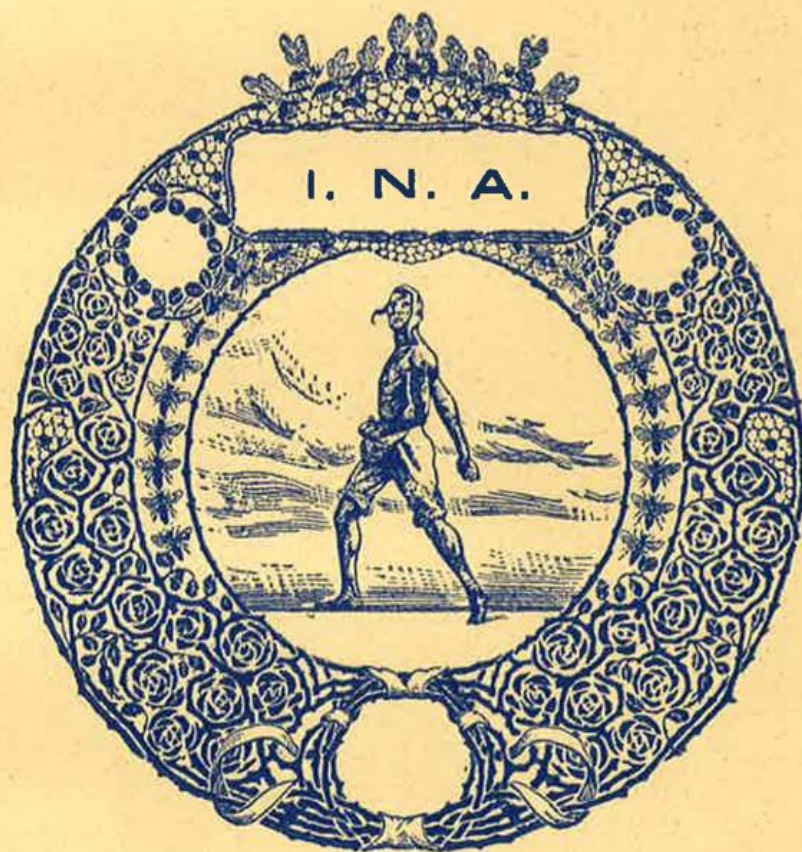


L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IV
Numero 6
15 dicembre
1935 - XIV
C. C. Postale

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

SOMMARIO

1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati . . . pag. I-XX	pagnia d'assicurazione nord-americana e dall'I.N.A. . pag. 377
2. Consigli agli assicurati:	7. Alenni dati di statistica medica:
a) Dott. A. STARNA, L'elogio del gargarismo 361	Dott. F. VICENTINI, Rilievi statistici sopra gli assicurati maschi dell'I. N. A. deceduti nel settennio 1927-1933 (Portafoglio diretto c. v. m.) . . . 379
b) Dott. S. FIANDACA, Alenni consigli agli obesi 363	8. Varie:
3. Alcune attività del Servizio Sanitario 367	Da Budapest 395
4. Notiziario 368	Dott. F. VICENTINI, La commissione per lo studio dei rischi tarati in seno all'Ist. Naz. Ass. 395
5. Medicina delle Assicurazioni-vita:	9. La pagina del medico fiduciario . 407
a) Dott. M. BIASOTTI, Il comportamento della calcemia nell'ipertensione e suo valore prognostico 370	10. Dai Libri e dalle Riviste . . . 408
6. Medicina legale delle Assicurazioni-vita:	11. Dai periodici di medicina . . . 413
Dott. F. MARSELLA, Sopra un caso di carcinoma intestinale con false dichiarazioni dell'assicurando, esaminato da una Com-	12. Pubblicazioni ricevute 414
	13. Rassegna di articoli d'igiene . . 414
	14. Necrologio 415

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

Due nuovi Centri di Assistenza Sanitaria agli assicurati:

PADOVA e MESSINA

Allo scopo di permettere agli assicurati del Veneto e della Sicilia e Calabria — come è stato fatto per il Piemonte — di usufruire con maggiore facilità delle provvidenze sanitarie che l'Istituto concede gratuitamente, funzioneranno prossimamente in Padova e in Messina due nuovi Centri di Assistenza Sanitaria.

Ivi tutti gli assicurati potranno usufruire delle seguenti provvidenze:

A) *Esami periodici gratuiti di laboratorio* per tutti comunque assicurati.

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.

TORINO

Istituto di Terapia Octozonica in Torino - Corso Oporto, 10, a tutti comunque assicurati: riduzione del 35 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per tutte le cure che ivi si praticano.

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) *Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.* — F) *Facilitazioni per cure termali.* — G) *Facilitazioni presso ospedali e case di cura.* — H) *Facilitazioni per sanatori, convalescenti 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 Direzione Generale dell'I.N.A. in Roma, Via Sallustiana n. 51, e presso il Centro di Assistenza Sanitaria in Torino, Via Maria Vittoria n. 1, di:

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 Direzione 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 Direzione 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:

AGRIGENTO - Dr. CUCURULLO Antonio.

CANICATTI - Dr. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

ALESSANDRIA

Odontoiatri:

ALESSANDRIA - 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 Voscieri, 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 ricoverati pagando una diaria di L. 20.

AOSTA

Odontoiatri:

AOSTA - Dr. CHIAMPO Arnaldo.

Dr. SPIRITO Tito.

IVREA - Dr. MAUTINO Giuseppe.

Dr. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti:

IVREA - Dr. GARZINO Mario Casimiro, 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:

ASCOLI PICENO - 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 microscopica, 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. Pel-*

legrino 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, Roentgendiagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella Casa di Regime.

Odontoiatri:

BERGAMO - Dr. AVETTA ENZO.

Dr. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dr. CALDEROLI Guido.

Cap. Dr. CASTELLI Carlo.

Prof. Dr. CAVAZZENI Giovanni.

Dr. DAL LAGO Vittorio.

Dr. GATTI Giovanni.

Oculisti:

BERGAMO - Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Via Tasso, 4.

Prof. Dr. SEGUINI Arminio.

Dr. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

BERGAMO - 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 di ingresso agli Stabilimenti, e del 25% sull'importo dell'abbonamento ordinario alle cure idrominerali.

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 dalla riduzione 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 paga da una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

BOLOGNA - 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 Manfredi, Via Saffi, 2.
 Dr. PIVA Giuseppe, Via Indipendenza, 22.

Oculisti:

BOLOGNA - 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. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 43.
 Prof. NAPOLEONE Xilo, Via Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri:

BOLOGNA - 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:

BOLZANO - 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 Enghelberto.

MERANO - Dr. BAR Carlo, Corso Principe Umberto, 32.

KRISER Giulio, Corso Principe Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri:

BOLZANO - Dr. BRIANI Alfredo, Via Duca d'Aosta, 2.

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, Roentgendiagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura; riduzione del 25% sulle rette di degenza per la 1ª classe, riduzione del 20% sulle tariffe di degenza per la 2ª e 3ª classe.

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

Odontoiatri:

BRESCIA - 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.

SALÒ - 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 di 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:**

CAMPOBASSO - 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:

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

Oculisti:

CATANIA - Prof. Dr. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.
Prof. Dr. FAVALORO Giuseppe, Via S. Maddalena, 59.

Otorinolaringoiatri:

CATANIA - Prof. Dr. LIOTTA Agatino, Via Mancini, 6.

CATANZARO

1. *Istituto Clinico Diagnostico e Fisioterapico del Dr. Giuseppe Mazza*, Via Duomo, a tutti gli assi-

curati: 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**Odontoiatri:**

Dr. Cav. MASTROPASQUA Edoardo, Via S. Gaetano, 7.

Oculisti:

Prof. Dr. COZZOLI Giulio, Corso Marruceino, 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. *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione*, del Prof. Giovanni Galli, in Como, Via Volta 46, 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. *Convalescenziario di Asso* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

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

Odontoiatri:

COMO - Dr. GERSCHGORIN 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:

COMO - 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. Cristoforo*; 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:

CREMONA - Dr. BERLOTTI 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:

CREMONA - 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:

CUNEO - 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. CODECÀ Marcello, Via de' Pecori, 1.

FIUME

1. *Casa di Cura Dr. 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, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Clinica.

Odontoiatri:

FOGGIA - Dr. ARBONE Giulio.

Dr. DI MAIO ENZO.

MANFREDONIA - Dr. MELUCCO Pasquale.

S. SEVERO - Dr. RECCA Pietro.



SANSEVERO (Foggia) - La Clinica Troiano.

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:

FORLÌ - 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 Giovanni dalle Bande Nere.

Otorinolaringoiatri:

FORLÌ - Dr. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

FROSINONE

Stabilimenti termali di Fiuggi, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% su tutte le tariffe in vigore.

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

Odontoiatri:

CORNIGLIANO - Dr. TRAVAGLINI Guido, Via Garibaldi, 13.

GORIZIA

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

Odontoiatri:

GORIZIA - Dr. NETZBANDT Paolo Ugo.

Otorinolaringoiatri:

GORIZIA - Dr. COMEL Giuseppe.
Dr. RUZZATI Sandro.

GROSSETO*Odontoiatri:*

GROSSETO - 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:

IMPERIA - Dr. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 8.
Dr. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.
Dr. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5bis.
Dr. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.
Dr. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.
BORDIGHERA - Dr. BUFFA Ermanno, Via S. Antonio.
Dr. DEL BOCA Isidoro, Via Vitt. Emanuele.
SANREMO - Dr. GERBOLINI Andrea, Via Vittorio Emanuele, 15.
Dr. GERBOLINI Giuseppe, Via Vitt. Emanuele, 17.
Dr. GISMONDI Emanuele, Via Vitt. Emanuele, 11.
Dr. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.
VENTIMIGLIA - Dr. BUONSIGNORE Giuseppe, Via Roma, 7.
Dr. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti:

IMPERIA - Dr. ODISTO Mario, Via G. Berio, 9.
ONEGLIA - Dr. GRIVA Giuseppe.

SANREMO - Dr. BOBONE Tommaso, Villa Plinia.
Dr. GRIVA Giuseppe, Via Vitt. 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 Vitt. 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:

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

PORTOFERRAIO - Dr. LAGHI Augusto.

Oculisti:

LIVORNO - Prof. Dr. BAQUIS Elia, Via Manfredi, 35.
Dr. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri:

SUVERETO DI LIVORNO - Dr. CHERICI Luigi.

LUCCA*Odontoiatri:*

ALTOPASCIO - Dr. PIEGAJA Giovanni Leo.

MANTOVA*Odontoiatri:*

MANTOVA - Dr. CONSOLO Giuseppe.
Dr. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.
Dr. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.
Dr. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Fernelli, 3.
Dr. PREDARI Maria.
Dr. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.
Dr. ZAGNI Giuseppe, Via B. Grazioli, 82.

Oculisti:

MANTOVA - Prof. Dr. FERRI Dante, Via Grazioli, 5.
Prof. Dr. PREVEDI Guido, Via Cesare Battisti, 14.

Otorinolaringoiatri:

MANTOVA - Dr. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.
Dr. FUCCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.
Dr. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vitt. Emanuele, 103.

MATERA*Odontoiatri:*

MATERA - Dr. MABINARO Domenico.

Oculisti:

MATERA - 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 per le rette e le competenze professionali per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per analisi e ricerche di chimica e microscopia, nonché sulle tariffe in vigore per le consultazioni cliniche che verranno praticate sia nello Studio Clinico di Via S. Damiano 40, Milano, che è alle dirette dipendenze di detta Clinica, sia nella Clinica stessa.

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

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

Oculisti:

MILANO - Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Via Porpora, 108.

Odontoiatri:

MONZA - Dr. 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:

MODENA - 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 80 % 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 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 operativi ecc. Gli ammalati invece che intendono usufruire di un alloggio riservato, godranno di una riduzione del 30 % sulle rette stabilite.

4. *Stabilimento Termale di Castellamare 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:

NAPOLI - Dr. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.

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

Dr. GIUFFRÈ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

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

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

Dr. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 86.

Dr. SANSONE Angelo, via S. Spirito di Palazzo, 9.

Dr. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vitt. Emanuele, 400.

Dr. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.

META DI SORRENTO - Cav. Uff. Dr. RUSSO Valerio, Corso Littorio, 113.

SPARANISE - Dr. GRANDE FRANCESCO.

Otorinolaringoiatri:

NAPOLI - 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 % sull'importo degli abbonamenti stagionali alle cure.

2. *Casa di cura per malattie polmonari - Eremo*.

in *Miazina*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore 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 Ruentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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

Odontoiatri:

NOVARA - Dr. BORRINI FRANCESCO.

Dr. SCENDRATI Daniele.

Oculisti:

NOVARA - Dr. Prof. LADDONI GIOVANNI, Ospedale Maggiore.

PADOVA

1. *Stabilimento Hotel 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 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:

PALERMO - Dr. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.

Dr. CIMINO OIUSEPPE, Via Villaerosa, 6.

Dr. DI CARLO GIOVANNI, Via Roma.

Dr. GARLO PAOLO, Largo Santa Sofia, 1.

Dr. MILAZZO CARMELLO, Piazza G. Verdi, 22.

Dr. NICOSIA ANTONIO, Piazza Aragona, 4.

Dr. PEZZOLI RENATO, Piazza Castelnuovo, 11.

Dr. PIAZZA GARGANO GIOVANNI, Piazza S. Domenico, 23.

Dr. PIZZUTO FRANCESCO, Via Villareale, 32.

Dr. RIBOLLA ACHILLE, Via Rosolino Pilo, 12.

Dr. TEMPESTINI ELIO, Via Maqueda, 200.

Oculisti:

PALERMO - Dr. BELLINA Gregorio, Via Celso, 14

Prof. Dr. CUCCO Alfredo, Via Villafranca, 20.

Prof. Dr. DE BONO F. PAOLO, Via Stabile, 120.

Dr. LA PLACA GAETANO, Via Stabile, 155.

Prof. Dr. LONGO SALVATORE, Corso Scinà, 941.

Prof. Dr. STELLA PIETRO, Piazza Castelnuovo, 4.

Otorinolaringoiatri:

PALERMO - 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 praticano 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:

PARMA - Dr. ALBERTI Silvio, Via Farini, 52.

Oculisti:

PARMA - Prof. Dr. CANDIAN Ferruccio, Viale Umberto I.

Prof. Dr. CARMÌ Alberto, Via San Biagio, 1.

Otorinolaringoiatri:

PARMA - 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 professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

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

3. *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sia per le cure ambulatorie che per le rette di qualsiasi 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.

Odontoiatri:

PERUGIA - Prof. Dr. BRAJO FUSO, Corso Vannucci.

Oculisti:

PERUGIA - Prof. Dr. GIANNANTONI Camillo, Corso Vannucci, 9.

Otorinolaringoiatri:

PERUGIA - Dr. BAROLA Angelo, Via Fani, 2.

PESCARA

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

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

PIACENZA

Odontoiatri:

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

Dr. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

CASTELSANGIOVANNI - Dr. PATRIOLI Giuseppe.

PISA

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

Odontoiatri:

PISA - 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 Vitt. 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:

PISTOIA - 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:

POLA - Dr. STOCCO Francesco.

Oculisti:

POLA - Dr. DE PIERA MAURO.

Otorinolaringoiatri:

POLA - 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:

REGGIO CALABRIA - Dr. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti:

REGGIO CALABRIA - Dr. DE LOGU Antonio.

Dr. Prof. LAGANÀ Domenico.

Dr. STILO Antonio.

Otorinolaringoiatri:

REGGIO CALABRIA - 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. Servizio Sanitario della Direzione Generale (Roma, Via Sallustiana n. 51).

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 Kakh.*

7. *Reazione di Wassermann.*

8. *Misurazione della pressione arteriosa.*

9. *Elettrocardiogramma.*

10. *Controllo del peso e dell'altezza.*

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

C) Gabinetto per le cure odontoiatriche, compresa la protesi, a condizioni assolutamente speciali. La prima visita consultiva è gratuita.

2. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori), tutti gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Roentgen-terapia anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operativi o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35 — per l'Istituto Regina Elena e di L. 30,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e roentgenterapia, ecc.). 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.



ROMA - Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori - Viale Regina Margherita n. 281

In quest'ultimo caso la riduzione del 50% va applicata alla tariffa più bassa.

3. *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.

4. *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.

5. *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.

6. *Casa di cura per malattia 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 quella delle affezioni otorinolaringoiatriche, la terapia inalatoria e per tutti gli esami e cure di radiologia, elettro e fototerapia che ivi si praticano.

Odontoiatri:

ROMA - 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:

ROMA - Prof. Dr. COLANGELI Armando, Via A. Canova, 12.
Prof. Dr. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.
Prof. Dr. NEUSCHÜLER Ignazio, Via Aracoeli, 58.

Otorinolaringoiatri:

ROMA - Prof. Dr. TURTUR Giuseppe, Via XX Settembre, 95.
Dr. CIPOLLONI Silvio, Via Cola di Rienzo, 297.

ROVIGO

Odontoiatri:

ROVIGO - Dr. BENATTI Boris.
Dr. BORELLINI Alberto.
ADRIA - Dr. FERRONI Giuseppe.
Dr. GIORDANI Nazzeno.

SASSARI

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

Odontoiatri:

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

SAVONA

Odontoiatri:

SAVONA - Dr. CRV. Uff. GASTI Giuseppe, Corso Principe Amedeo, 2-5.
Dr. COMID. POGGI Poggio, Via Paleocapa, 3.
Dr. VEIRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

Otorinolaringoiatri:

SAVONA - Dr. LANFRANCO EDRICO, Piazza Armando Diaz, 4-4.

SIENA

1. *Stabilimenti termali di Chianciano*, a tutti gli assicurati: riduzione del 10% sulle 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 1^a classe e del 50% per la 2^a 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.

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

Odontoiatri:

SIENA - 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 ordi-

inarie 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:

TARANTO - Dr. BABBARO Vincenzo, Corso Umberto.
Dr. MONTANARI Francesco, P. G. Bruno, 33.
Dr. SANTOSTASI Carlo.
Dr. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

Oculisti:

TARANTO - 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:

TARANTO - Prof. Dr. BIASOLI Alcide, Via due Mari, 18.
Dr. BATTISTA V., Via Cavour, 27.
Dr. NATALE V., Piazza Massari, 5.

TERAMO

Odontoiatri:

TERAMO - 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. *Istituto di Terapia Oozonica in Torino*, Corso Oporto 10, a tutti comunque assicurati: riduzione del 35% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per tutte le cure che ivi si praticano.

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

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

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

Odontoiatri:

TORINO - 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, 8.
 Dr. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

Oculisti:

TORINO - 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 Sirio, Via XX settembre, 60.
 Prof. Dr. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.
 Dr. TOSO G., Via S. Secondo, 15.
 Prof. Dr. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.
 Dr. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.
 Prof. Dr. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri:

TORINO - Dr. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.
 Prof. Dr. BRUZZONE Carlo, Via Davide Bertolotti, 2.
 Dr. CARBONE Agostino, Corso V. 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. Dr. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.
 Dr. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Plana 11.
 Prof. Dr. PALLISTRINI 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:

TRAPANI - 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:

TRENTO - Dr. AGOSTINI Fortunato.
 Dr. LACHMANN Carlo, Piazza Silvio Pellico, 2.
 Dr. RIGHI Ferruccio, Via Belenzani, 27.
 Dr. SEPI 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 - Dr. Cav. BANFICHI Tullio, Via Roma, 33.
 Prof. Dr. 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 e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, roentgen-diagnostica e roentgen radium-terapia che verranno praticate nella Casa di Cure chirurgiche.

TRIESTE**Odontoiatri:**

TRIESTE - 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. RUSAIO Giuseppe, Via Trenta Ottobre, 13.

Oculisti:

TRIESTE - Prof. Dr. KOCH Carlo, Viale XX settembre, 24.
 Dr. MANZUTTO G., Via Roma, 22.
 Dr. OBLATH O., Via Rossini, 26.

Otorinolaringoiatra:

TRIESTE - Dr. Rocco Antonio, Via Mercato Vecchio, 3.
 Dr. Cav. MONTINI Giovanni, Via Cesare Beccaria, 5.

UDINE**Odontoiatri:**

UDINE - 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:

VARESE - Dr. BERTOLI Alessandro.
 Dr. BERTOLI Romeo.
 Dr. FRANZI Cesare.
 Dr. GUSCETTI Severo.
 Dr. MINGARELLI Lido.
 Dr. RIVA Gian Pietro
 BUSTO ARSIZIO - Dr. BRECCETTO 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 - Dr. ROVERA Santo.
 Dr. SIOLI Giulio.
 SOMMA LOMBARDO - Dr. BURATTI Pasquale Achille.

VENEZIA

1. *Ospedali Civili Riuniti di Venezia*, agli assicurati in forma ordinaria e collettiva riduzione del 20% per i ricoverati di 1ª classe e del 10% per i ricoverati di 3ª 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:

VERONA - Dr. BRIVIO GIANO, Via Marsale.
 Dr. CABAZZA 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:

VICENZA - Dr. CARLE LUCIANO, Corso Principe Umberto, 53.
 Dr. FIORETTI SEBASTIANO, Via Morette.
 Dr. MARTINELLI L., S. Corona.
 ARZIGNANO - Dr. VERONESE GIUSEPPE.

Oculisti:

VICENZA - Dr. ANTUZZI C., Piazza Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri:

VICENZA - Dr. BASSO E., Via Racchetta, 5.
 Dr. BOER ANTONIO, Via Carpagnon, 13.

VITERBO

Odontoiatri:

VITERBO - 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 coi pagamenti, ed un documento di identità personale.

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

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

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

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

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

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

a) ipercloridra - 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) artrite cronica - 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, oistopielite :

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

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

Case specializzate per malattie polmonari:

- Miazzina** (Novara) - Casa di cura per malattie polmonari « *Eremo* ».
Sondrio - Primo Sanatorio « *A. Zubiani* » in Pineta di Sortenna.

Case specializzate per malattie nervose:

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

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

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

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 per cure chirurgiche:

- Cagliari** - Casa di cura Prof. Gino Baggio - Piazza S. Benedetto.
Firenze - Casa di salute « *Villa Savoia* » - Via Andrea del Castagno, 6.
Genova - Casa di salute per operazioni chirurgiche Prof. A. Catterina - Via Borgoratti, 84.
Modena - Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti - Via Giardini, 20.
Napoli - Casa di salute Grimaldi e Principe - Piazza Gesù e Maria, 24.
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 chirurgica Prof. G. Masnata.
Treviso - Casa di cura chirurgica « *Villa Bianca* » - Prof. A. Grollo.

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

- 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.

Como - Istituto cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione del Prof. G. Galli - Via Volta, 46.

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.

Napoli - Sanatorio « *Carlo Forlanini* ».

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

Pavia - Casa di cura Prof. Eugenio Morelli - 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. Galliciano;

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

— Policlinico del Lavoro - Via Ripetta, 180

— Clinica Odontoiatrica R. Università.

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.

— Istituto di Terapia Octozonica - Corso Oporto, 10.

Varese - Clinica privata « *La Quiete* ».

Venezia - Ospedali Civili Riuniti.

Vigevano (Pavia) - Ospedale degli Infermi.

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Città di Castello, 1985-XIV — 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

L'ELOGIO DEL GARGARISMO

(Come prevenire le tonsilliti)

Dott. ALBERTO STARNA

Medico della Direzione dell'I. N. A.

Le brusche variazioni di temperatura proprie dell'autunno inoltrato ci portano quasi costantemente un non piacevole regalo sotto forma di una tonsillite catarrale.

E' un segno tangibile a cui ci siamo abituati e che ci conferma, se anche il calendario non ce lo dicesse, che siamo proprio per entrare nell'autunno. Al primo bruciore di gola non si dà peso; ma quando compaiono i brividi e si diffonde un indolimento per tutta la vita, ci si decide a starcene ben tappati in casa per qualche giorno, sottoponendoci solo allora ad una cura antisettica delle prime vie respiratorie.

Ma oltre al fastidio non breve di dover interrompere le nostre occupazioni, le complicanze e le sequele della tonsillite dovrebbero essere messe in conto, se vogliamo fare un bilancio della nostra trascuratezza. Laringiti, faringo-laringiti, riniti, sono le più frequenti successioni morbose della tonsillite e rappresentano già, come vedete, qualche cosa di poco piacevole. Se poi aggiungerò che molte otiti e sinusiti riconoscono come punto di partenza le tonsille, la faccenda si fa parecchio più seria.

E siamo ancora alle complicazioni locali perchè se pensiamo che attraverso il filtro tonsillare possono entrare germi della peggiore specie e passati in circolo determinare una setticemia, comprenderemo finalmente come una tonsillite non sia cosa da prendere troppo alla leggera.

*
* *

Ma, qualcuno mi domanderà a questo punto: Se le tonsille sono questo tallone d'Achille che voi medici dite, perchè mai, stanno innicchiate come due sentinelle proprio alle fauci, crocevia dell'apparato respiratorio e digerente?

Giustissima questa obiezione: ed infatti le tonsille palatine, quelle a cui vogliamo riferirci, hanno una funzione di barriera per i germi che pullulano o sono introdotti nella bocca e quando questi tentano una avanzata in profondità, vengono arrestati e resi innocui proprio dalle tonsille. Come queste siano collegate ad altre ghiandole linfatiche dello stesso tipo e funzione, come la tonsilla faringea, le tonsille tubariche, e ad altre numerose, chiudendo l'orifizio faringeo in un vero cerchio detto l'anello linfatico di Waldayer, è cosa troppo

lunga a descrivere. A voi basterà sapere che in questi fortilizi posti dalla natura a guardia della nostra salute, certe speciali cellule del sistema reticolo-endoteliale procedono ad una giustizia sommaria di questi ospiti pericolosi che sono i germi. Non solo, ma c'è chi ritiene che le cellule stesse dei gangli riescano con i corpi dei bacilli a far dei vaccini per il nostro organismo senza darsi delle arie di chimici o di sierologi patentati.

Non sempre però le cose vanno così e può accadere che i bacilli virulentati da un fattore perfrigerante riescano a vincere la barriera tonsillare e a dare quelle gravi tonsilliti e magari anche gli altri guai che abbiamo sopra ricordato.

In questa lotta contro il bacillo è nostro dovere coadiuvare l'azione delle tonsille cercando di distruggere con antisettici i germi prima che arrivino ad insinuarsi nelle cripte tonsillari o raggiungerli anche in questi recessi.

Perciò soprattutto nella stagione invernale, quando i fattori perfrigeranti sono all'ordine del giorno, una buona pulizia periodica possibilmente biquotidiana della bocca da tanti ospiti indesiderati, sarà la nostra miglior garanzia.

Ecco, sento già brontolare qualcuno, abbiamo tante cose da fare tutto il giorno, che proprio altro tempo disponibile non ne abbiamo. Di grazia, permettete, se troviamo ogni sera dieci minuti per la pulizia dei denti come mai non ne troveremo per questo altro scopo non meno importante e che per molti lati completa l'antisepsi dentaria?

Detersa che sia la mucosa boccale e soprattutto le cripte tonsillari dove facilmente si annidano i bacilli, le possibilità di una tonsillite sono molto diminuite e se contemporaneamente ci prenderemo cura di evitare le cause perfrigeranti, ci sarà risparmiata quasi sicuramente ogni infiammazione delle prime vie aeree.

Del resto è sufficiente, per mantenere una buona asepsi della bocca e del faringe, procedere periodicamente a gargarismi antisettici.

*
* * *

Il gargarismo, che è la terapia locale classica delle affezioni faringo-bucali ed è anche il metodo più efficace per prevenirle, ha lo scopo di mettere in contatto con il medicamento la tonsilla, l'ugola, il velo pendulo ed il faringe nella porzione posteriore a livello dell'istmo.

Per praticare il gargarismo, dopo aver trattenuto il medicamento in bocca, si pratica una profonda inspirazione e quindi si passa alla posizione del gargarismo. Questa consiste nel rovesciare la testa indietro se il soggetto è seduto, se invece è sdraiato basta che assuma la posizione supina. Durante questo primo tempo l'istmo bucco-faringeo si chiude per il sollevamento della base della lingua che giunge fino a toccare il velo per evitare che il liquido cada nel faringe. Esso corrisponde a ciò che è chiamato bagno del retrobocca, durante il quale si può espirare liberamente per via nasale e questa attitudine si può prolungare a piacimento. Però esso è di scarso effetto curativo perchè il medicamento non bagna che i pilastri, la base della lingua e il palato molle, inoltre la mancanza di ogni movimento fa sì che la mucosa abbia un contatto limitato con il liquido.

Invece nel secondo tempo, espiratorio, si pratica il vero gargarismo bucco-faringeo perchè l'individuo, rilasciato l'ostio oro-faringeo, solleva leggermente il velo ed emette la corrente d'aria trattenuta nei polmoni in modo da far gorgogliare il liquido sovrastante con il caratteristico glu-glu ed in tal modo fa vibrare l'ugola.

Così vengono ampiamente bagnate le tonsille e la parete posteriore del faringe; anzi si potrebbe con un po' d'esercizio far scendere il medicamento nel faringe e mantenercelo senza gargarizzare; ma occorre allora chiudere il laringe sospendendo, come in uno sforzo, ogni respirazione. Avremo allora realizzato il vero bagno della gola, ma oltre alla difficoltà di eseguirlo il bisogno

di respirare fa sì che questa attitudine non si possa mantenere che per pochi secondi.

Esiste anche un gargarismo laringeo e laringo-nasale; ma per l'esercizio che richiedono per praticarli, non ritengo utile esporne qui la pratica.

Limitandoci al gargarismo bucco-faringeo che è il più pratico, il più conosciuto e il più semplice, notiamo come le mucosità aderenti alla superficie dei pilastri e delle tonsille, siano dal movimento del liquido distaccate dalle cripte e dalle mucose ove sono specialmente accumulate. In tal modo, tolta questa specie di vernice impermeabile, gli antisettici potranno agire direttamente sulla superficie dell'epitelio.

Senza voler indicare qui con una ricetta i vari tipi di gargarismi ricordiamo che schematicamente questi si possono dividere in tre gruppi. I gargarismi antisettici indicati in tutte le angine acute contengono timolo, acido fenico, salolo, mentolo; quelli leggermente modificatori indicati in tutte le angine subacute sono a base di borato di sodio, biborato sodico, clorato di potassio, acido borico. Infine in un ultimo gruppo vanno considerati quelli a base di iodio e ioduro di potassio in soluzione acquosa o glicerinata.

Sopra a questi ultimi colluttori richiamo l'attenzione perchè essi debbono essere adottati con una certa cautela poichè se usati a sproposito o in soluzione troppo concentrata, come spesso accade, portano più danno che beneficio. In ogni modo lo iodio ed i suoi derivati, spesso consigliati anche per pennellature faringee, avendo un'azione risolutiva saranno riservati alle forme croniche; nelle tonsilliti acute non raramente portano danno anzichè giovamento.

Nelle angine acute è anche un buon collutorio sempre innocuo l'acqua ossigenata, che deve essere però recente per mantenere la sua azione detersiva antisettica; di essa diluiremo un cucchiaino in un bicchiere di acqua.

Nel chiudere questa nota di medicina preventiva non si può dimenticare che buoni coadiuvanti della asepsi oro-faringea sono le istillazioni nasali di protargolo, gomenolo e mentolo. L'uso delle pastiglie antisettiche a base di aldeide formica o di mentolo può essere utilizzato perchè di qualche beneficio e soprattutto molto pratico.

Come vedete niente di nuovo, soltanto con un po' di buona volontà, qualche gargarismo, e una certa attenzione nei momenti di peggiori condizioni meteorologiche potranno dare una certa garanzia contro queste noiose ed insistenti tonsilliti.

ALCUNI CONSIGLI AGLI OBESI

Dr. S. FIANDACA

Medico della Direzione dell'I. N. A.

Problema di viva attualità viene considerato quello dell'obesità, per l'interesse che esso suscita dal punto di vista estetico in tutti gli individui (in maggioranza rappresentanti del sesso gentile) che già si trovano in tali condizioni o tendenti ad esse. E' d'uopo però aggiungere che a parte l'interesse sopracitato, invero non sempre giustificato, il problema merita particolare attenzione dal lato puramente medico. L'obesità infatti rappresenta una vera e propria malattia, che ha le sue ripercussioni inevitabili sulla durata della vita. Senza scendere in particolari, basterà a tale riguardo ricordare che la polisarcia conduce allo stabilirsi non infrequente di alterazioni che talvolta raggiungono tale gravità da provocare la morte dei soggetti.

Il problema terapeutico dell'obesità è eminentemente dietetico e per tali ragioni urta contro notevoli difficoltà. La principale di esse è rappresentata dal fatto che gli individui affetti, mal volentieri si sottopongono ad un regime dietetico diverso da quello al quale erano abituati, specie se si considera che la dieta in ogni caso consiste in una limitazione dell'introduzione di determinati alimenti e che i soggetti ai quali tale limitazione deve essere applicata sono in genere dei buoni mangiatori e non mancano di appetito. A ciò va aggiunto che il trattamento terapeutico, perchè determini l'effetto desiderato, deve essere continuato per un periodo di tempo abbastanza lungo; pertanto richiede da parte dei soggetti in cura, dei sacrifici che per essi sono particolarmente gravi e tali da non essere facilmente sopportati.

Prima cura quindi del medico al quale vengono chiesti dei consigli in proposito, deve essere quella di adattare la dieta conformemente alle abitudini di ogni individuo, in modo da renderla quanto più è possibile bene accetta. Pertanto sarebbe inopportuno indicare delle diete « tipo » da seguire in tutti casi in quanto esse non sarebbero applicabili che per un numero limitato di soggetti; sarà invece molto più utile, indicare in linea generale le modalità ed i concetti ai quali deve ispirarsi ogni individuo nel sottoporsi al trattamento dietetico.

E' necessario a questo punto notare che intendiamo parlare in questi consigli destinati al pubblico, dell'obesità vera e propria, di quel disturbo del ricambio cioè caratterizzato da accumulo eccessivo ed uniformemente diffuso di adipe e non di tutte quelle forme di adiposi che riconoscono un'etiologia specifica per lo più riferibile ad alterazioni di una o più ghiandole a secrezione interna.

In forma schematica l'obesità può essere suddivisa in tre gradi, per ognuno dei quali deve essere adottato un regime dietetico appropriato: piccola obesità, obesità media ed obesità mostruosa. Essi corrispondono alla divisione di Estein, il quale distingue l'obeso in tre momenti diversi: nel primo l'obeso è una persona invidiata, nel secondo è comica, nel terzo è compatita. Volendo dare dei limiti a tali tre stadi si potrebbe dire che nel primo rientrano gli individui di altezza per es. di circa m. 1,70 i quali raggiungono un peso massimo fino a 100 Kg., nel secondo quelli che avendo la medesima altezza di m. 1,70 raggiungono fino a 150 Kg., nel terzo quelli che superano tale limite. La cura, come è evidente, è tanto più efficace quanto meno avanzato è lo stadio della obesità; essa in linea generale, si fonda sulle due indicazioni fondamentali: 1° *Diminuire l'introduzione degli alimenti*, 2° *Accrescere il consumo delle riserve*.

Per quanto riguarda la prima indicazione non tutti gli alimenti possono essere diminuiti in misura uguale. Così le sostanze proteiche (albumine) non possono essere ridotte al di là di un certo limite (circa gr. 124 di albumina nelle 24 ore per un adulto), oltrepassato il quale l'alimentazione diventerebbe qualitativamente insufficiente.

Fondamentalmente l'alimentazione del polisarcico deve essere composta di tutti gli elementi indispensabili (albumina, grassi, idrati di carbonio), somministrati in misura relativamente ridotta, a detrimento per la massima parte dei grassi e degli idrati di carbonio (pasta, pane, zucchero ecc.). La quantità dei cibi deve essere tale che basti per lo svolgimento regolare delle funzioni fisiologiche, non susciti disturbi, non faccia notare troppo il senso della fame, ma che contemporaneamente obblighi l'organismo a servirsi del proprio adipe, accumulato nelle riserve del sottocutaneo e degli organi interni, per una parte dei suoi bisogni energetici.

Perchè dunque la dieta abbia le caratteristiche suindicate deve essere impostata sulle seguenti basi:

lasciare invariata o quasi la proporzione delle sostanze albuminoidee, limitare le sostanze grasse e gli idrati di carbonio;

somministrare cibi che abbiano un volume considerevole rispettivamente al loro valore energetico;

praticare pasti piccoli e frequenti.

Per la valutazione delle sostanze albuminoidee da ingerire si terrà presente che la quantità di esse, in linea generale, deve essere rappresentata nella dieta dell'obeso, nella stessa misura che in quella di un individuo, dello stesso sesso e della stessa altezza di peso normale. Approssimativamente per un soggetto di m. 1,70 sono sufficienti gr. 125-140 di albumine. I grassi e gli idrati di carbonio dovranno essere limitati secondo il grado della polisarcia: in ogni caso essi devono rappresentare delle cifre ridotte del 30-40% per il grasso e del 60-70% per gli idrati di carbonio rispettivamente a quelle normalmente ingerite da un individuo di peso normale.

Per fare un esempio, un soggetto di m. 1,70 del peso di Kg. 150, che compie un lavoro regolare, dovrebbe approssimativamente ingerire:

- gr. 140 di proteine
- » 200 di idrati di carbonio
- » 50 di grassi.

La somministrazione di cibi voluminosi e di poco valore energetico ha il doppio scopo di soddisfare grossolanamente la capacità gastrica, senza per altro aumentare il numero delle calorie, e di evitare il senso della fame. A tale scopo i cibi che meglio si prestano al giuoco sono le verdure, le quali oltre a possedere la proprietà anzidetta — volume considerevole e poco valore energetico — riescono molto spesso di buon gradimento al gusto e possono essere cambiate qualitativamente con relativa facilità.

Il consiglio di eseguire pasti piccoli e piuttosto frequenti ha lo scopo di ingannare il desiderio spesso impellente dell'ingestione dei cibi, al quale i più tra gli obesi vanno soggetti.

Perchè l'obeso osservi con una certa scrupolosità le prescrizioni dietetiche, potrà essere di sommo giovamento, in qualche caso, che egli prenda i suoi pasti da solo, evitando di assistere a quello degli altri, specie dei familiari.

In tal modo oltre ad imporre uno sforzo minore alla sua volontà, che altrimenti potrebbe cedere alle lusinghe dei sensi, egli evita l'increscioso inconveniente del familiare, il quale per convenienza od altro, spesso lo induce, con inviti poco opportuni, a qualcuno di quegli « strappi », che di solito si ripetono quotidianamente.

Non mi sembra opportuno entrare nei particolari riguardanti la composizione delle varie diete, in quanto queste come ho accennato sopra, debbono essere scrupolosamente vagliate per i singoli soggetti secondo il grado della polisarcia ed è questo, compito precipuo del medico curante, al quale ogni obeso dovrebbe sempre rivolgersi. La dieta infatti deve esattamente essere calcolata in base al numero delle calorie che si vuole somministrare, in rapporto all'età, al sesso, all'altezza, al peso, al lavoro, ed alla stagione ecc.

In linea generica, per citare alcuni esempi, saranno da evitare le carni molto grasse (maiale, montone, ecc.) il burro, i formaggi grassi fermentati, l'uso smodato di pane, di pasta e legumi, la frutta secca ed oleosa (noci, mandorle ecc.), la frutta fresca ricca di zucchero (fichi, datteri, banane ecc.), gli zuccheri in genere, l'alcool ecc.

Per quanto riguarda le bevande dovranno essere limitate tutte quelle che contengono notevole quantità di zucchero ed alcool (sciropi, liquori, birra, vini dolci, cioccolata ecc.).

Inoltre è consigliabile limitare l'uso delle bevande anche consentite (compresa l'acqua) durante i pasti. Tale pratica riasce utile in quanto mentre da una parte frena l'appetito, dall'altra evita di accrescere, sia pure transitoriamente, la massa di liquido circolante nell'organismo, per la quale la circolazione si rende più stentata e l'attività dei processi di ossidazione si rallenta.

*
* *

Tra i mezzi atti ad accrescere il consumo delle riserve adipose va messo in prima linea il lavoro muscolare. L'obeso generalmente è un individuo che conduce una vita sedentaria ed ha tendenza all'inattività muscolare: occorre che vinca questa sua tendenza. Egli inoltre non deve concedere troppe ore al sonno e soprattutto non dovrebbe dormire subito dopo i pasti.

L'esercizio muscolare deve essere eseguito in maniera continua, sistematica e progressiva e non deve determinare le sensazioni della fatica; sotto questo punto di vista saranno indicati la ginnastica da camera e tutti quegli sports, non eccessivamente faticosi, che richiedono un allenamento sistematico di molti gruppi muscolari, quali ad es. il nuoto, la scherma, la caccia, l'alpinismo, il tennis ecc.

Per chi non potesse, per il grado elevato di obesità, praticare alcuno sport, saranno utili le passeggiate compiute in modo sistematico e progressivo.

Giova ricordare che qualsiasi attività muscolare deve essere proporzionata al grado della polisarcia, all'età del soggetto, alle condizioni di funzionalità dei suoi apparati e condotto per ogni caso con molta cautela.

Esistono numerosi altri mezzi fisici, che possono efficacemente contribuire all'aumento del consumo delle riserve: essi sono rappresentati dai bagni di mare, minerali, termo-minerali, docce, dalle stufe, dai messaggi, da alcuni procedimenti di elettroterapia (diatermia, bagni idroelettrici, galvanizzazione generale), dai bagni di luce ecc. Tutti questi procedimenti vanno eseguiti con molta prudenza e sempre sotto la sorveglianza del medico.

Tralascierò di parlare della terapia medicamentosa perchè esula dai limiti imposti a questa breve nota e può essere consigliata solo caso per caso dal medico.

POSTA DEGLI ASSICURATI

Assicurato E. G. — Agenzia Generale di Imperia.

DOMANDA. — Avendo disturbi nervosi generali e nevralgie persistenti al torace, desidero farmi eseguire l'esame del sangue e delle urine, giusta il consiglio del medico curante.

RISPOSTA. — Potete mandare i campioni di sangue e di urine seguendo per l'invio dei campioni le istruzioni contenute nella nostra Rivista (a pag. III) che inviamo a parte.

Assicurato Agenzia Generale di Pisa.

DOMANDA. — Essendo affetto da cancro della lingua, chiede consigli sulla cura da seguire.

RISPOSTA. — Tutti i nostri assicurati possono rivolgersi per i consigli e le cure opportune, all'Istituto Regina Elena di Roma per la diagnosi e la cura dei tumori.

Per le modalità leggere la nostra Rivista «L'Assistenza Sanitaria» (a pag. XIV) che inviamo.

Alcune attività del Servizio Sanitario*Capitali dei contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nel 1° semestre 1935.*

Portafoglio diretto e precostituito (assicurazioni ordinarie e collettive con visita medica all'ingresso)	L. 27.930.149
Portafoglio diretto senza visita medica	» 1.932.220
Portafoglio assicurazioni popolari	» 2.248.963
Cessioni legali e riassicurazioni (quote a carico dell'Istituto)	» 7.920.022
Totale	<u>L. 40.031.354</u>

Prestazioni sanitarie eseguite al Policlinico del Lavoro dal nov. 1934 all'ott. 1935 a favore degli assicurati dell' I. N. A. in forma popolare.

Sezione 1ª — Medicina del lavoro	N. 21
• 2ª e 3ª — Medicina generale e nevropatologia	78
• 4ª — Chirurgia	11
• 5ª — Ginecologia	32
• 6ª — Pediatria	27
• 7ª — Oculistica	17
• 8ª — Otorinolaringoiatria	27
• 9ª — Stomatologia	39
• 10ª — Fisioterapia: Diatermia (60), Raggi U. V. (48), Massaggi elettrici (29)	137
• 11ª — Radiologia: Es. rad. del sistema digerente completo	14
Esame radiologico del torace	22
Esame radiologico lombo sacrale	1
Esame radiologico del cranio (una posizione)	1
Esame radiologico della vescica	1
• 12ª — Dermosifilopatica	16
Dispensario celtico	4
• 13ª — Biologia: Reazione Wassermann	10
Analisi urine	33
Esame espettorati	6
Glicemia	1
	<u>N. 498</u>
Iniezioni endovenose.	29
	<u>N. 527</u>
Individui visitati N. 144.	

Notiziario

Il prestito Nazionale « Rendita 5 % » e l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che già nel 1918, nel 1920 e nel 1927 creò speciali forme assicurative abbinata ai Prestiti Nazionali, anche ora continuando la sua tradizione, ha adottato tre polizze speciali in connessione col Prestito Nazionale « Rendita 5 % ».

La prima è una Polizza mista abbinata al Prestito Nazionale ed è della più grande utilità per coloro che intendono partecipare alla sottoscrizione in tale forma, e non hanno attualmente disponibili i capitali necessari.

Tale Polizza ha le seguenti caratteristiche :

La durata della forma assicurativa essendo di anni 15, consente all'assicurato di ratizzare il pagamento dei titoli del Prestito sottoscritto in quote minime.

L'assicurazione è nella così detta forma *mista* e perciò nel caso di morte del titolare della polizza prima della scadenza del quindicennio, anche nel primo anno di contratto, la somma assicurata sarà immediatamente ed integralmente versata a chi di diritto in titoli del Prestito, nel corrispondente loro valore nominale.

Ma nella maggioranza gli assicurati saranno sopravvissuti allo scadere dei quindici anni ed allora sarà ad essi stessi versata l'integrale somma assicurata in titoli del Prestito di valore nominale corrispondente e saranno per di più corrisposte loro L. 50 per ogni titolo di mille lire, a copertura della differenza fra il valore nominale stesso ed il prezzo di emissione (L. 950).

Il secondo tipo di polizza permette la conversione del redimibile al 3 e mezzo per cento in rendita 5 % : l'Istituto provvede per conto dei possessori dei titoli a detta sottoscrizione purchè gli interessati, depositando i titoli all'Istituto, ne cedano temporaneamente il reddito all'Istituto stesso per la stipulazione di un contratto di assicurazione nella forma « Mista ordinaria » (tariffa n. 3).

Infine per andare incontro alle particolari condizioni di quei possessori di Redimibile 3,50 % che pur desiderando convertire i loro Titoli, non dispongono del denaro liquido necessario per integrare l'operazione di conversione (15 lire per ogni titolo di L. 100 nominali), nè possono avvalersi della combinazione assicurativa, trovandosi nella impossibilità di cedere interamente all'Istituto il reddito dei nuovi titoli convertiti, l'I. N. A. ha studiato un'altra speciale combinazione. Per

tutti coloro che la sottoscriveranno, l'Istituto procederà alla conversione dei titoli presentati, anticipando il contante all'uopo necessario ; a conversione effettuata, metà dell'importo nominale dei titoli convertiti verrà restituita al proprietario, mentre l'altra metà sarà trattata, temporaneamente, dall'Istituto, il quale ne percepirà il reddito, per l'ammortamento assicurativo della somma anticipata.

Rivolgersi per informazioni e chiarimenti alle Agenzie Generali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Quinto Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Si è svolto in Roma nell'Istituto « Carlo Forlanini, nei giorni 6-9 novembre 1935-XIV, il V Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Vi hanno partecipato numerosi studiosi di Roma e di ogni parte d'Italia. Nella seduta inaugurale ha dato il saluto ai congressisti il vice-governatore di Roma ; dopo di lui ha parlato il Segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici e Direttore dell'Istituto « Carlo Forlanini » on. Eugenio Morelli, il quale ha efficacemente illustrato l'opera fino ad oggi compiuta dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Ha quindi ricordato ai presenti il nobile gesto dei 1500 malati dell'Istituto, i quali per portare il loro contributo alla lotta contro le sanzioni hanno spontaneamente chiesto che non fosse loro somministrata la carne nei giorni nei quali ne è proibita la vendita.

Con commossa parola, l'O. ha rivolto un reverente pensiero al Maestro Carlo Forlanini ed ha invitato i congressisti a visitare il piccolo « sacrario » da lui creato ove egli sta raccogliendo gli oggetti che hanno appartenuto al Forlanini stesso.

Dopo i discorsi del Prof. Fernando Besançon, Segretario generale dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi, e del Sen. prof. Edoardo Maragliano, Vice-Presidente della Federazione, il Sottosegretario di Stato agli Interni On. Buffarini ha ufficialmente aperto i lavori del Congresso, in nome di S. M. il Re e per ordine di S. E. il Capo del Governo.

Subito dopo il Presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale on. prof. avv. Bruno Biagi, ha tenuto la conferenza inaugurale sul tema « Assicurazione e tubercolosi », interessante e dotta dissertazione sull'importante argomento.

Nel pomeriggio della prima giornata fu ini-

ziato lo svolgimento dei temi di relazione con il tema biologico « I componenti chimici del bacillo tubercolare », relatore S. E. il Prof. Gianni Petragani.

La seconda giornata fu dedicata al tema clinico: « Reinfezione endogena e superinfezione esogena nella tubercolosi polmonare », relatore il prof. sen. F. Micheli, ed al tema terapeutico « La cura dell'empima para-pneumotoracico », relatore il prof. V. Monaldi. Indi il prof. Morelli ha tenuto una conferenza dal titolo: « Il pneumoperitoneo in terapia ».

Nella terza giornata è stato svolto e discusso il tema sociale: « Il lavoro in casa nella lotta contro la tubercolosi », relatore il prof. Gioacchino Breccia ed alla sera ha avuto luogo con grande numero di intervenuti l'Assemblea generale della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

L'ultima seduta del Congresso ha avuto luogo a Littoria nel salone del Comune, ove è stato discusso il tema « I consorzi antitubercolari nel nuovo orientamento della lotta contro la tubercolosi ». Là il Congresso si è chiuso con il saluto al Re e al Duce.

Oltre alle relazioni generali sui vari temi sono state lette e discusse interessanti numerose correlazioni e comunicazioni.

Perfezionamento e coordinamento legislativo della previdenza sociale.

Nella *Gazzetta Ufficiale* del 26 ottobre 1935-XIII è stato pubblicato il Regio Decreto-Legge contenente le disposizioni per il perfezionamento e coordinamento legislativo della previdenza sociale. Nel nuovo testo di legge è chiarito il concetto dell'invalidità, che finora aveva dato luogo a molte controversie sia nel campo dottrinario che pratico. L'Art. 7 del R. D. 30 dicembre 1923 N. 3184 diceva: « Si considera inabile al lavoro l'assicurato la cui capacità di guadagno è ridotta a meno di un terzo del guadagno abituale normale delle persone che esercitano lo stesso mestiere nella stessa località ». Secondo tale formula da taluni si riteneva che l'invalidità si dovesse riferire all'inabilità al lavoro generico, da altri a quello specifico. Col nuovo

testo di Legge non possono sorgere più diversità d'interpretazioni essendo ben chiaro che si deve trattare d'invalidità generica e non specifica. Tale concetto è ben precisato anche dall'art. 60 della nuova Legge che al Comma 2° parla di invalidità permanente e generica dell'assicurato. Speciali opportune disposizioni sono state emanate per attenuare i rischi assicurativi obbligando alle cure gli assicurati. Le cure sono a carico dell'Istituto assicuratore e, in caso di ingiustificato rifiuto a sottoporvisi da parte dell'assicurato, si sospende la liquidazione o il pagamento della pensione di invalidità.

Con l'art. 83 si dà la facoltà all'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, di gestire, oltre i tubercolosari anche ospedali, convalescenziari, stabilimenti termali, ambulatori, preventori, ed attuare altre previdenze igienico-sanitarie aventi per scopo la prevenzione e la cura dell'invalidità.

L'ottavo censimento generale della popolazione del Regno.

Il giorno 21 aprile 1936-XIV avrà luogo l'VIII censimento generale della popolazione del Regno e delle colonie, a distanza di cinque anni dal precedente che fu fatto nel 1931. Fino a tale epoca i censimenti venivano fatti ogni dieci anni; secondo le vigenti disposizioni di legge invece avranno luogo ogni quinquennio. Rammentiamo qui le date dei precedenti censimenti: 1861, 1871, 1881, 1901, 1911, 1921 e 1931; nel 1891 per motivi di economia non fu fatto censimento.

Prolusione al corso di medicina legale nella Regia Università di Roma.

Il 19 novembre il nuovo titolare della Cattedra di Medicina Legale e Medicina Legale delle Assicurazioni Sociali, Prof. Giuseppe Moriani ha tenuto innanzi ad un numero pubblico di studenti, medici, avvocati e professori della Facoltà Medica, la sua prolusione. Il chiaro Professore ha trattato magistralmente il tema: « La medicina legale nelle sue finalità, nel suo metodo e nel suo sistema ».

Medicina delle Assicurazioni vita**Il comportamento della calcemia nell'ipertensione e suo valore prognostico**

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

Medico della Direzione dell'I. N. A.

Fra i numerosi lavori comparsi negli ultimi tempi sul comportamento della calcemia nelle più svariate affezioni morbose sono degni di rilievo quelli che studiano il comportamento del tasso del calcio sanguigno nel diabete mellito, nell'arteriosclerosi e particolarmente nell'ipertensione arteriosa. Infatti nelle forme gravi del diabete mellito il Kylin avrebbe osservato un aumento della calcemia; altri AA. avrebbero osservato che in alcuni soggetti, diabetici gravi, arteriosclerotici e precisamente in quei soggetti che sono esposti al pericolo di una arterite obliterante, il tasso del calcio sanguigno sarebbe più elevato che di norma; in tali casi il comportamento della calcemia acquisterebbe un evidente valore prognostico e dovrebbe quindi costituire uno dei preziosi sussidi che il laboratorio è in grado di fornire alla clinica.

La grande importanza dell'argomento, specie dal punto di vista della prognosi e soprattutto la ricchezza di dati contraddittori dei vari lavori sinora pubblicati su questo argomento, mi hanno indotto a praticare una serie di ricerche di controllo su un numero abbastanza cospicuo di soggetti per tentare di accertare con la massima precisione possibile se realmente i valori della calcemia siano modificati nell'ipertensione e se a queste modificazioni si possa dare un certo valore prognostico.

Prima di esporre i risultati delle mie personali ricerche passerò brevemente in rassegna la letteratura sull'argomento mettendo in evidenza la sua ricchezza in dati contraddittori.

L'importanza della calcemia nell'ipertensione è naturalmente collegata alla teoria neuro vegetativa dell'ipertensione essenziale (teoria endocrino-simpatica di Lian, Gallavardin ecc.) che ammette l'esistenza di una ipertensione in certi stati di simpaticotonia del tutto indipendenti da lesioni renali.

Partendo dall'ipotesi che la cosiddetta ipertensione essenziale, dipenda da uno stato di disquilibrio del sistema neuro-vegetativo e precisamente da uno stato di vagotonia, dato che lo ione Ca. è lo specifico eccitatore del simpatico e lo ione K. quello specifico del vago, se consideriamo gli ipertesi come dei vagotonici dovremmo nel sangue di questi soggetti riscontrare una deficienza degli ioni Ca. e una prevalenza degli ioni K.

Il Kylin che si è largamente occupato dell'argomento ha infatti ottenuto in numerose osservazioni praticate su soggetti ipertesi un valore medio della calcemia di mmgr. 104^{0/00} di fronte al valore medio di mmgr. 111^{0/00} che egli dà come cifre normali. Kraus e Zondeck sostengono che l'antagonismo $\frac{Ca}{K}$ esprima l'antagonismo $\frac{\text{simpatico}}{\text{parasimpatico}}$, inquantochè l'azione del vago sarebbe rinforzata dal potassio e diminuita dal calcio mentre l'azione del simpatico sarebbe rinforzata dal Ca e diminuita dal K. Secondo Kylin quindi il rapporto $\frac{K}{Ca}$

permetterebbe di giudicare lo stato del sistema vegetativo inquantochè l'aumento di questo rapporto esprimerebbe uno stato di vagotonia e la sua diminuzione uno stato di simpaticotonia.

Collip partendo dalla osservazione che l'estratto di paratiroide (Parathormone di Collip) è capace di elevare il tasso del calcio sanguigno, ritiene che l'ipertensione possa essere prodotta da un abbassamento della calcemia conseguente ad una insufficienza delle paratiroidi.

Però M. P. Weil e Ch. O. Guillaumin in un gran numero di soggetti affetti da evidente squilibrio neurovegetativo hanno trovato i valori della calcemia sempre normali tranne che in un solo caso.

Segrè e Cantoni d'altra parte praticando un controllo alle ricerche di Kylin vengono alla conclusione che il tasso del calcio sanguigno non sia negli ipertesi affatto inferiore alla norma, sebbene i valori da essi ottenuti confermino in linea di massima i dati delle ricerche di Kylin; questi AA. in base alle loro ricerche condotte su 26 ipertesi ritengono che in questi soggetti i valori della calcemia debbono essere considerati come normali e ritengono altresì di poter affermare che alla calcemia non può essere attribuito alcun valore prognostico nell'ipertensione in quanto che hanno potuto constatare che esistono da un lato molti soggetti ipertesi con calcemia elevata mentre dall'altro lato sono molti soggetti non ipertesi con calcemia notevolmente bassa e talora inferiore alle cifre date come normali; ed infine perchè essendo gli ipertesi nella maggioranza individui adulti od anziani essi hanno visto che

coll'avanzar dell'età la calcemia tende fisiologicamente ad abbassarsi ed anche in maniera non del tutto trascurabile.

Tra gli altri ricercatori che hanno voluto studiare il comportamento della calcemia nella ipertensione i risultati sono quanto mai contraddittori: infatti mentre Pellissier studiando (col metodo di Clarke) il comportamento della calcemia in 5 casi di ipertensione vera, ha ottenuto costantemente delle cifre superiori a quelle normali ed oscillanti da un massimo di mmgr. 177‰ ad un minimo di mmgr. 121‰, Castex e Steingart praticando le loro osservazioni su circa 100 ipertesi hanno trovato in media dei valori normali.

Anche Margreth studiando il comportamento del tasso del calcio sanguigno su 14 ipertesi ha ottenuto un valore medio di mmgr. 95‰ e quindi normale.

I risultati ottenuti dalla maggior parte degli autori sono quindi nettamente discordanti dai risultati ottenuti da Kylin che ha ottenuto su 36 ipertesi dei valori medi della calcemia di mmgr. 104‰ e siccome egli considera come valore medio normale la cifra di mmgr. 111‰ parla senz'altro di ipocalcemia.

Waldorf d'altra parte conferma colle sue ricerche i risultati di Kylin e anche Spiro, considerando la cifra di mmgr. 104‰ come valore medio normale ha trovato negli ipertesi da lui studiati un valore medio di mmgr. 98‰ e quindi piuttosto basso. Per altri autori invece nei malati affetti da aterosoma aortico, con o senza ipertensione, e anche nelle forme più avanzate, il contenuto in Ca del sangue resta normale e quindi la precipitazione del calcio nei tessuti non si accompagnerebbe a modificazioni apprezzabili della calcemia.

Per quel che riguarda i rapporti tra calcemia, paratiroidi ed ipertensione ed in particolare per quel che riguarda la teoria di Collip secondo la quale l'ipertensione sarebbe prodotta da un abbassamento della calcemia conseguente ad una insufficienza delle paratiroidi, K. Secher (1), in base a ricerche personali viene all'ipotesi che certe forme di ipertensione possano realmente venire attribuite ad una insufficienza delle paratiroidi; infatti con una iniezione di ormone paratiroideo si può ottenere, sebbene in modo transitorio, un abbassamento della pressione sanguigna; l'effetto di queste iniezioni di ormone paratiroideo è stato controllato mediante ricerche sul comportamento della calcemia.

D'altra parte le indagini anatomo-patologiche hanno mostrato che si può avere una scomparsa delle cellule principali e un aumento delle cosinofile come alterazioni caratteristiche delle paratiroidi nell'ipertensione.

I risultati così discordanti che abbiamo riportato sono probabilmente in rapporto col fatto che i valori della calcemia variano sensibilmente a seconda del metodo impiegato nella determinazione e presentano anche nei soggetti normali delle oscillazioni individuali abbastanza ampie in rapporto a svariati fattori che è necessario sempre tener presenti.

Infatti ancora oggi non tutti gli AA. sono d'accordo sul valore della calcemia nei soggetti normali; senza elencare tutte le cifre ottenute dai vari ricercatori ricorderò solo che le cifre estreme dei valori della calcemia negli individui normali vanno da un minimo di mmgr. 4‰ di Etienne e Robert e di mmgr. 7,2 di Paolucci ad un massimo di mmgr. 438‰ di Neurath e di mmgr. 495‰ di Richter e Quittner.

In mezzo a queste cifre estreme certamente poco attendibili abbiamo tutta una scala di cifre intermedie; così per Kramer e Tisdall il valore normale della calcemia oscilla tra mmgr. 95 e mmgr. 105‰, per Kylin tra mmgr. 104 e mmgr. 120‰, per Bergonzini e la scuola di Ferrara è da considerare come attendibile la cifra media di mmgr. 120‰, per Stehmann la cifra media è di mmgr. 125‰, per Blihdron e Thyssen di mmgr. 116‰, per Heubner di mmgr. 110‰, per Mayer di mmgr. 113‰, per Billinghamer di mmgr. 94‰ e infine per Glaser di mmgr. 93‰.

Dal complesso dei valori medi sopra riferiti risulta che la massima parte degli AA. concorda nel mettere il valore normale della calcemia entro limiti abbastanza estesi che vanno da un massimo di mmgr. 120‰ ad un minimo di mmgr. 93‰.

Inoltre i valori della calcemia non sono influenzati dal sesso ma sono invece, sebbene in modico grado influenzati dall'età; e le variazioni fisiologiche della calcemia in rapporto all'età consistono in una diminuzione del tasso del Ca con l'aumentare dell'età del soggetto. Infatti da un valore medio di mmgr. 116‰ che può considerarsi normale fino all'età di 20 anni, si scende poi ad un valore medio di mmgr. 104‰ oltre i quaranta anni.

Dobbiamo ancora tener presente l'influenza esercitata sul metabolismo del calcio dalle varie ghiandole a secrezione interna; ho già accennato al ruolo ormai universalmente ammesso delle paratiroidi; occorre tener presente che anche l'ovario ha una importanza non trascurabile nel metabolismo del calcio; infatti la castrazione artificiale provoca un netto sebbene transitorio, abbassamento del tasso del calcio sanguigno, e nella menopausa naturale questa ipocalcemia può essere di maggior durata così pure nelle manifestazioni morbose ar-

(1) K. SECHER, *Acta Medica Scandinava*, vol. L., XXIII, fasc. IV°.

ticolari che con particolare frequenza si riscontrano durante la menopausa si può osservare una ipocalcemia che unitamente alla ipofosfatemia e alla diminuzione della riserva alcalina viene da taluni AA. considerata come argomento in favore dell'origine ovarica di queste manifestazioni morbose. D'altra parte è interessante notare che esiste una particolare forma di ipertensione che per l'epoca della sua insorgenza viene chiamata « ipertensione della menopausa » e non è facile risolvere il quesito se l'ipocalcemia eventualmente riscontrabile in questi casi sia da attribuire ad alterata funzione delle paratiroidi o dell'ovaia o di ambedue queste ghiandole endocrine. La gravidanza determina negli ultimi mesi un fisiologico stato di ipocalcemia.

Tra i vari metodi usati per il dosaggio del calcio è stato scelto per le nostre ricerche il metodo di Kramer e Tisdall perchè semplice, di facile esecuzione ed abbastanza preciso, sebbene non del tutto esente da alcune cause di errore, comuni del resto a tutti gli altri metodi, come l'asportazione di parte del precipitato durante i ripetuti lavaggi con acqua ammoniacale, la possibilità di avere cifre troppo elevate per la precipitazione insieme al calcio di parte del magnesio oltre agli inconvenienti che può presentare la titolazione col permanganato.

È noto infatti che la proprietà riducente dell'ossalato che viene sfruttata nella titolazione di questo acido col permanganato non è sua propria ma è posseduta anche da altre sostanze; basta perciò che durante l'esecuzione della ricerca un granello di polvere capiti in mezzo al precipitato perchè si abbiano errori gravissimi.

Nel complesso però, in confronto agli altri metodi, quello di Kramer e Tisdall resta sempre un metodo abbastanza preciso e di esecuzione non eccessivamente difficile.

Il metodo di Kramer e Tisdall consiste nel precipitare il calcio sanguigno per mezzo dell'ossalato di ammonio, allo stato di ossalato di calcio, e in una successiva dissoluzione dell'ossalato di calcio in un eccesso di acido; l'acido ossalico in eccesso viene dosato per mezzo del permanganato di potassio.

La tecnica è la seguente:

in un tubo da centrifuga a cc. 2 di siero si aggiungano cc. 2 di acqua distillata e cc. 1 di una soluzione satura di ossalato di ammonio. Si mescola e si lascia in riposo per 1/2 ora.

Poi si aggiunge 1 cc. di acqua distillata, si rimescola e si centrifuga per 10 minuti; poi si decanta il liquido fino a cc. 0.30 in modo da allontanare il liquido soprastante al precipitato che rimane aderente alle pareti del tubo; si riporta a 4 cc. con idrato ammonico al 2% e si centrifuga per 5 minuti allontanando poi il liquido soprastante per decantazione. Questa centrifugazione della durata di 5 minuti si ripete per tre volte decantando ogni volta fino a cc. 0.30 e riportando poi a 4 cc. con idrato ammonico al 2%.

Dopo l'ultima decantazione, con l'aggiunta di 2 cc. di acido solforico normale, si scioglie il precipitato di ossalato di calcio rimasto aderente alle pareti del tubo, tenendo la provetta immersa per 1 minuto a bagnomaria.

Quindi si procede alla titolazione per mezzo di una soluzione $\frac{N}{100}$ di $KMnO_4$ che viene aggiunta fino ad ottenere una tinta rosea persistente per più di un minuto.

I cc. di soluzione $\frac{N}{100}$ di $KMnO_4$ impiegati moltiplicati per 10 danno il quantitativo in milligrammi per cento di siero di sangue.

La titolazione col permanganato di potassio va eseguita a caldo a una temperatura di circa 70° tenendo ben presente che differenze anche lievi di temperatura danno oscillazioni abbastanza forti dei risultati.

Bisogna inoltre tener presente che la quantità di calcio precipitata dal siero varia a seconda della maggiore o minore freschezza del materiale sul quale la ricerca viene praticata. Eseguendo la determinazione su siero freschissimo la quantità di calcio che precipita non supera l'80%; man mano che il siero invecchia la quantità di calcio che precipita aumenta gradatamente fino a diventare totale verso la terza, quarta giornata. Se si pratica il dosaggio oltre la quarta giornata si ottengono delle calcemie più elevate di quelle realmente esistenti che si spiegano colla flocculazione e conseguente centrifugazione e titolazione al permanganato di particelle di albumina.

Questa diversa quantità del calcio precipitato è dovuta ai fattori seguenti: quando il siero è fresco non tutto il calcio precipita coll'aggiunta di ossalato perchè la parte non ionizzata non entra affatto o entra solo parzialmente in azione; man mano che il siero invecchia le albumine si alterano nella loro struttura chimica e fisico chimica e allora la quantità del calcio che viene precipitata diventa sempre più alta perchè si rompe il legame che unisce il calcio all'albumina.

Nelle nostre ricerche abbiamo sempre usato quegli accorgimenti di tecnica che tentano di annullare o ridurre ad un minimo trascurabile le surriferite cause di errore.

Il sangue fu sempre prelevato la mattina a digiuno e si ebbe cura di esercitare col laccio sempre una compressione moderata durante il prelevamento del sangue dalla vena, dato che alcuni autori ritengono che l'asfissia provocata da un laccio troppo stretto può aumentare i valori della calcemia nel sangue in tal modo prelevato.

Tutte le nostre determinazioni sono state eseguite sul siero di sangue 24 ore dopo il prelevamento.

Tenendo presenti le fisiologiche variazioni della calcemia in rapporto all'età si cercò di ottenere dei gruppi di soggetti di età presso a poco eguale.

Le nostre ricerche sono state praticate sopra 146 individui, dei quali 50 erano soggetti sani non ipertesi e i rimanenti 96 soggetti con ipertensione più o meno elevata.

I risultati delle nostre ricerche sono esposti nelle tabelle seguenti il testo.

Dai risultati esposti nelle tabelle I e II risulta che i valori della calcemia si sono dimostrati quasi costantemente in diminuzione nei soggetti ipertesi; questo abbassamento del tasso del calcio del sangue è stato meno rilevante nelle ipertensioni modiche e più spiccato invece nelle ipertensioni elevate.

A prima vista quindi i risultati delle nostre ricerche sembrerebbero confermare ampiamente le conclusioni di Kylin e degli altri autori che hanno trovato negli ipertesi dei valori calcemici inferiori alla norma. Ma una più attenta osservazione dei risultati da noi ottenuti dimostra in modo evidente che gli ipertesi sono in maggioranza individui di età più o meno avanzata e che appunto con l'avanzar dell'età la calcemia tende ad abbassarsi anche nei soggetti normali.

Dalle cifre esposte nella tabella III risulta infatti chiaramente che i valori della calcemia tendono a diminuire in modo abbastanza sensibile con l'aumentare dell'età e tale diminuzione è tanto maggiore, rispetto alle cifre normali, quanto maggiore è l'età del soggetto. Dalle nostre ricerche risulta anche in modo abbastanza evidente che accanto ad individui con pressione normale e valori calcemici piuttosto bassi possiamo trovare individui con ipertensione elevata e valori calcemici piuttosto elevati o per lo meno non inferiori alla norma.

Aggiungerò ancora che mentre il Kylin studiando il rapporto potassio-calcio in alcune malattie ha trovato nell'ipertonia essenziale oltre ad un abbassamento del tasso del calcio anche una elevazione dei valori del potassio, successive ricerche di controllo hanno potuto dimostrare che, come la ipocalcemia, così anche la iperpotassiemia riscontrabile negli ipertesi non ha alcun valore diagnostico o prognostico, perchè nella maggior parte dei casi di ipertensione si tratta di individui di età superiore ai 40 o 50 anni e questo aumento del potassio va quindi considerato come espressione del fisiologico aumento che si suole riscontrare nell'età avanzata.

Concludendo credo di poter affermare che, sebbene nei soggetti con ipertensione arteriosa sia quasi costantemente dimostrabile una più o meno spiccata ipocalcemia e sebbene in molti casi questa ipocalcemia sia tanto più evidente quanto maggiore è il grado di ipertensione arteriosa, non è possibile assegnare alcun valore diagnostico e tanto meno prognostico all'ipocalcemia riscontrabile negli ipertesi.

Infatti anche dalle mie ricerche, come già da quelle di altri ricercatori, chiaramente risulta che l'abbassamento del tasso del calcio nel sangue è più da mettere in rapporto coll'età avanzata del soggetto che con la ipertensione arteriosa.

Or dati gli stretti rapporti che corrono tra lo stato di mineralizzazione dell'organismo e lo stato di funzionalità delle ghiandole endocrine si potrebbe attribuire la ipocalcemia fisiologicamente riscontrabile nell'età adulta e particolarmente nella vecchiaia alle più o meno profonde modificazioni delle ghiandole a secrezione interna che si verificano nell'età avanzata.

Inoltre le numerose ricerche eseguite in questi ultimi tempi sul comportamento della calcemia e della potassiemia in varie affezioni morbose, se da un lato hanno dimostrato che le variazioni della calcemia riscontrabili in queste malattie non presentano alcuna specificità di valore diagnostico o prognostico, d'altra parte hanno messo in luce un fatto di importanza notevole e cioè che in molti stati morbosi, e particolarmente in quelli che hanno un decorso cronico e che si accompagnano a cachessia, si hanno evidenti variazioni del tasso del calcio sanguigno. Poichè queste oscillazioni dei valori della calcemia si sono spesso dimostrate in rapporto più collo stato di nutrizione e di sanguificazione del soggetto che colla natura e colla estensione del processo morboso, ritengo che sarebbe interessante osservare se i valori della calcemia nei soggetti di età matura e nei vecchi subiscono delle modificazioni che possano essere messe in rapporto colle condizioni generali del soggetto e col suo stato di salute.

Poichè dai soli elementi raccolti nelle mie ricerche non è possibile dare alcun giudizio in proposito mi propongo di eseguire delle ricerche su larga scala allo scopo di cercare di stabilire se anche nella vecchiaia le più o meno profonde alterazioni del metabolismo minerale possano essere messe in rapporto colle condizioni generali dell'organismo e in caso affermativo se e fino a qual punto possano esser considerate come indice dello stato di integrità funzionale degli organi che maggiore importanza hanno per il metabolismo.

TABELLA I.

Numero	Soggetto	Età	Pressione arteriosa		Calcemia		Osservazioni
			Pr. Mc.	Pr. Mn.	mmgr.	82‰	
1	Z. Filippo	23	120	80			Soggetto sano
2	M. Osvaldo	23	120	80	102		"
3	T. Temistocle	25	140	95	107		"
4	B. Rinaldo	27	110	70	120		"
5	D. Mario	27	120	80	104		"
6	R. Armando	28	120	80	114		"
7	L. Romeo	29	120	85	101		"
8	P. Tommaso	30	115	75	102		"
9	T. Amedeo	30	130	90	120		"
10	P. Costantino	31	120	75	106		"
11	M. Alessandro	31	130	85	108		"
12	T. Antonio	31	130	90	109		"
13	C. Vittorio	32	122	80	105		"
14	P. Carlo	33	125	80	120		"
15	Z. Zenaide	35	120	80	112		"
16	F. Mario	35	130	85	107		"
17	S. Armando	35	140	90	110		"
18	P. Raffaele	35	180	100	108		Arterite
19	C. Mario	35	120	80	105		Soggetto sano
20	G. Luigi	37	115	75	115		"
21	P. Armando	37	180	110	118		Lues aortite
22	G. Oreste	38	120	80	110		Soggetto sano
23	M. Antonio	38	130	88	80		"
24	T. Tommaso	38	130	80	100		"
25	De M. Adele	39	160	90	111		Lues aortite
26	C. Alberto	40	140	85	107		Soggetto sano
27	N. Francesco	41	135	90	111		"
28	C. Emilio	41	120	80	104		"
29	G. Vincenzo	41	145	95	110		"
30	C. Giovanni	41	126	84	101		"
31	De N. Teodorico	42	135	90	102		"
32	A. Francesco	43	120	80	90		"
33	S. Egidio	44	128	86	122		"
34	P. Letizia	44	150	100	110		Menopausa
35	M. Tommaso	44	155	95	100		Soggetto sano
36	L. Alfredo	45	195	100	93		Lues aortite
37	D'A. Gioacchino	45	150	100	102		Soggetto sano
38	D'A. Ferruccio	45	150	100	100		"
39	F. Ermanno	45	160	95	112		"
40	M. Odoardo	45	120	80	120		"
41	L. Lorenzo	45	134	96	90		"
42	P. Mario	46	125	85	110		"
43	B. Giuseppe	47	130	80	105		"
44	B. Leone	48	150	95	105		"
45	F. Enrico	48	130	70	114		"
46	G. Spartaco	48	220	80	102		Lues aortite
47	P. Francesco	49	120	80	107		Soggetto sano
48	C. Virginia	49	148	90	110		"
49	C. Giovanni	49	155	95	110		"
50	G. Pietro	49	150	100	100		"
51	P. Maria	49	170	100	105		Menopausa
52	B. Raffaele	49	140	95	107		Soggetto sano
53	L. Pio	50	128	80	103		"
54	R. Vincenzo	50	135	90	100		"
55	L. Francesco	50	130	85	100		"
56	A. Pierina	50	160	95	103		Menopausa
57	D'I. Pietro	50	170	110	90		Obesità
58	F. Assunta	50	160	95	95		Menopausa
59	M. Alessandra	50	160	100	92		"
60	M. Adriano	50	140	90	105		Soggetto sano
61	M. Giulio	50	142	90	94		"
62	M. Giselda	50	160	85	101		Menopausa
63	I. Geltrude	50	180	95	104		"
64	S. Ottavio	50	150	85	120		Soggetto sano
65	S. Samuele	50	160	110	111		"
66	S. Domenico	50	220	110	88		Obesità - Diabete
67	R. Mario	51	150	95	84		Soggetto sano
68	M. Armando	51	200	110	94		Diabete
69	S. Luigi	51	120	75	97		Soggetto sano
70	S. Domenica	52	280	120	90		Emorragia cerebrale
71	O. Giovanni	52	140	90	105		Soggetto sano
72	C. Odoleva	52	160	95	97		Menopausa
73	D. Ida	52	160	95	101		"

Segue : TABELLA I.

Numero	Soggetto	Età	Pressione arteriosa		Calcemia		Osservazioni
			Pr. Mx.	Pr. Mn.	mmgr.	92 ^o / ₁₀₀	
74	D. Giovanni	52	150	90	100	92 ^o / ₁₀₀	Soggetto sano
75	M. Teresa	52	160	95	100	95	Menopausa
76	V. Davide	53	170	95	87	87	Arteriosclerosi
77	S. Giulio	54	200	110	111	111	"
78	S. Emilio	54	250	130	119	119	"
79	V. Giovanni	55	170	110	113	113	"
80	S. Ernesto	55	125	90	110	110	Soggetto sano
81	B. Francesco	55	150	90	97	97	"
82	F. Anna	56	160	85	101	101	Obesità
83	M. Alfredo	56	240	140	116	116	Arteriosclerosi
84	B. Basilio	57	130	80	104	104	Soggetto sano
85	De B. Filippo	57	140	90	95	95	"
86	R. Salvatore	58	180	95	97	97	Arteriosclerosi
87	T. Giuseppe	58	158	100	115	115	"
88	C. Anna	58	180	90	93	93	"
89	S. Alfredo	58	210	125	97	97	"
90	P. Virginia	58	170	100	93	93	"
91	S. Umberto	59	220	135	87	87	"
92	P. Oreste	60	180	70	105	105	"
93	V. Chiara	60	180	105	90	90	"
94	A. Silvestro	60	135	95	98	98	Soggetto sano
95	B. Domenica	60	240	130	99	99	Arteriosclerosi
96	B. Francesca	60	200	110	102	102	Obesità
97	B. Giuseppe	60	180	105	111	111	"
98	C. Raffaele	60	220	110	84	84	Arteriosclerosi
99	F. Augusto	60	20	95	120	120	"
100	F. Agnese	60	240	120	105	105	"
101	G. Pio	60	160	100	115	115	"
102	G. Romeo	60	190	110	110	110	"
103	I. Pasquale	60	180	115	95	95	"
104	M. Maria	60	210	105	119	119	"
105	M. Giuseppe	60	170	100	120	120	"
106	B. Pasquale	61	175	100	120	120	"
107	C. Zanaide	61	170	100	102	102	"
108	L. Ferdinando	61	205	110	90	90	"
109	M. Luigi	61	150	95	90	90	"
110	De C. Camillo	62	190	130	100	100	"
111	P. Elisabetta	62	190	100	120	120	"
112	R. Annita	62	210	100	91	91	"
113	S. Annita	62	200	105	101	101	"
114	A. Luigi	63	135	115	91	91	"
115	A. Elvira	63	210	100	110	110	Arteriosclerosi
116	C. Maria	63	160	100	104	104	"
117	F. Giovanna	63	200	125	110	110	Diabete
118	I. Teresa	63	170	100	115	115	"
119	M. Rita	63	140	80	91	91	Soggetto sano
120	P. Romeo	63	185	90	98	98	Arteriosclerosi
121	P. Battistina	63	165	110	84	84	"
122	P. Clementina	64	140	85	95	95	Soggetto sano
123	A. Maria	64	160	90	95	95	"
124	F. Elisabetta	64	280	130	104	104	Arteriosclerosi
125	B. Rosa	65	190	110	115	115	"
126	D. Angela	67	260	110	104	104	Arterite
127	I. Maria	68	260	120	95	95	Obesità
128	R. Annunziata	68	200	115	89	89	"
129	S. Assunta	68	180	100	101	101	Arteriosclerosi
130	F. Giuseppe	69	170	100	84	84	"
131	N. Luigi	69	210	130	101	101	"
132	P. Ambrogio	70	200	120	85	85	"
133	M. Debora	70	200	120	90	90	"
134	B. Romeo	70	170	90	82	82	"
135	Z. Fiorina	70	190	110	101	101	Obesità
136	R. Salvatore	70	220	130	105	105	"
137	B. Oreste	71	200	90	100	100	Nefrosclerosi
138	L. Natalina	71	200	120	82	82	"
139	P. Virginia	71	200	110	93	93	"
140	E. Giovanni	72	180	110	100	100	Arteriosclerosi
141	C. Camillo	76	180	85	90	90	"
142	Z. Pasquale	76	200	120	105	105	"
143	C. Elettra	78	205	110	101	101	"
144	Di G. Lorenzo	80	200	120	94	94	"
145	De B. Angelina	83	200	110	95	95	"

TABELLA II.

Pressione arteriosa	Numero dei soggetti esaminati	Valore medio della calcemia
Pr. Mx. da 110 a 129	22	mmgr. 106 ‰
„ „ 130 a 139	16	„ 102 „
„ „ 140 a 149	12	„ 103 „
„ „ 150 a 159	13	„ 102 „
„ „ 160 a 169	15	„ 101 „
„ „ 170 a 179	11	„ 100 „
„ „ 180 a 189	12	„ 100 „
„ „ 190 a 199	6	„ 106 „
„ „ 200 a 209	11	„ 97 „
„ „ 210 a 219	6	„ 106 „
„ „ 220 a 229	6	„ 97 „
„ „ 230 a 259	3	„ 107 „
„ „ 260 a 289	2	„ 97 „

TABELLA IV.

ETÀ	Numero dei soggetti esaminati	Valore medio della calcemia
20 — 29	7	mmgr. 104 ‰
30 — 39	18	„ 108 „
40 — 49	27	„ 105 „
50 — 59	39	„ 99 „
60 — 69	40	„ 98 „
70 ed oltre	14	„ 87 „

TABELLA III.

ETÀ	Soggetti con pressione arteriosa normale		Soggetti con ipertensione arteriosa	
	Numero dei soggetti esaminati	Valore medio della calcemia	Numero dei soggetti esaminati	Valore medio della calcemia
20 — 29	7	mmgr. 104 ‰	—	—
30 — 39	15	„ 108 „	3	mmgr. 112 ‰
40 — 49	14	„ 107 „	13	„ 104 „
50 — 59	10	„ 109 „	29	„ 99 „
60 — 69	4	„ 98 „	36	„ 102 „
70 — ∞	—	—	14	„ 87 „

BIBLIOGRAFIA

- BRULL M. L., *Gazette des Hopitaux*, n. 82, 130.
M. R. CASTOX e M. SCHTEINGART, *Rev. Soc. Argent. de Biol.*, 5: 233, 238, 1929; *C. R. Soc. de Biol.*, 102: 453-454, 8 novembre 1929.
C. CIPRIANI, A. MORIONDO, R. MOLFESE, *Giornale dell'Accademia Medica di Torino*, 93: 253-268; ottobre-dicembre 1930.
E. DONZELOT e KISTHINIOS, *La tension arterielle*, Baillière, Edit., Parigi, 1935.
E. DONZELOT, *Le journal Médical Français*, luglio, 1934.
KRAMER e TISDALL, *J. of Biol. Chem.*, vol. 47, pag. 475; 1921: *J. of Biol. Chem.* vol. 48, pag. 283, 19 1.
KYLIN, *Zentralblatt f. innere Medizin*, n. 24, 14 giugno 1924.
E. KYLIN, G. MYHRMAN, *Klinische Wochenschrift*, 4, 1870, 24 settembre 1925, in *J. A. M. A.*, 85, 1521, 7 novembre 1925.
MELLI, *Policlinico*, Sez. Med., vol., XXXIV, fasc. 10, 1° ottobre 1927.
POZZI, *Policlinico*, Sez. Med., vol. XXXII, fasc. 10, 1° ottobre 1925.
RICHTER e QUITNER, *Biochemische Zeitschrift*, vol. 114, pag. 58, 1921.
R. SEGRÈ e G. CANTONI, *Ospedale Maggiore*, 20: 517-520, settembre 1932.
E. J. STEGDITZ, *Arch. Int. Med.*, 39: 465-474, aprile 1926.
M. DE TSCHIMBER, *C. R. Soc. Biol.*, 1924, XCI, pag. 195.
MATHIEU-PIERRE WEIL e CH. O. GUILLAUMIN, *Gazette des Hopitaux*, n. 81, 1930.
WALDORF, *Semana Medica*, 12 agosto 1926.

*Medicina legale delle Assicurazioni vita***Sopra un caso di carcinoma intestinale con false dichiarazioni dell'assicurato, esaminato da una Compagnia d'assicurazione nord-americana e dall' I. N. A.**

Dott. FABIO MARSELLA
Medico Capo dell' I.N.A.

Per dimostrare ancora una volta che le dichiarazioni sanitarie dell'assicurato sono gli elementi fondamentali dell'assicurazione vita e che le reticenze e falsità sono ovunque motivo di annullamento del contratto assicurativo, mi piace riportare un caso occorso qualche anno fa e definito recentemente.

Un professionista di 42 anni di età, domiciliato in America, nell'ottobre 1925 si presentò presso la sede di una nostra Agenzia in Italia facendo proposta di assicurazione per un forte capitale (mezzo milione di lire). Ai medici, che ebbero l'incarico di visitarlo, egli dichiarò di godere perfetta salute e di non avere mai avuto alcuna malattia importante. Disse solo che un anno prima aveva sofferto di una cellulite suppurata dei muscoli addominali di sinistra per cui gli era stata praticata una incisione, che aveva lasciato una cicatrice cutanea alla regione addominale.

Precisò che il processo suppurativo era seguito ad una iniezione praticata di un comune preparato ricostituente. I medici visitatori prestarono fede al verosimile racconto fatto dallo assicurato, che si presentava esente da malattie in atto e in buone condizioni generali di salute, desumibili anche dalle misure somatiche rilevate (altezza m. 1,73, peso kg. 85 collo cm. 40, torace cm. 95-90, addome cm. 100) e giudicarono il rischio buono.

La polizza fu emessa a condizioni normali e l'assicurato, tornato subito in America, seguì a pagare regolarmente i premi annuali fino al 1929. Nel 1930 pervenne all'Istituto assicuratore la richiesta di liquidazione del capitale assicurato per la morte dell'individuo, verificatasi il 1° febbraio 1930 negli Stati Uniti.

Dalla relazione del medico curante americano, circa la malattia che fu causa della morte, si rilevava che l'assicurato era morto per carcinoma del colon e che la malattia si era iniziata nella primavera del 1929.

L'Istituto procedette senz'altro alla liquidazione del sinistro, e, non avendo proprio rappresentante nella città americana dove risiedevano i beneficiari della Polizza, inviò, con assegno bancario, il capitale assicurato al R. Vice Console d'Italia, con preghiera di definire la pratica di liquidazione della Polizza e di effettuare la consegna della somma agli eredi dell'assicurato.

E' da notare che mentre in Polizza, come unica beneficiaria, era indicata la sorella dello assicurato, nel testamento fatto pochi mesi prima della morte, si diceva che la Polizza doveva considerarsi come facente parte dell'asse patrimoniale e come tale pagabile a favore degli eredi testamentari.

Nel testamento erano designati come eredi, anche di altre attività patrimoniali, oltre la sorella, anche la moglie e diversi fratelli.

Fra gli eredi sorsero notevoli questioni d'interesse e la vedova dell'assicurato si presentò al nostro R. Vice Console dichiarando che la Polizza d'assicurazione italiana era stata ottenuta con false dichiarazioni e che poteva essere contestata e comunicò che per tali motivi

una grande Compagnia di assicurazione Americana aveva annullato una contratto stipulato nelle medesime condizioni. La vedova diceva che il marito era stato operato di cancro dell'intestino nel 1924 e che tale circostanza era stata taciuta e negata sia ai medici dell'Istituto assicuratore Americano che a quello italiano.

Il nostro Istituto venuto a conoscenza di tali fatti a mezzo del Vice Console incaricò lo stesso dello svolgimento della pratica.

Il nostro rappresentante consolare provvide a far effettuare con decreto della Corte di Giustizia, il sequestro della somma assicurata presso la Banca, dove era stata depositata e intanto procedette all'acclaramento della verità.

La denuncia fatta dalla vedova risultò esatta: effettivamente l'assicurato aveva subito nel 1924 una grave operazione per tumore dell'intestino, ed essendo a conoscenza della probabilità di ripetizione del male, aveva stipulato i due contratti di assicurazione per somme cospicue prima in America e poi, a distanza di quattro mesi, in Italia.

Ai medici visitatori disse che la cicatrice, ben visibile alla regione addominale, era conseguenza di un comune processo suppurativo della parete dell'addome, riuscendo così ad ingannarli. La Compagnia americana, avvenuto il sinistro, lo contestò senz'altro e non volle procedere alla liquidazione della polizza chiedendone e ottenendone l'annullamento. L'Istituto italiano, che, ignaro di ogni circostanza, aveva già fatta la liquidazione e inviata la somma, poté recuperare gran parte della stessa, mercè l'intervento e l'opera del nostro Consolato. Gli eredi dell'assicurato, essendosi convinti della giustezza della eccezione mossa, fecero proposta di una transazione che fu accettata, date le miti pretese degli stessi.

Ho voluto riportare il caso suesposto per dimostrare che anche in America, dove è pur tanto diffusa l'assicurazione vita e dove si adottano criteri di liquidazione molto larghi, non si estendono tali criteri ai casi nei quali si può dimostrare evidente la malafede dell'assicurato.

I contratti ottenuti con dichiarazioni false e reticenti sono ritenuti annullabili da tutte le legislazioni e la prassi assicurativa è uniforme in tutto il mondo.

Al riguardo voglio riportare quanto ha scritto il Prof. Mario Sarfatti dell'Università di Torino in un articolo pubblicato nella Rivista « Assicurazioni » del corr. anno.

Il Sarfatti dopo aver parlato dell'universalità del concetto di annullamento del contratto di assicurazione per dichiarazioni false o erronee o reticenza dell'assicurato, dice che caso tipico di spontanea convergenza tra legislazioni fondate su sistemi giuridici in opposizione tra loro è quello posto in essere per sancire l'annullabilità del contratto di assicurazione per dichiarazioni false o erronee dell'assicurato. Egli aggiunge: « Concordano al riguardo da un lato i codici e le leggi speciali rientranti nel sistema romano e, dall'altro, le leggi informate alla *Common law*, il diritto comune anglo-americano ».

Egli dice testualmente: « Fu sentita ovunque la necessità che il contratto di assicurazione, particolarmente imbevuto del carattere di buona fede, fosse fondato sulla fiducia che la persona che intendesse assicurarsi facesse ogni più ampia dichiarazione, esente da falsità o da errore, su le circostanze importanti che altrimenti l'assicuratore non avrebbe la possibilità di conoscere e perciò fu ammessa l'azione di nullità a favore di lui, quando il suo errore fosse da attribuirsi al comportamento dell'assicurato ».

Alcuni dati di Statistica Medica

Rilievi statistici sopra gli assicurati maschi dell' I. N. A. deceduti nel settennio 1927-1933

(Portafoglio diretto con visita medica)

Dott. FERNANDO VICENTINI

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

La presente indagine si riferisce a n. 9981 assicurati maschi del portafoglio diretto con visita medica all'ingresso, morti nel settennio 1927-1933 le cui pratiche sono state esaminate dal Servizio Sanitario fino a tutto il 31 ottobre 1935-XIV. Probabilmente essi non rappresentano la cifra reale degli assicurati di detto portafoglio morti nel settennio suddetto, perchè è possibile che, specialmente per quello che riguarda gli ultimi due anni e per i contratti a « termine fisso », qualche denuncia non sia ancora giunta.

Secondo l'anno di morte i 9981 assicurati risultano raggruppati come segue :

1927	.	.	.	.	.	.	.	.	.	n.	1200
1928	.	.	.	.	.	.	.	.	.	»	1235
1929	.	.	.	.	.	.	.	.	.	»	1496
1930	.	.	.	.	.	.	.	.	.	»	1323
1931	.	.	.	.	.	.	.	.	.	»	1521
1932	.	.	.	.	.	.	.	.	.	»	1624
1933	.	.	.	.	.	.	.	.	.	»	1582

Totale settennio n. 9981

Età alla morte : abbiamo diviso gli assicurati secondo undici gruppi di età alla morte. Riportiamo la cifre complessive del settennio :

Gruppi di età alla morte	Cifre assolute	Cifre percentuali del totale
0-19 a.	44	0,44
20-24 »	129	1,29
25-29 »	436	4,7
30-34 »	821	8,23
35-39 »	1.160	11,62
40-44 »	1.424	14,27
45-49 »	1.590	15,93
50-54 »	1.584	15,87
55-59 »	1.328	13,30
60-64 »	850	8,51
65 — ∞	615	6,16
Totale	9.981	100,00

Il gruppo più numeroso è quello comprendente i morti in età tra i 45 e i 49 anni (n. 1590), seguito a distanza di sole sei unità da quello comprendente i morti in età tra i 50 ed i

54 anni (n. 1584); se noi sommiamo i componenti di questi due gruppi otteniamo la cifra di 3174 morti compresi tra i 45 ed i 54 anni, i quali rappresentano circa un terzo del totale dei morti del settennio. Vengono poi altri due gruppi piuttosto numerosi: quello tra i 40 ed i 44 a. e quello tra i 55 ed i 59 a. rispettivamente con 1424 e 1328 unità.

Nella Tabella N. 1 posta in fine al presente lavoro si trovano classificati i 9981 assicurati morti nel settennio, secondo i gruppi di età alla morte e secondo l'anno nel quale è avvenuto il decesso. E' facile ricavare per ogni anno il gruppo più numeroso:

1927	.	.	.	.	.	45-49 a.	con	194	morti
1928	.	.	.	.	.	45-49 »	»	209	»
1929	.	.	.	.	.	40-44 »	»	253	»
1930	.	.	.	.	.	45-49 »	»	219	»
1931	.	.	.	.	.	50-54 »	»	246	»
1932	.	.	.	.	.	45-49 »	»	271	»
1933	.	.	.	.	.	50-54 »	»	293	»

Su questi dati noi non possiamo trarre deduzioni circa la durata della vita media del gruppo scelto degli assicurati, perchè ci occorrerebbe anche conoscere la durata della vita di tutti quegli assicurati di questo portafoglio deceduti dopo che i loro contratti furono giunti alla normale loro scadenza; tuttavia sui dati in esame possiamo costatare che nel settennio vi è stata una sia pur lieve tendenza al prolungamento della vita media degli assicurati in tale periodo deceduti. Occorre però nel dare questo giudizio, tener conto anche di un possibile invecchiamento del portafoglio.

CAUSE DI MORTE.

Esporremo successivamente: le cause di morte per gruppi degli assicurati in esame per tutto il settennio e per i principali gruppi i dati di ciascun anno, paragonandoli, nei limiti del possibile, a quelli della mortalità generale del Regno; le cause di morte in rapporto alle professioni esercitate dagli assicurati alla morte; le cause di morte in rapporto alle regioni nelle quali si trovano le Agenzie Generali presso le quali i morti erano assicurati. Dalla Tabella N. 2 riportiamo qui i dati complessivi del settennio, aggiungendovi le cifre proporzionali a 100 morti per tutte le cause:

Cause di morte degli assicurati maschi nel settennio 1927-33 (Port. diretto C. V. M.)

Cifre assolute di tutto il settennio e percentuali sul totale.

Gruppi di cause di morte	numero morti	%
Ogni forma di tubercolosi	1.016	10,18
Altre malattie infettive e parassitarie.	1.051	10,53
Tumori maligni	922	9,24
Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale.	799	8,01
Malattie del sistema nervoso ed organi di senso	270	2,71
» dell'apparato circolatorio	1.286	12,37
» » respiratorio	1.077	10,79
» » digerente	1.033	10,35
» » genito-urinario	603	6,04
Suicidi	451	4,52
Morti violente e accidentali	581	5,82
Altre cause di morte e non specificate	942	9,44
Totale	9.981	100

Il gruppo di cause di morte che raccoglie il maggior numero degli assicurati deceduti nel settennio, è quello delle malattie dell'apparato circolatorio (12,37%); vengono poi in ordine decrescente: le malattie dell'apparato respiratorio (10,79%), le «altre malattie infettive e parassitarie» (10,53%), le malattie dell'apparato digerente (10,35%), ogni forma di tubercolosi (10,18%), i tumori maligni (9,24%), le apoplezie, trombosi ed embolie cerebrali (8,01), le malattie dell'apparato genito-urinario (6,04%), le morti violente ed accidentali (5,82%), i suicidi (4,52%) e per ultime le malattie del sistema nervoso ed organi di senso (2,71%). Abbiamo tralasciato la voce «altre cause di morte e non specificate», perchè in

essa (9,44%), gravano alquanto le cause non specificate, cosa che non accadrà più per le statistiche del 1934 e seguenti anni, essendosi provveduto ad un notevole miglioramento nella rilevazione delle cause di morte degli assicurati.

Abbiamo ritenuto fare cosa di un certo interesse paragonare le cifre percentuali delle principali cause di morte nei singoli anni con quelle della popolazione generale del Regno, negli stessi anni. Le cifre relative alla mortalità generale del Regno le abbiamo ricavate dai volumi delle «Statistiche delle cause di morte dell'Istituto Centrale di Statistica» e si riferiscono ai maschi morti in ciascuno degli anni del settennio in età da 15 anni in poi. Anche però con questo accorgimento, eliminazione dei gruppi età da 0 a 15 anni i confronti fra le frequenze delle varie cause di morte nel gruppo degli assicurati con visita medica e nella popolazione generale debbono essere interpretati con le opportune cautele. Ciò principalmente per due motivi: in primo luogo si tratta di un gruppo scelto di individui, come appare dalla loro distribuzione per professioni e poi perchè, a causa della generalmente breve durata dei contratti, sono pochi gli assicurati che muoiono di «senilità» o per altre malattie legate alla vecchiaia.

Nei quadri che seguono abbiamo riportato per i principali gruppi di cause di morte le cifre percentuali degli assicurati morti in ciascuno degli anni del settennio e le percentuali relative alla popolazione generale (maschi in età da 15 anni in poi) per le stesse cause e per gli stessi anni. Abbiamo di volta in volta fatto qualche osservazione al riguardo.

Per tutte le cifre percentuali abbiamo costruito i numeri indicati facendo i dati del 1927 = 100.

Ogni forma di tubercolosi.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	Numeri indici 1927 = 100
1927	12,50	100	10,17	100
1928	11,02	88	9,36	92
1929	10,96	87	8,83	82
1930	11,79	94	9,39	92
1931	9,60	77	8,64	85
1932	7,82	63	8,24	81
1933	8,66	69	8,57	84

Le cifre percentuali relative agli assicurati sono superiori a quelle della popolazione generale, ciò si spiega invocando per questo gruppo di cause di morte, il fattore qui molto elevato della antiselezione, al quale la tubercolosi è tra le malattie che si prestano. Paragonando l'andamento della mortalità nel settennio fra i due gruppi in esame (assicurati e popolazione), notiamo che essa va diminuendo gradatamente in entrambi, ma che di fronte alle cifre dell'anno di partenza (1927), la diminuzione è più sensibile nel gruppo scelto degli assicurati, il che parla in favore di una migliore selezione di essi all'ingresso in assicurazione.

Altre malattie infettive e parassitarie.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	numeri indici 1927 = 100
1927	11,33	100	4,71	100
1928	12,47	110	5,35	114
1929	10,63	94	6,42	136
1930	9,67	85	4,86	103
1931	10,26	91	5,13	109
1932	10,16	90	5,22	111
1933	9,73	86	4,85	108

Le cifre riguardanti gli assicurati sono di molto superiori a quelle della popolazione generale del Regno, specialmente per i primi tre anni, vi è però tendenza a diminuzione sia

pur lieve, non così per la mortalità nella popolazione generale. L'andamento del settennio è piuttosto capriccioso e ritengo debba riportarsi questo fatto al genio epidemico.

Tumori maligni.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	numeri indici 1927 = 100
1927	7,50	100	5,35	100
1928	9,63	128	5,63	105
1929	7,69	103	6,42	120
1930	8,99	120	6,95	130
1931	9,40	125	6,76	126
1932	10,04	134	6,58	123
1933	10,94	146	7,47	140

Anche per i tumori maligni, come già vedemmo per la tubercolosi, ha importanza l'antiselezione: infatti le cifre del gruppo scelto degli assicurati sono di molto superiori a quelle della popolazione generale del Regno. Per entrambi vi è una tendenza all'aumento progressivo, più spiccato per gli assicurati.

Emorragia, trombosi, embolia cerebrale.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	numeri indici 1927 = 100
1927	7,83	100	11,32	100
1928	7,04	90	12,21	108
1929	8,29	106	11,57	102
1930	7,94	101	12,53	111
1931	7,03	91	14,09	124
1932	8,50	109	13,91	123
1933	9,10	116	13,96	128

Le cifre percentuali relative alla popolazione generale del Regno sono per il gruppo « apoplezia, trombosi, embolia cerebrale » di molto superiori a quelle riguardanti gli assicurati. Ciò è in rapporto col fatto che molti contratti si esauriscono per normale scadenza prima che gli assicurati relativi giungano a quelle età nelle quali si sogliono per lo più verificare questi accidenti mortali. Questo fatto apparirebbe ancor più evidente se si studiassero i gruppi di età alla morte per questa causa. Ma ciò farò oggetto di altro lavoro.

Malattie dell'apparato digerente.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	numeri indici 1927 = 100
1927	9,92	100	7,36	100
1928	10,12	102	7,37	100
1929	9,22	93	6,68	91
1930	9,98	101	7,57	103
1931	11,57	117	7,40	101
1932	10,96	110	7,08	96
1933	10,43	105	7,28	98

Le cifre percentuali relative agli assicurati sono per il gruppo di cause di morte « malattie dell'apparato digerente », superiori in tutti gli anni, ed in qualche anno anche di parecchio, superiori a quelle della popolazione generale; ciò si spiega in parte invocando il fattore della antiselezione, che nel gruppo della malattie dell'apparato digerente, può giocare meglio che altrove, data la difficoltà a cui spesso va incontro per una esatta diagnosi, il medico fiduciario di assicurazione vita.

Malattie dell'apparato respiratorio.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	numeri indici 1927 = 100
1927	9,08	100	15,70	100
1928	11,05	122	16,08	102
1929	12,03	133	18,51	118
1930	10,13	112	15,04	96
1931	9,66	106	16,12	103
1932	11,51	127	16,77	107
1933	11,57	127	16,14	103

Per le malattie dell'apparato respiratorio le cifre percentuali della popolazione generale sono di molto superiori a quelle degli assicurati e tendono ad un lieve aumento; anche nell'andamento della mortalità nel settennio per gli assicurati vi è progressivo aumento che è molto più accentuato che non nella mortalità del regno, come bene si apprezza dall'esame dei numeri indici.

Malattie dell'apparato circolatorio.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	numeri indici 1927 = 100
1927	10,67	100	15,79	100
1928	9,87	93	16,28	103
1929	11,55	108	15,76	100
1930	13,84	130	16,09	102
1931	13,42	126	16,31	103
1932	13,67	128	16,97	107
1933	12,90	121	16,57	105

Le cifre relative alle morti per malattie dell'apparato circolatorio, sono nel gruppo scelto degli assicurati molto minori di quelle della popolazione generale, per quanto come abbiamo visto, questo gruppo di morti stia in testa a tutti per il numero complessivo dei suoi componenti, nel settennio. L'andamento nel corso del settennio mostra per la popolazione generale una tendenza ad un lieve aumento; anche le cifre riguardanti gli assicurati sono negli ultimi quattro anni superiori a quelle dei primi tre, ed in misura maggiore.

Morti violente ed accidentali.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	numeri indici 1927 = 100
1927	6,25	100	3,93	100
1928	6,39	102	3,95	101
1929	5,55	89	3,75	95
1930	6,65	106	4,59	117
1931	5,79	93	4,15	106
1932	5,30	85	4,10	104
1933	5,19	83	4,12	105

Dall'esame di questo quadro risulta chiaramente che: 1°) le cifre percentuali per morti violente ed accidentali nel gruppo assicurati sono in genere superiori a quelle della popolazione generale; 2°) mentre per la popolazione generale la mortalità per queste cause ha una netta tendenza ad aumentare precisamente il contrario avviene per il gruppo degli assicurati. Specialmente negli ultimi tre anni.

Suicidi.

CIFRE PERCENTUALI IN RELAZIONE AI MORTI DELL'ANNO PER TUTTE LE CAUSE				
anno di morte	assicurati dell'I.N.A. %	numeri indici 1927 = 100	popolazione generale del Regno (maschi da 15 a. in su) %	numeri indici 1927 = 100
1927	4,83	100	1,52	100
1928	4,05	84	1,36	89
1929	4,01	83	1,17	77
1930	4,38	91	1,51	99
1931	6,11	127	1,48	97
1932	4,80	99	1,41	93
1933	3,41	71	1,36	89

Di particolare interesse è il quadro relativo alle morti per suicidio. Mentre le cifre relative alla popolazione generale si aggirano intorno all'1,30% e sono molto simili nei singoli anni, quelle riguardanti gli assicurati, e se ne comprende facilmente il motivo, sono circa triple, e quelle del 1931 più che quadruple.

Nel presente lavoro non vengono rese note le importantissime ricerche, sopra l'età alla morte degli assicurati secondo le varie cause, perchè saranno oggetto di altri articoli riguardanti la prognosi delle varie malattie.

Professioni e cause di morte (V. Tavola N. 3)

Abbiamo classificato i 9981 assicurati maschi morti nel settennio, in tredici gruppi secondo le professioni da loro esercitate alla morte, che qui riportiamo in ordine decrescente:

1° Ufficiali, impiegati pubblici e privati, pensionati, diplomatici	24,22 %
2° Professionisti liberi, culto, artisti	20,23 »
3° Industriali, commercianti	17,01 »
4° Venditori, esercenti, rappresentanti	9,88 »
5° Operai	5,32 »
6° Agricoltori	4,43 »
6° Proprietari, benestanti	3,98 »
8° Condizioni non professionali	3,86 »

9° Esercito, aeronautica ed altri corpi armati	3,49 »
10° Personale speciale FF. SS. e addetti ai trasporti.	2,73 »
11° Personale subalterno Stato ed Enti pubblici	2,45 »
12° Personale di fatica e di servizio	1,69 »
13° Condizioni non specificate	0,72 »

Per i componenti di ciascuno di tali gruppi abbiamo calcolato le percentuali relative alle cause di morte, che riportiamo nel quadro a pagina seguente.

Ci è così agevole constatare da quali cause di morte siano stati più specialmente colpiti i componenti di ciascun gruppo :

a) *agricoltori*: malattie apparato respiratorio (15,38^o/_o); ogni forma di tbc (12,45^o/_o); malattie dell'apparato digerente (10,86^o/_o) ecc.;

b) *industriali, commercianti*: malattie dell'apparato circolatorio (12,37^o/_o); malattie dell'apparato digerente (11,48^o/_o); malattie dell'apparato respiratorio (10,66^o/_o) ecc.;

c) *venditori, esercenti, rappresentanti*: malattie dell'apparato circolatorio (12,38^o/_o); malattie dell'apparato digerente (11,66^o/_o); ogni forma di tbc (10,34^o/_o) ecc.;

d) *operai*: malattie dell'apparato respiratorio (12,46^o/_o); ogni forma di tbc (12,26^o/_o); tumori maligni (10,94^o/_o); morti violente ed accidentali (10,94^o/_o) ecc.;

e) *addetti ai servizi di trasporto ed alle FF. SS.*: malattie dell'apparato respiratorio (15,07^o/_o); altre malattie infettive e parassitarie (14,71^o/_o); ogni forma di tbc (14,34^o/_o) ecc.;

f) *personale di fatica e di servizio*: malattie dell'apparato respiratorio (17,15^o/_o); ogni forma di tubercolosi (11,83^o/_o); altre malattie infettive e parassitarie (10,65^o/_o) ecc.;

g) *personale subalterno dello Stato ed Enti Pubblici*: ogni forma di tbc (15,10^o/_o); malattie dell'apparato digerente (13,47^o/_o); malattie dell'apparato circolatorio (12,65^o/_o) ecc.;

h) *Corpi armati*: ogni forma di tbc (15,22^o/_o); malattie dell'apparato digerente (11,21^o/_o); malattie dell'apparato respiratorio (10,06^o/_o) ecc.

i) *Ufficiali, impiegati, pensionati, diplomatici*: malattie dell'apparato circolatorio (13,69^o/_o); ogni forma di tbc (10,31^o/_o); tumori maligni (9,97^o/_o) ecc.;

l) *professionisti liberi, culto, artisti*: malattie dell'apparato circolatorio (13,62^o/_o); altre malattie infettive e parassitarie (12,33^o/_o); malattie dell'apparato respiratorio (10,20^o/_o) ecc.;

m) *proprietari, benestanti*: malattie dell'apparato circolatorio (16,12^o/_o); altre malattie infettive e parassitarie (11,34^o/_o); emorragia, trombosi, embolia cerebrale (11,08^o/_o) ecc.;

n) *condizioni non professionali*: ogni forma di tubercolosi (18,70^o/_o); malattie dell'apparato respiratorio (11,94^o/_o); malattie dell'apparato digerente (11,43^o/_o) ecc.;

Se d'altra parte noi ricerchiamo quale dei singoli gruppi ha pagato il maggiore tributo a ciascuna causa di morte, noi troviamo :

per ogni forma di tbc: «condizioni non professionali» (il cui 18,70^o/_o dei componenti sono morti di tale malattia); seguono «corpi armati» (15,22);

per altre malattie infettive e parassitarie: «addetti ai servizi di trasporto ed alle FF. SS.» (14,71); seguono «professionisti» (12,33);

per i tumori maligni: «operai» (10,94); segue «personale fatica» (10,06);

per le emorragia, trombosi, embolia cerebrale: «proprietari, benestanti» (11,08); segue «personale fatica» (9,47);

per le malattie dell'apparato circolatorio: «proprietari e benestanti» (16,12); seguono «ufficiali, impiegati ecc.» (13,69);

per le malattie dell'apparato respiratorio: «personale di fatica» (17,15); seguono «agricoltori» (15,38);

per le malattie dell'apparato digerente: «personale subalterno dello Stato e di Enti pubblici» (13,47); seguono «venditori, rappresentanti» (11,66);

per le malattie dell'apparato genito-urinario: «personale di fatica e di servizio» (7,69); seguono «professionisti ecc.» (7,23);

per i suicidi: «industriali, commercianti» (7,48); segue «personale subalterno» (5,71);

per le morti violente ed accidentali: «addetti ai servizi di trasporto ed alle FF. SS.» (12,50); seguono gli «operai» (10,94).

Regioni e cause di morte. (Vedi tabella n. 4)

Abbiamo classificato i 9981 assicurati maschi morti nel settennio a seconda delle Regioni nelle quali si trovano le Agenzie Generali dove essi erano assicurati. Tolti 174 individui assicurati all'estero e nelle colonie, ne rimangono 9.807 distribuiti così nelle varie Regioni d'Italia:

Italia Settentrionale 4.503 (45,91 ^o / _o)	{ Piemonte : 806 (8,22 ^o / _o) Liguria : 399 (4,7 ^o / _o) Lombardia : 1430 (14,58 ^o / _o) Tre Venezie : 1037 (10,57 ^o / _o) Emilia : 831 (8,47 ^o / _o)
--	---

**Distribuzione percentuale degli assicurati maschi morti nel settennio 1927-33 (portafoglio diretto C. V. M.)
per cause di morte e per professioni**

CAUSE DI MORTE	Agricoltori	Industriali e commercianti	Venditori e rappresentanti	Operai	Personale P.P. SS. e servizi di trasporto	Personale fatica, servizio	Personale subalterno dello Stato ecc.	Corpi armati dello Stato ecc.	Ufficiali impiegati ecc.	Professionisti	Proprietari e benestanti	Condizionati non professionali	Professioni non specificate
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ogni forma di tubercolosi	12,45	7,83	10,34	12,26	14,34	11,83	15,10	15,22	10,31	8,12	5,04	18,70	9,72
Altre malattie infettive e parassitarie	10,18	10,19	9,63	10,38	14,71	10,65	6,12	9,48	9,88	12,33	11,34	9,87	8,33
Tumori maligni	8,37	9,66	8,52	10,94	8,82	10,06	8,98	6,32	9,97	9,11	7,91	9,09	4,17
Emorragia trombotica embolia cerebrale	6,56	7,36	8,32	5,85	4,04	9,47	6,53	9,20	7,98	9,21	11,08	7,53	6,94
Mal. sistema nervoso e organi di senso	2,94	2,06	2,74	2,45	1,47	1,78	3,27	3,45	3,47	2,48	1,26	2,86	6,94
" " " " " " " " " " " " " " "	9,95	12,37	12,38	8,68	7,72	9,47	12,65	8,62	13,69	13,62	16,12	10,39	8,33
" " " " " " " " " " " " " " "	15,38	10,66	9,74	12,46	15,07	17,15	9,39	10,06	9,84	10,20	10,33	11,94	9,72
" " " " " " " " " " " " " " "	10,86	11,48	11,66	10,57	9,56	5,92	13,47	11,21	9,26	9,96	9,32	11,43	6,94
" " " " " " " " " " " " " " "	3,17	6,48	6,69	4,53	4,41	7,69	3,67	4,02	5,91	7,23	7,30	5,19	4,17
Suicidi	2,94	7,48	4,87	1,51	0,37	1,78	5,71	4,31	5,00	3,57	3,78	2,86	4,17
Morti violente e accidentali	7,47	7,01	4,87	10,94	12,50	4,73	5,31	9,48	5,06	3,67	3,29	3,64	5,56
Altre cause di morte	3,17	3,53	3,85	5,09	3,31	3,55	3,27	3,74	3,93	4,26	4,03	3,12	1,39
Cause non specificate	6,56	3,89	6,39	4,34	3,68	5,92	6,53	4,89	5,71	6,24	7,30	3,38	23,62
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Italia Centrale 2.121 (21,64 %)	<ul style="list-style-type: none"> Toscana : 719 (7,33 %) Marche : 232 (2,38 %) Lazio : 811 (8,27 %) Umbria : 121 (1,23 %) Abruzzo e Molise : 238 (2,43 %)
Italia Meridionale e Insulare 3.183 (32,45 %)	<ul style="list-style-type: none"> Campania : 997 (10,17 %) Puglie : 518 (5,28 %) Lucania : 165 (1,68 %) Calabria : 352 (3,59 %) Sicilia : 979 (9,98 %) Sardegna : 172 (1,75 %)

Per gli appartenenti a ciascuna regione abbiamo calcolato le cifre percentuali corrispondenti alle varie cause di morte, che riportiamo nel quadro alla pagina seguente.

Da esso si possono trarre due specie di informazioni :

1° Quali sono le Regioni che hanno pagato il maggior contributo alle varie cause di morte ;

2° Per ogni Regione quale è la causa di morte che ha inciso maggiormente sul totale degli assicurati morti della Regione stessa.

1° Per ogni forma di tubercolosi il primo posto spetta alle Tre Venezie con il 16,76 % dei propri assicurati morti ;

per le altre malattie infettive e parassitarie alla Sardegna con il 19,77 % ;

per i tumori maligni alle Marche con il 12,93 % ;

per le malattie del sistema nervoso ed organi di senso, alle Marche con il 5,18 % ;

per le emorragie, trombosi, embolie cerebrali all'Abruzzo e Molise con l'11,34 % ;

per le malattie dell'apparato circolatorio alla Campania con il 16,05 % ;

per le malattie dell'apparato respiratorio alla Lucania con il 16,94 % ;

per le malattie dell'apparato digerente, all'Umbria con il 12,40 % ;

per le malattie dell'apparato genito-urinario alla Lucania con il 9,10 % ;

per i suicidi, all'Umbria con il 7,44 % ;

per le morti violente ed accidentali, alle Marche con l'8,62 %.

2° Ricordiamo la causa di morte predominante per ciascuna regione :

per il Piemonte le malattie dell'apparato circolatorio, e le malattie dell'apparato digerente entrambi con il 12,4 % ;

per la Liguria le malattie dell'apparato circolatorio con il 12,27 % , seguono le malattie dell'apparato respiratorio con il 12,03 % ;

per la Lombardia i tumori maligni con il 12,58 % ; seguono le malattie dell'apparato circolatorio con l'11,74 % ;

per le Tre Venezie ogni forma di tubercolosi con il 16,76 % , seguono le malattie dell'apparato digerente con il 12,05 % ;

per l'Emilia le malattie dell'apparato circolatorio con l'11,43 % , seguono le malattie dell'apparato respiratorio con l'11,31 % ;

per la Toscana ogni forma di tubercolosi con il 12,51 % ; seguono le malattie dell'apparato respiratorio con l'11,68 % ;

per le Marche ogni forma di tubercolosi con il 14,22 % ; seguono i tumori maligni con il 12,93 % ;

per il Lazio le malattie dell'apparato circolatorio con il 15,04 % ; seguono i tumori maligni con il 10,48 % ;

per l'Umbria le malattie dell'apparato circolatorio e quelle dell'apparato digerente entrambi con il 12,40 % , seguono le malattie tubercolari con l'11,57 % ;

per l'Abruzzo le malattie dell'apparato circolatorio, respiratorio, digerente, ognuna con l'11,77 % ;

per la Campania le malattie dell'apparato circolatorio con il 16,05 % ; seguono le malattie dell'apparato respiratorio con il 12,75 % ;

per le Puglie le altre malattie infettive e parassitarie con il 16,80 % ; seguono le malattie dell'apparato respiratorio con il 13,90 % ;

per la Lucania le malattie dell'apparato respiratorio con il 16,94 % ; seguono le altre malattie infettive e parassitarie con il 15,15 % ;

per la Calabria le altre malattie infettive e parassitarie con il 19,03 % ; seguono le malattie dell'apparato respiratorio con il 13,07 % ;

per la Sicilia le malattie dell'apparato circolatorio con il 14,50 % ; seguono le altre malattie infettive e parassitarie con il 13,59 % ;

per la Sardegna le altre malattie infettive e parassitarie con il 19,77 % ; seguono alla pari ogni forma di tubercolosi e le malattie dell'apparato circolatorio con il 12,79 %.

**Distribuzione percentuale degli assicurati maschi (Portafoglio diretto C. V. M.) morti nel settennio 1927-33
per cause di morte e per regioni**

CAUSE DI MORTE	Piemonte	Liguria	Lombardia	Tre Venezie	Emilia	Toscana	Marche	Lazio	Umbria	Abruzzo e Molise	Campania	Puglia	Lucania	Calabria	Sicilia	Sardegna
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ogni forma di tubercolosi.	9,43	10,27	10,77	16,76	9,63	12,51	14,22	9,87	11,57	6,30	7,94	6,56	7,28	7,39	6,54	12,79
Malattie infettive e parassitarie	9,31	7,02	8,81	7,91	8,42	10,85	7,76	6,78	8,26	5,46	12,35	16,80	15,15	19,08	18,59	19,77
Tumori maligni	10,17	8,77	12,58	10,08	11,07	10,85	12,98	10,48	10,74	8,40	4,61	7,53	7,28	4,26	6,95	6,40
Emorragie, trombosi ecc.	8,19	7,52	7,88	4,82	8,18	7,93	6,08	7,15	10,74	11,34	9,23	9,07	7,28	9,38	9,81	5,81
Mal. sistema nervoso e organi di senso	3,47	4,76	2,80	2,31	3,61	1,67	5,18	1,85	2,48	2,52	2,83	2,90	1,83	3,41	1,53	1,74
• apparato circolatorio	12,04	12,27	11,74	11,48	11,43	10,57	8,62	15,04	12,40	11,77	16,05	10,81	10,30	10,23	14,50	12,79
• » respiratorio	8,93	12,03	9,86	8,29	11,31	11,68	8,62	9,25	3,31	11,77	12,75	13,90	16,94	13,07	12,05	8,72
• » digerente	12,04	11,79	10,21	12,05	10,59	9,32	8,62	9,87	12,40	11,77	9,97	9,65	9,68	7,39	9,30	8,14
• » genito urinario	4,96	4,01	4,55	6,18	5,54	3,89	6,08	8,26	8,26	6,30	6,82	6,37	9,10	5,97	8,58	7,56
Suicidi	5,46	6,27	4,83	5,50	5,29	6,40	2,59	5,05	7,44	3,36	3,61	2,70	1,83	1,99	3,27	4,07
Morti violente e accidentali	5,83	5,76	7,90	6,18	6,98	5,56	8,62	4,81	4,96	4,62	5,52	4,05	2,42	6,53	3,15	4,65
Altre cause di morte	4,09	2,26	3,78	3,09	3,50	3,76	4,31	4,56	3,31	5,89	3,61	5,21	3,03	3,68	4,29	2,91
Cause non precisate	6,08	7,27	4,34	5,40	4,45	5,01	6,47	7,03	4,13	10,50	4,71	4,45	7,88	7,67	6,44	4,65
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

APPENDICE. — I CONTRATTI.

Ai 9981 assicurati maschi morti nel settennio 1927-33 corrispondono nel «portafoglio diretto con visita medica» n. 12.851 contratti. Molti di questi assicurati avevano altri contratti negli altri portafogli dell'Istituto, ma per il momento noi non ci occuperemo di ciò. Esamineremo invece brevemente l'antidurata di detti contratti e la loro suddivisione secondo le cause di morte dei relativi assicurati.

Tutti questi dati si trovano raccolti nella tabella N. 5 allegata al presente lavoro. Da essa si può facilmente dedurre che i contratti sinistrati per morte che sono stati in vigore da 0 a 5 anni sono 5454 e cioè il 42,44 % della cifra complessiva; che i contratti che hanno avuto una antidurata da 5 a 10 anni sono stati 3701 e cioè il 28,80 %; che quelli con durata da 10 a 15 anni sono stati 2200, cioè il 17,12 % e quelli infine con durata da 15 a 20 anni ed oltre, 1496, pari all'11,64 %. In cifre assolute il gruppo di antidurate che raccoglie il maggior numero di contratti è quello di «5-10 anni», con n. 3701 contratti, quello che conta il minor numero di contratti è «20 anni ed oltre», con 20 contratti. Rispetto alle cause di morte che produssero i sinistri, riportiamo in ordine decrescente il numero complessivo dei contratti per ciascun gruppo di esse.

CAUSE DI MORTE	CONTRATTI	
	cifre assolute	cifre % sul totale
Malattie apparato circolatorio	1.625	12,65
Altre malattie infettive e parassitarie.	1.401	10,90
Malattie apparato respiratorio	1.345	10,47
Malattie apparato digerente	1.296	10,08
Altre cause e non specificate	1.224	9,52
Tumori maligni.	1.188	9,24
Ogni forma di t. b. c.	1.184	9,21
Emorragia, trombosi ecc.	1.056	8,22
Malattie apparato genito-urinario.	809	6,30
Morti violente ed accidentali	726	5,65
Suicidi	665	5,17
Malattie sistema nervoso	332	2,59
Totale	12.851	100,00

Per studiare quale rapporto intercorre fra l'antidurata dei contratti e le cause di morte abbiamo paragonato per ogni gruppo di cause di morte, il numero dei contratti sinistrati nel primo quinquennio, con il numero complessivo dei rimanenti, quelli sinistrati cioè nel 2°, 3°, 4° quinquennio ed oltre.

Antidurata dei contratti.

CAUSE DI MORTE	da 0 a 5 anni		oltre 5 anni		Totale
	cifre assolute	%	cifre assolute	%	
Ogni forma di t. b. c.	620	52,36	564	47,64	1.184
Altre malattie infettive e parassitarie	686	48,97	715	51,03	1.401
Tumori maligni	442	37,21	746	62,79	1.188
Emorragia, trombosi, embolia cerebrale.	353	33,43	703	66,57	1.056
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	128	38,55	204	61,45	332
Malattie apparato circolatorio	501	30,83	1.124	69,17	1.625
» » respiratorio	598	44,09	752	55,91	1.345
» » digerente	589	45,45	707	54,55	1.296
» » genito-urinario	304	37,57	505	62,43	809
Suicidi	320	48,12	345	51,88	665
Morti violente e accidentali	426	58,68	300	41,32	726
Altre cause di morte	492	40,20	732	59,80	1.224
Totale	5.454	42,44	7.397	57,56	12.851

Risulta dal precedente quadro che per alcune cause di morte vi è stata una forte percentuale di contratti con breve antidurata; così per i sinistri per ogni forma di tubercolosi la percentuale dei contratti di antidurata 0-5 anni (52,36 %) è superiore a quella di tutti i rimanenti contratti di superiore antidurata (47,64 %); anche i contratti sinistrati per altre malattie infettive e parassitarie; per suicidio, per malattie dell'apparato respiratorio, e per malattie dell'apparato digerente sono molto numerosi nel gruppo delle brevi antidurate; merita infine particolare attenzione il gruppo dei sinistrati per morti violente ed accidentali nel quale ben il 58,68 % appartengono alla classe della antidurata 0-5 a. ed il rimanente il 32 % a quella delle superiori antidurate.

TABELLA N. 1

Assicurati maschi dell'I. N. A. (Portafoglio diretto con visita medica all'ingresso) morti nel settennio 1927-1933 distribuiti per gruppi di età alla morte e per anno di morte

GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE	ANNI DI MORTE							Totali
	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	
da anni 0 ad anni 19	10	6	3	6	9	7	3	44
• 20 •	28	22	23	20	17	7	12	129
• 25 •	80	75	78	57	61	49	36	436
• 30 •	118	110	133	118	134	108	100	821
• 35 •	160	157	191	157	173	168	154	1.160
• 40 •	154	176	253	185	221	227	208	1.424
• 45 •	191	209	239	219	215	271	243	1.590
• 50 •	154	204	212	213	246	262	293	1.584
• 55 •	142	142	179	145	223	260	237	1.328
• 60 •	106	78	106	115	125	147	173	850
• 65 — w	54	56	79	88	97	118	123	615
Totali . . .	1.200	1.235	1.496	1.323	1.521	1.624	1.582	9.981

TABELLA N. 2

Assicurati maschi del portafoglio diretto con visita medica morti nel settennio 1927-1933, distribuiti per cause di morte e per anno di morte

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANNI DI MORTE							Totale
	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	
	num. morti	num. morti	num. morti	num. morti	num. morti	num. morti	num. morti	
Ogni forma di tubercolosi	150	136	164	156	146	127	137	1016
Altre malattie infettive e parassitarie .	136	153	159	128	156	165	154	1051
Tumori maligni	90	119	115	119	143	163	173	922
Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale	94	87	124	105	107	138	144	799
Malattie del sistema nervoso	31	44	47	33	43	37	35	270
• dell'apparato circolatorio	128	122	173	183	204	222	204	1236
• dell'apparato respiratorio	109	137	180	134	147	187	183	1077
• dell'apparato digerente	119	125	138	132	176	178	165	1033
• dell'apparato genito-urinario.	71	82	100	80	86	90	94	603
Suicidi.	58	50	60	58	93	78	54	451
Morti violente e accidentali	75	79	83	88	88	86	82	581
Altre cause di morte e non specificate	139	101	153	107	132	153	157	942
<i>Totale</i>	1.200	1.235	1.416	1.323	1.524	1.624	1.562	9.981

TABELLA N. 3

Assicurati maschi dell'I. N. A. (Portafoglio diretto con visita Medica all'ingresso) morti nel settennio 1927-1933 distribuiti per causa di morte e per professione

CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI													Totali
	Agricoltori di ogni specie	Industriali e commercianti	Venditori in genere e rappresentanti	Operai	Addetti a servizi di trasporto ecc.	Persone di servizio e di fatica	Personale su- balerno dello Stato e di altri Enti Pubblici	Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubblici	Impiegati ufficiali ecc.	Culto professioni ed arti liberali	Proprietari e beneficenti	Condizioni non professionali	Professioni non specificate	
Ogni forma di tubercolosi	55	133	102	65	39	20	37	53	249	164	20	72	7	1.016
Altre malattie infettive e pa- rassitarie	45	173	95	55	40	18	15	33	239	249	45	38	6	1.051
Tumori maligni	37	164	84	58	24	17	22	22	241	184	31	85	3	922
Emorragie trombose, ecc.	29	125	82	31	11	16	16	32	193	186	44	29	5	799
Malattie sistema nervoso e or- gani di senso	13	35	27	13	4	3	8	12	84	50	5	11	5	270
Mal. app. circolatorio	44	210	122	46	21	16	31	30	331	275	64	40	6	1.236
• • respiratorio	68	181	96	66	41	29	23	35	238	206	41	46	7	1.077
• • digerente.	48	195	115	56	26	10	33	39	224	201	37	44	5	1.033
• • genito-urinario	14	110	66	24	12	13	9	14	143	146	29	20	3	603
Suicidi	13	127	48	8	1	3	14	15	121	72	15	11	3	451
Morti violente e accidentali. Altre cause di morte e non specificate	33	119	48	58	34	8	13	33	122	74	21	14	4	581
	43	126	101	50	19	16	24	30	233	212	45	25	18	932
<i>Totali</i>	442	1.698	986	580	272	169	245	348	2.418	2.019	397	385	72	9.981

TABELLA N. 4

Assicurati maschi dell'I. N. A. deceduti nel settennio 1927-1933 (Portafoglio diretto con visita medica all'ingresso)
distribuiti per cause di morte e regioni nelle quali i morti erano assicurati

CAUSE DI MORTE	Piemonte	Liguria	Lombardia	Tre Venezie	Emilia	Toscana	Marche	Lazio	Umbria	Abruzzi e Molise	Campania	Puglie	Lucania	Calabria	Sicilia	Sardegna	Totali
Ogni forma di tubercolosi	76	41	154	174	80	90	33	80	14	15	79	34	12	26	64	22	994
Altre malattie infettive e parasitarie	75	28	126	82	70	78	18	55	10	13	123	87	25	67	133	34	1.024
Tumori maligni	82	35	180	104	92	78	30	85	13	20	46	39	12	15	68	11	910
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	66	30	112	50	68	57	14	58	13	27	92	47	12	33	96	10	785
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	28	19	40	24	30	12	12	15	3	6	28	15	3	12	15	3	265
Mal. app. circolatorio	97	49	168	119	95	76	20	122	15	28	160	56	17	36	142	22	1.222
„ „ respiratorio	72	48	141	86	94	84	20	75	4	28	127	72	28	46	118	15	1.058
„ „ digerente	97	47	146	125	88	67	20	80	15	28	100	50	16	26	91	14	1.010
„ „ genito-urinario	40	16	65	64	46	28	14	67	10	15	68	33	15	21	84	13	599
Suicidi	44	25	69	57	44	46	6	41	9	8	36	14	3	7	32	7	448
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata	47	23	113	64	58	40	20	39	6	11	55	21	4	23	31	8	563
Altre cause di morte e non specificate	82	38	116	88	66	63	25	94	9	39	83	50	18	40	105	13	929
<i>Totale</i>	806	399	1.480	1.037	831	719	292	811	121	238	997	518	165	352	979	172	9.807

TABELLA N. 5

Contratti dell'I. N. A. sinistrati nel settennio 1927-1933 per ogni causa di morte
(Portafoglio diretto con visita medica all'ingresso) — Antidurata dei contratti (Assicurati Maschi)

CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA											Totale
	da 0 a 6 mesi	da 6 mesi a 1 anno	da 1 anno a 2 anni	da 2 anni a 3 »	da 3 anni a 4 »	da 4 anni a 5 »	da 5 anni a 10 »	da 10 anni a 15 »	da 15 anni a 20 »	da 20 anni in poi	Totale	
Ogni forma di tubercolosi . . .	33	68	151	138	125	105	366	143	55	—	1.184	
Malattie infettive e parassitarie .	81	87	154	149	123	92	370	218	126	1	1.401	
Tumori maligni . . .	24	57	97	97	81	86	338	238	167	3	1.188	
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali . . .	32	33	61	73	70	84	312	313	164	14	1.056	
Malattie sistema nervoso e organi di senso. . .	14	10	27	30	25	22	113	58	32	1	332	
Malattie dell'apparato circolatorio.	37	44	116	89	109	106	443	367	306	8	1.625	
» » respiratorio . . .	59	75	130	113	113	103	388	220	139	5	1.345	
» » digerente . . .	62	79	120	116	107	105	381	197	125	4	1.296	
» » genito-urinario . . .	17	18	61	85	65	58	236	165	101	3	809	
Suicidi. . .	18	28	72	77	63	62	201	79	64	1	665	
Morti violente ed accidentali. . .	70	48	104	56	79	69	180	77	42	1	726	
Altre cause di morte e non specificate	43	54	126	97	99	72	373	225	134	—	1.224	
Totale . . .	490	601	1.219	1.121	1.059	964	3.701	2.200	1.455	41	12.851	

Varie

DA BUDAPEST

Riceviamo e volentieri pubblichiamo :

Egregio Prof. Romanelli,

Istituto Nazionale Assicurazioni, Via Sallustiana 51 - Roma

« Ora che la Sua nobile Nazione combatte aspramente per la sua esistenza e pel suo avvenire sento il dovere di dirLe come io, e con me ogni buon ungherese, si compartecipi i loro sentimenti e si sia con loro e per loro.

« Noi tutti qui, ungheresi dell' « oppressa Ungheria », tremiamo e preghiamo per i nostri amici italiani e facciamo voti che abbiano a superare la prova ardua cui si sono accinti con tanto ardore, per la gloria sempre maggiore dell'Italia e della civiltà ».

Budapest, 15 ottobre 1935-XIII.

F.to : Dr. Stefano Halmi

Budapest VII Danyanickuta 56. III.I

Egregio Collega, Halmi,

« In questo momento in cui si è arrivati all'assurdo che uomini bianchi hanno deliberato di sostenere ed armare barbari negri contro l'Italia, che, mantenendo alta la tradizione di Roma, desidera diffondere la civiltà ed affermare il diritto del suo popolo alla vita, le espressioni di solidarietà e di simpatia provenienti dalla Ungheria generosa toccano profondamente il nostro cuore di Italiani.

« Sono certamente i legami sentimentali e tradizionali che uniscono i due popoli e che ispirano la reciproca simpatia.

« La ringrazio vivamente della Sua lettera del 15 corrente che conservo con vivo ricordo ».

« Auguro alla nobile e cavalleresca Ungheria ogni fortuna e la realizzazione delle giuste aspirazioni cui mira ».

Roma, 24 ottobre 1935-XIII.

F.to : Prof. Dott. I. Romanelli

Capo Servizio Sanitario I.N.A. - Roma

UNO SGUARDO AL PASSATO

**La commissione per lo studio dei rischi tarati
in seno all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni**

(31 Luglio 1917-4 Aprile 1918)

Dott. FERNANDO VICENTINI

Medico della Direzione dell'I.N.A

I lavori della commissione per lo studio dei rischi tarati, costituita nel 1917 in seno all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, conservano ancora oggi alla distanza di quasi venti anni un notevole interesse, inquantochè da essi scaturì il germe primo in Italia della accettazione in Assicurazione Vita dei rischi tarati, fino allora quasi costantemente e salvo rare eccezioni, rifiutati dalle Compagnie e dall'Istituto stesso. In Italia si giungeva un po' in ritardo a far beneficiare della previdenza assicurativa coloro i quali ne erano per solito esclusi a causa di malattie pregresse, passibili di recidiva o di malattie in atto. La quistione dei rischi tarati era stata, come in altro articolo abbiamo riportato, ampiamente discussa nei quat-

tro Congressi Internazionali di Medicina di Assicurazione che avevano avuto luogo rispettivamente negli anni 1899, 1901, 1903, e 1906, e le Compagnie estere li accoglievano già sia pure assai cautamente. L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni a solo quattro anni di distanza dall'inizio della sua gestione comprese l'importanza del problema e volse risolutamente le proprie attività alla realizzazione di esso con la nomina di una Commissione per lo studio dei rischi tarati che risultò così composta:

Prof. Sen. Ettore Marchiafava — Consulente Medico Capo dell'I.N.A., Presidente.

Comm. Enrico Scodnik — Vice Direttore Generale dell'I.N.A.;

Prof. Amico Bignami;

Prof. Vincenzo Montesano;

Prof. Gaetano Mazzoni — Consulenti Straordinari;

I Consulenti della Direzione Generale (Proff. E. Cassini, P. Sorgenti e A. Mattoli);

Dott. Ilario Romanelli — Medico della Direzione Generale, Relatore dei vari temi e Segretario della Commissione;

Prof. Guido Tognoli — Attuario Capo;

Cav. Giorgio Napoleone — Capo dell'ufficio Assunzione Rischi;

Avv. Alberto Vicinelli — Legale della Direzione Generale.

Abbiamo esaminato attentamente i verbali di quelle sedute, ed abbiamo potuto constatare quanto interessamento ponessero uomini come il Marchiafava, il Bignami, il Mazzoni e gli altri, di loro non meno valorosi, nella discussione di quistioni di medicina Assicurativa, scienza che era allora ai suoi primi albori e vorremmo che l'esempio di questi grandi, servisse di sprone ai giovani a fare sempre di più e sempre meglio in questo campo il quale non è limitato ed assoggettato ad esigenze commerciali come a prima vista potrebbe sembrare.

Infatti gli studi di medicina dell'Assicurazione Vita che in gran parte si impernano sulla quistione dei rischi tarati, richiedono una conoscenza profonda della prognosi delle varie malattie. Questo capitolo della patologia è stato generalmente un po' trascurato dagli studiosi di medicina pura, cosicchè essi stessi hanno dovuto ricorrere nel passato ed ancora oggi, ai contributi dei Medici delle Compagnie di Assicurazione Vita, alcuni dei quali sono profondi conoscitori dell'argomento. Gli studi quindi che sono stati fatti e quelli che ci auguriamo si faranno sulla prognosi delle varie malattie, oltre a riuscire sommamente utili alla risoluzione delle quistioni assicurative saranno un prezioso materiale che verrà ad aumentare le conoscenze scientifiche su questo importante capitolo.

La commissione fu insediata dal Consigliere Delegato dell'I.N.A., Prof. A. Beneduce.

La prima seduta ebbe luogo il 31 luglio 1917: all'inizio di essa il Dott. Romanelli dopo di avere espresso il suo compiacimento per l'inizio dello studio sui rischi tarati, sintetizzò in brevi ma concise parole il programma da svolgere in seno alla Commissione.

« Il compito nostro — egli disse — per il lavoro dei rischi tarati deve essere quello di stabilire la morbilità e la mortalità di una determinata malattia, la durata media di essa, la vita media degli individui affetti da quella malattia e quali le condizioni migliori che devono presentare quegli assicurandi all'ingresso in assicurazione, perchè possano più facilmente raggiungere la vita media stabilita per tali individui. L'Attuario, sui dati che noi forniremo, dovrà poi stabilire i soprapremi e le tariffe relative ».

Quindi lo stesso Dott. Romanelli lesse la sua relazione sulla « Appendicite ed Assicurazione Vita ». Ritourneremo tra breve su di essa. Ci interessa ora ricordare che in questa prima seduta furono enunciati alcuni criteri di notevole importanza. Fu riconosciuta anzitutto la necessità di porre alla base dello studio dei rischi tarati, le statistiche mediche delle quali fu lamentata la mancanza.

Fu ritenuto doveroso da parte dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni di agevolare l'atto di previdenza a tutti i richiedenti un contratto di assicurazione, tranne a quelli le cui condizioni di salute fossero tali da far supporre una vita molto breve; di qui la necessità di prendere le decisioni circa le malattie da scartarsi senz'altro e quelle da accettarsi, sempre con le dovute precauzioni, in Assicurazione Vita. Fu stabilito in fine che prima delle riunioni plenarie dovessero tenersi delle riunioni preparatorie alle quali prendessero parte solamente i medici.

E veniamo ora a parlare della prima delle relazioni che furono oggetto e base dei lavori della Commissione: la relazione intitolata: « L'Appendicite e l'Assicurazione Vita ». Questa, e tutte le altre seguenti furono opera paziente del Dott. Romanelli, Segretario della Commissione di studi. Egli già alcuni anni prima e cioè nel 1914 si era occupato della appendicite nei rapporti con l'Assicurazione Vita in un lavoro pubblicato sul Policlinico (sez. Pratica) del 23 agosto 1914. Egli era giunto alle seguenti conclusioni:

« Il giudizio sul rischio varia secondo l'esito della malattia:

1° L'assicurando ha sofferto coliche appendicolari, è stato operato di appendicectomia, è guarito per prima intenzione, presenta cicatrice perfetta e senza ernia; il rischio può es-

sere accettato dopo tre mesi dall'operazione, giacchè, quell'assicurando non potrà mai più soffrire di appendicite.

2° L'assicurando ha sofferto di coliche appendicolari e non è stato operato di appendicectomia. E' in questo caso che il Medico Fiduciario con opportuno interrogatorio deve stabilire bene, tenendo presente anche la possibilità di forma fruste od atipiche; la frequenza delle coliche ed in ispecial modo la data dell'ultimo attacco. E, data la frequenza delle recidive, il rischio non si può accettare se non sono passati almeno tre anni dall'ultimo attacco della malattia sempre che in questo periodo di tempo non si siano verificati segni anche atipici della malattia stessa.

3° Vi è stata un'appendicite suppurata:

a) l'assicurando ha subito l'appendicectomia ed il rischio si può accettare dopo sei mesi dall'operazione;

b) l'assicurando ha subito la laparotomia senza l'appendicectomia;

c) l'assicurando non ha subito l'appendicectomia, nè la laparotomia perchè l'ascesso si è vuotato attraverso il retto, o, come meno frequentemente si verifica, attraverso la vescica.

In queste due ultime ipotesi (b. c.) pur essendo il rischio migliorato rispetto al caso n. 2, dell'assicurando che ha avuto le coliche appendicolari e non è stato operato di appendicectomia, per ragioni di prudenza, anche in questi casi il rischio non può essere accettato se non sono passati tre anni dall'ultimo attacco e se in questo tempo non si sono notati segni della malattia ».

Le nuove ricerche furono fatte prendendo in esame i seguenti dati statistici:

1°) Statistica delle cause di morte pubblicata dal Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio dagli anni 1907 al 1913 (morti per appendicite per anno, per età e sesso ed in rapporto al numero dei morti per qualunque malattia).

2°) Dati relativi ai ricoverati negli Ospedali di Roma per tiflite e peritiflite negli anni 1908, 1909, e 1910 desunti dalla « Statistica Sanitaria degli Ospedali di Roma ».

3°) Dati relativi all'appendicite desunti dall'Annuario Statistico del Comune di Roma dell'anno 1913.

4°) Dati ricavati dall'esame dei sinistri per appendicite dell'I.N.A. relativi agli anni 1913, 14, 15.

5°) Dati delle ricerche della società degli Attuari di America sulla mortalità per gli Assicurati che avevano avuto infiammazione intestinale, peritonite, appendicite.

Ma l'esame di tutti questi elementi e dei giudizi prognostici di trattatisti e di clinici del tempo non fecero mutare all'A. le conclusioni alle quali era giunto nel 1914. Egli le confermò senz'altro nella sua relazione, limitandosi alle seguenti aggiunte: « Accettare il rischio di assicurandi che abbiano sofferto appendicite con un periodo di carenza da un minimo di tre anni ad un massimo di cinque anni ».

Accettare senz'altro gli assicurandi i quali abbiano sofferto di appendicite con un soprappremio pel calcolo del quale si tenga conto della mortalità che per detta malattia si potrebbe verificare in un gruppo scelto quale quello degli assicurati ».

La discussione della relazione sulla appendicite occupò quattro sedute durante le quali Medici e Attuari scambiarono ed integrarono le loro vedute sull'argomento. Le conclusioni alle quali si giunse circa i criteri di assunzione del rischio in assicurazione vita relativamente agli individui che avessero sofferto di appendicite sono i seguenti:

1°) L'assicurando ha sofferto di coliche appendicolari, è stato operato di appendicectomia, è guarito per prima intenzione, presenta cicatrice perfetta e senza ernia.

Il rischio può essere accettato se sono decorsi due mesi dall'operazione: se è decorso un periodo minore si rinvia.

2°) L'assicurando ha sofferto di coliche appendicolari e non è stato operato di appendicite.

Il rischio può essere accettato se sono decorsi almeno tre anni dall'ultimo attacco se vi furono più coliche, o due anni dall'unico attacco.

Se è decorso un minore periodo non inferiore però ad un'anno e se l'assicurato non vuole attendere il termine del maggior periodo prima stabilito per essere rivisitato per l'accettazione del rischio, può essere accettato o con una carenza fino al 5° anno dall'attacco o contro corresponsione di un soprappremio rapidamente decrescente dal 4% dopo il primo anno a 0 dopo 5 anni.

Come durata del periodo di carenza e misura dei soprappremi riferite sempre al capitale assicurato, si propone rispettivamente:

Dopo 1 anno { o carenza di quattro anni o
soprappremio unico 4%₀₀ oppure
soprappremi annui 2,00; 1,20; 0,60; 0,20

Dopo 2 anni	$\left\{ \begin{array}{l} \text{o carenza di tre anni o} \\ \text{soprapremio unico } 2 \text{ ‰ oppure} \\ \text{soprapremi annui } 1,20; 0,60; 0,20 \end{array} \right.$
Dopo 3 anni	$\left\{ \begin{array}{l} \text{o carenza di due anni o} \\ \text{soprapremio unico } 0,80 \text{ ‰ oppure} \\ \text{soprapremi annui } 0,60; 0,20 \text{ ‰} \end{array} \right.$
Dopo 4 anni	$\left\{ \begin{array}{l} \text{o carenza di un anno o} \\ \text{soprapremio unico } 0,20 \text{ ‰} \end{array} \right.$

I soprapremi non sono frazionabili altro che nell'anno.

3°) Vi è stata un'appendicite suppurata; l'assicurando ha subito l'appendicectomia.

Il rischio può essere senz'altro accettato dopo un'anno dall'operazione o rinviato a tale termine.

Se però sono decorsi almeno sei mesi e l'assicurato non vuole attendere altri sei mesi per essere rivisitato, il rischio può essere accettato con un soprapremio dell'1 ‰ del capitale assicurato.

4°) Vi è stata un'appendicite suppurata; l'assicurando ha subito la laparatomia senza l'appendicectomia.

Il rischio può essere accettato senz'altro se sono decorsi due anni dalla guarigione completa della malattia o rinviato a tale termine.

Se è decorso almeno un anno dall'operazione e se l'assicurato non intende di aspettare un'altro anno per essere rivisitato, il rischio può essere accettato contro corresponsione di un soprapremio dell'1,50 ‰ o frazionabile nell'anno o al più in due anni.

5°) Vi è stata un'appendicite suppurata. l'assicurando non ha subito l'appendicectomia né la laparatomia perchè l'ascesso si è vuotato attraverso il retto, o come meno frequentemente si verifica attraverso la vescica.

Il rischio può essere accettato senz'altro se sono decorsi due anni dalla guarigione completa della malattia o rinviato a tale termine.

Se è decorso almeno un'anno e se l'assicurando non intende aspettare un altro anno per essere rivisitato, il rischio può essere accettato contro corresponsione di un soprapremio dell'1,50 ‰ frazionabile nell'anno o al massimo in due anni,

Su proposta della Commissione fu inviata nell'agosto 1917 a tutti i Medici Fiduciari dell'I.N.A. una circolare a stampa a firma del consigliere delegato, Prof. A. Beneduce, nella quale si annunciava la costituzione della Commissione dei rischi tarati presieduta dal Sen. Prof. Marchiafava, e la determinazione di accettare gli assicurandi che avessero sofferto di coliche appendicolari o di appendicite.

Al riguardo venivano dati dei precetti ai Medici Fiduciari relativamente all'assunzione di questo rischio tarato. Per quanto siano trascorsi molti anni dalla compilazione di detta circolare, essa risponde perfettamente ancora oggi alle esigenze dell'esame medico in assicurazione Vita. Essa fu riprodotta integralmente nel numero 2 dell'anno II di questa Rivista pubblicato il 15 aprile 1933. Tuttavia riteniamo cosa utile riportarne qui la parte essenziale:

La Commissione ha già compiuto gli studi per l'accettazione degli assicurandi i quali abbiano sofferto di coliche appendicolari o di appendicite. Ed oggi, nell'accettare tali rischi, l'Istituto fida ancor più sulla sagacia e sulla oculatezza dei medici fiduciari.

Es-i, nel raccogliere l'anamnesi di tutti gli assicurandi devono insistere nella ricerca dell'appendicite pregressa, tenendo presente non solo l'atipicità della malattia, la possibilità di forme attenuate o di forme con localizzazione anormale (sotto-epatica, pelvica, prevescicale, retro-cecale, erniaria, a sinistra) ma ancora la possibilità di forme passate indagate.

Per cui si consiglia ai fiduciari di chiedere all'assicurando non solo se ha sofferto di coliche appendicolari o di appendicite, ma anche se ha sofferto di dolori addominali in genere, ed insistere, quindi, con opportune domande sui caratteri di essi per giudicare dell'importanza di quei dolori, onde escludere o eventualmente ammettere un attacco di colica appendicolare pregressa.

Amnesso che l'assicurando ha sofferto tale malattia, è necessario precisarne il tempo in cui tale sofferenza si è manifestata, e quale lo svolgimento successivo della malattia stessa.

Se l'assicurando è stato operato di appendicectomia a freddo, il fiduciario deve notare la data dell'operazione, esaminare la cicatrice per dedurne se essa avvenne per prima intenzione e se non presenta ernia.

Se invece l'assicurando fu affetto da appendicite suppurata, il fiduciario deve indagare se l'assicurando ha subito la sola laparotomia, ovvero tale operazione fu compiuta con l'appendicectomia.

Non sfugge certamente ai medici fiduciari l'importanza di tale fatto, per cui, qualora lo assicurando non fosse preciso, sarà utile chiedere informazioni anche al chirurgo operatore. Ed in questi casi, oltre che esaminare la cicatrice dell'operazione chirurgica, è necessario indagare se vi siano state complicazioni o postumi (p. e. ascessi post-operatori, ecc.) se lo assicurando sia molestato od abbia sofferto disturbi gastro-intestinali che possano essere attribuiti ad aderenze.

Il Medico, ad ogni modo, dopo tutte le indagini che crederà opportune, dovrà dichiarare esplicitamente se l'assicurando è completamente guarito della malattia.

Nel caso di un assicurando non sottoposto ad alcuna operazione chirurgica, il fiduciario dovrà stabilire con precisione la data del primo attacco di colica appendicolare, la intensità di esso, e se vi sono state recidive, segnalarle tutte indicando sempre per ciascuna la data e la intensità. Ed è specialmente in questo caso che il fiduciario deve tener conto delle forme lievi e delle forme atipiche:

Ad ogni modo negli assicurandi che abbiano sofferto di colica appendicolare o appendicite, l'esame obiettivo dell'addome e specialmente della regione appendicolare, dovrà essere fatto dai fiduciari con la maggiore precisione, e sarà riportato sul modulo in modo che al medico della Direzione Generale non sfugga alcun dato per farsi un concetto esatto delle condizioni dell'assicurando.

E' superfluo, parlando ai medici, raccomandare la maggiore precisione nel trascrivere sul rapporto i dati di cui sopra, giacchè in base a quei dati, l'Istituto dovrà stabilire le condizioni per l'accettazione di quell'assicurando, e se i dati saranno completi, si eviterà anche la perdita di tempo necessario per chiedere al medico ulteriori schiarimenti.

Come per tutti i rischi, ma specialmente per questi, l'Istituto fa pieno assegnamento sull'opera attiva, intelligente e sagace dei medici fiduciari ».

Esaurita la trattazione e la discussione dei problemi inerenti l'accettazione degli assicurandi che hanno sofferto di appendicite, la Commissione medica nella seduta del 28 agosto 1917 passò ad esaminare la seconda relazione presentata dal Dott. Romanelli, dal titolo « La sifilide in rapporto all'Assicurazione-Vita » (1). Data l'importanza dell'argomento la riassumiamo qui appresso per sommi capi.

Il Relatore richiama anzitutto un suo precedente lavoro, pubblicato nella Sezione Pratica del Policlinico del gennaio 1915 nel quale egli affermò l'alta e precoce mortalità dovuta alla sifilide acquisita, specialmente a causa delle lesioni del sistema nervoso, del sistema cardio-vascolare e degli organi parenchimatosi, che a quella infezione vengono addebitati. Come conseguenza di ciò egli propose « che si accettassero gli assicurandi contagiati da sifilide dopo un periodo di quattro anni dalla manifestazione iniziale, durante il quale l'assicurando avesse praticato cure energiche e adatte e non avesse avuta alcuna manifestazione; e dopo che da tale periodo fossero passati ancora due anni, in cui l'assicurando non avesse fatto cure specifiche e non avesse avuta alcuna manifestazione. Alla visita medica l'assicurando non doveva presentare glandole epitrocleari o nuchali ingorgate nè altri relitti dell'infezione ».

Dopo queste premesse egli tratta il difficile argomento della morbilità per sifilide, sulla base dei dati statistici relativi all'Esercito nel ventennio 1889-1908 ed a quelli contenuti nell'Annuario Statistico del Comune di Roma dell'anno 1913 (malati poveri curati dai medici municipali a domicilio, negli ambulatori delle delegazioni e negli ambulatori celtici). Riporta infine alcuni dati tratti dalla Relazione del Direttore Generale della Sanità pubblica dell'anno 1912 ed altri tolti dalle Statistiche della Danimarca, nazione nella quale è obbligatoria per il medico la denuncia della sifilide.

Il R. passa quindi a trattare della mortalità per sifilide ed osserva che essa non può stabilirsi enumerando semplicemente i casi di morte per detta infezione, ma che è necessario tener conto anche della mortalità per tutte le malattie ad essa addebitabili, sia del sistema nervoso centrale, sia dell'apparato cardio-vascolare, dei reni ecc. Riporta in proposito i dati riguardanti la sifilide viscerale che ha trovato nella Statistica degli Ospedali di Roma, per gli anni 1896-1907. L'organo più colpito è il cervello, cui segue il fegato, il cuore ed i grossi vasi. Si sofferma sulla sifilide dell'apparato cardio-vascolare ed ancora più diffusamente su quella di capitale importanza, del sistema nervoso. A proposito della sifilide del sistema nervoso riferisce interessantissimi dati riguardanti la paralisi progressiva e la tabe dorsale, tolti da :

(1) Questa Relazione fu poi pubblicata dall'A, in: *Rivista Ospedaliera*, 1918, nn. 20-21.

- 1) Statistiche delle cause di morte nel Regno, anni 1907-13.
- 2) Statistica Sanitaria degli Ospedali di Roma, anno 1913.
- 3) Studi sulla pazzia nella Provincia di Roma (relativamente agli anni 1874-1900) del Prof. A. Giannelli.

4) Annuario Statistico e Bollettino di Statistica del Comune di Roma (1910-13) Esamina poscia i contributi sull'argomento della sifilide ed assicurazione-vita, recati da medici ed attuari di Compagnie di Assicurazione (Bayet, Gollmer, Sven Palme, Salomonsen ecc.) e riferisce gli studi da lui fatti su 110 sinistri dei portafogli nuovo e preconstituito dello Istituto Nazionale delle Assicurazioni (anni 1913-17) per i quali risultò certa la sifilide, essendo stata detta infezione o dichiarata dall'assicurando all'ingresso in Assicurazione, o denunciata dal medico curante alla morte.

La maggiore mortalità di questi individui, come risulta da allegata tabella, si verificò nel periodo di età dai 46 ai 55 anni. Le cause di morte che determinarono il maggior numero di sinistri furono: le malattie del sistema nervoso centrale (40,04%). La sola paralisi progressiva dette 32 casi di morte; seguono le malattie dell'apparato cardio vascolare con una percentuale del 17,29% ed infine la nefrite con il 9,10%. In conclusione su 110 casi, 77 individui morirono per malattia addebitabile alla sifilide (70,07%).

In altra tabella sono riportate le relazioni tra l'età in cui avvenne il contagio e l'età alla morte ed in altra le professioni dei sinistrati.

Dopo di aver esaminato il problema della influenza della cura mercuriale sull'ulteriore decorso della sifilide, il R. riferisce i criteri di alcuni medici di assicurazione nei riguardi della accettazione di questo rischio tarato (Bayet, Feichenfeld, Marsh, De Havilland, Hall, Schroeder, Blaschko) ed infine conclude:

« Io ritengo che ai sifilitici che presentano segni di malattie viscerali in atto, anche se allo stato iniziale, debba essere rifiutata la polizza di assicurazione.

I sifilitici che presentano in atto manifestazioni della infezione debbono essere rinviati a guarigione di quelle manifestazioni.

A tutti quei sifilitici, ai quali si può concedere una polizza di assicurazione, ritengo si debba applicare un soprapremio di misura varia, tenendo conto del gentilizio, delle malattie sofferte dall'assicurando e delle condizioni attuali dell'assicurando e dell'età di lui in rapporto al periodo di età in cui si verifica la maggiore mortalità per i sifilitici ».

La discussione di questa relazione occupò due sedute della Commissione medica in esse si parlò della morbilità, della mortalità e dell'importanza del metodo e della durata della cura della sifilide nei riguardi della prognosi.

Di particolare interesse sono le numerose interlocuzioni del Prof. Vincenzo Montesano specialista in materia che mi piace riferire in sunto. Egli richiamò l'attenzione sui fatti seguenti: la sifilide, fino a qualche tempo prima era malattia delle grandi città, ma si andava propagando allora anche nelle campagne.

La sifilide era in sensibile aumento, e tale aumento era maggiore per il sesso femminile. Però in compenso la mortalità per tale malattia era in diminuzione e ciò in rapporto con il cambiamento dei sistemi di cura e perchè ad essi più facilmente si sottomettevano gli individui malati.

La sifilide — egli disse — non è malattia inguaribile e ne fanno fede i numerosi casi di reinfezione; solo è necessario per ogni malato un sistema di cura specialmente adatto.

Nei riguardi della accettazione dei sifilitici in assicurazione vita, egli era di opinione essere necessario sapere, quali cure l'assicurato avesse fatto, e stabilire bene il periodo di anni trascorso dall'infezione. Infine egli consigliò l'applicazione di un soprapremio a tutti i sifilitici, graduandolo a seconda della cura eseguita, delle condizioni dell'assicurando all'ingresso, del di lui genere di vita ecc.

Esaurita la discussione della Relazione del Dott. Romanelli, fu letto il quistionario compilato dall'Attuario Capo Dott. Tognetti, circa l'assicurazione di sifilitici.

Come si vede l'affiatamento tra medici esperti ed attuari si andava facendo sempre più intimo; si vedrà tra poco con quali risultati.

Ecco il testo integrale del:

Questionario sottoposto dall'Ufficio di Attuariato all'On. Commissione Medica incaricata degli studi per l'assicurazione di sifilitici.

Si premette che storicamente nello sviluppo dell'assicurazione, quando mancavano elementi atti a differenziare o graduare rischi differenti, si dovevano pur riunire in un gruppo di rischi che si sapevano diversi ed al gruppo si attribuiva una probabilità media che risultava in un certo senso la media delle probabilità sconosciute relative ai gruppi non differenziabili.

Questo procedimento non corrisponde naturalmente ad un principio di equità distributiva, dovendosi invece pretendere da ogni assicurando un premio o un soprapremio commisurato al rischio specifico presentato dall'assicurando stesso; il procedimento stesso però si giustifica quando manchino dati più precisi e quando il premio medio risultante dall'inclusione di rischi evidentemente più gravosi non renda proibitiva l'assicurazione.

Le prime domande che si presentano per l'assicurazione dei sifilitici sono allora le seguenti:

Allo stato attuale degli studi.

a) Si ritiene di dover proporre per la massa dei rischi l'accettazione a condizioni uniche in base alla sovramortalità del gruppo stesso e si può determinare con sufficiente approssimazione l'intensità di questa sovramortalità?

oppure:

b) Si ritiene che i rischi possono essere graduati o quanto meno differenziati in base agli elementi che indicheremo o a questi altri elementi che l'Onorevole Commissione Medica intenderà di suggerire?

Sempre, beninteso, dopo esclusione dei rischi più gravosi, dei soggetti cioè aventi manifestazioni in atto, di quelli che sono contagiati da meno di quattro anni, di quelli, infine, che pur essendo contagiati da più di quattro non hanno compiuto una sufficiente cura jodo mercuriale o di arsenobenzolo.

a) Nell'indicare indici di sovramortalità generale per i rischi non esclusi si chiede se ci si debba riferire a tutta la durata della vita umana o ad un periodo limitato della vita stessa al di là del quale la mortalità si avvicini sensibilmente alla normale.

b) Nell'ipotesi che una differenziazione sia possibile, si domanda se nel giudicare un rischio quale si presenta in sede di assunzione, gli elementi che indichiamo possono essere considerati come indici di differenziazione in rapporto alla probabilità di ulteriori manifestazioni gravi:

Sesso, residenza, professione, abitudini di vita, costituzione, anamnesi personale e gentilizio.

Si deve far peso alle fasi antecedenti della malattia? All'esistenza, per gli ammogliati, di figli sani o all'essersi verificati aborti?

Si domanda infine se può avere un'influenza l'età e precisamente l'età al momento del contagio, l'età al momento della proposta, il periodo decorso del contagio alla data dell'esame del rischio.

Si desidera in particolare chiarire se due persone aventi la stessa età, ma contagiate in età differente presentano rischi disuguali, se due persone aventi età differenti, ma contagiate alla stessa età, presentano rischi disuguali, se infine due persone contagiate da uno stesso numero di anni, ma in età differente presentano rischi disuguali.

*
**

Per avere un'idea del probabile decorso del maggior rischio si chiede:

I sifilitici sono soltanto esposti alle malattie specifiche del sistema circolatorio e nervoso normalmente addebitabili alla sifilide o presentano anche una maggiore probabilità di essere colpiti da malattie intercorrenti come esito letale o sono comunque esposti ad altri rischi specifici?

Esaminato il rischio in certe condizioni di età e di antidurata del contagio, si può fare una previsione su una diversa intensità di aggravamento del rischio nel senso che in diversi periodi successivi sia da attendersi una sovramortalità differente?

Esiste un'età o un periodo particolarmente pericoloso e oltrepassato questo periodo il rischio torna sensibilmente normale?

Un non lontano aggravamento di rischio può essere previsto in base a dati rilevabili all'esame obiettivo come lo stato del cuore, la pressione arteriosa, i riflessi nervosi etc ?

*
**

Si chiede ancora se è possibile procedere alla formazione di gruppi del tipo seguente:

a) Individui giovani, contagiati da breve tempo, abitanti in grandi città, abitanti in centri agricoli, con anamnesi personale e gentilizio buoni, fasi antecedenti della malattia non gravi, figli sani, nessun aborto;

b) ;	c) ;	d) ;
e) ;	f) ;	g) ;
h) ;	i) ;	l) ;

m) individui di età avanzata contagiati da lungo tempo, abitanti in città con occupazioni snervanti, con gentilizio mediocre, senza figli, ma con rilievo di aborto, etc.

E stabilire una serie di gruppi che presentino a mano a mano rischi crescenti, anche che non si possa dare la misura del rischio.

* * *

Stabiliti questi gruppi converrà ricorrere a soprapremi? Converrà innescare supporre una età fittizia superiore alla reale? Sono consigliabili forme che implicino invece rischi diversi per diversi periodi?

Roma, 28 settembre 1917

F^o G. TOGNOLI.

La Commissione Medica analizzò e discusse ampiamente tale questionario e preparò adatta risposta che venne poi presentata nella seduta plenaria del 18 dicembre 1917. Riferisco i punti più salienti di tale risposta

« La Commissione Medica tenuto conto che dalle Statistiche delle varie Compagnie di Assicurazione-vita, risulta una sopramortalità per i sifilitici che si può calcolare in base alle esperienze delle Compagnie stesse nella proporzione del 60 all'80‰, ritiene che si debba applicare a tutti gli assicurati contagiati di sifilide un soprapremio da calcolarsi dall'Ufficio Attuariale in base alla suddetta sopramortalità, (ed in base al tempo decorso dal contagio e dalle cure fatte ecc.).

Il periodo di maggiore mortalità per i sifilitici è quello dell'età dai 40 ai 55 anni; dopo tale periodo la curva di mortalità decresce lentamente, fino a raggiungere quasi il normale circa al 65° anno.

E' dubbio che la residenza influisca sull'ulteriore decorso della malattia, certo le professioni che richiedono un eccesso di lavoro cerebrale e di responsabilità o che portino più facilmente all'alcoolismo, l'intemperanza ed il lavoro muscolare eccessivo, compreso lo sport eccessivo, rendono più grave il rischio dei sifilitici. Anche l'obesità e l'aumento di pressione arteriosa aggravano il rischio.

Per l'accettazione dei sifilitici è utile tener conto delle malattie pregresse dell'assicurando e specialmente della nefrite; così devesi tener conto nel gentilizio dell'assicurando, delle malattie a carico del sistema nervoso, del sistema circolatorio, delle malattie del ricambio materiale, del cancro e degli altri tumori maligni, nonchè della longevità degli ascendenti e collaterali.

I sifilitici non solo vanno soggetti alle malattie sifilitiche dei centri nervosi, del cuore e dei vasi, ma sono anche meno resistenti alle gravi emozioni, agli sforzi muscolari eccessivi, agli strapazzi in genere, all'alcoolismo, agli avvelenamenti lenti e ad alcune malattie intercorrenti, le quali perciò possono decorrere in modo più grave. Si può ritenere inoltre che abbiano maggiore disposizione ad altre malattie, per esempio l'arteriosclerosi, le nefriti, le anemie gravi ecc.

Per gli assicurandi contagiati di sifilide non è possibile procedere alla formazione di gruppi rigidi, ma potranno invece formarsi dei gruppi tipo, cioè gruppi più rischiosi e gruppi meno rischiosi. A tali gruppi si potrà applicare, in rapporto alla sopramortalità dei sifilitici calcolata nella proporzione del 60 all'80‰, un soprapremio variabile a seconda che l'assicurando possa inquadarsi in un gruppo più o meno rischioso.

(Seguono alcuni esempi di gruppi tipo).

E' a tener conto inoltre negli assicurandi della sifilide ereditaria, la quale può spesso essere diagnosticata indipendentemente dalle notizie anamnestiche, anche dalla constatazione delle manifestazioni della triade di Hutchinson.

La Commissione Medica è del parere che anche agli assicurandi affetti da sifilide ereditaria debba essere applicato un soprapremio fino al 30° anno di età.

La interessante ed animata discussione che seguì alla lettura della risposta della Commissione Medica agli Attuari si aggirò sulla questione della sopramortalità dei sifilitici, sulla necessità di una classificazione di essi e sulla misura dei soprapremi; Medici ed Attuari collaborarono fraternamente nella soluzione di tali importanti problemi.

Nella successiva seduta della Commissione Medica il Prof. Bignami propose la divisione dei sifilitici in quattro gruppi, di cui tre da accettarsi ed uno da rifiutarsi (17 gennaio 1918).

Tale classificazione, che riportiamo qui appresso, fu accettata con lievissimi emendamenti dalla Commissione per lo studio dei rischi tarati nella seduta plenaria del 24 gennaio 1918.

*Gruppi-tipo di assicurandi sifilitici costituiti dalla Commissione medica
per lo studio dei rischi mediocri e tarati*

1° GRUPPO. — Sifilitici da 10 anni circa, ben curati, giovani (non oltre 30 anni) robusti, non bevitori, con anamnesi buona, con figli sani e senza aborti.

Da accettarsi con soprapremio corrispondente ad una sopra mortalità del 15^o/_o.

Oppure da accettarsi senza soprapremio ma concedendo una forma a termine che venga a scadere non oltre il periodo di età in cui si verifica la maggiore mortalità per i sifilitici 40-55 anni).

2° GRUPPO. — Sifilitici nei quali la malattia ha avuto un decorso più grave o più ostinato; che hanno avuto manifestazioni multiple (recidive del tipo secondario) dopo il periodo secondario, sia che dette recidive si possano attribuire a cura insufficiente, sia che siansi verificate malgrado una cura adatta; del resto robusti, non bevitori, con anamnesi buona etc.

Da accettarsi con soprapremio corrispondente ad una sopramortalità del 35^o/_o.

3° GRUPPO. — Sifilitici non più giovani (oltre 35 anni) che hanno avuto recidive oltre il periodo secondario (recidive anche del tipo terziario) con anamnesi non favorevole, bevitori, polisarcici etc.

Da accettarsi con soprapremio corrispondente ad una sopramortalità del 50^o/_o.

4° GRUPPO. — Individui aventi sintomi di sifilide in atto, o aventi segni di sifilide maligna precoce guarita da meno di 5 anni.

Individui sifilitici i quali, anche non avendo sintomi di lesioni sifilitiche in atto, presentano segni, sia pure iniziali o apparentemente miti di lesioni cardiache o vascolari, renali o nervose.

Gli assicurandi di questo gruppo dovrebbero essere rifiutati.

La terza relazione che il Dott. Romanelli presentò alla Commissione medica ha per titolo « Le albuminurie non nefritiche ». Si tratta di un lavoro voluminoso completo e molto interessante. Esso fu poi pubblicato dall'Autore nel Giornale « Il Policlinico » (Sez. Medica, vol. XXVI-1918).

Dopo alcuni capitoli di indole generale sulle sostanze proteiche, sui metodi di ricerca dell'albumina nelle urine, sulla diagnosi della albuminuria e sui rapporti tra albuminuria e nefrite, il relatore si occupa delle varie classificazioni delle albuminurie. Egli stesso propone di classificarle *incostanti* ed *intermittenti*: le prime si osservano in qualunque ora della giornata, le altre solo in alcune ore o solo in alcuni giorni.

Al primo gruppo apparterrebbero:

- 1° Le albuminurie della pubertà;
- 2° Albuminuria da sforzi corporei;
- 3° Albuminuria ortostatico-lordotica;
- 4° Albuminuria ciclica;
- 5° Albuminuria da bagni freddi;
- 6° Albuminuria digestiva ed alimentare;
- 7° Albuminuria nervosa.

Le albuminurie costanti si riscontrano:

1° Nei postumi di nefrite (albuminuria residuale o post-nefritica) e nelle nefriti parcellari;

- 2° nelle malattie del cuore e dei vasi;
- 3° nella gravidanza;
- 4° nelle infezioni acute;
- 5° nelle infezioni croniche;
- 6° nelle intossicazioni acute;
- 7° nelle intossicazioni croniche;
- 8° nelle malattie del ricambio materiale.

In altrettanti capitoli il R. tratta di queste varie specie di albuminuria.

In prosieguo si occupa della albumosuria e peptonuria, della albumosuria di Bence-Jones, della patogenesi della albuminuria della diagnosi delle varie forme di albuminuria non nefritica, della prognosi delle albuminurie. L'ultimo capitolo della relazione ha per titolo: albuminuria ed assicurazione vita; in esso sono contenute le opinioni al riguardo, di molti medici di Compagnie fino dal 1884 od infine le idee personali del Relatore.

« Io ritengo — egli dice — che il compito del medico fiduciario che ha constatato un'albuminuria o che ha raccolto l'anamnesi di un assicurando che è stato albuminurico, sia estremamente delicato. Egli deve sapersi avvalere di tutti gli insegnamenti derivanti dalla clinica per accertare la forma di albuminuria che ha colpito l'assicurando; ma egli deve

accoppiare la competenza delle ricerche cliniche con le esigenze dell'industria assicurativa. Il fiduciario deve perciò agire con tanto metodo e tatto da non stancare l'assicurato, anzi da ispirare tanta fiducia, da fare in modo che l'assicurato racconti a lui tutti i disturbi subiettivi e funzionali che altrimenti sfuggirebbero al medico visitatore. E' questa una delle qualità essenziali del medico fiduciario di un Istituto di assicurazione-vita ».

Questi saggi ammaestramenti dettati dal Dott. Romanelli a proposito delle visite degli albuminurici, sono applicabili ad ogni visita per accettazione in assicurazione vita e noi vorremmo che tutti i Medici fiduciari dell'I.N.A. li imparassero a memoria.

Riguardo ai criteri di accettazione degli assicurandi affetti da albuminuria, le conclusioni del Relatore, furono le seguenti :

« Gli assicurandi affetti da albuminurie potranno essere accettati in assicurazione con un soprapremio variabile a seconda la forma di albuminuria da cui sono affetti. Il soprapremio sarà, minimo per le albuminurie della pubertà, ortostatica, lordotica, da sforzi muscolari ecc. ed andrà sempre crescendo fino a raggiungere un massimo per le albuminurie da arteriosclerosi, ecc.

Nel giudizio finale del rischio si deve tener conto di elementi che possono aggravarlo o migliorarlo, e cioè degli elementi di giudizio contenuti nel gentilizio, nell'anamnesi personale, nella costituzione, nelle condizioni dell'assicurato all'ingresso, e specialmente della pressione arteriosa, dei risultati dell'esame delle urine ripetutamente eseguito. Inoltre nelle forme di albuminuria più rischiose si deve tener conto del periodo di età in cui si verifica il maggior numero delle morti per nefrite ».

La discussione sulla relazione riguardante le albuminurie, fu iniziata nella seduta del 9 febbraio 1918. Su proposta del Prof. Bignami furono letti senz'altro i singoli capitoli riguardanti le varie forme di albuminuria. Per ognuna di esse gli illustri componenti la Commissione Medica recarono il loro contributo personale: i verbali delle numerose sedute che occorsero per l'esame di tutti i capitoli, sono pieni di nozioni preziose sulla diagnosi e sulla prognosi delle albuminurie e noi vorremmo poter qui riportare quelle pagine per intero ad edificazione ed istruzione dei nostri lettori. Tuttavia non possiamo fare a meno di trascrivere alcuni dei più importanti giudizi.

Seduta del 9 febbraio 1918: il prof. Bignami in merito all'albuminuria della pubertà rileva come sia difficile la diagnosi di essa. Se si presenta all'assicurazione un individuo il quale ha sofferto di albuminuria, sarà difficile stabilire se si sia trattato d'albuminuria della pubertà o di altra forma di albuminuria. E se si presentano individui con albuminuria in atto, la difficoltà sarà quella di stabilire la diagnosi di albuminuria della pubertà, diagnosi che si basa principalmente sul decorso.

Il prof. Marchiafava fa osservare che per la diagnosi è necessario osservare l'assicurato dopo il riposo; esaminare le urine della mattina e quelle della sera ed egli afferma che i casi di albuminuria della pubertà da lui seguiti, hanno sempre avuto esito buono. Però gli individui affetti da tale forma di albuminuria sono per lo più organismi deboli, alti di statura, con sistema nervoso eccitabile, con polso piuttosto frequente.

Seduta del 6 febbraio 1918: il prof. Bignami, a proposito della albuminuria ortostatica, ritiene che la questione più importante è che il medico fiduciario faccia la diagnosi per vedere se si tratta di albuminuria ortostatica mista, oppure di albuminuria ortostatica pura. Nella albuminuria ortostatica mista la tara sarà in rapporto con la lesione che si associa all'albuminuria. Più importante a lui sembra l'albuminuria ortostatica pura.

Dal punto di vista pratico la questione più importante è di conoscere se gli individui affetti da questa forma, vadano più facilmente incontro a nefrite. Secondo alcuni si dovrebbe dire di sì, ma se si tien conto delle ricerche degli autori che riferiscono di aver osservato i malati per un tempo più lungo si dovrebbe dire di no. Se si dovesse attenersi al risultato di una osservazione statistica, noi dovremmo ricercare se le morti per nefrite fossero molto più frequenti in questi soggetti, che negli altri. A suo avviso, agli effetti della assicurazione, questi soggetti, affetti da albuminuria ortostatica pura dovrebbero essere accettati; e se si volesse applicar loro un soprapremio esso dovrebbe essere della entità stessa di quello per l'albuminuria della pubertà.

Anche il prof. Marchiafava è del parere che si debbano adottare gli stessi criteri per tutte e due le forme di albuminuria: a. della pubertà ed a. ortostatica poichè la costituzione di questi soggetti è presso a poco la stessa.

Il prof. Bignami domanda al prof. Marchiafava se in individui affetti da albuminuria ortostatica, ha mai veduto svilupparsi la nefrite.

Il prof. Marchiafava risponde negativamente e ricorda di aver seguito qualche caso di albuminuria ortostatica in giovinetti durante malattia acuta, anche angine senza vedere aumentare l'albumina, anzi scomparire completamente col riposo a letto.

Seduta del 23 febbraio 1918: a proposito dell'albuminuria digestiva, il prof. Bignami

dice di essere d'accordo col primo punto delle conclusioni del Dott. Romanelli e cioè: l'albuminuria che si verifica negli individui affetti da lesioni dello stomaco, dell'intestino, del fegato, potrà permettere l'assicurazione a seconda dell'importanza della lesione gastrica, enterica od epatica. A lui sembra che se l'albuminuria digestiva si verifica soltanto in soggetti che ingeriscono grandi quantità di sostanze albuminoidee, la quistione si semplifica anche, e questi soggetti possono senz'altro essere assicurati, tenendo conto solo delle loro condizioni generali e senza il precocetto che in seguito tali assicurandi possano diventar malati di nefrite, il che a lui sembra non sia stato fino ad oggi provato.

Seduta del 9 marzo 1918: a proposito della albuminuria nella gotta il prof. Marchiafava fa noto che egli nella gotta distingue quattro forme di albuminuria: 1) albuminuria acuta che si osserva proprio negli attacchi acuti di gotta; 2) albuminuria nei gottosi, senza segni di ipertensione; 3) albuminuria nei gottosi con ipertensione e forse derivante da arteriosclerosi; 4) albuminuria nella vera nefrite gottosa.

Il prof. Bignami è del parere che questa classificazione possa servire per la quistione pratica. L'albuminuria che si manifesta durante l'attacco gottoso rappresenta un sintomo dell'attacco. Egli ritiene che si possano accettare con un soprapremio i gottosi affetti da albuminuria, ma che si debbano rifiutare se vi sono lesioni renali.

Terminata la discussione dei vari capitoli della relazione, fu affidato al Dott. Romanelli l'incarico di raggruppare i giudizi dati nelle precedenti sedute a proposito delle singole forme di albuminuria. Sulla base di tali conclusioni e dopo minuta analisi di esse, la Commissione Medica formulò (seduta del 4 aprile 1918) la seguente relazione definitiva da presentare al Consigliere Delegato.

Ill.mo Sig. Consigliere Delegato dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni,

La Commissione Medica ha esaminato la relazione del Dott. Romanelli su « Le albuminurie non nefritiche » e dopo ampia discussione è venuta alle seguenti conclusioni:

Premesso che le albuminurie non nefritiche si possono dividere in:

- 1° Albuminuria della pubertà;
- 2° Albuminuria da sforzi corporei;
- 3° Albuminuria ortostatica-lordotica;
- 4° Albuminuria ciclica;
- 5° Albuminuria da bagni freddi;
- 6° Albuminuria digestiva;
- 7° Albuminuria nervosa;
- 8° Albuminuria nell'obesità;
- 9° Albuminuria nel diabete;
- 10° Albuminuria nella gotta;
- 11° Albuminuria nell'alcoolismo;
- 12° Albuminuria nell'arteriosclerosi;
- 13° Albuminuria residuale o postnefritica e albuminuria nelle nefriti parcellari.

Alle quali va aggiunta l'albumosuria, la peptonuria e l'albumosuria di Bence-Jones.

La Commissione Medica ha approvato le seguenti conclusioni per ciascuna forma di albuminuria:

1° *Albuminuria della pubertà*. — Gli individui affetti da albuminuria della pubertà possono essere accettati come rischi tarati; la misura del soprapremio sarà in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando.

2° *Albuminuria da sforzi corporei*. — L'albuminuria da sforzi corporei ha scarsa importanza per l'assicurazione vita; hanno invece molta importanza le abitudini nocive del lavoro muscolare intenso e protratto e dello sport eccessivo. Questi assicurandi potranno essere accettati con un soprapremio che si stabilirà in rapporto alla loro presumibile resistenza agli effetti nocivi del lavoro muscolare intenso la quale sarà argomentata dallo sviluppo corporeo, dalla robustezza e dalla integrità o meno delle funzioni respiratoria, circolatoria ecc. Si terrà conto inoltre della maggiore morbilità che consegue al lavoro muscolare eccessivo (malattie di cuore, di reni, ecc.).

3° *Albuminuria ortostatico-lordotica*. — La commissione ritiene che gli assicurandi affetti da albuminuria ortostatica pura si possono accettare con un'eventuale applicazione di soprapremio in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando.

4° *Albuminuria ciclica*. — La Commissione delibera che gli assicurandi affetti da albuminuria ciclica si possono accettare con un soprapremio in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando.

5° *Albuminuria da bagni freddi*. — La Commissione delibera che gli assicurandi affetti da albuminuria da bagni freddi si possono accettare con un eventuale soprapremio in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando.

6° *Albuminuria digestiva*. — Nell'albuminuria digestiva propriamente detta l'assicurazione si può concedere senza soprapremio, ovvero con soprapremio quando le condizioni generali lo richiedano. Nell'albuminuria in persone con disturbi dell'apparecchio digerente la concessione della polizza di assicurazione è subordinata all'entità di quei disturbi.

7° *Albuminuria nervosa*. — Gli assicurandi affetti da albuminuria emotiva possono essere accettati senza soprapremio ovvero con soprapremio in rapporto alle eventuali condizioni generali. Nell'albuminuria da malattie organiche il giudizio è subordinato all'entità della malattia organica.

8° *Albuminuria nell'obesità*. — Gli assicurandi obesi albuminurici potranno essere accettati con un soprapremio in rapporto alle condizioni generali (grado dell'obesità ecc.). Il rischio è naturalmente più grave quando esistono condizioni morbose che si associano all'obesità con una certa frequenza (come l'alcoolismo, l'arteriosclerosi, ipotiroidismo, ecc.).

9° *Albuminuria nel diabete*. — Il giudizio sul rischio è in rapporto al diabete.

10° *Albuminuria nella gotta*. — Si possono accettare con soprapremio i gottosi affetti da albuminuria; si debbono rifiutare se vi sono sintomi di nefrite.

11° *Albuminuria nell'alcoolismo*. — Si consiglia il rifiuto.

12° *Albuminuria nell'arteriosclerosi*. — Gli assicurandi per i quali si sospetti una nefrite cronica debbono essere rifiutati; quelli che abbiano un'albuminuria minima senza sintomi che possano far pensare ad una nefrite cronica potranno essere accettati con un soprapremio secondo la gravità dell'arteriosclerosi.

13° *Albuminuria residuale o postnefritica e Albuminuria nelle nefriti parcellari*. — Questi assicurandi potranno essere accettati con un soprapremio per la misura del quale si dovrà tenere conto delle condizioni generali del soggetto, dell'integrità o meno della funzione renale, dei dati anamnestici (gravità della nefrite sofferta, eventuali recidive di questa) e infine della possibilità di ulteriori recidive.

14° *L'albumosuria, la peptonuria e l'albumosuria di Bence-Jones*. — Servono a richiamare l'attenzione del fiduciario sulle possibili lesioni di altri organi o tessuti. Il giudizio sul rischio varierà a seconda della gravità della lesione riscontrata.

Inoltre la Commissione Medica per dare all'Attuario un indice di presunta sopramortalità degli assicurandi affetti da albuminurie non nefritiche ha stabilito di raggruppare le varie forme di albuminurie non nefritiche in 4 gruppi:

1° Gli assicurandi affetti da albuminurie della pubertà, albuminuria da sforzi corporei, albuminuria ortostatico-lordotica pura, albuminuria ciclica, albuminuria da bagni freddi, albuminuria digestiva, albuminuria emotiva, possono essere accettati in una forma a termine o con un soprapremio rispondente ad una presunta sopramortalità variabile dal 10 al 25‰.

2° Gli assicurandi affetti da albuminuria residuale o postnefritica e albuminuria nelle nefriti parcellari possono essere accettati in assicurazione con un soprapremio rispondente ad una presunta sopramortalità variabile dal 25‰ al 40‰, avvertendo che il rischio migliora, aumentando il numero degli anni trascorsi dal tempo della nefrite progressa.

3° Gli assicurandi affetti da albuminuria nell'obesità e nella gotta possono essere accettati in assicurazione con un soprapremio rispondente ad una presunta sopramortalità variabile dal 35‰ al 50‰.

4° Gli assicurandi affetti da albuminuria nell'arteriosclerosi possono essere accettati in assicurazione con un soprapremio rispondente ad una presunta sopramortalità variabile dal 50 al 60‰, avvertendo che il rischio peggiora con l'aumentare dell'età dell'assicurando all'ingresso dal 40° anno in poi.

Per motivi che non è qui il luogo di esporre, la Commissione per lo studio dei rischi tarati non si riunì più dopo la seduta del 4 aprile 1918. Non furono perciò esaminate le altre due relazioni preparate appositamente dal Dott. Romanelli: quella sui vizi di cuore e quella sui glicosurici.

A mano a mano l'I. N. A. su proposta diretta del Servizio Sanitario continuò nel programma della accettazione dei rischi tarati: furono così accettati gli individui affetti da insufficienza mitralica, ben compensata, di origine reumatica con un soprapremio del 6 per mille (solo in forma mista) oppure del dieci per mille rimborsabile però a scadenza nel caso di sopravvivenza; quelli affetti da sclerosi apicale col soprapremio del 4 per mille, purché fossero in buone condizioni generali e la sclerosi fosse ben stabilizzata.

Nel 1927 infine le Compagnie di Assicurazione vita e l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, di comune accordo, crearono il Consorzio Italiano Rischi Tarati, importantissima organizzazione della quale parleremo in un prossimo articolo.

La pagina del Medico fiduciario

L'aritmia

È uno dei sintomi che spesso occorre all'osservazione del medico nell'esame del malato e poichè riconosce numerose cause, la prognosi dell'aritmia varierà straordinariamente a seconda della forma in esame. Sebbene occorra non raramente, per un giudizio patogenetico del fenomeno, il sussidio dell'elettrocardiogramma o dei poligrammi in cui viene iscritta contemporaneamente una pulsazione arteriosa ed una venosa (abituamente la radiale e la giugulare), in pratica l'attento esame digitale del polso e l'ascoltazione del cuore, unitamente ai dati anamnestici o collaterali saranno sufficienti per una esatta diagnosi.

Possiamo classificare le aritmie secondo il significato fisiopatogenetico e clinico nella seguente maniera:

I. - Aritmia respiratoria: Frequente soprattutto nei ragazzi e nei giovani; è dovuta all'accentuazione del fenomeno normale di ipereccitabilità del nodo seno-auricolare sotto il dominio del vago per cui si determina un'accelerazione nel polso nell'inspirazione e un rallentamento nella espirazione. È di diagnosi facilissima per le ragioni dette e di prognosi ottima.

II. - Aritmia extrasistolica: Si riscontra molto spesso ed è caratterizzata da una sistola anticipata nel ritmo cardiaco seguita da un periodo di pausa compensativa. Ascoltatoriamente si avvertono, se l'extrasistole è ventricolare tardiva, subito dopo il secondo tono della contrazione precedente altri due rumori vicinissimi «rumori d'eco» e poi il lungo silenzio della extrasistole.

Le E. ventricolari si riconoscono oltre che per il rumore d'eco perchè la durata totale di una sistole ordinaria e di una E., occupa lo stesso tempo di due rivoluzioni normali ed infine perchè al di fuori dell'E. il ritmo è perfettamente regolare il che non accade di solito nelle E. auricolari.

Le E. possono riconoscere cause funzionali o riflesse come la neuropatia, la

aeropatia, la dispepsia e cause organiche per lesioni miocardiche in soggetti arteriosclerotici, ipertesi ecc. La prognosi sarà buona nelle prime forme, riservata nelle seconde.

III. - Dissociazione auriculo-ventricolare: da blocco cardiaco incompleto. È dovuto ad un ritardo di conducibilità per cui la propagazione della contrazione dall'auricola non giunge sempre al ventricolo. Ascoltatoriamente al 2° tono della sistole precedente segue un silenzio completo, a differenza dell'E., perchè lo stimolo auricolare non ha determinato alcuna contrazione ventricolare. Nella dissociazione completa o blocco cardiaco si stabilisce una bradicardia spesso accompagnata da una sindrome di Adam Stokes.

Tali forme di solito organiche per lesione del fascio di Hiss di natura luetica, reumatica ed infettiva sono di prognosi riservata; ne esistono in rari casi funzionali da digitale o reumatiche che cessano con la causa.

IV. - Aritmia perpetua: In modo assolutamente aritmico (*delirium cordis*) ogni tanto si diffonde una delle irregolari contrazioni auricolari nel ventricolo. Quasi sempre si ha una tachiaritmia oltre i 120 e spesso si accompagna con i segni di debolezza cardiaca esponente della fibrillazione auricolare. Riconosce come causa una degenerazione miocardica, una stenosi mitralica, una sclerosi cardiovascolare grave; la prognosi è nettamente cattiva.

V. - Tachicardia parossistica: L'improvvisa accelerazione dei battiti del cuore che non si modifica con la variazione della posizione è per molti AA. l'espressione di una serie di extrasistoli auricolari. Può essere funzionale in soggetti impressionabili ed eretistici ed allora è di prognosi buona. Le forme organiche per lesioni miocardiche associate a sclerosi vasale o renale, oppure alla sola stenosi mitralica, possono permettere una sopravvivenza notevole; ma non sono rari i casi di rapido esaurimento del miocardio.

A. S.

Danni che potevano essere evitati

Un commerciante di 45 anni avanzò tempo addietro una proposta per un contratto di assicurazione vita.

Non erano trascorsi che pochissimi mesi dal perfezionamento della polizza quando l'assicurato è venuto a morire per « Emorragia cerebrale-nefrite ».

Dall'indagine eseguita è risultato che l'individuo era sofferente di cefalea, capogiri, ipertensione da vario tempo prima che sottoscrivesse il contratto. Si è venuto inoltre a sapere che pochi mesi prima di subire la visita medica per l'assicurazione l'individuo era stato colpito da lieve *ictus* per cui si era sottoposto a cure adeguate.

Il fiduciario aveva giudicato il rischio buono non facendo cenno alcuno della paresi che era residuata all'*ictus*.

M. C. B.

Una frode di nuovo genere in materia di assicurazione vita.

Riportiamo quanto pubblica Kenneth Brown-Collings nel numero di agosto 1935 della rivista *The American Mercury*:

« Il Sig. Heany, funzionario di una Compagnia di Assicurazione sulla vita, è intervenuto tempo fa ad un concerto in un sanatorio per tubercolotici. Gli artisti erano tutti pazienti, ivi in cura ed il Sig. Heany si è meravigliato nel rilevare che parecchi degli attori erano assicurati presso la sua compagnia. Essi usufruivano di una rendita mensile per invalidità. Nello stesso sanatorio vi era un certo numero di persone che avevano contratto delle polizze di assicurazione in diverse città e paesi degli Stati Uniti. Tutti si erano ammalati di tubercolosi in brevissimo tempo, dopo aver su-

bito una visita medica con buoni risultati per ottenere la polizza di assicurazione.

Le Compagnie eseguirono delle indagini ed un paziente confessò.

La loro maniera di agire era la seguente: i malati passavano sei mesi in un Sanatorio, tempo sufficiente per guarire temporaneamente delle lesioni polmonari, successivamente essi ritornavano al loro domicilio ma non dicevano dove erano stati. L'ascoltazione del torace non faceva rilevare nulla che potesse far sospettare l'esistenza di tubercolosi o di lesione specifica guarita. Tornati a casa essi contraevano una polizza di assicurazione con il rischio di invalidità, negando i loro precedenti patologici. Spirato il termine per la contestazione, essi pretendevano la rendita invalidità. Successivamente essi ritornavano nello stesso Sanatorio a godersi la loro comoda rendita.

Dall'inchiesta risultò che di questa frode usufruirono ben 160 individui ».

Onorari per visite mediche

Da qualche medico fiduciario sono state mosse lagnanze per ritardato pagamento di onorari di visite già da tempo eseguite ad assicurandi. Teniamo a ricordare ai colleghi che gli onorari vengono corrisposti dall'Agente generale o locale alla consegna del rapporto in busta chiusa e controfirmato dal medico.

Per nessuna ragione i medici devono rilasciare ricevute per onorari non percepiti.

Per qualunque inconveniente si verifichi nella esplicazione del compito di medico fiduciario o nella corresponsione dei compensi stabiliti, i medici possono rivolgersi al Servizio Sanitario Centrale.

Dai Libri e dalle Riviste

L'alimentazione nella costituzione individuale.

Al Congresso Internazionale di Endocrinologia in Bruxelles nell'estate scorsa, l'illustre Prof. Pende tenne una conferenza sull'argomento (*Riforma Medica*, 1935 n. 37) che merita di essere qui ricordata.

L'illustre Direttore della clinica medica di Genova fa rilevare che il *quantum* di calorie alimentari dichiarate sufficienti dai fisiologi per l'energetica individuale, non risponde ai veri bisogni dei singoli soggetti, che variano non solo di peso ma anche di età, sesso e di lavoro. Si deve poi far presente che nel periodo di crescita per la

costruzione della massa somatica occorre un altro quoziente energetico.

Il concetto di riferire il numero delle calorie alimentari al peso assoluto del corpo può portare ad errori, come quello di dare un eccessivo alimento ad un obeso ed uno troppo scarso ad un magro. Il Pende crede che si dovrebbe anzitutto fissare per ogni età e sesso, il peso ideale e su questo basare l'alimentazione. Tale computo si otterrebbe facilmente moltiplicando la statura per il peso, il quale quoziente si deve poi paragonare in pratica con il peso corrispondente all'individuo ideale. Il quoziente delle calorie di ogni individuo si ottiene moltiplicando per 10 il rapporto peso-altezza, cioè il cosiddetto quoziente del peso.

Ma questa cifra di calorie *minimum* deve esser

corretta a seconda dell'età del soggetto, subito dopo qualche mese di vita. Questa correzione consiste nell'aggiunta percentuale di calorie *minimum* dal 20% nel bambino fino al 50% nell'adulto a scarso lavoro materiale, ed anche del 100% nei lavoratori manuali. Infine con ulteriore variazione il Pende determina la quantità di calorie alimentari approssimativa giornaliera del soggetto.

Due altre condizioni devono essere prese in considerazione per stabilire il razionale bisogno alimentare e cioè il temperamento endocrino-vegetativo dell'individuo e la diatesi morbosa dominante nello stesso. Per la prima basta ricordare la grande importanza della tiroide e dell'ipofisi anteriore nel determinare l'azione dinamica specifica degli alimenti, i quali mentre aumentano di consumo fino al 20% negli ipertiroidei o negli iperipofisari, diminuiscono quasi di altrettanto in un ipotiroideo o in un ipopofisario.

Quanto alla diatesi morbosa individuale essa si confonde con il temperamento morboso endocrino-vegetativo e quindi varranno le stesse regole. In una seconda parte il Pende passa ad esaminare le variazioni qualitative dell'alimentazione individuale. Le cifre standard stabilite dai fisiologi nella composizione dei singoli componenti la razione alimentare non vanno esenti da forti critiche. Così i 110 Gr. di prodotti nell'alimentazione tipo, presi globalmente comprendono proteine di diverso valore nutritivo, e di queste alcune ricche di aminoacidi sono indispensabili al nostro organismo. Ugualmente per i grassi l'A. fa rilevare che essi differiscono non solo per valore nutritivo ma anche per la loro azione sul metabolismo basale e sull'equilibrio acido basico, a secondo che si tratti di grassi neutri, vegetali, o di grassi animali ricchi di liquidi e di acidi grassi. Ugualmente i carboidrati differiscono tra loro per il valore biologico e nutritivo.

In conclusione lo stabilire la dieta con i criteri classici è per il Pende un vero errore; egli ritiene che in primo luogo si debba tener conto degli aminoacidi non sintetizzabili nell'organismo, delle vitamine e dei sali minerali occorrenti. Inoltre si deve tener conto del tipo di lavoro a cui è sottoposto il soggetto perchè si darà la preferenza ai carboidrati o ai grassi nei lavoratori manuali, ed alle proteine animali e vegetali con verdura ai lavoratori intellettuali. Infine l'età del soggetto, il temperamento endocrino-vegetativo e la diatesi morbosa, dovranno essere tenute in gran conto.

In queste ultime ad esempio il Pende propone: se si ha a che fare con una diatesi tubercolare, una forte razione di alimenti ricchi di lipidi (tuorli d'uovo, fegato, milza e ghiandole linfatiche) e di sali di calcio; se ci troviamo di fronte ad una diatesi neoplastica, dovendo evitare una ipercalcemia o un ipercolesterinemia si somministreranno carboidrati, grassi e formaggi con esclusione di interiora di animali e di uova.

Da questi cenni si comprende a quale importanza assurga il problema della alimentazione individualizzata ed è merito dell'illustre senatore Pende averlo proposto e risolto secondo le nuove concezioni biotipologiche dalle quali la medicina preventiva e l'eugenica potranno trarre notevolissimo giovamento.

STABNA.

Lesioni mitraliche e sifilide.

(R. LUTEMBACHER, *La Presse Médicale*, 16 novembre 1935.

La parte della sifilide ereditaria od acquisita nella genesi delle lesioni valvolari mitraliche è tutt'ora controversa. Nei casi riferiti a questa malattia è difficile dimostrare in modo assoluto la natura sifilitica delle lesioni che sono ormai allo stato cicatriziale.

L'A. ritiene necessario anzitutto classificare i fatti e discriminare tra le sindromi mitraliche i soffi di dilatazione dalle lesioni organiche propriamente dette.

In un primo gruppo di osservazioni il soffio mitralico percepito all'ascottazione non è organico, ma è un soffio da dilatazione in rapporto con la insufficienza ventricolare sinistra; esso infatti è influenzato benignamente dall'azione dei cardiotonici. Ciò accade frequentemente nella miocardite subacuta sifilitica con preponderanza abituale delle lesioni arteriose. Il quadro clinico differisce secondo che si tratta di lesioni interessanti soltanto le più fini ramificazioni delle coronarie oppure ad un tempo i rami più importanti e perfino il tronco stesso dell'aorta. Nel primo caso si tratta di miocardite subacuta: in individui tra quaranta e cinquanta anni compare improvvisamente l'affanno che raggiunge subito una grande intensità; il cuore si dilata, all'ascottazione si avverte un rumore di galoppo e soffio da dilatazione mitralica; ben presto gli edemi invadono gli arti, il fegato si tumefà e compare la cianosi. Se però si è intervenuti in tempo con una cura di iniezioni endovenose di cianuro di mercurio, si riesce ad arrestare il cammino progressivo della insufficienza di cuore, senza naturalmente trascurare la somministrazione dei cardiotonici. Si riesce così a far scomparire dopo alcuni mesi per un periodo di tempo che può equivalere ad una guarigione, il soffio mitralico ed il rumore di galoppo. In questi casi l'origine sifilitica della miocardite è talvolta evidente sia per i dati positivi delle reazioni sierologiche, sia per la coesistenza di una aortite o di un sintoma di Argyll; ma molto spesso tale dato etiologico è sconosciuto ed insospettato, per quanto sarebbe opportuno pensarci in assenza di ogni altro e ricorrere con prudenza ad un trattamento di prova.

Nei casi non rari nei quali alla miocardite si aggiungono delle eminenti lesioni dell'aorta l'interrogatorio permette di rintracciare all'inizio degli accidenti d'insufficienza cardiaca, una sindrome acuta caratterizzata un piccolo infarto del miocardio. Ma anche i grandi infarti possono essere all'origine di soffi mitralici di apparizione improvvisa; dopo un dolore atroce che dura da molte ore, appare improvvisamente un rumore di soffio: il dolore cessa, ma compare la dispnea; la morte segue rapidamente; si tratta in tali casi di un soffio da dilatazione per necrosi della parete ventricolare.

In certi casi il soffio mitralico si sviluppa in seguito alla cicatrizzazione di un infarto ed è causato da una lesione dell'apparato valvolare interessante i pilastri.

L'A. passa quindi a trattare la questione più

discussa della sifilide cardiaca, quella cioè delle lesioni valvolari propriamente dette, conducenti alla insufficienza od alla stenosi mitralica. Egli riporta dei casi molto interessanti, dallo studio dei quali desume che è permesso di sospettare e qualche volta anche di affermare l'origine sifilitica di certe lesioni valvolari mitraliche, fondandosi sopra l'assenza di ogni altra etiologia ed in particolare di antecedenti reumatici. Dal punto di vista anatomico-patologico è la configurazione del cuore, caratteristica delle miocarditi che non richiama per niente lo schema classico osservato nel corso delle lesioni reumatiche, che viene in appoggio a questa ipotesi.

Molto interessante è la coesistenza di lesioni aortiche aneurismatiche, la cui natura sifilitica è generalmente ammessa. In tali casi sarebbe cosa singolare attribuire al reumatismo una aortite riscontrata in un soggetto senza antecedenti reumatici, nel quale il sangue ha dato una reazione di Wassermann positiva. In ultima analisi potrà essere argomento di grande valore la rapida e benefica influenza del mercurio sopra l'insufficienza cardiaca. In ogni cardiopatia infatti è cosa importantissima ricercare fintanto che le lesioni non hanno cessato di essere dei focolai infiammatorii in evoluzione, la natura del processo che le ha causate. Non basta porre riparo agli accidenti immediati della insufficienza cardiaca con l'Uabaina o con la Digitale; se esistono dei focolai infettivi reumatici o sifilitici è necessario ricorrere subito al salicilato od al mercurio. La reazione di Wassermann è senza dubbio un mezzo di controllo importantissimo nella ricerca della etiologia di una cardiopatia ma è bene ricordare che una reazione negativa non deve far astenersi da un trattamento di prova che prudentemente istituito continuerà sempre un eccellente mezzo di discriminazione.

VICENTINI.

Il suicidio.

Il Dott. Ichok, Direttore dei servizi municipali d'igiene e di assistenza sociale di Clichy (Senna) si occupa diffusamente del suicidio dal punto di vista statistico e sociale (*Biologia Medica*, luglio 1935). I dati riguardano la popolazione francese, ma sono senza dubbio molto interessanti anche per noi.

L'A. fa rimarcare anzitutto che il suicidio presenta una serie di difficoltà ad una ricerca scientifica perché il numero dei suicidi realmente effettuati è di molto superiore a quello dei suicidi registrati nei quadri ufficiali della mortalità; ciò avviene per vari motivi di ordine morale, religioso ecc. Ciò nonostante l'esame dei dati della statistica conserva un notevole interesse. In una prima tabella sono riportate le cifre totali e per 100.000 abitanti, dei suicidi registrati in Francia tra il 1906 e il 1930. Da essa si desume che prima della grande guerra vi era una tendenza verso l'aumento, mentre durante la guerra stessa il numero dei suicidi diminuì notevolmente, per tornare a rielavarsi, ma di poco, dopo la grande bufera.

Molto importante è lo studio comparativo della

senilità e del suicidio perché fra quest'ultimo e la morte per vecchiaia si trova tutta la serie delle cause di morte che l'A. chiama più o meno evitabili. In modo generale tutti i decessi sono da classificarsi in tre gruppi: il primo è quello dei suicidi, cioè di coloro che si danno volontariamente la morte; il secondo abbraccia l'imponente massa degli infelici morti per malattia o per accidente, circostanze tutte indipendenti dalla loro volontà; il terzo comprende i vecchi, i quali soccombono alla progressiva ed inevitabile usura dei loro organi.

Dall'esame delle statistiche parigine per periodi quinquennali, nello spazio di tempo tra il 1909 e il 1923, si desume che accanto a 660.000 morti per tutte le altre cause, ve ne sono stati 32.000 per vecchiaia. Quindi per ogni morte naturale ci sono stati più di venti decessi che l'A. dichiara non giustificati.

Senza dubbio la pubblicità data al suicidio è capace di contribuire all'aumento dei suicidi stessi, cosa che in Francia si è non di rado verificata. Sarebbe però un errore attribuire tutta la colpa alla stampa, poiché deve presumersi che solo una mentalità ammalata vada in genere incontro al suicidio.

Lo psichiatra francese Esquirol considerava tutti i suicidi come degli alienati. Senza però arrivare a tanto, conviene annettere una grande importanza agli elementi morbosi come cause di suicidio. Se si esaminano infatti le tabelle III e IV relative alle presunte cause di suicidio in Francia ed a Parigi, si vede che il maggior numero dei suicidi sono raggruppati sotto le voci: alcoolismo, sofferenze fisiche e malattie mentali. Di grande importanza sono le ricerche fatte all'asilo S. Anna dalla Dottoressa Suzanne Serin: si tratta di un esame mentale di tutti coloro dei quali i giornali avevano segnalato un tentativo di suicidio, e di una indagine accurata eseguita nell'ambiente familiare per i suicidi coronati da successo. Le cause del suicidio furono classificate in 5 grandi categorie che in ordine decrescente sono: psicopatie (depressione malinconica, involuzione senile, demenza precoce, epilessia, psicosi traumatiche, deliri cronici, paralisi generale ecc.), alcoolismo, dispiaceri intimi, malattie incurabili, miseria.

Analizzando i suicidi classificati secondo le professioni, l'A. ha riscontrato per gli agricoltori una tendenza verso l'aumento; per i capi di aziende impiegati, operai, giornalieri e domestici, un ritorno alle cifre di prima della guerra; per le professioni liberali una certa stabilità; infine per le persone che vivono di rendita, un progressivo aumento fino al 1921, poi una lenta discesa. Per quello che riguarda lo stato civile dei suicidi, risulta che i celibi occupano il primo posto; riguardo al sesso, che la donna si suicida molto meno dell'uomo. Interessanti sono pure le variazioni stagionali; ad esempio durante i grandi calori del mese di luglio si manifesta una recrudescenza ragguardevole. Lo studio per gruppi di età fa rilevare che il maggior numero di suicidi, si verifica a partire dai quarantacinque anni. Ciò accade in Francia e molto più marcatamente anche in Germania.

Nella seconda parte del suo lavoro l'A. si occupa del suicidio per avvelenamento e lamenta an-

zitutto che non sia possibile esaminare nelle statistiche francesi il genere di veleno adoperato. Per formarsi un'idea della preferenza accordata dai candidati alla morte volontaria, egli ha analizzato una statistica inglese ufficiale sugli avvelenamenti e un lavoro molto istruttivo di J. Balazs dell'Ospedale di S. Rocco a Budapest.

La statistica inglese si riferisce agli anni 1930-31 e 32 e classifica gli avvelenamenti in tre categorie: per accidente, per negligenza, per suicidio. L'esame di questa statistica nel suo insieme fa constatare un lieve aumento dei suicidi per mezzo degli ipnotici, mentre l'aumento è molto più notevole nel numero dei suicidi per mezzo di certi acidi e del lisolo, vengono poi: l'acido fenico, il cianuro di potassio, l'acido cloridrico, l'ammoniaca, l'acido ossalico e l'acido cianidrico.

Di notevole interesse sono i documenti ungheresi riferiti da Balazs.

In una prima tabella sono riuniti i casi di avvelenamento in Ungheria dal 1900 al 1905; tra i vari veleni appare al primo posto la potassa caustica, veleno il più diffuso tra le classi inferiori e specialmente tra le donne. Vengono poi gli acidi, il fosforo (fiammiferi) e il mercurio. Rari sono i suicidi con gas illuminante, acido carbonico, acido fenico. In un'altra tabella relativa agli anni 1930-32, è evidente che la potassa caustica non ha più la parte dominante: ciò è in rapporto con provvedimenti ministeriali i quali regolamentavano la vendita di tale sostanza onde frenare il numero degli avvelenamenti tanto accidentali quanto a scopo suicida, che erano legati alla potassa stessa e che avevano assunto proporzioni allarmanti. Ma se diminuì il numero dei suicidi con potassa, aumentò quello per mezzo del gas illuminante e dell'ossido di carbonio che in questa seconda tabella tiene il primo posto. Riguardo agli avvelenamenti con gli ipnotici, il Veronal fu in Ungheria per un certo tempo il più usato; in seguito è stato il luminal che ha avuto il sopravvento, ma oggi le due forme si riscontrano pressapoco nella stessa misura. Sempre nei riguardi dei suicidi con soporiferi Balazs informa che la mortalità è stata, nel periodo tra il 1923 e 33, del 12% dei tentativi. Dal confronto tra le cifre dell'Ungheria e quelle della sua Capitale viene fatto di pensare all'influenza morbosa della agglomerazione urbana che fa pagar cara al rurale illuso la nuova residenza. La profilassi del suicidio presenta difficoltà molto minori in campagna che non nei centri urbani: il ritorno alla terra acquista così un significato speciale di rivendicazione medico-sociale allo scopo di diminuire la mortalità e la morbilità per suicidio.

VICENTINI.

Il sangue degli ipertesi.

Studio delle proprietà fisico chimiche del sangue in 105 casi di ipertensione permanente del Prof. Carrière e dei Dottori Huriez, Leperre e Sence. (Archives des Maladies du Cour des Vaisseaux et du Sang, settembre 1935, n. 9).

Gli AA. hanno praticato le loro ricerche su un centinaio di casi di ipertensione netta (Pr. Mx. superiore a 200), permanente e stabile, che hanno diviso in 3 gruppi:

1° Ipertensioni solitarie (35 casi).

2° Ipertensioni complicate con lesioni vascolari o renali (38 casi dei quali 10 erano complicati con lesioni cerebrali, 10 con lesioni aortiche, 2 con lesioni arteriose, 8 con lesioni oculari e infine 8 con gravi lesioni renali, albuminuria e azotemia superiore a gr. 0.40%).

3° Ipertensioni associate (32 casi, dei quali 4 erano complicati col diabete, 6 con l'obesità, 14 colla menopausa, 8 colla lues).

In base ai risultati conseguiti gli AA. ritengono che lo studio fisico del sangue degli ipertesi ha una notevole importanza perchè mette in evidenza delle alterazioni nette e costanti consistenti in: a) aumento del peso e della viscosità del sangue; b) aumento della viscosità e della pressione osmotica del siero in ogni tipo clinico di ipertensione permanente.

Ancora più importante è l'esame chimico del sangue degli ipertesi che rivela alterazioni complesse e numerose a carico di quasi tutti i normali componenti del sangue. Così il metabolismo dei lipoidi è profondamente alterato con una costante e notevole ipercolesterinemia che si osserva sia nelle ipertensioni solitarie che in quelle associate a obesità o diabete o ad una lesione renale; questo aumento del colesterolo è a carico della sua frazione libera e ancor più della sua frazione eterificata in modo che il rapporto $\frac{\text{colesterolo eterificato}}{\text{colesterolo totale}}$ è appena aumentato.

Le altre sostanze lipoidi sono pure aumentate ma in modo meno evidente: così si riscontra un modico aumento del contenuto del siero in acidi grassi e la costante lipemica $\frac{\text{colesterolo}}{\text{acidi grassi}}$ è fortemente aumentata.

Lo studio del comportamento della glicemia negli ipertesi rivela la frequenza di una lieve insufficienza glicolitica; questo disturbo del meccanismo glicoregolatore è meno evidente negli ipertesi di età avanzata e senza complicazioni viscerali.

Per quello che riguarda il comportamento della azotemia negli ipertesi, gli AA. ritengono che in genere l'azotemia si innalza lievemente nei casi di ipertensione elevata restando normale nei soggetti giovani affetti da ipertensione solitaria od anche associata a diabete, obesità, lues; solo eccezionalmente si trovano delle azotemie superiori a gr. 0.30‰ nelle ipertensioni della menopausa; invece si trovano azotemie elevate negli individui di età avanzata affetti da ipertensione solitaria e ancor più se complicata da lesioni vasali.

Anche il metabolismo dei proteidi è alterato negli ipertesi: si può riscontrare infatti un aumento della proteidemia, con una iperalbuminuria spiccata e una globulinuria quasi normale; il quoziente $\frac{\text{albumina}}{\text{globulina}}$ è quindi normale o aumentato.

Per conseguenza il rapporto $\frac{\text{colesterolo}}{\text{proteina}}$ è abbassato mentre è aumentato il quoziente $\frac{\text{proteina}}{\text{urea}}$; questi due rapporti variano in senso inverso all'ipertensione.

Gli AA. ritengono quindi di poter concludere

affermando che il sangue degli ipertesi presenta delle caratteristiche alterazioni fisico-chimiche che si possono sintetizzare in una formula che si potrebbe chiamare « formula umorale dell'ipertensione arteriosa permanente ».

Tale formula comprenderebbe:

a) dal punto di vista fisico.	}	aumento del peso
		iperviscosità del sangue e in minor grado del siero
		aumento della press. osmotica
		modica iperazotemia
b) dal punto di vista chimico	}	lieve iperglicemia
		lieve iperproteinemia totale
		ipercolesterinemia considerevole e costante (da considerare come un dato fondamentale della formula umorale della ipertensione)
		modico aumento degli acidi, grassi, della lipoidemia totale ecc.

BIASIOTTI.

Tassi di mortalità nel 1934 negli Stati Uniti.

La *Presse Médicale* del 13 novembre 1935 pubblica a firma Ph. Dally i seguenti dati statistici

relativi agli Stati Uniti, desunti dalle ultime pubblicazioni dell'Ufficio di Statistica.

Nel 1934 si sono verificati 1.396.903 decessi, ossia 11 per 1000 abitanti; questo tasso è superiore a quello del 1933 che era di 10,7.

Da tre anni vi sono stati dei cambiamenti abbastanza rimarchevoli nelle statistiche circa i tassi di mortalità:

Tubercolosi: il tasso di mortalità è caduto da 62,9 a 56,6.

Cancro: Innalzamento del tasso di mortalità, da 102,2 a 106,3; il tipo più frequente è il cancro delle vie digerenti e del peritoneo.

Diabete: Aumento da 22 a 22,1.

Malattie dell'apparato circolatorio: Aumento sensibile da 24,6 a 26,3 in rapporto soprattutto con un aumento delle malattie del miocardio.

Polmonite: I tassi furono nel 1932 di 43,2, nel 1933 di 36,4, nel 1934 di 43,3.

Malattie puerperali: Miglioramento da 17,4 a 15,9.

Omicidi: lieve elevazione del tasso per 1000, da 9,2 a 9,5.

Le morti per infortuni automobilistici sono salite in questi tre anni da 29.323 a 33.980; quelle dovute alla aviazione da 386 a 426 e nell'insieme le morti violente ed accidentali da 117.830 a 132.022.

C'è stato d'altra parte un accrescimento sensibile della natalità, ma anche una mortalità infantile superiore.

La longevità.

Il « Bollettino Demografico » del 10 settembre 1935 riporta il sunto di un articolo del dott. I. Auerhan, pubblicato nella « Statistický Obzor » fasc. di luglio, riguardante il fenomeno della longevità.

L'A. sostiene che la proporzione dei longevi non si dovrebbe calcolare rispetto all'ammontare della popolazione complessiva, nella quale sono comprese le numerose classi di età dei fanciulli, soggetti a condizioni di vita e ad una mortalità diversa da quella della rimanente parte della popolazione.

I criteri particolari seguiti dall'A. nel calcolo delle cifre percentuali si può desumere facilmente dalla seguente tabella:

PAESI	PERCENTUALI DEI LONGEVI							
	Di oltre 60 anni rispetto alle classi di oltre 24 anni		Di oltre 80 anni rispetto alle classi di oltre 60 anni		Di oltre 90 anni rispetto alle classi di oltre 60 anni		Di oltre 90 anni rispetto alle classi di oltre 80 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Bulgaria	18,8	17,8	12,3	12,8	3,1	3,2	22,0	23,2
Cecoslovacchia	18,0	19,1	5,4	6,4	0,3	0,4	5,6	6,4
Danimarca	19,6	21,0	8,5	9,8	0,4	0,7	5,2	7,0
Finlandia	16,8	19,8	6,7	8,0	0,2	0,4	3,0	4,5
Francia	21,8	23,4	6,5	8,6	—	—	—	—
Germania	16,1	17,3	5,2	6,2	0,2	0,2	3,4	4,0
Inghilterra e Galles	16,4	17,9	5,8	8,2	0,3	0,5	4,9	6,7
Italia	21,2	20,5	6,7	7,4	0,3	0,5	4,7	6,1
Iugoslavia	20,0	18,0	9,7	10,2	1,7	1,9	18,0	18,3
Norvegia	21,7	23,4	10,8	12,3	1,0	1,3	9,3	10,3
Paesi Bassi	17,5	20,9	8,2	9,5	0,4	0,6	4,9	5,9
Polonia	17,1	16,6	9,0	9,3	1,3	1,4	14,4	15,6
Spagna	18,6	19,8	6,1	7,9	0,5	0,8	7,6	10,2
Svezia	21,8	24,5	10,1	11,8	0,6	0,8	5,6	7,0
Svizzera	16,2	17,0	6,3	7,3	0,2	0,3	3,3	4,6
Ungheria	18,5	17,9	5,2	6,1	0,2	0,4	4,6	6,7
U. R. S. S. (parte europea)	15,3	17,0	7,8	8,7	1,3	1,6	17,3	18,2
U. R. S. S. (parte asiatica)	14,3	15,6	10,5	11,8	2,5	2,8	24,2	23,9
Giappone	17,8	19,8	7,2	7,8	1,6	1,3	22,3	16,0
Stati Uniti d'America	14,7	15,0	6,8	8,8	0,5	0,8	7,9	9,5

Per la Boemia e la Moravia egli ha eseguito tali calcoli per ogni decennio dal 1869 al 1935 e ne ha dedotto che il numero dei vecchi è continuamente aumentato nelle classi di età fino a 80 anni, mentre la proporzione dei vecchi di oltre 90 anni è invece, sensibilmente diminuita.

Mortalità per malattie della gravidanza, parto e puerperio.

Riportiamo dal «Notiziario Demografico» del 10 settembre 1935 la seguente tabella che riporta i dati della mortalità nel Regno per infezioni puerperali e per altre malattie della gravidanza, parto e puerperio negli anni dal 1924 al 1934.

Mortalità nel Regno per infezioni puerperali e per altre malattie della gravidanza, parto e puerperio.

ANNI	Setticemia ed infezioni puerperali, compreso l'aborto settico	Altre malattie della gravidanza, parto e puerperio	In complesso	Setticemia ed infezioni puerperali, compreso l'aborto settico	Altre malattie della gravidanza, parto e puerperio	In complesso
	Per 10.000 parti			Numeri indici (mortalità nell'anno 1924 = 100)		
1924	14,2	17,1	31,3	100	100	100
1925	11,7	15,5	27,2	82	91	87
1926	9,5	15,3	24,8	67	89	79
1927	10,1	15,7	25,8	71	92	82
1928	10,7	16,6	27,3	75	97	87
1929	10,7	17,4	28,1	75	102	90
1930	10,1	16,5	26,6	71	96	85
1931	10,3	16,9	27,2	73	99	87
1932	11,5	17,7	29,2	81	104	93
1933	10,8	17,1	28,0	76	100	89
1934 (dati provvisori)	10,4	16,3	26,7	72	95	85

L'Autore (G. G.) mette in rilievo che la mortalità per le «altre malattie della gravidanza, parto e puerperio», nell'anno 1934 è diminuita, rispetto all'anno precedente, in misura percentuale leggermente superiore (5%) a quella della mortalità per «setticemia ed infezioni puerperali» (4%).

A confronto dell'anno 1924, la mortalità per «setticemia ed infezioni puerperali» ha subito, nel 1934, una diminuzione del 27% il che sta a confermare l'efficacia notevole delle provvidenze profilattiche ed assistenziali.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

La Presse Médicale. — 1935, n. 76.

M. ROCH, *La parte delle ghiandole a secrezione interna nella patogenesi della ipertensione arteriosa.*

Le ghiandole a secrezione interna che sono sotto l'influenza del simpatico e cioè la tiroide, il surrene e l'ipofisi, favoriscono tutte l'ipertensione. In senso inverso agiscono le paratiroidi ed il pancreas che sono sotto l'influenza del parasimpatico e tendono quindi a determinare ipotensione. Anche le sostanze intermedie del metabolismo (colina, acido acherosinfosforico) avrebbero azione ipotensiva.

Annali d'Igiene. — Giugno 1935-XIII.

A. MISSIROLI, *La casa considerata nei riguardi della diffusione della febbre tifoide.*

La casa insalubre, per l'assenza di una buona fognatura domestica, di una sufficiente provvista di acqua potabile, poco aereata e assolata, costituisce uno dei fattori sociali più importanti anche nella diffusione delle malattie infettive a localizzazione intestinale, per cui anche sotto questo riguardo la ricostruzione dei vecchi quartieri urbani deve costituire una aspirazione dei filantropi e dei legislatori.

Archives des maladies du coeur des vaisseaux et du sang. — Agosto 1935.

A. PRUCHE, *Come determinare il valore funzionale del cuore. Le prove miocardiche dinamiche.*

L'A. descrive due prove dinamiche ventricolari: A) Prova dinamica ventricolare sinistra: per mezzo di un bracciale da compressione posto sul braccio e di una capsula scrivente su di un cilindro ruotante, egli ottiene una curva pletismografica, che esprime l'attività del ventricolo sinistro. B) Prova dinamica ventricolare destra: con un dispositivo analogo, ma applicato sull'avambraccio, egli ottiene una curva che misura l'indice di ritenzione venosa (uguale al valore funzionale del cuore destro).

Gli indici dinamici ventricolari destro e sinistro sono l'espressione del valore funzionale del cuore; l'abbassamento di questi indici rileva un indebolimento del cuore destro o sinistro, prima che siano rilevabili i segni clinici della iposistolia, in individui apparentemente normali; essi permettono quindi di rendersi conto della evoluzione di una cardiopatia e dell'azione dei medicamenti impiegati.

Difesa Sociale. — Agosto 1935.

A. NICEFORO, *L'immagine e il cinematografo nella presentazione di statistiche demografiche e sanitarie.*

L'A. passa in rassegna i vari metodi da se-

guirsi per rappresentare con figure, con solidi e superficiali, ma soprattutto per mezzo del cinematografo, dati statistici rispecchianti la vita demografica, igienica ed economica di un paese.

A proposito di tali metodi ne indica di nuovi, e tutti li coordina tracciando così una specie di guida riassuntiva per chi debba comporre albumi e cartelloni per Esposizioni e per propaganda, o rappresentazioni, statistiche cinematografiche (statistica filmata).

Il Politecnico (Sezione pratica). — 1935, n. 42.

V. PUCCINELLI, *Sulla diagnosi e la cura delle ulcere gastriche e duodenali.*

Sulla base di 800 casi di ulcere gastriche e duodenali, che l'A. ha trattato chirurgicamente egli giunge alle seguenti conclusioni: L'ulcera gastroduodenale è una malattia locale solo quando la malattia generale (malattia ulcerogena) che l'ha causata è spenta. Perciò le cure chirurgiche dirette a sopprimere l'ulcera od a correggere i fattori locali che producono e la sostengono, non raggiungono lo scopo finché è in atto, specie se in fase acuta, la malattia ulcerogena.

Le ricerche di laboratorio potranno precisare quali alterazioni si verificano nell'organismo nei casi di malattia ulcerogena. L'ulcera non va quindi più considerata come malattia locale, ma come conseguenza diretta di una malattia generale che prepara il terreno gastroduodenale adatto all'insorgenza delle ulcere stesse e che colla sua periodicità e stagionalità ricorda l'anafilassi.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

G. Bevione, *Il Crepuscolo di Ginevra* — dalla « Nuova Antologia », 16 novembre 1935-XIV.

Ministero della Guerra - Direzione Generale di Sanità Militare, *Relazione medico statistica delle condizioni sanitarie del R. Esercito nell'anno 1931.* — Roma, 1935, Istituto Poligrafico dello Stato.

Istituto Centrale di Statistica, *Statistica delle cause di morte negli anni 1931 e 1932.* — Parte I, Introduzione — Roma, Tipografia Operaia Romana, 1935.

A. Donati, *Legislazione germanica.* — Ed. « Assicurazioni », Roma, 1935.

M. Migliorati, *Le cure termoclimatiche di Sirmione in Pediatria.* — Estratto dalla « Rivista di Idroclimatologia, Talassologia e Terapia Fisica », n. 10, ottobre 1935-XIII.

L. Teleky, *Professione ed assicurazione vita (Beruf und Lebensversicherung).* — Estratto da « Das Versicherungsarchiv », 15 agosto 1935.

L. Teleky, *L'esame dei sani (Gesundenuntersuchung).* — Estratto da « Gesundheitspflege und Krankenschutz », 1935.

S. Flandaca, *Interlocuzione alla relazione del Prof. Izar « Le onde corte in medicina interna »* — dagli « Atti della Riunione Straordinaria Internazionale sulle onde corte in medicina interna » — Milano, 1935.

S. Flandaca, *Interlocuzione alla relazione del Prof. Liebeny « Grundlagen u. therapeutische Erfolge*

athermischer Kurzwellenbestrahlung. — dagli « Atti della Riunione straord. internaz. sulle onde corte in medicina » — Milano, 1935.

S. Flandaca, *Interlocuzione alla relazione del Prof. Cignolini « Azione delle onde corte sul sistema nervoso vegetativo »* — dagli « Atti della Riunione straord. internaz. sulle onde corte in medicina » — Milano, 1935.

E. Fürth, *La mortalità per cancro in Vienna (Die Krebssterblichkeit in Wien).* — Estratto da « Praktische Karzinom-Blätter », 3. Jahrgang, 1935.

K. Secher, *Adipositas.* — Estratto da « Protokoll des III. Internationalen Konferenz über Fragen der Versicherung minderwertiger Leben » — Praga, 7 settembre 1934.

K. Secher, *Le traitement de la pleurésie par la sanocrisine.* — Estratto da « Ugeskrift Laeger », numero 43, 25 ottobre 1934.

K. Secher e E. Gudiksen, *Risultati ottenuti con la sanocrisinoterapia nelle malattie non chirurgiche delle articolazioni (Results from Sanocrisin therapy in non surgical joint diseases).* — Estratto da « Acta Medica Scandinava », fasc. II-IV, 1935.

K. Secher e J. Vesterdal Jørgensen, *Ricerche sperimentali sulla grandezza del cuore durante e dopo trattamento con tiroidina (Experimental investigations of the heart during and after feeding with thyreoidin).* — Estratto da « Acta Medica Scandinava », 1935, fasc. I.

K. Secher e T. Gelli, *Esame delle condizioni del cuore nell'obesità (Untersuchungen über den Zustand des Herzens bei Fettsucht).* — Estratto da « Acta Medica Scandinava », 1935, fasc. I-II.

L'Infermiera Italiana, Organo ufficiale del Sindacato Nazionale Fascista delle Infermiere Diplomate — Numeri 28, 1935, Roma.

Esercito e Nazione. Rivista mensile dell'Esercito Italiano. — Anno IX, n. 2, febbraio 1934-XII.

Rivista della R. Università degli Studi « Benito Mussolini ». — Bari, Anno II, n. 3, agosto 1935-XIII.

Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienste der Lebensversicherung. — Bericht, 27.

« Vita », *Lebensversicherungs Aktiengesellschaft.* — Ottobre 1935. Zürich.

Rassegna di articoli di igiene.

La salute e l'igiene nella famiglia — Roma.

— 15 settembre 1935.

A. CHIAVARO, *Aforismi odontologici.*

R. MONTELUCCI, *Il naso intasato.*

— 1-15 ottobre.

L. GROSSO, *L'igiene in chiesa.*

— 1 novembre.

E. BAJLA, *Delizie del palato.*

G. TALLARICO, *L'alimento della giovinezza.*

Vita — Zurigo.

— ottobre 1935.

L'autunno.

I condimenti.

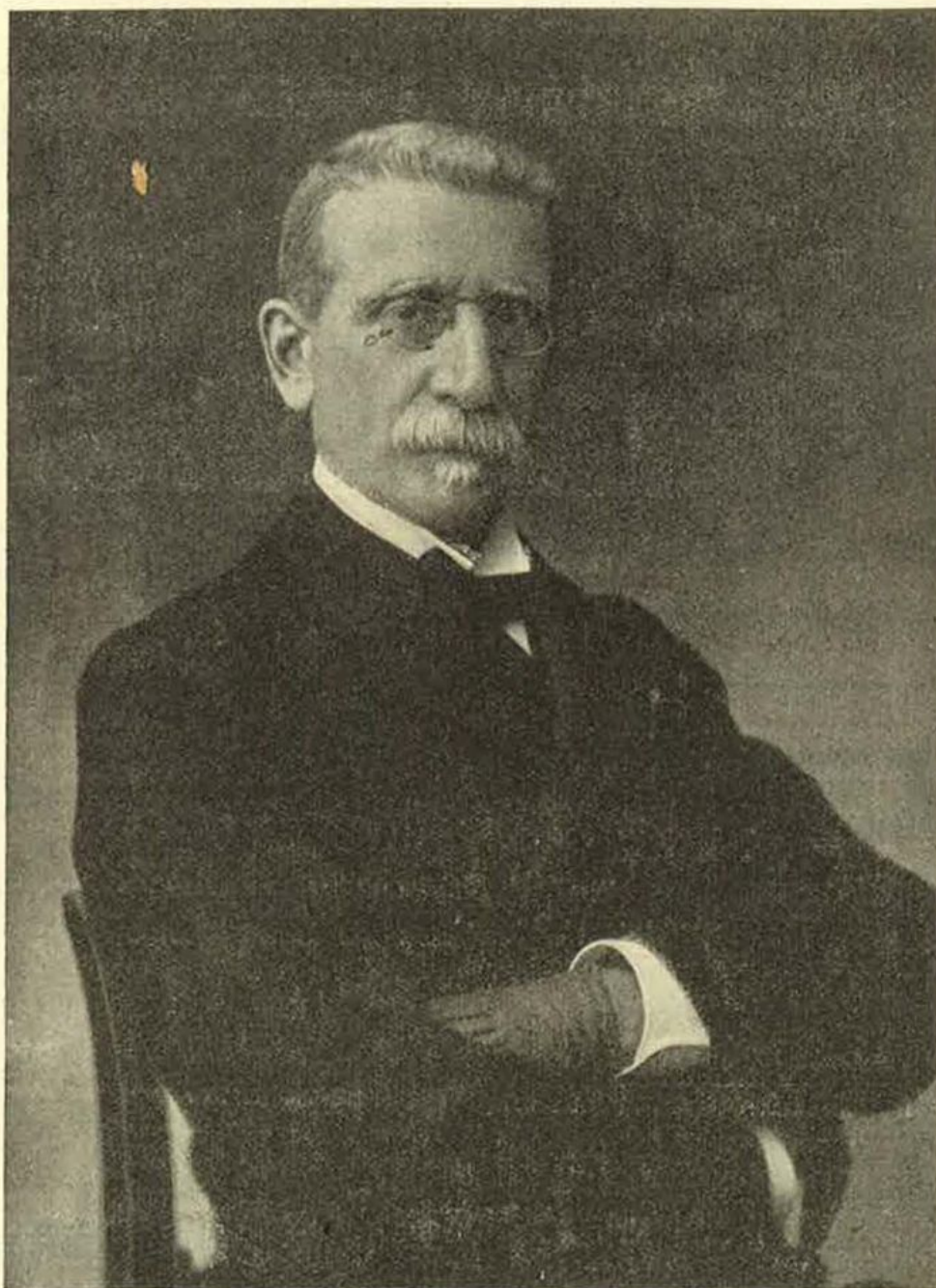
Andare in automobile.

Viva cien años — Buenos Aires.

— ottobre 1935.

H. SALOMON, *Un cumulo di concetti erronei.*

J. A. LOPEZ, *Possono evitarsi le ulcere dello stomaco e del duodeno.*



Ettore Marchiafava

ETTORE MARCHIAFAVA ha chiuso serenamente la Sua vita laboriosa ed esemplare. Non si può parlare di Lui senza commozione, perchè a quanti Lo hanno conosciuto Egli ha sempre ispirato ammirazione ed affetto.

Buono con tutti, specie con gli umili, ha prodigato sempre la sapiente opera Sua ed il Suo denaro per fare del bene. Di cultura eccezionalmente vasta sapeva insegnare in ogni occasione.

Scienziato di altissimo valore ha lasciato un'orma indelebile nella medicina.

Anche nel campo della medicina delle assicurazioni vita ha esplicato opera fattiva.

Nel dicembre del 1912 il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni Lo invitava a dirigere il Servizio Sanitario del nascente Istituto e nella seduta del 10 gennaio del 1933 il Presidente Stringher si dichiarò lieto di comunicare che il Marchiafava aveva accettato l'offerta fattagli.

E subito dopo il Prof. Marchiafava prese possesso della Sua carica di Direttore dell'Ufficio Medico che in quel tempo aveva sede in Piazza SS. Apostoli.

Tutto si dovette creare, dai moduli per le visite mediche, ai criteri direttivi per l'accettazione dei rischi, alle istruzioni ai medici fiduciari, e nel 1914 fu inviato a tutti i medici fiduciari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni un opuscolo compilato sotto la direzione del Maestro, edito dell'I.N.A.

In quei primi anni Ettore Marchiafava ha assolto al suo compito frequentando tutti i giorni immancabilmente l'Ufficio medico, dettando norme, dando pareri, firmando tutta la corrispondenza inerente all'Ufficio.

Ma alla fine del 1914 Egli insistette ripetutamente presso il Direttore Generale ed il Consiglio di Amministrazione per essere esonerato dall'incarico; per cui nel Febbraio del 1915 il Consiglio di Amministrazione a malincuore prese atto delle dimissioni di Lui da Direttore dell'Ufficio Medico ma ne volle conservata « l'opera preziosa » nominando Lo Consulente Centrale del Servizio Sanitario.

Tale carica Egli tenne ininterrottamente fino al 1921.

In questo periodo di tempo e precisamente nel 1917, l'I.N.A. nominò una Commissione per lo studio dei rischi tarati. Fu la prima Commissione che in Italia si occupò di tali rischi e fu presieduta dal Marchiafava.

Nel Giugno 1932 Egli tornò all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per presiedere la Commissione che giudicò i lavori per il concorso bandito dall'Istituto per due pubblicazioni di igiene atte al prolungamento della vita umana nelle migliori condizioni di salute.

Ed egli come al solito dette coscienziosamente tutta l'opera Sua leggendo e riassumendo ciascuno dei lavori.

L'opera di Lui anche nel campo della medicina delle Assicurazioni vita non può essere dimenticata poichè alto è stato il Suo contributo per ciascuna delle due funzioni mediche dell'Istituto statale, quella assicurativa e quella assistenziale.

Giovanissimo ancora si è spento il Comm. Rag. Pietro Guardi, Capo del Servizio Organizzazione della Direzione Generale dell'I.N.A.

Proveniva dalla Cassa Pensioni di Torino: venne all'Istituto nel 1913. Ha percorso la Sua brillante carriera da prima al Servizio contabilità, fu poi capo del Servizio Polizze ai Combattenti, quindi Ispettore Capo Superiore e recentemente era stato chiamato a dirigere il Servizio Organizzazione.

Alla famiglia e specialmente al figlio studente di medicina, le più vive condoglianze dell'Assistenza Sanitaria.

A Bellinzago Novarese (Novara) il Dott. Prandi Pietro.

A Castelli (Teramo) il Dott. Fuschi Eugenio.

A Salice Salentino (Lecce) il Dott. Gravilli Gioacchino.

A Soletto (Lecce) il Dott. Stanca Donato.

Ad Aquila il Dott. Properzi Francesco.

Ad Arpaia (Benevento) il Dott. Amoroso Bartolomeo.

A S. Giorgio di Nogaro (Gorizia) il Dott. Bazzan Luigi.

A Farindola (Pescara) il Dott. De Vico Fortunato Raffaele.

A Castagnole in Chianti (Siena) il Dott. Giusti Adamo.

A Portogruaro (Venezia) il Dott. Tasca Pietro.

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Sono numerosissime le forme di assicurazione adottate dall'Istituto, attraverso le quali ognuno può provvedere, con lieve sacrificio, alla tranquillità della propria vecchiaia e all'avvenire dei figli.

Ricordiamo oggi una forma denominata

Assicurazione dotale

particolarmente adatta a garantire ad un vostro bimbo i mezzi che gli saranno necessari più tardi quando inizierà la sua attività personale o a garantire ad una vostra bimba la dote per le future sue nozze.

Eccovi, per quest'ultimo caso, un

Esempio pratico

Un padre dell'età di anni 27 vuole costituire a favore di una sua bambina di anni due, una dote di L. 25.000, che dovrà essere corrisposta alla bambina stessa quando avrà raggiunto il 25° anno.

A tal fine il padre, quale contraente, s'impegna a pagare all'Istituto, al massimo per 23 anni, il premio annuale di L. 801,25 e per contro l'**Istituto Nazionale delle Assicurazioni** assume gli obblighi seguenti:

- 1) di corrispondere a scadenza il capitale assicurato, se a quell'epoca è in vita la beneficiaria;
- 2) di rinunciare all'ulteriore incasso dei premi (pur mantenendo immutato l'obbligo di corrispondere come sopra la somma assicurata) qualora il contraente venisse a mancare durante lo svolgimento del contratto;
- 3) di restituire immediatamente i premi incassati al netto di tasse e interessi, in caso di morte della beneficiaria prima della scadenza del contratto; restituzione inoltre che sarebbe fatta a chi di diritto se nel frattempo fosse morto anche il contraente.

La forma assicurativa descritta, come rileverete, è molto semplice ed è analoga a quella così detta «a termine fisso», dalla quale si differenzia, perchè tra l'altro, prevede lo scioglimento del contratto, con restituzione dei premi versati, nel caso di premorienza del beneficiario; il che fa presumere che il contraente non abbia altra persona cara, a favore della quale creda di dover devolvere il beneficio del suo atto di previdenza. Caso non certo infrequente e che meritava quindi di essere considerato.

Ricordiamo che tutti gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni **partecipano agli utili dell'Azienda** che vanno in aumento delle somme fissate nelle polizze e usufruiscono di numerose provvidenze sanitarie gratuite e semigratuite.

Chiedere informazioni e preventivi alle Agenzie Generali dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

La conversione del "redimibile 3.50%,, in "rendita 5%,, e l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Una nuova forma con conservazione parziale del reddito

Sono già state portate a conoscenza del pubblico due speciali forme assicurative, adottate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, abbinata al

Prestito Nazionale Rendita 5%

Di tali forme:

- la prima si riferisce particolarmente alla sottoscrizione in contanti al suddetto Prestito Nazionale, mediante ratizzazione in 15 anni del pagamento dovuto;
- la seconda concerne la conversione di titoli del Redimibile 3 1/2 % in «Rendita 5%» mediante temporanea cessione per 15 anni dei titoli stessi all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che oltre a provvedere subito a detta conversione, versando al Tesoro dello Stato la somma all'uopo necessaria per conto dell'assicurato, accende a favore di questi un'assicurazione in forma «mista» da liquidarsi in contanti.

Le due forme, ben s'intende, contemplan anche il caso di premorienza dell'assicurato e quindi il versamento dei titoli e, quando sia il caso, della somma in contanti a chi di diritto. Ora

l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

offre una nuova forma assicurativa abbinata al Prestito Nazionale «Rendita 5%», rivolta anch'essa a facilitare l'operazione della conversione del Redimibile 3,50% a coloro che non dispongono del contante per pagare le lire 15 dovute allo Stato per ogni 100 lire di titoli da convertire, e vogliono conservare per sé una parte del reddito.

Mediante tale forma, per i possessori di titoli del Redimibile 3,50% che depositeranno i titoli stessi all'Istituto sarà stabilito quanto segue:

- 1° immediata conversione dei titoli depositati con anticipo da parte dell'Istituto delle lire 15% in contanti all'uopo necessarie;
- 2° corresponsione al depositante, per la durata del contratto, di una rendita temporaneamente ridotta in L. 2,50%;
- 3° copertura, col residuo reddito di L. 2,50%, dell'ammortamento demografico-finanziario dell'anticipo sopra citato;
- 4° immediato versamento a chi di diritto, nel caso che l'assicurato venisse a mancare prima del termine del contratto, dei titoli convertiti, liberi da ogni vincolo e col pieno godimento dell'interesse 5%;
- 5° versamento all'assicurato stesso, quando egli sia vivente al termine del contratto, dei titoli convertiti, liberi e col godimento del reddito 5% come sopra.

ESEMPIO PRATICO

Una persona di 35 anni di età possiede un titolo del «Prestito Redimibile 3,50%» del valore nominale di L. 10.000. Per aderire al nuovo Prestito Nazionale «Rendita 5%» emesso con recente decreto, decide di convertire il titolo.

In tal caso, mancando del denaro liquido all'uopo necessario, anziché rivolgersi ad un Istituto di Credito ordinario, può richiedere all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni di effettuare la conversione stessa rinunciando per un certo tempo a metà del reddito 5% derivante dal titolo, convertito.

L'Istituto procederà alla conversione del titolo anticipando la somma in contanti di L. 1.500 all'uopo necessaria. Del reddito di L. 500 annue relativo al nuovo titolo, L. 250 saranno corrisposte al proprietario del titolo, e L. 250 saranno impiegate nell'ammortamento demografico-finanziario dell'anticipo effettuato dall'Ente. L'Istituto pertanto, al termine del periodo di ammortamento — che per l'età considerata di 35 anni è di 8 anni e mezzo — o immediatamente in caso di decesso prima di detto termine, consegnerà all'assicurato o agli aventi diritto i nuovi titoli «Rendita 5%».

Qualora l'interessato, dopo avvenuta la conversione dai suoi titoli, desiderasse — per necessità contingenti — ritirarne subito la metà, potrebbe farlo senz'altro. In tal caso l'Istituto si varrebbe dell'intero reddito 5% dell'altra metà per l'ammortamento della somma anticipata per la conversione dei titoli, ferme restando le altre condizioni circa la premorienza dell'assicurato e il compimento del termine del contratto.

Qualora, infine, l'assicurato desiderasse, in qualunque momento prima del termine stabilito, la immediata e libera proprietà dei titoli convertiti, l'avrà versando all'Istituto la somma in contanti necessaria a completare l'ammortamento della somma di L. 1.500 anticipata dall'Istituto stesso all'atto della conversione.

L'assicurazione permette poi di trasmettere agli aventi diritto la immediata e libera proprietà dei nuovi titoli «Rendita 5%» per il caso che la persona considerata dovesse mancare prima di detto termine.

Rivolgersi per informazioni e chiarimenti alle Agenzie Generali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni