Emissione del	Rapp. % della mortalità effettiva alla prevista secondo la tavola	
	1920-26	1925-32
1925	113.6	98.3
1926	113.1	99.6
1927	115.2	102.1
1928	115.6	104.0
1929	111.2	102.2
1930	102.9	96.7
1931	98.8	94.6
1932	93.6	92.7

I saggi di mortalità ricavati dal materiale in questione hanno essenzialmente lo scopo di dare alle compagnie singole una indicazione sull'andamento della mortalità negli anni più recenti, e non sono destinati a servire per il calcolo di premi e

di riserve, quindi la perequazione è stata effettuata con mezzi semplici. Diamo qui di seguito i saggi di mortalità per gruppi quinquennali di età e per diverse antidurate da 1 a 8.

Antidurata	Età all'entrata											
	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 ...
1	0.90	1.57	1.60	1.56	1.65	2.25	3.15	4.66	7.28	10.56	16.26	21.98
2	1.15	1.89	1.88	1.90	2.23	3.15	4.72	6.85	11.00	14.76	21.87	29.26
3	1.36	2.01	2.07	2.15	2.59	4.02	6.07	8.48	13.00	17.88	25.62	33.78
4	1.60	2.17	2.19	2.31	2.93	4.43	6.80	9.57	14.55	20.18	28.46	37.27
5	1.85	2.32	2.32	2.55	3.37	4.77	7.39	10.91	16.83	23.31	31.60	42.75
6	1.99	2.40	2.39	2.72	3.81	5.59	8.49	12.29	19.97	27.39	36.13	51.10
7	2.16	2.48	2.43	2.79	4.03	5.99	9.07	13.77	22.11	29.54	39.85	61.00
8	2.39	2.60	2.54	2.91	4.33	6.46	9.78	15.18	24.53	32.35	43.34	71.78

Confrontati con quelli della tavola di mortalità degli assicurati britannici A 1924-29, questi saggi risultano, salvo qualche eccezione di limitata importanza, più elevati, ed anche in misura sensibile, come è dimostrato dai rapporti seguenti:

Rapporti dei saggi di mortalità della tavola americana 1925-32 a quelli della tavola britannica 1924-29.

Antidurata	Età all'ingresso					
	10-14	20-24	30-34	40-44	50-54	60-64
1	0.98	1.20	1.02	1.25	1.35	1.40
2	0.66	0.96	1.04	1.43	1.38	1.12
3	0.80	1.00	1.07	1.43	1.52	1.05
4	1.27	1.08	1.26	1.55	1.39	1.19
5	1.06	1.05	1.15	1.40	1.58	1.13

Le irregolarità dell'andamento di queste cifre sono imputate al fatto che il confronto è stato effettuato coi saggi britannici non perequati. La maggiore altezza dei saggi americani viene spiegata in parte osservando che questi sono computati per ammontare assicurato e non per numero di contratti; in parte osservando che la proporzione delle polizze miste è nel materiale britannico quattro volte più elevata che in quello americano. Una terza causa potrebbe essere ricercata nel fatto che fra gli assicurati americani con polizze ordinarie gli operai sono molto più numerosi che fra gli assicurati ordinari britannici; e di più, la variazione della mortalità in relazione alla classe sociale è in America molto più sensibile che in Inghilterra.

(Dal *Bollettino* della Biblioteca dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni).

Alcuni dati sulla mortalità per suicidio.

Nel *Notiziario Demografico* del 10 aprile 1935-XIII sono pubblicati i seguenti dati riguardanti i suicidi in Romania :

TABELLA I.

Mezzi di suicidio	Cifre assolute						Per 1.000.000 di abitanti						
	Località rurali		Centri urbani		In complesso		Località rurali		Centri urbani		In complesso		
	1932	1933	1932	1933	1932	1933	1932	1933	1932	1933	1932	1933	
Avvelenamento :													
veleni solidi o liquidi	64	58	175	172	239	230	4	4	50	48	13	12	
gas tossici	7	4	8	28	15	32	—	—	2	8	1	2	
Impiccamento o strangolamento	623	708	308	243	931	951	42	47	88	69	51	51	
Annegamento	54	123	34	41	88	164	4	8	10	12	5	9	
Arma da fuoco	109	100	194	188	303	288	7	7	55	53	16	15	
Arma da taglio	21	23	20	35	41	58	1	2	6	10	2	3	
Precipitazione	6	2	8	7	14	9	—	—	2	2	1	—	
Schiacciamento	21	24	35	35	56	59	1	2	10	10	3	3	
Altri mezzi	58	44	61	45	119	89	4	3	17	13	6	5	
Totale	963	1086	843	794	1806	1880	63	73	240	225	98	101	

è in Bulgaria :

TABELLA II.

Anno	Mezzi di suicidio																Totale		
	Impiccagione		Annegamento		Avvelenamento		Arma da fuoco		Arma da taglio		Precipitazione		Schiacciamento		Altri mezzi		M	F	M F
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
1929	117	52	23	14	23	36	137	6	12	2	2	3	21	5	1	1	336	119	455
1930	126	71	26	20	14	29	127	8	19	—	6	4	18	3	4	—	340	135	475
1931	133	71	32	20	22	34	128	14	22	3	6	3	14	10	2	1	359	156	515
1932	109	73	22	17	23	43	137	8	13	1	7	2	18	9	—	2	329	155	484

Dalla tabella I si rileva come in Romania nel 1933, a confronto del 1932 nelle località rurali si è avuto un aumento della mortalità per suicidio, mentre nei centri urbani si è verificata una sensibile diminuzione; nel complesso nel 1933 in Romania la mortalità per suicidio segna un lieve aumento rispetto a quella dell'anno precedente.

Ricavando dalla tabella II che porta il numero dei suicidi consumati in Bulgaria, distinti per sesso e secondo il mezzo adoperato, i saggi di mortalità per 1.000.000 di abitanti si hanno le seguenti cifre: nel 1929, 80,2 per 1.000.000 di abitanti, nel 1930: 82,6, nel 1931: 88,3 e nel 1932: 81,9.

G. G.

Indagine sulla mortalità degli assicurati in Finlandia nel periodo 1920-30.

(Einar Keinanen - Skandinavisk Aktuarietidskrift, 1935, nn. 1-2).

L'articolo rende conto del piano e dei risultati di una ricerca sulla mortalità degli assicurati finlandesi, per la quale il materiale di osservazione è stato fornito da tutte le compagnie vita operanti in questo paese. La ricerca è stata condotta sulla base del numero dei contratti e sulla base dei capitali assicurati. Il materiale di osservazione è stato diviso in quattro gruppi: rischi assunti a condizioni normali, con e senza visita medica; rischi assunti con soprapremio, con e senza visita medica. Il periodo di selezione è stato limitato al sesto anno; non è stata fatta distinzione fra teste maschili e femminili. Il periodo di osservazione è stato limitato agli anniversari delle polizze nel 1920 e nel 1930. In complesso gli anni di esposizione al rischio sono stati 7.768.000, i casi di morte 52.116.

La perequazione dei dati grezzi è stata effettuata con la formula di Makeham per le età superiori ai 40 anni; per le età inferiori a questo limite fu preferita una perequazione meccanica, i risultati della quale dovettero però in alcuni casi essere ancora corretti con procedimenti analitici.

Il confronto della mortalità degli assicurati con quella della popolazione generale finlandese per il periodo 1921-30 mostra che la prima è più bassa della seconda per le età giovanili e medie, e la situazione si inverte per le età più avanzate. Ove si consideri la mortalità computata in base al numero dei contratti, l'incrocio delle curve avviene per le teste maschili, fra i 55 e i 60 anni. La curva di mortalità degli assicurati presenta evidente, sebbene un po' meno spiccato quello della popolazione generale, il così detto «massimo della tubercolosi» fra le età di 20 e 21 anni.

Per le età più importanti, la mortalità computata in base al numero dei contratti è sensibilmente inferiore a quella computata in base all'ammontare dei capitali: nel fenomeno hanno parte certamente le perturbazioni monetarie, le variazioni nel valore della moneta, le variazioni nella proporzione fra le teste maschili e le femminili nella massa degli assicurati; fatti tutti che però non bastano a darne interamente ragione; bisogna quindi pensare a fenomeni di antiselezione, soprattutto nelle polizze per capitali elevati.

Confrontati con la mortalità teorica adottata ora dalle compagnie finlandesi (tavola della compagnia «Suomi») i risultati della presente indagine mostrano, per tutti i gruppi osservati, un eccesso a volte sensibile della mortalità nel primo anno di assicurazione; i saggi aggregati per tutti gli anni di assicurazione, ad esclusione del primo,

oscillano a seconda dei gruppi dall'88,3% al 97,4% dei saggi teorici, come media per tutte le età.

(Dal *Bollettino* del 31 maggio 1935-XIII della Biblioteca dell' I. N. A.).

Alcuni dati statistici da Atene.

Il Bollettino mensile di Statistica del mese di febbraio 1935 riporta i seguenti dati relativi al mese di ottobre 1934:

Atene	totale decessi	n. 656
	febbre tifoide	» 5
	tubercolosi	» 135
Pireo	malaria	» 5
	totale decessi	» 295
	febbre tifoide	» 12
Salonicco	tubercolosi	» 36
	malaria	» 2
	totale decessi	» 278
	febbre tifoide	» 3
	tubercolosi	» 42
	malaria	» 9

I casi delle malattie infettive verificatesi in Grecia segnalati dalla Direzione di Igiene per il mese di gennaio 1935 sono i seguenti:

tifo esantematico	3	orecchioni	578
febbre tifoide	329	dissenteria	48
scarlattina	110	meningite cer.	16
morbillo	1313	encefalite letargica	2

Prof. BASILIADES.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Biochimica e terapia sperimentale. — 31 marzo 1935.

S. FAMULARI e A. COLAGRESI, *Studio nell'uomo dell'influenza della somministrazione di alcool etilico per via gastrica.*

Dalle ricerche degli AA., risulta che l'alcool etilico introdotto nell'organismo umano a traverso la via digerente nella dose di cmc. 1 per kg. di peso, influenza la riserva alcalina, determinando uno stato di acidosi di varia durata, e la velocità di sedimentazione producendone un rallentamento transitorio, ma cospicuo.

— 30 aprile 1935.

E. CENTANNI, *La vitamina enterale I = B₇.*

Dai materiali contenenti la vitamina B l'A. è riuscito a separare mediante l'alcool etilico a forte concentrazione, un principio capace di proteggere l'animale in avitaminosi da ogni disordine dell'apparato gastroenterico; da un complesso di prove,

ripetute con concordia di risultati egli si tiene autorizzato a concludere per l'esistenza di una vitamina a sè ben distinta che regge l'integrità anatomica e funzionale dell'apparato digerente. Data la sua funzione capitale ritiene debba essere distaccata sotto il proprio titolo di vitamina enterale $I = B_7$.

La Riforma Medica. — 3 agosto 1935, n. 31.

G. DE FLORA, *La funzionalità epatica nelle nefriti croniche e nell'uremia.*

L'A. ha indagato la funzionalità epatica dei nefritici per mezzo della curva amminoacidemica del Bufano; ha così riscontrato che nelle nefriti acute vi è uno stato di insufficienza epatica in rapporto con la variabilità dei fattori tossi-infettivi di origine renale ed extrarenale di tali stati morbosi. Nei nefritici cronici in II stadio, il fegato è modicamente insufficiente; assai marcata e progressiva è invece la insufficienza epatica dei nefritici cronici in III stadio. L'A. riferisce questi fatti all'impovertimento del fegato in glicogeno, determinato dall'orientamento simpaticotonico del neurotono vegetativo, secondario alla affezione renale. Consiglia, partendo da questi presupposti di istituire nei nefritici il più precocemente possibile una cura diretta ad aumentare le riserve glicogeniche del fegato.

La Cultura Medica Moderna. — 31 luglio 1935-XIII, n. 7.

V. LOMBARDO, *Su 160 esami coprologici eseguiti nell'Istituto di Patologia Chirurgica (di Catania) negli anni 1932-33-34.*

L'A. ha praticato l'esame coprologico in 160 malati sofferenti di disturbi vari del tubo gastroenterico (appendicite, colecistite, ulcera gastroduodenale, ascesso epatico, gastriti, coliti ecc.) ed ha trovato 95 reperti positivi per *Hentamoeba histolitica*.

Giornale di Medicina militare. — agosto 1935.

A. MONACO, *Organizzazione e funzionamento dei primi soccorsi nei trasporti aerei civili.*

L'A. esamina dal punto di vista sanitario il problema dei primi soccorsi nei trasporti aerei civili e detta le norme profilattiche adatte a prevenire nei passeggeri, l'insorgenza di malori o di sofferenze in rapporto al volo.

Ritiene necessario che si addivenga alla istituzione di un unico regolamento al riguardo per tutte le Nazioni.

G. BERTONE, *Sulla etiologia e patogenesi del reumatismo tubercolare.*

Sono riportati i concetti dei vari autori sul

reumatismo tbc. e gli studi eseguiti circa le relazioni tra il reumatismo tbc. e la tubercolosi.

Conclusione: il reumatismo articolare acuto è molto raramente di natura tbc.; d'altra parte non vi è reumatismo tbc che non sia associato a manifestazioni tubercolari viscerali.

Difesa Sociale. — giugno 1935.

S. RAVICINI, *Insetti trasmettitori di alcune malattie gravi.*

L'A. espone alcuni concetti sulle funzioni vitali degli insetti e quindi tratta delle più importanti malattie da essi prodotte, specialmente nel continente europeo. Indica volta a volta i mezzi più adatti di difesa. Si diffonde a parlare della lotta contro le mosche e contro le zanzare, come gli insetti più comuni e più dannosi.

Cuore e Circolazione. — luglio 1935.

P. SANTI, *La pressione media in clinica.*

Rivista sintetica.

La Presse Médicale — 10 agosto 1935.

M. CHIRAY, I. PAVEL e A. LOMON, *Valore relativo della colecistografia e della prova di escrezione vescicolare provocata nella diagnostica delle colecistiti.*

I risultati che si ottengono con le due prove non sono sempre sovrapponibili perchè le condizioni fisiologiche che presiedono alla positività o meno non sono identiche. La prova di Meltzer-Lyon è certamente più specifica e meno soggetta ad errori di interpretazione; la colecistografia però permette l'esame della sede, della morfologia, dei rapporti della cistifellea e qualche volta anche una elegante diagnosi della presenza dei calcoli. Le due prove si completano tra di loro e dal loro esame comparativo è possibile dedurre delle diagnosi difficili di grande precisione.

Fisiologia e Medicina — 20 agosto 1935.

D. BETTINI, *Le tre prove siero-ematologiche di Maurizio Ascoli per la diagnosi dei tumori maligni.*

L'Autore riferisce i risultati da lui ottenuti con le tre prove di M. Ascoli per la diagnosi dei tumori maligni: saggio etere bilirubina, acidimetria (semplice e con acido riconolinico), glicolisi, dei globuli rossi, su 51 portatori di tumori maligni e 30 soggetti sani e non cancerosi.

In tutti i casi le reazioni hanno avuto la massima specificità e sensibilità, il che viene ancora una volta a confermare la grande importanza di questi studi.

L'A. ha in corso ulteriori ricerche con le nuove tecniche semplificate e su di esse riferirà prossimamente.

VICENTINI.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

- U. Baccarani, *Le febbri meta infettive*. — Estratto dal «Giornale del Medico Pratico», Luglio 1935. *Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung*. — 26 Bericht.
- G. Castell, *La determinazione clinica dell'aria cardiaca*. — Ed. S. Belforte, Livorno.
- Regle Terme, *Le dispense di Salsomaggiore*. — Conferenze, lezioni, conversazioni. Vol. I. A cura dell'Ufficio Propaganda, Salsomaggiore, 1934-XII.
- E. Fürth, *Provvedimenti medici per la vecchiaia* (Ärztliche Altersversorgung). — Estratto da «Der österreichische Arzt», n. 8, 1935.
- Zacchia, *Rassegna di Studi Medico Legali*. — Organo dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Roma. Anno XIII, nn. 1-6, Genn.-Dic. 1934.
- Viva Cien Años!, *Primera Revista Sudamericana de la Salud*. — Anno II, Vol. I, n. 11.
- F. Kaufmann, *Zur periodischen Untersuchung gesunder Erwerbstätiger*. — Estratto da «Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift», 1935, n. 34.
- S. Mancini, *Importanza dell'esame radiologico nella diagnosi della tubercolosi polmonare*. — Estratto da «L'Ospedale Costanzo Ciano», 1935, n. 5.
- S. Flandaca, *Influenza delle onde corte, sole o associate ai raggi Röntgen sui tumori umani e sperimentali*. — Estratto dal Bollettino della Lega Italiana per la lotta contro il cancro, anno IX, 1935, n. 2.
- E. Della Seta, *La febbre tifoide. Norme profilattiche e terapeutiche*. — Edit. «Salute e Igiene», Roma, 1935.
- Die heutigen Aufgaben des Lebensversicherungsmediziners*. — Commenti alla Conferenza del Dr. FISCHER. — «Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung», Luglio-Settembre 1935.

Rassegna di articoli di igiene.

- La salute e l'igiene della famiglia — Roma.
— 1 luglio 1935.
- L. VERONESE, *La stagione pericolosa*.
- R. MONTELUCCI, *Il bagno di mare*.

— 1-15 agosto.

- E. SCHIEPPATI, *Come si combatte il tifo*.
- U. DARETTI, *Le tragedie dell'appetito*.
— 1 settembre.

- R. MONTELUCCI, *L'unghia incarnita*.
- E. BAYLA, *La dolcezza del bere*.

Viva cien años! — Buenos Aires.

— agosto 1935.

Impariamo a viver bene ed intelligentemente.
La donna nell'età critica.

— settembre 1935.

M. F. TERRIZZANO, *Le necessità elementari dell'organismo*.

J. A. LÓPEZ, *Un'ernia è un pericolo costante*.

Gesundheitsdienst — Berlin.

— agosto 1935.

*L'acqua come nemico.**Contro gli attacchi di cuore.*

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Fusignano (Ravenna) il Dott. Giuseppe Gotti.

A Savignano (Forlì) il Dott. Arturo Sartorio.

A Collecchio (Parma) il Dott. Enrico Boni.

A Parma il Dott. Umberto Cavezzali.

A Caltanissetta il Dott. Angelo Giulio.

A Torre Pellice (Torino) il Dott. Davide Rivoir.

A Gravellona Toce (Novara) il Dott. Luigi Pizzocaro.

A Soliera di Modena (Modena) il Dott. G. Battista Rossi.

A S. Marco Argentano (Cosenza) il Dott. Enrico Canonico.

A Carrara (Massa Carrara) il Dott. Michele Ambrogio.

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.