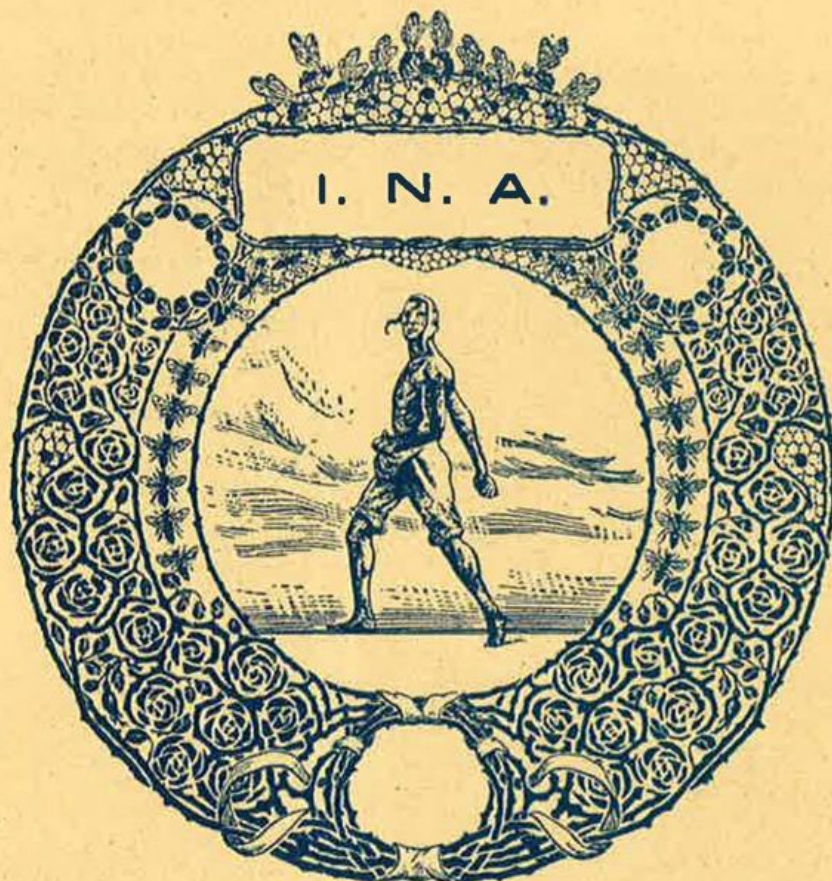


L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno V
Numero 2
15 aprile
1936 - 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	quale arte del raggiro nell'assicurazione vita . . . pag. 81
2. Consigli agli assicurati:	b) Dr. F. MARSELLA, Valutazione medico-legale dei sinistri di morte per tumore maligno . 85
a) Dr. A. STARNA, L'Ozema . . . 53	8. Alcuni dati di statistica medica: Dr. A. STARNA, Le cause di morte dei sinistri verificatisi nel 1934 95
b) Dr. B. GIORDANO, Le pollinosi e l'asma bronchiale . . . 56	9. Varie:
3. Rassegna di articoli d'igiene . 58	a) Dr. A. STARNA, L'amicizia medica franco-italiana. . . 100
4. Alcune attività del Servizio Sanitario 59	b) Prof. BASILIADES, Il sanatorio per gli studenti in Grecia . 100
5. Notiziario 60	c) Dr. G. GIANNELLI, Le origini, l'evoluzione e gli scopi della statistica demografica . . 101
6. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita:	10. La pagina del medico fiduciario . 107
a) Dr. F. VICENTINI, L'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita allo stato attuale . . 61	11. Dai Libri e dai Periodici . . 110
b) Dr. F. VICENTINI, I grandi diametri del cuore in rapporto ad alcune misure somatiche . 77	12. Pubblicazioni ricevute . . 115
7. Medicina legale delle Assicurazioni-vita:	13. Vuoti nelle file dei medici fiduciari 116
a) Dr. A. STARNA, La reticenza	

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

Nuovi Consulitori di Igiene.

Nuovi Ambulatori per il collaudo periodico della salute degli assicurati.

Prossimamente a VENEZIA ed a REGGIO CALABRIA sarà aperto un Consultorio di Igiene gratuito per gli assicurati dell'I.N.A.

Ivi saranno praticate anche le visite mediche gratuite per il collaudo periodico della salute.

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, convalescenziari e consultori materni.* — I) *Facilitazioni per cure odontoiatriche.* — L) *Facilitazioni per cure oculistiche.* — M) *Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.* — N) *Pubblicazioni di medicina preventiva.*

A) Visite mediche periodiche gratuite.

a) Concessione di un **buono di visita medica gratuita** ogni due anni, agli assicurati in regola con i pagamenti che siano possessori di polizze di assicurazione in forma ordinaria con visita medica, per un capitale superiore alle L. 20.000. Gli assicurati hanno facoltà di scegliere il medico, e questi è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

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

b) Gli assicurati che non hanno diritto al buono di cui sopra, possono usufruire del **Consultorio medico gratuito per il collaudo della salute**, istituito presso i Centri di Assistenza Sanitaria per gli Assicurati in **Torino** (Via Maria Vittoria n. 1); in **Padova** (Piazza Spalato); in **Messina** (Via Colombo).

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 i Centri di Assistenza Sanitaria in **Torino**, Via Maria Vittoria n. 1; in **Padova** (Piazza Spalato); in **Messina** (Via Colombo), 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) **teleradiografia del torace**;

m) 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 in Roma od ai Centri di Assistenza Sanitaria in Torino, Padova e Messina 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 i Centri di Assistenza Sanitaria per gli assicurati: **Torino**, (Via Maria Vittoria n. 1); **Padova** (Piazza Spalato); **Messina** (Via Colombo).

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*, edito dall'I.N.A.

Prof. Dr. ORESTE BELLUCOI, *Salute, tesoro della vita*, edito dall'I.N.A.

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, 8.

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.

Oculisti:

Prof. Dr. ALIQUÒ MAZZEI Alessandro.

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. DEGAN 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 25% su tutte tariffe in vigore.

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 ERZO.

Dr. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dr. CALDEROLI Guido.

Cav. Dr. CASTELLI Carlo.

Prof. Dr. CAVAZZENI Giovanni.

Dr. DAL LAGO Vittorio.

Dr. GATTI Giovanni.

Oculisti:

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

Prof. Dr. SEGUINI Arminio.

Dr. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

BERGAMO - Dr. CALDEROLI Innocente.

Dr. PALVIS Giuseppe.

BOLOGNA

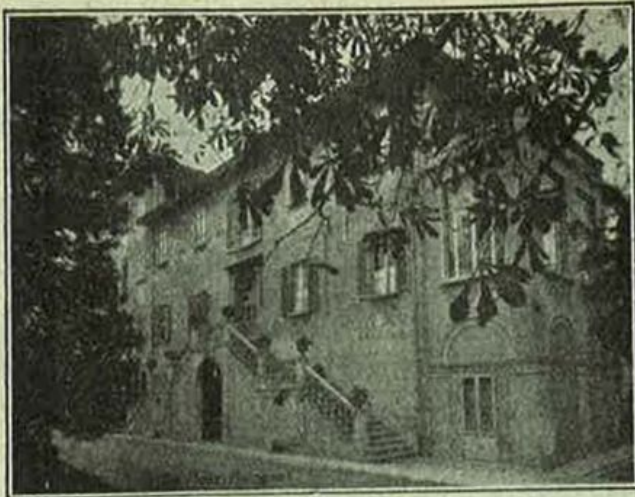
1. *Stabilimenti termali di Porretta*, agli assicurati in forma ordinaria e collettiva: riduzione del 50% sull'importo dell'abbonamento ordinario di ingresso agli Stabilimenti, e del 25% sull'importo dell'abbonamento ordinario alle cure idrominerali.

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 pagando 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 Manfredo, 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. Dr. 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. NIEDERREGGER Enghelberto.

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

KEISER Giulio, Corso Principe Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri:

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

Dr. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.

MERANO - Dr. DIRSBACHER 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. GORO 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.

2. *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 Callanissetta*; 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. REETIVO 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 Callagironi*, 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 Fansgrò*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

COMO - Dr. GORIN Vittorio, Via Garibaldi, 19.
Dr. PADERI Antonio.
Dr. TORI Luigi.
LECCO - Dr. HEUMANN Martino, Via Stoppani, 28.

Oculisti:

COMO - Prof. Dr. GASPARIINI 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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

Odontoiatri:

Dr. ANDREASSI Giuseppe.
Dr. CERRELLI 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. BERTOLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.
Dr. IRITZ Giuseppe.
Dr. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.
Dr. ZANNINI Roberto.

CASALMAGGIORE - Dr. BOLES Oreste.

Oculisti:

CREMONA - Dr. COSSÙ Alberto, Via Damiano Chiesa, 9.
Prof. Dr. MARGOTTA Giuseppe, Corso Stradivari, 8.

Otorinolaringoiatri:

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. MANFREDI Francesco.

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 Cortevacchia, 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. ARBORE 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 GÖRZ, 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 professio-

nali, 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:

GENOVA - Dr. MORIANI Giuseppe, Via Milano, 18A.
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, 5 bis.
Dr. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.
Dr. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.
BORDIGHERA - Dr. BUFFA Ermanno, Via S. Antonio.
Dr. DEL BOCA Isidoro, Via 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. ODISIO Mario, Via G. Berio, 9.
ONEGLIA - Dr. GRIVA Giuseppe.

SANREMO - Dr. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.

Dr. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri:

IMPERIA - Dr. DURAND Gaspare, Via Giardini.

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

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

Dr. VERDUN Eugenio, Via 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 Marradi, 35.
Dr. PABDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri:

SUVERETO DI LIVORNO - Dr. CHERICI Luigi.

LUCCA

Odontoiatri:

ALTOPASCIO - Dr. PIEGAIA 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, 32.

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.

MESSINA

Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati della Sicilia e Calabria, Via Colombo (Palazzo I.N.A.)

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 glicemia).
4. Dosaggio della azotemia.
5. Dosaggio della uricemia.
6. Reazione di Kahn.
7. Misurazione della pressione arteriosa.
8. Elettrocardiogramma.
9. Teleradiografia del torace.
10. 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.

Odontoiatri:

Dr. TODARO Francesco - Via dei Verdi.

Oculisti:

Dr. LA ROSA Vincenzo - Via Pavia.

Prof. Dr. SCULLICA Francesco - Via Oratorio della Pace.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dr. SALVADORI Giuseppe - Via Colombo, 40.

Dr. VALSECCHI Virginio - Via Ugo Bassi, 120.

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 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

3. *Sanatorio C. Forlanini di Napoli*, S. Rocco di Capodimonte, 62; a tutti gli assicurati: diaria ridotta di L. 20 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. DE NOTARIS Ferdinando, Via Cappella Vecchia, 6.

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

Dr. GIUFFRÉ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

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

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

Dr. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 36.

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

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

Dr. VIOLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.

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

SPARANISE - Dr. GRANDE FRANCESCO.

Otorinolaringoiatri:

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

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

NOVARA

1. *Stabilimenti Termali di Bognanco (Domodossola)*; a tutti gli assicurati: riduzione del 50% 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 Roentgen-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. *Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati delle Venezie*, Piazza Spalato (Palazzo I. N. A.).

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. **Teleradiografia del torace**.
10. 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. *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.

3. *Stabilimento Termale di Battaglia Terme*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 800 per ogni turno di giorni 15.

4. *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.

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

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

7. *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 corri-

sposta dagli assicurati nella misura di L. 10 per la 1^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a classe.

PALERMO

1. *Casa di Cura Prof. Gioacchino Arnone*, Via Ugdulena 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, roentgendiagnostica e roentgen radiumterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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

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

Odontoiatri:

Dr. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.

Dr. CIMINO Giuseppe, Via Villaerosa, 6.

Dr. DI CARLO Giovanni, Via Roma.

Dr. GARLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.

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

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

Odontoiatri:

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.

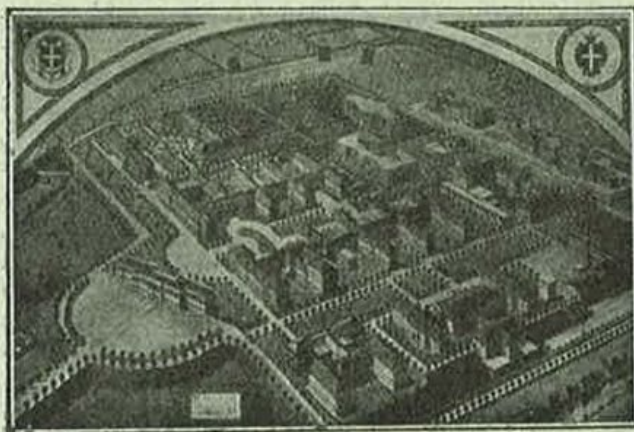
PAVIA

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: forfait 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 Kahn.**
7. **Reazione di Wassermann.**
8. **Misurazione della pressione arteriosa.**

9. **Elettrocardiogramma.**

10. **Teleradiografia del torace.**

11. **Controllo del peso e della 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 roentgenoterapia, 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. 291

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.
Prof. Dr. DE VECCHIS Beniamino, Via Cornelio Celso, 1.
D.ri BONCRISTIANI - NEMES, Via Arenula, 53.
Dr. PIERLUIGI Antonio - Corso Trieste, 141.

Oculisti:

ROMA - Prof. Dr. COLANGELI Atmando, Via A. Canova, 12.
Prof. Dr. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.
Prof. Dr. NEUSCHÜLER Ignazio, Via Aracoeli, 58.
Prof. Dr. STRAMPELLI Benedetto - Corso Italia, 33

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

Otorinolaringoiatri:

SAVONA - Dr. LANFRANCO Enrico, 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 1ª e 2ª classe. Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3ª classe.

2. *Stabilimenti termali di S. Casciano (Siena)*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per la 1ª classe e del 50% per la 2ª 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, Via di Città, 3.

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-

narie 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.

Odontoiatri:

SONDRIO - Dr. OTTANI Leone - Via XXVIII Ottobre, 8.

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. **Teleradiografia del torace.**

10. **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 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.

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. CABOTTI Luigi, Via Roma, 15 (Palazzo Ist. Naz. Ass.)

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

Dr. MARAZZINA C., Via Volpiano, 5.
 Dr. OTTOLENGHI Renato, Via Sacchi, 58.
 Dr. TOMMASINELLI Antonio, Via Mercanti, 3.
 Dr. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

Oculisti

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.
 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 Marco Polo, 19 bis.
 Dr. FERRERO A., Via Goito, 6.
 Dr. LEALE G., Corso Oporto, 5.
 Prof. Dr. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.
 Dr. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Piana 11.
 Prof. Dr. PALLESTRINI Ernesto, Corso Roero di Cortanze, 2.
 Prof. Dr. PINAROLI Guido, Corso Vittorio Emanuele, 82.
 Dr. PRECERUTTI-TAPPARELLI Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.
 Dr. VASSI C., Via Santa Chiara, 20.

TRAPANI*Otorinolaringoiatri :*

TRAPANI - Dr. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

TRENTO

1. *Stabilimenti termali di Levico Vetriolo*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 10% 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. SEPPI Cesare, Via Gazzoletti.
 ARCO - Dr. PENNECHER Ercole.
 CAVALESE - Dr. BROSECHINI Giuseppe.
 LEVICO - Dr. CALIARI Federico.
 ROVERETO - Dr. SOMMADOSSI Mario.
 Dr. ZANNINI Gino.

Oculisti :

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

Otorinolaringoiatri :

TRENTO - 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. ROBAIO 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 Ermínio.

VARESE

1. *Clinica privata «La Quiete»*, a tutti gli assicurati: riduzione del 80%₀, 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.

Dr. BARBERO Vincenzo - Via Piave, 2

BUSTO ARSIZIO - Dr. BRECCHETTO Davide.

GALLARATE - Dr. OTELLI FRANCO.

Dr. PATARINO Alfonso.

Dr. PERONI Paolo.

TRADATE - Dr. COOPMANS DE JOLDI Luigi.

Oculisti:

VARESE - Dr. MORETTI Ezio.

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

Otorinolaringoiatri:

VARESE - 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 ssicurate 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. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.

Dr. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.

Dr. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.

Dr. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.

BARDOLINO - Dr. PEDUZZI P.

LEGNAGO - Dr. BONFANTE Ugo.

VICENZA

1. *Stabilimenti termali di Recoaro*, a tutti gli assicurati: riduzione del 25%₀ 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 Braingio.

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

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

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, giacchè la concessione è subordinata alla disponibilità dei posti nei predetti Istituti,

gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'Istituto predetto in Roma, Corso Umberto n. 239, corredata dei seguenti documenti:

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

Fiuggi (Frosinone), (cura idropinica).

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

Case specializzate per malattie polmonari:

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

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

Case specializzate per malattie nervose:

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

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

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

Case per cure otorinolaringoiatriche:

Roma - Casa di cura già del Prof. T. Manciole - 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 Oozonica - 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 Convalescenziari, i Consultori materni dell'Istituto Nazionale fascista della Previdenza Sociale.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Città di Castello, 1936-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' O Z E N A

Dott. A. STARNA

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

No, non si tratta come penserà qualcuno di voi nel leggere un tal titolo, di una nuova specialità farmaceutica lanciata con un nome un po' esotico o di una qualche diavoleria di chimica sintetica coniata or ora da uno scienziato tappato nel suo studio tra lambicchi e filtri. Niente di tutto questo, miei cari, niente di nuovo e soprattutto niente di buono.

Perchè, vedete, se il termine riesce nuovo di zecca al profano la colpa è di quella brutta genia dei signori medici che hanno affibbiato nomi difficili a cose abbastanza semplici. Infatti l'ozena, malattia nota fin dal tempo degli antichi, è il termine scientifico di una affezione il cui sintomo principale è il fetore che emana specie dalle cavità nasali della persona che ne è stata colpita.

Si tratta di un fetore acuto, penetrante, sui generis che ricorda, il paragone è spiacevole ma efficace, quello della cimice. Purtroppo si tratta di malattia abbastanza diffusa tra gli adolescenti a preferenza donne e su di essa vogliamo richiamare oggi la vostra attenzione.

Basta il sintomo sopra ricordato per comprendere la gravità della affezione sul cui quadro clinico vedremo meglio dopo. Pensiamo per un momento quale tormento morale e quale senso di avvilitamento esso produce. Quasi tutti noi ragazzi ci ricordiamo di aver in iscuola inteso sussurrato da un orecchio all'altro che un compagno emanava uno spiacevole odore ed abbiamo istintivamente fuggito la sua vicinanza. Dovunque egli andava finiva con l'essere individuato ed ora adulti con altra riflessione possiamo comprendere come doveva essere angustiato quel compagno che si vedeva schivato da tutti.

La preferenza poi dell'ozena per le ragazze ci fa intravedere quante umiliazioni attenderanno la poveretta che ne è colpita. È quella l'età delle prime amicizie, dei grandi entusiasmi per le cose nuove che per la prima volta rallegrano l'animo adolescente. A frotte numerose le ragazze, non più bambine e non ancora donne, uscendo da scuola familiarizzano e cinguettano tra loro e tenendosi sotto il braccio se ne tornano verso il nido familiare in un gaio frastuono liete della lor propria giovinezza. Orbene la piccola malata si vedrà trascurata dalle compagne, sfuggita come una colpevole, ed anche le amiche più care l'avvicineranno con mal celata cautela.

Se non è facile riferire la sequela dei disturbi che porta la rinite ozenatosa

è impossibile dire quale traccia dolorosa lascia nell'animo impressionabile della ragazza, questo vuoto che essa vede formarsi intorno alla sua persona.

Da questi brevi cenni si può già intendere come il fetore sia sintomo grave di per sè che può condurre a delle perturbazioni psichiche spesso a tipo depressivo; nè inferiori sono gli altri incomodi che esso comporta. Tutti umana-mente teniamo, è un diritto ed anche un dovere, ad esser considerati nel con-sorzio civile decorosamente e con la più completa dignità che si confà al nostro grado sociale, ebbene l'ozena con quel banale odore ci fa più danno che dieci lingue maligne sul nostro conto.

Fortunatamente esistono cure che possono ridurre tale disturbo, e col pas-sare degli anni il fetore tende a scomparire; comunque questa malattia vera-mente sociale per la diffusione, il rischio di contagio e gli altri incomodi ac-cennati merita di essere brevemente ricordata.

*
* *

Oltre il cattivo odore e l'alito insopportabile i malati di ozena nasale pre-sentano un tipico catarro nasale costituito da un essudato vischioso, denso, che viene eliminato ogni tanto con notevole difficoltà poichè tende a rapprendersi in croste giallo-verdastre nelle anfrattuosità dei cornetti. Anzi talvolta le cro-ste giungono ad accludere la porzione respiratoria delle nari e solo con lavaggi è possibile procedere ad una deterzione delle cavità.

Questi due elementi: croste verdastre e fetore sono sufficienti per sospet-tare l'ozena, ma solo l'esame rinoscopico praticato da uno specialista potrà con-fermare la diagnosi, perchè altre numerose malattie possono presentare un fe-tore poco dissimile; come pure, passato il periodo tipico, l'ozena può assumere l'andamento di una banale rinite cronica, senza fetore nè croste

Abitualmente però si rileva un'atrofia più o meno intensa della mucosa, dei cornetti nasali con residui delle croste tipiche già ricordate. Spesso l'olfatto è molto ridotto o addirittura scomparso ed il malato sopra a questo fatto ri-chiama l'attenzione del medico, anche il senso del gusto risulta attenuato.

Tralasciando i fini elementi diagnostici a processo esaurito, mi limiterò a ricordare le numerose complicità della rinite-ozenatosi, e cioè le sinusiti e le etmoiditi più raramente le dacriocistiti e le otiti purulente.

Ma non finiscono qui le complicità dell'ozena perchè il naso è in conti-guità con il faringe e questo a sua volta con il sistema laringo-tracheale. E' evenienza comunissima che l'ozena quasi guarito al naso si diffonda seconda-riamente al rino-faringe e vi permanga a lungo determinandovi una altera-zione della mucosa con un senso subbiettivo di secchezza alla gola e stimolo continuo a raschiare. Se poi viene invaso anche il tubo laringo-tracheale il malato sarà colpito da accessi di laringospasmo che cessano solo con l'emis-sione di blocchetti di croste aride grigiastre; spesso si presenterà un'alterazione della voce che può giungere addirittura all'afonia. Si può anche determinare con la continua aspirazione del secreto fetido un vero deperimento generale con anemia secondaria e disturbi gastrici, ciò soprattutto nei casi di percezione subbiettiva dell'odore.

*
* *

È bene a proposito dell'ozena, e per non destare allarmi fuori posto, ricor-dare che il fetore si può avere in molte malattie del naso, dei seni annessi, della bocca e perfino dei polmoni. Perciò niente sarebbe più dannoso se qual-cuno suggestionandosi vedesse ozena dappertutto. La diagnosi resta di compe-tenza medica anzi meglio dello specialista. Ricordiamo così tra le varie ma-lattie che possono dare un'alito molto simile, i sequestri delle ossa e delle car-tilagini nasali, le ulcerazioni della mucosa, le sinusiti purulente, alcune forme

di angina lagunare, le fistole gengivali, le carie dentarie, alcune periostiti, le necrosi del mascellario superiore, ecc.

Sulla natura di questa malattia i pareri dei medici sono discordi. Ci limiteremo a ricordare, poichè una elencazione dettagliata sarebbe monotona, che si sono contese il campo due gruppi di teorie.

Da un lato quella microbica specifica che imputa la malattia ad un bacillo come il *bacillus mucosus ozenae* di Lowenberg, il cocco-bacillo fetido di Perez, quello simildifterico di Belfanti e vari altri. Dall'altro le teorie microbiche le quali comprendono quella trofoneurotica che riporta la malattia, tenuto conto dell'età dei malati, ad un disturbo osseo o endocrino; e la teoria anatomica secondo la quale in questi individui si avrebbe eccessiva ampiezza delle fosse nasali, congenita o secondaria a pregressi processi infiammatori dei seni.

Un fatto molto importante qualunque sia la causa dell'ozena non potendosi allo stato attuale delle nostre conoscenze escludere la natura infettiva, consiste nel pericolo di contagiosità che se non si presenta rapido nè costante per molti lati può essere sospettato. Infatti tutt'altro che rari sono i casi di ozena in molti membri della stessa famiglia, perciò è dovere assoluto del malato di aver cura di quelle norme d'igiene che possono evitare la trasmissione.

Anche la tubercolosi e l'eredolue sono stati tirati in questione come cause dell'ozena ma come accade per queste malattie a larga diffusione il rapporto causale tra loro è ben lontano dall'esser provato e non si può escludere il fattore occasionale.

*
* *

Abbiamo già detto che la prognosi lontana è meno sfavorevole di quanto sembra perchè con l'età l'ozena tende spontaneamente ad esaurirsi, nei giovani i migliori risultati si hanno nelle forme recenti, in quelle inveterate anche la cura dà scarsi risultati.

Questa consiste nella detersione delle fosse nasali dalle croste con caute irrigazioni, o con tamponamenti con antisettici o deodoranti; nell'evitare con le continue pratiche d'igiene la formazione di nuove croste ed infine nel cercare di modificare i caratteri della mucosa atrofica con tamponamenti, causticazioni, polverizzazioni.

I deodoranti più usati sono: l'ipoclorito di calce diluito, il cloruro di sodio, il permanganato di potassio, per medicature su tamponi è consigliata la soluzione di Bilancioni di iodoformio in etere solforico. Ricordiamo poi che si praticano anche svariate cure fisioterapiche, che vanno da quelle elettriche alla fototerapia ed al massaggio vibratorio.

In presenza di un ozenatoso i famigliari avranno cura di procedere anche a disinfezione degli oggetti di uso personale del malato e la biancheria dovrà esser lavata separatamente con speciali cautele.

Ma è soprattutto la profilassi che vogliamo qui ricordare a tante mamme per evitare qualche spiacevole sorpresa per i loro figli. Perchè sembra che il lungo contatto, le carezze, i baci possano trasmettere questa malattia, si dovranno educare i ragazzi ad un senso di riservatezza e di igiene evitando la eccessiva confidenza con gli altri coetanei; confidenza a cui purtroppo sono spinti dalla stessa mamma. Quanto a certe manifestazioni affettive anche infantili è meglio siano bandite; preferiremo invece che i nostri ragazzi nelle ore di svago siano baciati dai raggi del sole purificatore e carezzati dall'effluvio dell'aria libera.

Ne guadagnerà lo sviluppo fisico e saranno evitati rischi infiniti di molti contagi. A preservarsi dai quali sarà bene applicare qualche norma d'igiene del cavo rino-faringeo, a torto trascurata, e della quale parleremo altra volta.

LE POLLINOSI E L'ASMA BRONCHIALE

DOTT. BRUNO GIORDANO

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

Il ritorno della primavera mi suggerisce l'idea di intrattenere il cortese lettore su un argomento di grande importanza, il cui studio, illuminando le idee al riguardo, potrà suggerire utili consigli. Se infatti il rifiorire dei campi, l'ingemmersi degli alberi, la costanza della temperatura insieme con i più caldi raggi solari, è salutato con gioia da quanti vecchi e giovani, malati e sani si ripromettono, da tutto questo rinverdire della natura un farmaco ai loro poveri polmoni, o un po' di « tinta » alle loro anemiche guance, o la maggiore opportunità di dare sfogo alla loro esuberanza di vita o al loro bisogno di muoversi, tutta questa novella natura da altri (per fortuna pochi) è vista con apprensione e spavento.

Ciò perchè questi ultimi hanno fatto la dura esperienza che proprio in questa stagione essi vanno più facilmente soggetti ad alcuni disturbi, che, se alle volte si limitano a costituire un qualche cosa di noioso, altre volte assumono il carattere di un vero e proprio malanno. Voglio alludere a tutti quei fenomeni che vanno sotto il nome di pollinosi, di asma e di febbre da fieno e che possono culminare con un attacco di vera e propria asma bronchiale. La recrudescenza di tutti questi fenomeni nella primavera, è dovuta al fatto che proprio in questa stagione si ha una saturazione nell'aria da parte dei diversi pollini, o dei diversi prodotti animali, che costituiscono poi una delle cause più importanti del fenomeno. Questo fenomeno è molto complesso ed è intimamente legato a tutta una serie di fatti, che in medicina vanno sotto il nome di anafilassi.

Le pollinosi hanno come caratteristica la periodicità, con differenza di pochissimi giorni da un anno all'altro. La data di comparsa dei disturbi è segnata unicamente dalla data di fioritura del polline corrispondente: questi disturbi si attenuano con la pioggia e peggiorano invece col vento ed in aperta campagna. Alcune volte preceduto da sintomi prodromici, alle volte improvvisamente scoppia l'accesso vero e proprio, spesso contrassegnato da salve di sternuti a ripetizione (10-20 e più di seguito) o da una abbondantissima secrezione gocciosa del naso (rinorrea), per cui il malato può in pochi minuti inzuppare 10-20 fazzoletti. Tutta questa sintomatologia tende di regola ad attenuarsi durante la notte per riacutizzarsi la mattina. La febbre specie da noi in Italia, non è un sintoma necessario. Altre manifestazioni cliniche delle pollinosi sono le riniti e le congiuntiviti. Da questi fenomeni di modesta entità clinica, si passa per gradi all'attacco di vero e proprio asma bronchiale.

L'asma bronchiale, pur avendo in comune con le pollinosi l'origine, o, come si dice in termine medico, la patogenesi, differisce da queste ultime per alcune particolarità, che ora esamineremo. Esso, innanzi tutto, insorge in soggetti, che per ereditarietà o per speciale costituzione (diatesi artritica) vi sono in particolar modo predisposti: colpisce tutte le età, quindi anche l'infanzia, in cui peraltro acquista un andamento un po' diverso. Nell'età adulta le classi più colpite sono in genere quelle più agiate, appunto perchè in tali classi, per il vitto più abbondante e più ricco di sostanze puriniche (carni, cacciagione ecc.),

si va più facilmente incontro alla diatesi artritica. A differenza delle pollinosi, l'asma bronchiale scoppia per lo più di notte, spesso dopo qualche ora di sonno: il suo inizio alle volte è preceduto da prodromi, alle volte è improvviso. L'attacco di asma consiste in una speciale difficoltà di respiro, con inspirazione breve, ed espirazione molto prolungata, fischiante: per il prolungamento della fase espiratoria, il numero dei respiri al minuto non è aumentato, anzi è diminuito. Questo è un primo carattere differenziale da un'altra specie di dispnea, quale si osserva per es. in un bambino affetto da difterite laringea: in questo caso l'aria non può entrare nei polmoni perchè trova difficoltà a passare attraverso il laringe, enormemente ristretto dalle pseudomembrane difteriche: nell'asmatico invece l'aria non può entrare perchè il polmone è già occupato dall'aria precedentemente respirata e che trova difficoltà ad uscire per uno spasmo, che restringe il lume dei piccoli bronchi. In tutti e due i casi si stabilisce la « fame di aria»; ma mentre il difterico diventa ben presto cianotico, l'asmatico è per lo più pallido, e, diventa cianotico, solo quando l'attacco dura da molto tempo. L'atteggiamento dell'asmatico poi è caratteristico: in genere egli è seduto sul letto, o su di una sedia accanto alla finestra: le sue mani cercano istintivamente un punto di appoggio, non per sorreggersi, ma per aumentare lo sforzo dei muscoli espiratori, tendenti a liberare il polmone dall'aria superflua, per la quale il polmone stesso, sebbene in via transitoria, aumenta di volume. Da tutto ciò scaturisce il torace « a botte » dei medici. Il polso può essere normale o leggermente aumentato di frequenza: il malato è coperto da sudori freddi e dà l'impressione ai circostanti di essere in uno stato particolarmente grave. Ma dopo due o tre ore insorge la tosse e con la tosse l'emissione di un escreato abbondante, bianco o grigiastro, schiumoso, alle volte tinto di sangue. Con ciò l'accesso tende a scomparire: il respiro ridiventa libero e l'ammalato si addormenta di un sonno tranquillo.

L'attacco di asma in sè e per sè non è pericoloso, ma a lungo andare può dar luogo a complicazioni. Mentre in alcuni individui, infatti, un attacco di asma può rimanere isolato per tutta la vita, in altri, e sono i più, esso si ripete più facilmente a distanza di tempo variabile. Ora col ripetersi degli accessi d'asma, l'aumento del volume dei polmoni, che abbiamo visto essere transitorio, può diventare permanente: si stabilisce così un enfisema polmonare, che a sua volta fa risentire le conseguenze sul cuore: in definitiva vengono ad essere lesi i due grandi apparati respiratorio e circolatorio.

Non sempre l'attacco di asma si svolge con la sintomatologia descritta. Molte volte si hanno le forme così dette fruste, che cioè non presentano tutta la sintomatologia: così, pure essendo presente il parossismo dispnoico, può mancare la ipersecrezione: così bisogna segnalare l'esistenza di certi catari bronchiali che giungono all'improvviso e rapidamente scompaiono, senza causa riconoscibile: ritornano periodicamente, talora a scadenza fissa e rappresentano con l'ipersecrezione, senza dispnea, l'attacco asmatico.

Pollinosi, asma da fieno, asma bronchiale, fanno tutte parte di quelle malattie così dette allergiche, di cui vedremo qualche altro esempio nel prossimo numero. Esse consistono in una rottura dell'equilibrio, normalmente esistente, tra i due sistemi nervosi del vago e del simpatico. Tale rottura è determinata dall'introduzione nell'organismo (per qualunque via tale introduzione avvenga) di speciali sostanze vegetali, animali o medicamentose, verso cui l'organismo, per speciale predisposizione dovuta all'ereditarietà, alla costituzione ecc., si era sensibilizzato. La fine dell'accesso coincide col ritorno allo stato di equilibrio dei due sistemi nervosi anzidetti. Ciò si ottiene o spontaneamente dopo un tempo più o meno breve, oppure con la somministrazione di determinati farmaci.

Ma ciò non basta, perchè così agendo, noi tronchiamo l'accesso, ma non mettiamo un riparo a quel particolare stato, così detto allergico, per cui l'accesso stesso si può riprodurre da un momento all'altro. E solo da una modificazione della costituzione, con una desensibilizzazione dell'organismo verso la sostanza

specifica e con l'istituzione di un perfetto equilibrio del sistema neuro-vegetativo il paziente potrà sperare di evitare quelle complicazioni a carico dei polmoni e del cuore, che prima o dopo si stabiliscono in ogni asmatico, non solo, ma potrà sperare di ritornare in condizioni di salute tali, che gli permettano l'esplicazione di tutta la sua attività.

Questi concetti generici di cura, nell'attuazione pratica consistono innanzi tutto in una serie di ricerche sierologiche di laboratorio con le quali è possibile stabilire quale polline nel singolo caso è responsabile dell'attacco asmatico. Trovato questo agente specifico se ne prepara un vaccino: la ricerca di tale polline non è facile, cosicchè può avvenire che il vaccino preparato non dia gli effetti attesi. Allora si potrà ricorrere all'uso di medicamenti aspecifici, come per esempio il calcio, che agisce sul sistema neuro-vegetativo, alle iniezioni intradermiche di peptone, che serve a desensibilizzare l'organismo, oppure all'autoemoterapia (iniezioni nei glutei di sangue tolto da una vena dell'individuo stesso). Ma tutto ciò non può essere tentato dall'infermo: ci vuole non solo la guida del medico, ma l'opera personale di questi, trattandosi di iniezioni o di piccoli interventi molto delicati, che non possono essere affidati a mano inesperta. Solo così l'infermo potrà sperare di tornare in quelle condizioni di salute, che gli permettano l'esplicazione di tutta la sua attività.

Rassegna di articoli di igiene.

Viva cien anos — Editr.: Soc. de Orientación y Educ. Sanitaria, Buenos Aires.

— Gennaio 1936.

A. GALVARIAN, *I benefici della vita di spiaggia.*

A. FOURNIER, *Non a tutti conviene il bagno di mare.*

I. SANTILLON, *I bagni di rena.*

P. ALVAREZ, *La insolazione.*

I. ALMEYDA, *La febbre tifoidea.*

I. GOLFRAUER, *Le emorragie polmonari.*

— Febbraio 1936.

I. GOLFRAUER, *L'emorragia cerebrale.*

I. A. LOPEZ, *Il cancro dello stomaco è curabile purchè preso all'inizio.*

— Marzo 1936.

A. GRAPIOLO, *Che cosa è la febbre?*

I. GOLFRAUER, *L'emorragia cerebrale.*

L. PERRY, *Quale deve essere il mio peso?*

A. COVARO, *Le lesioni dei menischi.*

A. BOIS, *Vita all'aria libera.*

— Febbraio-Marzo 1936.

I. GOLFRAUER, *L'emorragia cerebrale.*

L'A. fa rilevare la frequenza e l'estrema gra-

vità dell'emorragia cerebrale, le sue conseguenze immediate e tardive, le cause che la provocano, i sintomi principali; espone infine brevemente il trattamento di urgenza e le cure ulteriori e dà gli opportuni consigli igienici per evitare l'insorgenza dell'emorragia cerebrale.

Vita Ratgeber — Soc. Editr. «Vita» Lebensversicherung A. G. Zurigo — Aprile 1936, N. 16.

Salute spirituale.

L'annuncio della primavera.

I tempi cambiano.

Quale luogo di cura sceglieremo.

Assicurazione di una rendita.

L'oblio quale conforto spirituale.

Gioie del giardino.

La tragedia degli obesi.

Im Dienst der Gesundheit — Editr. Comp. An. «Basler», Basilea — Dicembre 1935.

OSCAR HUG, *Gioie e dolori dello sci.*

F. HEIM, *Alimentazione invernale e cure depurative.*

S. VALEMAR, *Regime giornaliero e salute grazie alla alimentazione.*

E. KOCK, *Sonno, insonnia.*

Alcune attività del Servizio Sanitario

Capitali dei contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1935.

Portafoglio diretto e preconstituito (assicurazioni ordinarie e collettive con visita medica all'ingresso)	L. 53.770.127
Portafoglio diretto senza visita medica	» 4.540.291
Portafoglio assicurazioni popolari	» 4.022.279
Cessioni legali e riassicurazioni (quote a carico dell'Istituto)	» 13.504.213
Totale	L. 75.836.910

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

	Quinquennio 1931-1935	1° trimestre 1936	Totale
Interventi per:			
1) Cancro ed altri tumori	42.787	—	42.787
2) Malattie delle ghiandole endocrine	12.000	—	12.000
3) Malattie apparato circolatorio	21.648	—	21.648
4) Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	66.861	8.891	75.752
5) Malattie apparato respiratorio	11.500	—	11.500
6) Malattie apparato digerente	327.486	20.077	347.563
7) Malattie apparato urinario e genitale	165.908	1.359	167.267
8) Malattie della gravidanza e del parto	10.200	—	10.200
9) Malattie della pelle e tessuto cellulare	13.304	—	13.304
10) Malattie delle ossa e degli organi della locomozione	16.881	2.450	19.331
<i>Totali</i>	688.575	32.777	721.352

Notiziario**Istituto Nazionale delle Assicurazioni**

Direzione Generale: ROMA - Via Sallustiana 51

AVVISO DI CONCORSO

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni bandisce un concorso a premi per num. 1 pubblicazione di medicina preventiva destinata ai propri assicurati.

La monografia deve contenere una *chiara e semplice esposizione di norme atte a prevenire le affezioni del cuore e dei vasi sanguigni e le norme che possano consentire una vita relativamente lunga e di lavoro proficuo a coloro che da tali affezioni fossero stati colpiti.*

Essa deve essere contenuta nei limiti da un minimo di 50 ad un massimo di 100 pagine a stampa in formato 16°.

Il lavoro deve essere originale ed inedito: deve essere inviato in cinque copie dattilografate alla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, Servizio Sanitario, non più tardi del quindici ottobre 1936 (15/10/1936-XIV).

Gli autori firmeranno il lavoro con un motto che sarà ripetuto su una busta chiusa e sigillata, nella quale dovrà essere contenuto il loro nome e l'indirizzo.

Il lavoro approvato dalla Commissione giudicatrice e quindi premiato diventerà di proprietà assoluta dell'Istituto.

L'Istituto mette a disposizione della Commissione giudicatrice un premio di **L. 5000.**

Roma, 20 gennaio 1936-XIV.

IL DIRETTORE GENERALE
GIORDANI

Corso di Medicina Sociale

Il giorno 8 Febbraio u. s. la Prof.ssa Sig.na Elena Fambri la cui molteplice attività di studiosa è ben nota a quanti si occupano di medicina sociale ha tenuto la prolusione del suo corso nell'aula dell'Istituto di Medicina Legale in Roma.

Il tema « La Medicina Sociale ed una delle sue armi più formidabili » è stato trattato dalla Fambri con ampiezza di concezione ed in forma elevata interessando vivamente il numeroso uditorio che alla fine tributò alla valente oratrice un caldo applauso.

La Seconda settimana della "Diagnosi Precoce",

Per iniziativa della Federazione Nazionale per la lotta contro la tbc. si è tenuta dal

29 Marzo al 4 Aprile corrente la campagna antitubercolare dell'anno XIV°. Hanno collaborato o a tale imponente manifestazione di medicina sociale la Croce Rossa Italiana, l'Ist. Naz. Fasc. Prev. Sociale ed i Consorzi Provinciali Antitubercolari del Regno.

L'apertura della settimana è stata caratterizzata da una solenne adunata al Teatro Reale dell'Opera il 29 Marzo nella quale con un nobile discorso il Prof. Petraghani Direttore Generale della Sanità Pubblica ha illustrato le ragioni ideali e pratiche per cui il popolo della nuova Italia deve contribuire in unità di sentimenti e di propositi a questa benefica crociata.

Il 5 Aprile giorno di chiusura si è celebrata la giornata delle « Due Croci » ed iniziata la campagna per il francobollo antitubercolare, manifestazione svoltesi ovunque con la partecipazione e il più schietto consenso di tutto il popolo.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni VitaL'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita
allo stato attuale

Dott. FERNANDO VICENTINI

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

L'importanza del problema dell'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita è legata da una parte alla grande diffusione di questa malattia, dall'altra alla molteplicità ed alla gravità delle sue localizzazioni nei vari apparati dell'organismo.

Fu questo dei sifilitici uno dei rischi tarati tra i primi ad essere preso in considerazione dai medici delle Compagnie di assicurazione vita e fu su le loro indicazioni che le Compagnie stesse cominciarono da prima con molta prudenza, poi più speditamente a far beneficiare questi malati della previdenza assicurativa.

Nel presente articolo ci occuperemo dei criteri di un tempo e di quelli attualmente in uso per l'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita. In un successivo lavoro tratteremo la prognosi della sifilide cercando di seguire la via indicata del Romanelli nel 1917 nella prima seduta della Commissione per lo studio dei rischi tarati, in seno all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni: « *Stabilire 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* ».

Non possiamo tuttavia esimerci dal richiamare qui brevemente alcune notizie generali sulla prognosi della sifilide, dal punto di vista clinico.

Ricord distinse nel decorso della sifilide tre periodi: primario, secondario, terziario; ma questa classificazione è andata gradualmente perdendo di importanza ed oggi è più proprio parlare di fenomeni sifilitici primari o secondari o terziari o meglio ancora di sifilide precoce e tardiva.

Sorvoleremo qui per ovvie ragioni sulla sifilide primaria e secondaria: le manifestazioni di tali periodi in genere sottoposte a cura adatta, guariscono, nè alcun rapporto può stabilirsi tra i caratteri dell'ulcera o delle manifestazioni secondarie e l'evoluzione ulteriore della infezione. Sono le lesioni prodotte dalla sifilide terziaria o tardiva quelle che ci interessano, in quanto che danno un'impronta affatto particolare a questa malattia. Esse indicano che in un dato individuo la sifilide non ha detto la sua ultima parola e che nulla impedisce che in un avvenire più o meno lontano essa potrà dirigere la sua azione su di un organo vitale (Bayet).

La prognosi quindi della lues è in stretto rapporto col numero delle localizzazioni viscerali latenti e manifeste, alla produzione delle quali possono contribuire molte condizioni dell'organismo nel quale essa è insediata. Perciò non va trascurata la nozione del terreno nel quale l'infezione evolve: sono aggravanti le lesioni del cuore, dei vasi e del sistema nervoso precedenti all'inizio della malattia e così pure l'età avanzata del soggetto.

Campana nel suo classico libro: « Dei morbi sifilitici e venerei » scrisse: « un fatto è sicuro, che della gravità o non della sifilide è questione più di terreno che di germe. E questo terreno è modificato da stati fisiologici speciali e da condizioni morbose. Non vi è morbo che si escluda nella sifilide, anzi essa è aggravata variamente da alcuni di questi. Così conside-

randone diversi troviamo : alcoolismo, nicotismo, morfinismo, avvelenamenti lenti per mercurio, arsenico, piombo ecc.; malaria, obesità, diabete, infezione tubercolare e scrofola, morbi acuti infettivi ecc. ».

Importante è la conoscenza del tempo trascorso dalla infezione e dalle ultime manifestazioni specifiche. Il tempo è sicuramente un correttivo dell'infezione, grazie alla spontaneità curativa dell'organismo, che si manifesta in molti casi. Non tutti i sifilitici infatti, giungono al terziarismo anche tra coloro che non si sono curati od hanno fatto cure incomplete.

Nè d'altra parte si deve confondere la prognosi generale della sifilide con quella del terziarismo. Molte forme terziarie (cutanee, osteo-periostee, testicolari) non costituiscono un pericolo immediatamente diretto per il malato. Il vero danno grave ripetiamo, risiede nelle localizzazioni viscerali e specialmente in quelle del sistema nervoso. È perciò di grande interesse la conoscenza del come si aggruppano dal punto di vista cronologico queste lesioni.

È verso il terzo ed il quarto anno che esse sono più frequenti : a partire da questo momento esse decrescono rapidamente, fino all'undicesimo anno per divenire molto rare dopo venti anni dall'infezione.

È opinione generale che di tutte le lesioni viscerali le più temibili per la gravità loro e la frequenza sono quelle che colpiscono il sistema nervoso centrale. Veramente secondo alcuni, tra i quali Hecher, si andrebbe da qualche tempo manifestando uno spostamento del campo della sifilide terziaria dal sistema nervoso all'apparato circolatorio : « la sifilide del cuore e quella dell'aorta — egli dice — sono diventate, in luogo della tabe, le manifestazioni dominanti della sifilide organica e richiedono la massima attenzione da parte dei medici ».

Le malattie del sistema nervoso prodotte dalla sifilide vanno divise, secondo Strümpell, in due gruppi : il primo gruppo comprende quelle malattie nelle quali sotto l'azione di una infezione sifilitica progressiva si sviluppa una degenerazione lenta di certi tratti di fibre e cellule ganglionari per un processo non ancora ben noto, forse per l'influenza di tossine.

Ad esse appartengono la tabe dorsale e in parte anche la paralisi progressiva.

Nel secondo gruppo vanno poste le alterazioni immediate sifilitiche, prodotte dall'azione della spirocheta stessa. Tali malattie sono caratterizzate dallo sviluppo di una neoformazione gommosa specifica nel midollo spinale, nel cervello, nelle meningi, nei vasi sanguigni (sifilide del midollo spinale, sifilide cerebrale, meningite gommosa ecc.).

Questa distinzione ha una notevole importanza prognostica perchè nelle malattie di questo ultimo gruppo una cura tempestivamente istituita può essere seguita dal più brillante dei successi, determinando la decomposizione e scomparsa delle neoformazioni gommosi. Di guisa che se il tessuto è ancora in stato di poter funzionare, scompariranno tutti i sintomi di patologia. Ciò purtroppo non è possibile ottenere per le malattie del primo gruppo : tabe dorsale e paralisi progressiva.

Non è qui il luogo di soffermarci per quanto sarebbe molto interessante il farlo, ad esaminare particolarmente queste due veramente temibili malattie. Ci limiteremo a ricordare che la tabe dorsale segue all'infezione luetica dopo un periodo che oscilla tra 5 e 15 anni ; però è anche da notare che l'inizio clinico di essa non coincide con quello anatomo-patologico.

Il suo decorso è cronico e progressivo ; la malattia può durare anni, ed anche qualche decennio, cosichè molti malati raggiungono un'età piuttosto avanzata. Guarigioni vere e proprie di questa affezione non ne sono ancora state sicuramente descritte. Esistono però dei casi di tabe stazionaria con periodi di sosta di varia durata, e vi sono pure dei casi di tabe rudimentaria nei quali uniche manifestazioni sono : la rigidità pupillare, l'abolizione dei riflessi patellari ecc. In questi casi si ha naturalmente, ma non sempre, un peggioramento finale.

Sulla valutazione dei risultati ottenuti con la cura specifica, i pareri dei vari autori sono discordi : alcuni riferiscono di aver ottenuto dei risultati buoni, altri si dichiarano invece piuttosto scettici.

Ancora peggiore è la prognosi della paralisi progressiva. Questa malattia che ormai è dimostrato essere costantemente legata dal punto di vista etiologico alla lues, colpisce i

sifilitici nella proporzione di circa il 5 - 10%. La sua insorgenza è favorita e la sua evoluzione è affrettata da numerosi fattori: costituzione, alcoolismo, strapazzi fisici e psichici, traumi ecc. L'esito è generalmente infausto. Di essa vi sono alcune rare forme a durata brevissima (pochi mesi) ed altre, ancora più rare, a durata lunghissima (15 - 20 - 30 anni).

La grande maggioranza degli infermi muore tra i due ed i quattro anni dall'inizio apparente del male (Mattirolo). Ricordiamo però che la demenza paralitica può presentare dei periodi di sosta ed anche di remissione spontanea di varia durata da un mese, ad uno o due anni.

La affatto oscura prognosi della paralisi progressiva è cambiata da qualche anno e cioè da quando è stata introdotta da Wagner la malario-terapia nella cura di questa gravissima infermità.

Il dottor Marsella si è già occupato su queste colonne dell'importante argomento; riportiamo pertanto alcuni dati desunti da tale lavoro.

La malario-terapia si è rapidamente diffusa in tutto il mondo. I casi osservati e curati ascendono ormai a diverse migliaia ed anche in Italia il metodo di cura è divenuto di uso corrente. Vi sono ancora alcuni scienziati che si dichiarano contrari o scettici, ma si tratta di una minoranza esigua, che scompare di fronte al grande numero dei giudizi favorevoli. Secondo Wagner le guarigioni ottenute ascendono all'83%; anzi egli è di opinione che si potrebbe arrivare fino al 100% se la malarioterapia fosse praticata all'apparire dei primi sintomi. Certo queste cifre sono molto, forse troppo ottimiste, ma si può sicuramente affermare sulla base della statistiche dei vari autori, che si ottengono certamente il 30% di remissioni complete. I paralitici malarizzati possono dividersi in cinque gruppi:

- 1°) remissione completa: ritorno alla ragione ed al normale esercizio delle facoltà mentali: 30%;
- 2°) remissione effettiva di alto grado, ma incompleta per la persistenza di leggero deficit mentale: 20%;
- 3°) remissione di modico grado: miglioramento che permette il ritorno in famiglia ma non al lavoro: 20%;
- 4°) nessun miglioramento: 20%;
- 5°) morti in connessione alla cura malarica: 10%.

Affatto recentemente Carlson ha rilevato che mentre il 66% di pazienti non trattati con la malarioterapia erano morti entro un anno dal loro ingresso in ospedale, dei malarizzati ne morì solo il 26% (su 209 casi). Nel secondo anno persistette il vantaggio dei malarizzati e dopo cinque anni, dei pazienti sottoposti alle cure comuni ne rimanevano in vita solo tre, mentre di quelli trattati con la malarioterapia il 51% erano viventi ed il 43% in buone condizioni.

La sifilide terziaria ha una particolare predilezione per le arterie. Soprattutto colpita risulta l'aorta, vengono poi le arterie medie e piccole. La aortite sifilitica è stata per molto tempo confusa con l'arteriosclerosi dell'aorta e ciò fino a che Heller e Döhle nel 1885 ne misero in evidenza le precise particolarità anatomiche chiamandola mesoaortite sifilitica. La aortite è una conseguenza piuttosto frequente della sifilide specialmente se si tiene conto dei casi nei quali essa decorre ignorata o con scarsi sintomi. Dalle statistiche risulta che nei sifilitici l'aortite si trova dal 30 all'80% dei casi. La distanza dall'infezione primaria varia da 5 a 40 anni. La malattia dura in media un paio di anni; ma vi sono casi di molto maggiore od anche di molto minore durata. Queste diversità di decorso sono in rapporto con la precocità della diagnosi e con la possibilità di una cura ben condotta come pure con la violenza dell'infezione e con la comparsa più o meno precoce di complicazioni quali le coronariti, l'insufficienza delle valvole aortiche, gli aneurismi ecc. (Sisto).

Secondo Romberg i malati di sifilite aortica muoiono per un terzo di insufficienza cardiaca, per un sesto di angina di petto, per un sesto per rottura di aneurisma; gli altri di malattie intercorrenti.

La sifilide delle arterie medie e piccole è meno frequente della sifilide aortica : le arterie più di frequente colpite sono le coronarie, quelle della base del cervello (poligono di Willis), di rado le addominali. Facilmente comprensibili sono le conseguenze legate a queste localizzazioni.

Secondo i classici il fegato risulterebbe colpito dalla sifilide con una frequenza che vien subito dopo quella del sistema nervoso. Noi riteniamo però che per frequenza ed importanza dopo le localizzazioni nervose debbano porsi quelle dell'apparato circolatorio e poscia quelle del fegato. Ciò appare evidente se si pensa che le alterazioni sifilitiche delle arterie costituiscono in un gran numero di casi il substrato delle alterazioni che la lues imprime nei diversi tessuti, organi ed apparati.

Nella sifilide del fegato bisogna distinguere una forma gommosa ed una forma interstiziale.

La prognosi è strettamente legata al grado ed alla qualità delle lesioni : così la forma interstiziale ha una prognosi peggiore in quanto che conduce fatalmente alla cirrosi ; invece la forma gommosa è suscettibile di miglioramento ed anche di guarigione, purchè si intervenga in tempo con adatta cura.

Queste sono le più gravi e le più frequenti manifestazioni viscerali della sifilide terziaria. Ma occorre ancora e sempre insistere sul fatto, importantissimo dal punto di vista della diagnosi e della prognosi, che la lues può insediarsi in qualunque organo e produrvi danni cospicui e talora irreparabili.

Un elemento prognostico di notevole importanza è l'influenza della cura seguita, purchè per cura si intenda un trattamento sufficiente non solo a far scomparire le lesioni primarie ma capace di dare una garanzia per l'avvenire. È cosa ormai accertata che le manifestazioni terziarie sono più frequenti nei malati che non sono stati curati o che lo sono stati insufficientemente ; ma è altresì cosa sicura che la sifilide è malattia curabile e guaribile : non è facile dire con esattezza in quali proporzioni, ma ciò risulta dall'esperienza di tutti i sifilografi.

Minore importanza dal punto di vista dell'assicurazione vita ha la sifilide ereditaria in quanto che essa si riscontra con poca frequenza nelle età dell'assicurazione (in genere sopra i venti anni) ed in tali età fa uno scarso numero di vittime.

*
* *

In rapporto all'ingresso in assicurazione vita i sifilitici possono dividersi in tre gruppi : 1° sifilitici confessi ; 2° sifilitici che ignorano la loro malattia ; 3° sifilitici che scientemente negano la loro malattia.

Molto importante è qui l'opera del medico fiduciario e grande la sua responsabilità.

Di fronte ad un sifilitico confessso è suo compito informarsi in quale epoca egli abbia avuto le prime manifestazioni della malattia, se sia passato al periodo secondario od anche al terziario ; da quanto tempo infine è libero da ogni manifestazione. Chiederà all'assicurato quale cura abbia fatto, per quanto tempo e con quali risultati ; se abbia preso moglie e se questa abbia avuto figli od aborti o nati morti. Sottoporrà quindi l'aspirante ad un accuratissimo esame medico, nel quale porterà la sua attenzione particolarmente sull'apparato cardiovascolare e sul sistema nervoso, ma non dimenticherà che la sifilide può aver colpito e aver lasciato traccia di sé in ogni organo, in ogni apparato.

Praticherà inoltre o farà praticare la reazione di Wassermann od altra reazione sierologica.

Oggi il maggior numero dei sierologi è del parere che nessun metodo di flocculazione o precipitazione debba essere usato da solo ma che è invece molto utile praticare contemporaneamente la reazione di Wassermann ed una o più sieroreazioni di precipitazione, traendo una conclusione dal complesso delle risposte. Un raffronto tra i diversi metodi di flocculazione ha dimostrato che la reazione di Kahn è attualmente una di quelle che hanno maggior valore.

I casi di sifilide ignorata sono tutt'altro che rari sia in forma di sifilide ereditaria che acquisita ; sia perchè in quest'ultima la lesione primaria è trascorsa inosservata e sono anche

mancati i fenomeni ulteriori, sia perchè tali fenomeni sono decorsi in maniera così blanda e fugace da essere alla loro volta rimasti inavvertiti. Specialmente nelle donne è frequente la sifilide ignorata, per quanto non è rara nemmeno negli individui di sesso maschile. Occorre perciò di tener presente che l'importanza della sifilide in patologia è tale che la nozione di una etiologia sifilitica possibile deve essere quasi sistematicamente posta in discussione tutte le volte che ci si viene a trovare in presenza di una affezione organica i cui sintomi non sono nettamente quelli di una malattia definita.

Bisogna saper cercare e saper riconoscere la sifilide in presenza di una lesione dell'aorta o delle valvole aortiche, in presenza di un'emiparesi verificatesi in un soggetto giovane, di una paralisi facciale od oculare, di fenomeni gastrici simulanti l'ulcera, di fenomeni polmonari simulanti la dilatazione bronchiale od anche la tubercolosi, in presenza di una nefrite subacuta o di una nefrite cronica, di un fegato grosso o di una sindrome di ipertensione arteriosa.

Ma in qualche caso basterà molto meno per mettere il fiduciario accorto sulla strada retta; piccoli segni possono essere rivelatori della pregressa infezione: adenopatie specie nucaali ed epitrocleari; qualche cicatrice raggiata; qualche placca di leucoplasia labiale o boccale, qualche disturbo del linguaggio ecc. Qualche volta saranno i noduli che restano dopo le iniezioni di mercurio che richiameranno l'attenzione del medico. Saranno soprattutto i piccoli segni che gli permetteranno di sottoporre ad uno stringente interrogatorio l'assicurato che cerca di occultare la malattia ed indurlo in qualche caso a confessare o per lo meno ammettere qualche cosa.

Ogni sifilitico mentisce ed in qualità di candidato alle assicurazione vita mentisce maggiormente (Hecher). Ciò può avvenire per innato pudore oppure perchè l'assicurato non ha dato grande importanza alla malattia sofferta od infine, ed è questo il caso più frequente, perchè egli teme di non essere accettato in assicurazione o di essere accettato a condizioni a lui non convenienti.

Una indagine fatta da Bascko sul materiale della compagnia « La Vittoria » di Berlino, ha dato come risultato che in quei casi in cui la morte doveva attribuirsi in modo assoluto o con molta probabilità alla sifilide, soltanto il 16 % avevano denunciato la malattia.

Il Romanelli nel 1913 esaminando le polizze sinistrate del portafoglio preconstituito dell'I. N. A., notò che per le polizze sinistrate per paralisi progressiva, nell'anamnesi era stata dichiarata la sifilide solo dal 15,3 % degli assicurati. Più recentemente Barnabei ha ricercato nei sinistri per tabe dorsale del periodo 1913-1930 (I. N. A.: portafoglio con visita medica) da quanti assicurati fosse stata dichiarata lue all'ingresso. Ebbene nessuno degli assicurati morti aveva dichiarato di aver contratto tale malattia.

Alcuni medici di assicurazione in Germania, tenuto conto della forte mortalità fra gli assicurati per malattie addebitabili alla sifilide e dello scarso numero degli assicurandi che dichiara la sifilide all'ingresso, proposero parecchi anni fa, che per tutti gli assicurandi indistintamente si procedesse all'esame del sangue per la Wassermann. E' molto interessante il giudizio che su tale proposta espresse il Romanelli nel 1915: « Dal punto di vista teorico io credo che quei medici abbiano ragione. Quando la reazione sarà più diffusa nel pubblico, quando il sangue si estraesse non da una vena del braccio, perchè in questo caso l'atto cruento assume per il profano di medicina un'importanza maggiore, ma invece si estraesse dal dito così come si estrae il sangue per eseguire la reazione di Widal per il tifo; quando la reazione di Wassermann sarà più perfezionata e saranno unificati i vari metodi per eseguirla allora con tutte le riserve per la maggiore e più forte spesa di acquisizione di contratti che gli istituti di assicurazione dovranno sopportare, si potrà mettere in attuazione la proposta di quei medici. Ora noi ne siamo ben lontani ed è noto come i malati, i quali ricorrono al medico per farsi curare, si rifiutano spesso di sottoporsi alla estrazione del sangue per la reazione di Wassermann. E sicuramente molti assicurandi certo non sifilitici, si sentirebbero offesi per la richiesta della reazione ed abbandonerebbero l'idea di assicurarsi ».

Oggi a distanza di venti anni si richiede correntemente la reazione di Wassermann per assicurazioni per somme importanti onde affermare la guarigione della sifilide denunciata e tutte le volte in cui all'esame clinico risulta il sospetto che l'assicurato malgrado le cure fatte non sia guarito, od abbia taciuto la sifilide. Nè si incontrano più o quasi le difficoltà sopra esposte dal Romanelli ad indurre l'assicurato a farsi praticare tale reazione.

Ma occorre qui ricordare che la reazione di Wassermann mentre ha valore indiscusso se positiva, non lo ha altrettanto quando riesce negativa. Tale negatività è spesso la conseguenza di adatte cure istituite, anche se recentemente iniziate, cosichè un luetico può con tale mezzo celare la sua malattia all'ingresso in assicurazione. In tali casi sarebbe di grande utilità possedere un mezzo che permettesse al medico fiduciario di avere almeno il fondato sospetto di una infezione luetica. Ricerche recenti sulla eliminazione nelle urine dei medicamenti usati nel trattamento della lues hanno dimostrato che il bismuto è svelabile con particolare evidenza nelle urine dei soggetti ai quali è stato somministrato per iniezione. La eliminazione attraverso il rene continua, fatto di notevole importanza, per molto tempo dopo la sospensione della cura. M. Biasiotti ha fatto recenti interessanti ricerche, pubblicate in « Assistenza Sanitaria », 15 agosto 1935, sulla eliminazione urinaria del bismuto servendosi del metodo degli stanniti alcalini secondo Vanino - Ganassini ed è giunto alla importante conclusione che la dimostrazione del bismuto nelle urine con detto metodo costituisce un mezzo semplice e rapido che permette di avere, se non la matematica certezza, almeno il fondato sospetto di una infezione luetica curata ed è quindi di grande utilità in assicurazione vita.

*
* *

Verso la metà del 1899 il comitato del Primo Congresso Internazionale dei Medici di Assicurazione vita inviò una circolare nella quale era annunciata la data del congresso stesso ed era specificato lo scopo della riunione: « I lavori del congresso dovranno approfondire lo stato reale della diagnosi e della prognosi di certe e determinate malattie e le conclusioni circa tali stati morbosi nei riguardi dell'assicurazione sulla vita, che sono di assoluta necessità per le Compagnie ».

Veniva così portata sul tappeto per la prima volta la questione importantissima dell'assicurazione dei rischi tarati. Tra le relazioni al detto congresso era anche quella del Dott. A. Bayet: L'ammissibilità dei sifilitici in assicurazione.

Ma già prima di allora altri medici di assicurazione si erano occupati dell'argomento.

E. Mâreau (1890) così si esprimeva nel suo « Dizionario di medicina ad uso delle assicurazioni sulla vita » a proposito dell'accettazione dei sifilitici:

Sono da accettare:

- 1° ogni proponente sano, nato da genitori sifilitici;
- 2° ogni proponente sifilitico di vecchia data il quale abbia avuto solamente manifestazioni cutanee e mucose o lesioni luetiche benigne dell'occhio, del testicolo e delle ossa, perfettamente curate in tempo opportuno, guarite sotto l'influenza della cura e scomparse da almeno tre anni;
- 3° ogni proponente colpito da sifilide recente, purchè trovisi in buone condizioni generali di salute, si stia curando convenientemente e purchè l'infezione si sia rivelata solamente con ulcera benigna e manifestazioni secondarie superficiali e rare.

Sono da accettare con riserve:

1° Ogni proponente, sifilitico di vecchia data che abbia avuto manifestazioni molto serie ma non veramente gravi, perfettamente curate in tempo debito, guarite sotto l'influenza del trattamento e scomparse da almeno tre anni;

2° Ogni proponente scrofoloso, artritico, o malarico, colpito da una sifilide recente o antica, se si cura convenientemente e se l'infezione di cui è affetto non sembra dover prendere carattere allarmante o ripercuotersi in modo dannoso sulla sua salute generale già mediocre;

3° Ogni proponente sifilitico di vecchia data che abbia avuto almeno 20-40 anni prima delle lesioni terziarie gravi o no, radicalmente guarite e che sembrano non doversi riprodurre.

Sono da rifiutare :

1° Ogni proponente sifilitico che abbia o abbia avuto delle manifestazioni gravi precoci o non : sifilide cachettizzante secondaria profonda, sifilide ulcerosa e fagedenica, manifestazioni terziarie epatiche, renali, e soprattutto cerebrali ;

2° Ogni proponente alcoolizzato, artritico, scrofoloso, tubercolotico o malarico, colpito da una sifilide antica o recente che si è ripercossa in modo grave sulla salute generale od ha provocato degli accidenti diatesici, scrofolo-tubercolari, nervosi ecc.

Alla voce *paralisi progressiva*, si legge : « I proponenti affetti da paralisi progressiva o predisposti a questa malattia, sia per eredità sia per costituzione, debbono essere inesorabilmente rifiutati dalle Compagnie di assicurazione vita ».

Presso a poco della stessa epoca è il volumetto di J. Weill-Mantou che tratta le assicurazioni sulla vita. In esso così trovasi scritto a proposito della sifilide : Certe compagnie non accettano i sifilitici che per delle assicurazioni in forma mista, certe altre non hanno ancora adottato delle regole fisse al riguardo. Spetta al medico giudicare quali siano i sifilitici da accettare e quali da rifiutare. La data dell'inizio della malattia, l'enumerazione e data di comparsa delle sue manifestazioni successive, la natura e la durata del trattamento seguito, dovranno sempre figurare nei rapporti medici come giustificazione della decisione da prendere.

Saranno escluse temporaneamente o definitivamente dall'assicurazione :

1° Tutte le sifilidi in evoluzione ;

2° Tutte le sifilidi a decorso rapido, a manifestazioni maligne recenti ;

3° Tutte le sifilidi non curate o curate insufficientemente ;

4° Tutte le sifilidi sopraggiunte in soggetti più o meno tarati dal punto di vista della tubercolosi o delle affezioni del sistema nervoso ;

5° Tutte le sifilidi che abbiano dato origine a manifestazioni terziarie gravi guarite ed in particolare a manifestazioni a carico del sistema nervoso ;

6° Le sifilidi associate ad altre malattie generali che da sole non condurrebbero al rifiuto (reumatismo, malaria lieve ecc.) ;

7° La sifilide in certe professioni : mercanti di vino, caffettieri, pittori, ecc.

Molto interessante ed esauriente fu la relazione del Dott. Bayet al primo Congresso dei Medici di assicurazione. In essa l'autore trattò della morbilità e della mortalità per sifilide, del decorso di questa malattia delle manifestazioni nei vari periodi e degli elementi della prognosi. Riguardo all'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita così egli si espresse : sarebbe contrario agli interessi delle società di assicurazione il rifiutare sistematicamente le domande provenienti da individui affetti da sifilide, per il solo motivo che essi hanno avuto questa malattia. Ma subito egli aggiunse : quando un aspirante ha avuto la sifilide bisogna esaminarlo con eccessiva prudenza e domandargli delle garanzie sulla sua salute maggiori che per ogni altro individuo.

L'oratore si dichiarò di opinione di dover rifiutare costantemente :

1° Gli aspiranti con sintomi di sifilide secondaria o terziaria in evoluzione ;

2° Gli aspiranti la cui sifilide non risalisse a tre anni ;

di dover rifiutare o rinviare :

3° I sifilitici affetti da alcoolismo ;

4° I sifilitici affetti da malaria ma solo in certe condizioni e cioè quando la malaria abbia impresso alla sifilide un decorso speciale ;

5° I sifilitici che abbiano presentato durante le prime fasi della loro malattia dei sintomi a carico del sistema nervoso (paralisi transitorie, diplopie, epilessia ecc.).

Fatte queste eliminazioni restavano a considerare i casi in pratica più numerosi, nei quali un individuo che abbia avuto la sifilide da più di tre anni e che non ne presenti più traccia, chiede di essere assicurato. Al riguardo ecco il giudizio dell'autore : « Si ammette

ranno tutti i sifilitici che si siano curati per almeno tre anni purchè non abbiano più presentato sintomi di sifilide da un anno. Per i sifilitici che abbiano fatto una cura insufficiente si terrà conto del tempo trascorso dal momento dell'infezione e della data nella quale sogliono comparire le manifestazioni terziarie. Per le donne non occorrerà tener conto della possibilità della tabe, rarissima in questo sesso. Per l'uomo è prudente ammetterlo solo dieci anni dopo la sifilide, termine che potrà essere abbassato tenendo conto dell'età e della lunghezza della cura eseguita. Per i sifilitici che non sono stati curati bisognerà essere molto circospetti, e non ammetterli che quando il tempo passato dall'infezione sembrerà sufficiente. In base alle considerazioni sull'incidenza cronologica del terziarismo si accetterà solo dopo 15 anni dall'infezione il malato che non abbia presentato da lungo tempo dei sintomi provanti che l'infezione non è spenta.

Nella discussione che seguì alla lettura della relazione di Bayet, il Dott. Dufour dichiarò che fino allora egli era stato molto propenso a rifiutare tutti i proponenti affetti da sifilide costituzionale; ora però dopo avere ascoltato la relazione riteneva di essere stato troppo esclusivo.

Il Dott. Haralamb manifestò la sua opinione che tre anni costituivano una cura troppo breve e che sarebbe stato bene aumentare a quattro a cinque anni detto periodo. A lui rispose il Dott. Bayet dicendo che in pratica si sarebbe molto fortunati di poter trovare sempre individui che si sono curati per tre anni, ma che certo è molto meglio se la durata del trattamento è stata maggiore.

Sull'argomento della sifilide nei rapporti dell'assicurazione vita si ritornò nel quarto Congresso di medicina dell'assicurazione vita, tenutosi a Berlino nel 1906; purtroppo non abbiamo potuto avere la relazione e quindi nulla possiamo riferire in proposito.

In Italia il primo lavoro riguardante la sifilide e l'assicurazione vita fu quello del Romanelli comparso nella Sezione Pratica del « Policlinico » del 24 gennaio 1915. In esso l'Autore dopo di aver osservato che la sifilide ha un grande peso sul giudizio del rischio perchè causa di innumerevoli malattie del sistema cardio-vascolare, perchè dà luogo ad alta e precoce mortalità richiamava l'attenzione del medico fiduciario sulle accurate indagini che egli deve fare sull'assicurato sifilitico.

« Se da tutte queste indagini — egli scriveva — risulterà che l'individuo non è ancora guarito dalla sifilide o perchè presenta delle manifestazioni in atto o perchè ha fatto una cura insufficiente o perchè è passato poco tempo dalla cura e dalle ultime manifestazioni, il rischio si deve rimandare. Dal punto di vista clinico noi possiamo dichiarare guarito dalla sifilide e quindi proporlo per l'assicurazione un individuo il quale dopo la manifestazione iniziale ha praticato cure energiche ed adatte per quattro anni consecutivi, durante i quali non ha più avuto manifestazioni e se dopo questi quattro anni sono passati ancora due anni durante i quali l'individuo non ha fatto cure specifiche e non ha avuto alcuna manifestazione, nè presenta in atto ghiandole epitrocleari o nucali ingorgate, nè altri relitti dell'infezione ».

L'autore quindi insisteva sull'importanza della reazione di Wassermann dal punto di vista diagnostico e si augurava che tale metodo di esame si rendesse molto diffuso così che potesse essere praticato correntemente in medicina delle assicurazioni vita. Si occupava infine dell'occultamento della sifilide sofferta da parte degli assicurandi e delle conseguenze possibili.

Concludeva dicendo che dalla maggiore mortalità che proviene dalla sifilide taciuta un Istituto di assicurazione vita può difendersi con l'inserire nei patti contrattuali di polizza la clausola che una sifilide non denunziata può essere in qualunque epoca causa di annullamento del contratto.

Nel 1917 l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni costituì una Commissione per lo studio dei rischi tarati la quale nella seduta del 28 agosto iniziò la trattazione e la discussione dei problemi inerenti l'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita. Relatore dell'importante argomento era il Dott. Romanelli, medico della Direzione Generale, segretario della commissione. Riteniamo di grande importanza far riconoscere ai nostri lettori un sunto di tale relazione.

Il Relatore richiamò anzitutto il suo precedente lavoro (1915) del quale abbiamo testè fatto menzione e quindi passò a trattare 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 nell'anno 1913 (malati poveri curati dai medici municipali a domicilio, negli ambulatori celtici). Riportò pure 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.

Passò quindi a trattare della mortalità per sifilide e osservò 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, del sistema nervoso, dell'apparato cardio-vascolare, dei reni ecc. Riportò in proposito i dati riguardanti la sifilide viscerale desunti dalla statistica degli Ospedali di Roma, per gli anni 1896-1907. Si soffermò sulla sifilide dell'apparato cardio-vascolare ed ancora più diffusamente su quella del sistema nervoso. Riferì interessantissimi dati riguardanti la paralisi progressiva e la tabe dorsale tolti da:

1° Statistiche delle cause di morte nel Regno, anni 1907-1913.

2° Statistica sanitaria degli Ospedali di Roma anno 1913.

4° 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).

Esaminò poscia i contributi recati all'argomento della sifilide ed assicurazione vita, da medici ed attuari di Compagnie di assicurazione (Bayet, Gollmer, Sven Palme, Salomonsen ecc.) e riferì gli studi da lui fatti su 110 sinistri dei portafogli nuovo e preconstituito dell'I.N.A. (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 si verificò nel periodo di mortalità dai 46 ai 55 anni. Le cause di morte che determinarono il maggior numero dei sinistri furono: le malattie del sistema nervoso centrale (40,04 %). La sola paralisi progressiva dette 42 casi di morte; seguono le malattie dell'apparato cardio-vascolare con una percentuale del 17,20 % ed infine la nefrite con il 10 %. In conclusione su 110 casi, 77 individui morirono per la malattia addebitabile alla sifilide (70,07 %).

Dopo di aver esaminato il problema dell'influenza della cura mercuriale sull'ulteriore decorso della sifilide, il R. riferì i criteri di alcuni medici di assicurazione nei riguardi dell'accettazione di questo rischio tarato (Bayet, Feichenfeld, Marsh, De Havilland, Hall, Schroeder, ecc.) ed infine concluse: «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 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 mortalità e della importanza del metodo di cura e della durata di essa nei riguardi della prognosi.

Esaurita la discussione della relazione del Dott. Romanelli, fu letto il questionario compilato dall'Attuario Capo Dott. Tognoli, circa l'assicurazione dei sifilitici.

Ecco il testo integrale del:

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

Si premette che storicamente nello sviluppo dell'assicurazione, quando mancavano ele-

menti 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 possano 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:

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

Si deve dar 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 dal 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 antedurata 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 invece 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 quistionario 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^o/_o, 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^o 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).

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

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

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‰.

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‰.

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‰.

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.

Questi criteri per l'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita rimasero in vigore fino al 1927 epoca in cui fu costituito il Consorzio Italiano per l'assicurazione vita dei rischi tarati, in Roma. Il Consiglio direttivo di detto Consorzio approvò nella seduta del 10 dicembre 1927 la prima edizione delle tabelle di super-mortalità. Venne in esse stabilita una sopra mortalità del 50 % alla sifilide progressa (almeno da due anni) curata regolarmente ed ancora in cura, con reazione di Wassermann negativa, assenza di manifestazioni obbiettive, pressione arteriosa normale, ed una sopramortalità del 125 % alla sifilide progressa con accentuazione del secondo aortico, pressione arteriosa aumentata non più di 20 mm. di mercurio, urine normali.

Riportiamo qui appresso i criteri di accettazione stabiliti dal C. I. R. T. per i sifilitici, nelle successive edizioni delle tabelle di sopramortalità :

1 novembre 1929.

- a) Sifilide contratta da due anni curata regolarmente o ancora in cura, con reazione di Wassermann negativa e senza manifestazione in atto : classe di sopramortalità 50 % ;
- b) Sifilide contratta da un anno e ben curata e senza manifestazioni in atto : classe di sopramortalità da 75 a 125 % ;
- c) paralisi progressiva : rischio da rifiutare.

1° gennaio 1932.

- a) Sifilide contratta da un anno, curata regolarmente o ancora in cura, con W. R. negativa, senza manifestazioni in atto, condizioni generali buone : classe di sopramortalità all'ingresso 50 % ; categoria del rischio : decrescente ; [la taratura decresce in 5 anni fino al 25 % , poi costante 25 %] ;
- b) Sifilide contratta da meno di un anno, ben curata senza manifestazioni in atto condizioni generali buone : classe di sopramortalità all'ingresso 100 % ; categoria del rischio decrescente ; [id. id.] ;
- c) Paralisi progressiva : rischio da rifiutare.

1 gennaio 1935.

- a) Sifilide contratta da almeno un anno, curata regolarmente, con R. W. negativa, senza manifestazioni in atto, condizioni generali buone : classe di sopramortalità 50 % ;
- b) Tutti i casi di sifilide non compresi nella voce a) : classe di sopramortalità da 75 a 200 % , decrescente.

Per i casi di sifilide contratta da meno di un anno, curata regolarmente, senza manifestazioni in atto, con buone condizioni generali viene fatta distinzione secondo l'età del soggetto ; se questo è in età inferiore a 40 anni la classe di sopramortalità è stata stabilita : 75 % costante, salvo revisione dopo un anno ; se invece è in età superiore a 40 anni, 100 % costante, salvo revisione dopo un anno.

Appare bene evidente che i criteri di accettazione dei sifilitici in assicurazione vita sono andati semplificandosi sempre di più in modo da permettere al maggior numero di individui che si sono contagiati di sifilide di beneficiare della previdenza assicurativa. Ma vi è di più : da qualche tempo anche la tabe dorsale che veniva generalmente e costantemente rifiutata è stata in qualche caso ammessa in assicurazione vita. Siamo anzi in grado di precisare che presso il C. I. R. T. vi sono alcuni tabetici assicurati e che il criterio di massima seguito è il seguente : differimento massimo 15-20 anni, età alla scadenza non oltre 60 anni ; classe di sopramortalità 200 % crescente. Ma sulla quistione importantissima dell'assicurabilità dei tabetici ed anche dai paralitici progressivi che abbiamo beneficiato della malarioterapia ritorneremo tra breve.

Ci intretteremo ora brevemente sopra i criteri seguiti da alcune compagnie e consorzi esteri per l'assicurazione dei sifilitici.

Il Consorzio austriaco fa distinzione tra :

- a) lues guarita completamente da oltre 20 anni : sopra mortalità 25 %;
- b) altri casi senza tener conto della reazione di Wassermann e delle modalità di cura ; sopra mortalità 25 %;
- c) lues terziaria (affezioni al palato e al naso) : sopra mortalità 100 %.

Per il Consorzio svedese l'infezione luetica è considerata sempre con una sopra mortalità del 50 %. Se vi sono state recitive o complicazioni intestinali o interessanti il sistema nervoso è applicato un limite di durata all'assunzione e la sopra mortalità è considerevolmente aumentata. Di norma viene data pochissima importanza al risultato negativo della reazione di Wassermann.

Dal trattato di J. Paterson Mac Laren, abbiamo desunto i criteri seguiti dalle compagnie americane ed inglesi per l'accettazione del rischio sifilide. Questa vien fatta :

1° con premi standard se :

a) l'anamnesi familiare dell'assicurando è insospettabile specialmente per quello che riguarda alcune malattie nervose sia funzionali che organiche ; al riguardo la longevità degli ascendenti costituisce il miglior dato prognostico.

b) l'anamnesi personale è eccellente, prescindendo dall'infezione sifilitica.

L'assicurato deve specialmente essere esente da malattie o disturbi nervosi ; la sua pressione deve essere normale ; egli deve essere persona di costumi modigerati :

c) la diagnosi della sua sifilide e l'inizio del suo trattamento sono stati pronti ed adeguato il numero di iniezioni di mercurio o di arsenico fatte per la durata di due anni ;

d) il periodo primario è stato fatto abortire dalla cura o almeno il periodo secondario è rimasto scarsamente documentato ; non vi è stato assolutamente alcun segno di terziarismo ;

e) Vi è stata assenza di ogni sintomo per almeno tre anni dopo che la cura cessò (Wassermann negativa nel sangue e nel liquor).

Questi casi sono accettabili con premi standard per un differimento che non vada oltre i 50-55 anni di età dell'assicurato.

2° Con extra premi : in tal modo vengono accettati coloro nei quali la diagnosi della sifilide non fu fatta prontamente e neppure la cura, o coloro nei quali la malattia è passata al periodo secondario, purchè : siano stati esenti da ogni sintomo per almeno due anni, abbiano avuto un adeguato trattamento arsenicale e mercuriale per almeno tre anni, abbiano una Wassermann negativa riuscita tale due o tre volte negli ultimi sei mesi ; siano per il rimanente rischi perfetti soprattutto per quello che riguarda cuore, vasi, reni, pressione arteriosa.

Nessun caso con Wassermann positiva può essere assicurato. Se la siero reazione è negativa, un aumento di almeno 5 anni sull'età od un extra premio di 5-10 dollari può mettere al riparo per quello che riguarda le possibili degenerazioni arteriose od aortiche, le malattie del cuore e quelle del sistema nervoso.

Meglio di tutto è una polizza con tale extra premio e con un differimento che vada a scadere in età di 50-55 anni.

Casi non assicurabili : assicurandi con lesioni terziarie oppure con lesioni secondarie tardive specialmente quelle che hanno coinvolto il sistema cardiovascolare. Tra gli individui che abbiano avuto manifestazioni nel periodo terziario solo alcuni e con molte cautele possono essere accettati : essi debbono provare che l'infezione e le sue manifestazioni sono state molti anni prima e che dopo adeguato trattamento non si sono più ripetute. Debbono inoltre poter dimostrare di aver avuto una Wassermann continuamente negativa nel sangue e nel liquor. Finalmente il loro apparato cardio-vascolare, il rene e gli altri organi debbono essere indenni.

Alcune compagnie americane adottano un extra premio del 100 % e se ne trovano in vero molto soddisfatte dal punto di vista finanziario. il Dr. Foxworthy nel suo libro : « Life insurance examination » spiegando tale sistema di accettazione così si esprime : « Non ha importanza la lunghezza del tempo trascorso dalla fine della cura, ma è necessario indagare

quale forma di trattamento con salvarsan è stata fatta o quale delle due Wassermann, nel sangue o nel liquor è stata eseguita. È sufficiente che una Wassermann sia stata negativa più di un anno dopo la cessazione di tutti i sintomi. Però dovrebbero essere stati fatti almeno due anni di cura mercuriale e almeno cinque dovrebbero essere passati dalla lesione iniziale. La pressione arteriosa deve essere normale. Casi in queste condizioni possono essere accettati con differimento venti anni per un'età di 35 anni e differimento 15 per un'età superiore.

Ci resta ora da soffermarci sopra la questione della assicurabilità o meno degli individui affetti da tabe dorsale e da paralisi progressiva. La tabe dorsale costituisce generalmente come già abbiamo detto un rifiuto da parte delle Compagnie di assicurazione vita, però da qualche tempo a questa parte in seguito ad un miglioramento della prognosi di tale grave malattia, miglioramento legato ad una diagnosi fatta precocemente e ad una cura specifica tempestivamente istituita, alcuni consorzi di rischi tarati sono entrati nella linea di massima che alcuni tabetici che si trovino in particolari condizioni possono con molta cautela essere accettati. Più sopra abbiamo riferito quale è il criterio adottato dal C. I. R. T.; aggiungiamo qui quello del Consorzio austriaco:

Tabe dorsale: individuo abile al lavoro, senza atrofia dei nervi ottici, senza alcun disturbo della vescica e del retto, sopramortalità 150 %.

Da noi si è recentemente occupato dell'argomento il Dott. Bernabei (1932) il quale è di opinione che « sebbene la mortalità dei tabetici sia notevole, pure alcuni di essi potrebbero essere accettati in assicurazione vita a condizioni speciali da valutarsi caso per caso, tenendo conto di tutti i dati e anamnestici ed obbiettivi e del risultato degli esami di laboratorio ».

La paralisi progressiva è sempre stata uno spauracchio per i medici di assicurazione vita e ciò per la sua sintomatologia multiforme, per i suoi periodi di remissione spontanea che facilitano agli assicurandi l'occultamento della grave malattia e perciò si è molto insistito in articoli e rassegne sopra i sistemi per scoprire specialmente i primi sintomi di tale morbo.

La paralisi progressiva data la sua prognosi assolutamente infausta è stata fino a poco tempo fa implacabilmente rifiutata dalle compagnie di assicurazione. Ho detto fino a poco tempo fa, perchè oggi in seguito alla introduzione ed ai risultati lusinghieri della malario-terapia, si prospettava una valutazione diversa che nel passato, del rischio relativo al paralitico progressivo.

Dell'argomento si è occupato in Italia il Marsella il quale così concluse una comunicazione da lui fatta al congresso di medicina legale del 1933: « La malarioterapia ha valso a modificare il decorso e il quadro morboso della malattia ed ha fatto risorgere gravi problemi clinici e medico legali anche nell'assicurazione vita, sia per quanto riguarda l'assunzione dei rischi, che per la valutazione dei sinistri di invalidità e di morte ».

Ritengo utile riferire qui alcuni giudizi di altri medici di assicurazione vita appartenenti a compagnie estere. Il Prof. Dott. Hecher così si esprime in un suo lavoro dal titolo: « I rischi tarati nell'assicurazione vita ed i più recenti atteggiamenti nel campo della medicina »: Il paralitico, sino a pochi anni or sono rappresentava per l'assicurazione vita un rischio inassicurabile. Noi invece oggi assicuriamo i paralitici per la ragione che con la malarioterapia si può ottenere la guarigione completa. In tal senso decidiamo tutte le volte che siamo ben certi che ciò è possibile, in seguito a rapporti esaurienti dei medici curanti e di specialisti.

Il gruppo dei paralitici che fa parte del nostro portafoglio (Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft) conta oggi un centinaio di casi, di cui non ne abbiamo perduto nessuno. Naturalmente questi rischi si assicurano con adeguato soprapremio e con la scala obbligatoria per il capitale assicurato (in 5 o 10 anni).

I dottori G. Sturm, direttore medico e H. Brix capo attuario della Münchener così scrivono in un lavoro dal titolo: « La elaborazione dei rischi tarati »: Abbiamo seguito e studiato attentamente i risultati della terapia della malaria a suo tempo introdotta dal

Prof. Wagner-Jauregg ed abbiamo chiesto a lui stesso dei pareri. Confortati da questi elementi oggi noi possiamo assicurare paralitici già curati, quando dal medico curante abbiamo ricevuto l'assicurazione che con la piroterapia si è manifestata una piena o quasi piena remissione organica e psichica (arresto o regressione) e quando lo specialista di malattie nervose possa attestare con certezza che il progresso è rimasto stazionario.

La medicina assicurazione vita segue da vicino lo svolgimento ed il progredire della moderna terapia in quanto influisce sulla valutazione dei rischi tarati. Questo interessante argomento ha trattato il Dott. E. Jahoda del Consorzio austriaco, alla Conferenza tenutasi a Copenaghen nel maggio 1931 sulle quistioni riflettenti l'assicurazione dei rischi tarati. Nella sua relazione egli si è occupato anche della malarioterapia della paralisi progressiva: « Secondo le esperienze fatte sembra giustificata l'accettazione di un paralitico quando dopo due anni dalla cura della malaria il sangue ed il liquor risultano negativi e la persona non soltanto è abile al lavoro ma effettivamente lavora. Il comportamento dei riflessi patellari e pupillari non ha in questo caso nessuna importanza. A queste condizioni io riterrei accettabile il rischio col 150 % di supermortalità per 15 anni.

Certo la malarioterapia ha reso meno oscura la prognosi dei poveri infermi colpiti da paralisi progressiva ma noi riteniamo che ci voglia ancora del tempo per potersi definitivamente pronunciare sulla efficacia di tale metodo di cura e che nel frattempo, occorra prendere le debite precauzioni nella accettazione in assicurazione vita dei paralitici malarizzati. È bene inoltre tener presente che proprio le remissioni consecutive a tale terapia possono condurre all'accettazione in assicurazione vita, in buona o in mala fede dell'assicurando, dei rischi pessimi che sarebbero stati sicuramente rifiutati se valutati nella loro effettiva entità.

BIBLIOGRAFIA

1. E. MAREAU, *Dictionnaire de Médecine à l'usage des assurances sur la vie*. — Paris, O. Doin, 1890.
2. *Premier Congrès international des Médecins des compagnies d'assurances*, — Bruxelles, 1899. Rapports. Procès verbaux des séances publiés par le Dr. Poëls.
3. I. ROMANELLI, *Policlinico, sezione pratica*. — Gennaio 1915.
4. I. ROMANELLI, *La siflide in rapporto all'assicurazione vita*. — « Rivista Ospedaliera », 1918, nn. 20-21.
5. M. COSTABILE BARNABEI, *La tafe dorsale in rapporto all'assicurazione vita*. — « Rassegna della previdenza sociale », 1932.
6. F. MARSELLA, *Nuovi concetti medico-legali sulla demenza paralitica specialmente in rapporto all'assicurazione vita*. — « Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicina Legale », 1933.
7. F. MARSELLA, *L'influenza della malarioterapia nel decorso, nella prognosi e nei criteri di valutazione medico-legale della demenza paralitica*. — « L'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I. N. A. », 15 agosto 1933.
8. M. BIASIOTTI, *L'importanza di alcune ricerche di laboratorio per la prognosi « quoad vitam »*. — « L'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I. N. A. », 15 agosto 1935.
9. M. BIASIOTTI, *La ricerca del bismuto nelle urine e suo valore per la diagnosi di siflide*. — « L'Assistenza Sanitaria », 15 agosto 1935.
10. F. VICENTINI, *I Congressi Internazionali di Medicina dell'Assicurazione Vita*. — « L'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I. N. A. », 15 ottobre 1935.
11. F. VICENTINI, *La commissione per lo studio dei rischi tarati in seno all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni*. — « L'Assistenza Sanitaria ecc. », 15 dicembre 1935.
12. J. PATERSON MAC LAREN, *Modernes Methods of Medical Insurances examination*. — London, 1929.
13. C. I. R. T., *Verbale della conferenza tenuta a Copenaghen nei giorni 8 e 9 maggio 1931*.

I GRANDI DIAMETRI DEL CUORE IN RAPPORTO AD ALCUNE MISURE SOMATICHE.

Dott. FERNANDO VICENTINI
Medico della Direzione Generale dell' I.N.A.

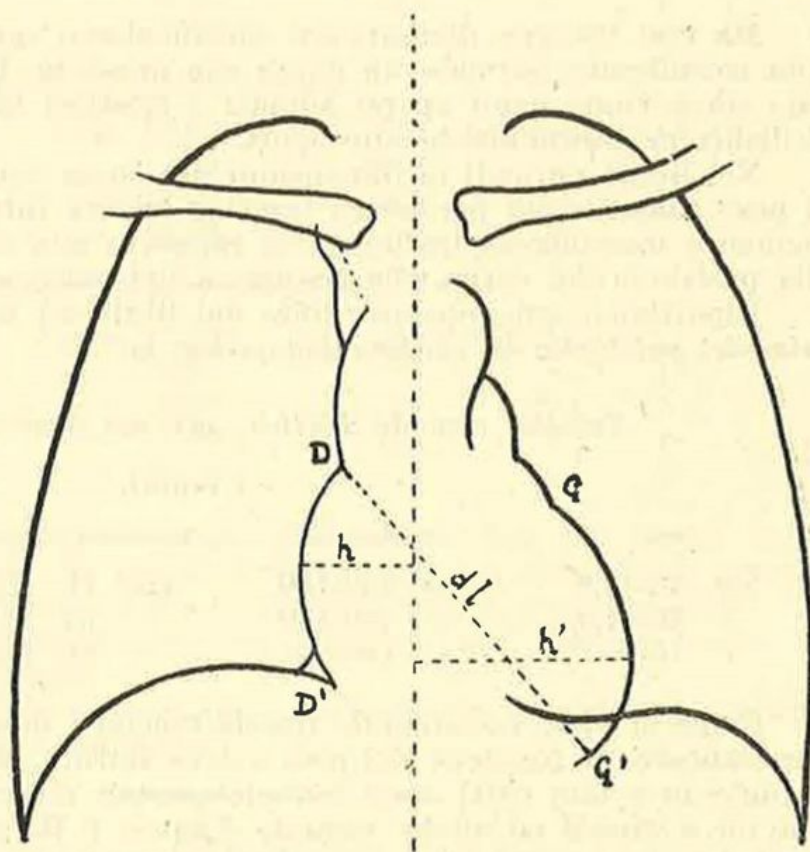
Su cento teleradiografie di individui di sesso maschile in età tra 20 e 50 anni, risultati ad accurata visita medica (1) sani in tutti gli organi ed apparati, abbiamo misurato i grandi diametri del cuore e li abbiamo messi in relazione con alcune misure somatiche e cioè il peso, l'altezza, il perimetro toracico.

Si tratta di un saggio e lo dice il numero limitato dei casi presi in esame; non pretendiamo quindi di trarre conclusioni definitive e neppure di dire cose nuove, chè sull'argomento molto è stato finora scritto.

La teleradiografia fu ideata ed attuata da A. Köhler nel 1904 allo scopo di evitare la deformazione dell'immagine del cuore dovuta alla proiezione conica dei raggi X. Per ottenere ciò basta porre il tubo ad almeno due metri dal soggetto ed allora i raggi da esso emanati hanno una direzione pressochè parallela, come se venissero dall'infinito. In pratica la teleradiografia ha dato buoni risultati, inquantochè permette se correttamente eseguita, di determinare con facilità e precisione la grandezza e la forma del cuore. Nei confronti con la ortodiografia essa ha il vantaggio di una più facile esecuzione e di una maggiore esattezza. Secondo A. Weil nella teleradiografia eseguita a distanza di due metri il margine di errore, sempre in eccesso, non supera i 5 mm. ed è dovuto unicamente al fatto geometrico della proiezione. L'ingrandimento che ne deriva è del resto passibile di correzione per mezzo di apposite tabelle.

La teleradiografia è indispensabile che sia eseguita in posizione eretta del paziente ed in inspirazione profonda, ma non forzata.

Non è qui il luogo di soffermarci sulla descrizione particolareggiata della



(Da Dietlen, modificata)

d' = diametro longitudinale; $h + h'$ = diametro orizzontale.

(1) Le visite e le radiografie sono state tutte eseguite presso il Servizio Sanitario della Direzione Generale dell' I.N.A.

immagine cardiaca normale, quale appare nel röntgenogramma e che trovasi in tutti i trattati di radiologia.

Riportiamo comunque una figura schematica tolta da Dietlen (v. pag. precedente) e sulla quale abbiamo disegnato i diametri maggiori del cuore secondo Bordet e Vaquez. Essi sono: il diametro longitudinale che parte dal punto *D*, limite superiore dell'orecchietta destra e termina alla punta del cuore (punto *G*) ed il diametro trasversale od orizzontale il quale sta a rappresentare la maggiore distanza che separa il margine destro dal margine sinistro del cuore; per ottenere il valore di questo diametro si devono sommare i due emidiametri indicanti la distanza maggiore del margine destro e del margine sinistro dalla linea mediana.

Secondo Vaquez e Bordet i valori normali dei due diametri maggiori del cuore (in individui di 20-60 anni di età) sono i seguenti:

Diametro longitudinale	}	valore massimo	15,0
		valore minimo	11,5
		valore medio	13,2
Diametro orizzontale	}	valore massimo	14,5
		valore minimo	9,5
		valore medio	12,0

Ma non bisogna dimenticare che in alcuni casi particolari può essere ancora considerato normale un cuore che presenta delle misure superiori a queste: ciò avviene negli operai addetti a mestieri faticosi e negli individui che si dedicano abitualmente allo sport.

Nei limiti normali le dimensioni del cuore variano in rapporto alla statura, al peso somatico, al perimetro toracico (valore intermedio fra massima inspirazione e massima espirazione); in rapporto alla costituzione, all'età, al sesso; alla posizione del corpo, alla frequenza del polso ecc.

Riportiamo qui appresso, tolta dal libro del Köhler, *Limiti del normale ed inizi del patologico in röntgendiagnostica*, la

Tabella, secondo Dietlen, per uso pratico (Valori medi).

Uomini.

Peso	Statura media	Tr. (Diametro trasversale)	L. (Diametro longitudinale)
Kg. 40-49,9	cm. 150-160	cm. 11. 12. 13	cm. 12. 13. 14
» 50-74,9	» 160-180	» 13. 13. 15	» 13. 14. 15
» 75- —	» 180- —	» 14. 14. 15	» 14. 15. 16

Come si vede esaminando questa tabella i due diametri maggiori del cuore varierebbero in funzione del peso e della statura. Molto è stato scritto su questo argomento e non tutti sono completamente d'accordo. Ad esempio secondo Claytor e Merrill ed anche secondo Vaquez e Bordet, le variazioni delle dimensioni del cuore sono proporzionali al peso piuttosto che alla statura ed a parità di peso, i diametri variano secondo l'età dei soggetti.

Riguardo alla circonferenza del torace si è generalmente d'accordo nel ritenere che vi è stretta relazione tra le dimensioni del cuore ed i valori di esso.

A. Rossi avendo ricercato quale tra le varie misure esterne del corpo umano può servire di indice più fedele della forma del cuore, gli è risultato che tale indice è rappresentato dal « valore toracico espresso dalla sua circonferenza in rapporto alla statura ». Quanto maggiore è la eccedenza della circonferenza toracica in rapporto alla statura, tanto più il cuore tende a passare dai caratteri propri del tipo microsplanenico a quelli propri del tipo megalosplanenico e viceversa quanto più la circonferenza toracica è in deficienza rispetto alla statura tanto più il cuore assume i caratteri propri del tipo microsplanenico.

Ma non è qui il caso di addentrarci in questioni strettamente relative ai vari tipi costituzionali perchè ciò farà oggetto di altro lavoro.

Passiamo quindi a riferire i risultati delle nostre ricerche.

Come già abbiamo detto i diametri longitudinale e orizzontale del cuore di 100 individui maschi sani sono stati da noi misurati sopra teleradiografie eseguite tutte a due metri di distanza focale (individuo in stazione eretta ed inspirazione profonda).

I dati così ottenuti in cifre medie abbiamo confrontato con l'altezza ed il peso per gruppi degli individui in esame:

Gruppi di altezze	L. (Diametro longitudinale)	
cm. 150-159	cm. 13,25	(2 osservazioni)
» 160-169	» 14,29	(49 »)
» 170-179	» 14,53	(43 »)
» 180-189	» 14,50	(6 »)
Gruppi di pesi	L. (Diametro longitudinale)	
Kg. 50-59	cm. 13,99	(30 osservazioni)
» 60-69	» 14,62	(31 »)
» 70-79	» 14,33	(25 »)
» 80-89	» 14,92	(11 »)
» 90-99	» 13,96	(3 »)
Gruppi di altezze	Tr. (Diametro orizzontale o trasversale)	
cm. 150-159	cm. 12,60	(2 osservazioni)
» 160-169	» 12,60	(49 »)
» 170-179	» 12,92	(43 »)
» 180-189	» 12,95	(6 »)
Gruppi di pesi	Tr. (Diametro orizzontale o trasversale)	
Kg. 50-59	cm. 11,95	(30 osservazioni)
» 60-69	» 12,47	(31 »)
» 70-79	» 13,33	(25 »)
» 80-89	» 13,98	(11 »)
» 90-99	» 13,96	(3 »)

Dai risultati qui sopra esposti emerge chiaramente che nei nostri cento casi il diametro longitudinale del cuore varia in rapporto stretto con l'altezza, mentre non vi è evidente relazione tra il medesimo ed il peso somatico.

Invece il diametro orizzontale varia in funzione del peso ed anche, ma meno evidentemente, dell'altezza.

Abbiamo quindi proceduto a ricercare i rapporti tra il diametro orizzontale del cuore ed il perimetro toracico:

Perimetro toracico (gruppi di misure)	Diametro orizzontale del cuore	
cm. 70-79	cm. 11,8	(1)
» 80-89	» 12,09	(49)
» 90-99	» 13,22	(42)
» 100-109	» 13,92	(8)

Appare evidente dall'esame delle cifre qui sopra riportate che il diametro orizzontale del cuore aumenta coll'aumentare del perimetro toracico e viceversa.

Infine abbiamo studiato se e quali relazioni vi siano tra il diametro orizzontale del cuore ed il valore toracico e l'indice di Brugsch.

Il valore toracico è stato ottenuto col metodo indicato dal Rossi, tenendo presente cioè che la circonferenza toracica nel tipo ideale dovrebbe avere un valore corrispondente alla metà più 3 cm. della statura. Secondo la eccedenza o la deficienza della circonferenza toracica in rapporto alla statura abbiamo

distribuito i nostri cento individui ed alle cifre medie dei gruppi così ottenuti abbiamo paragonato le cifre medie dei relativi diametri orizzontali del cuore.

Eccedenza o deficienza della circonferenza toracica in rapporto alla statura Diametro orizzontale del cuore

+ 19 = + 14	cm. 13,62	(4)
+ 13 = + 10	» 13,83	(10)
+ 9 = + 6	» 13,30	(16)
+ 5 = + 2	» 12,86	(26)
+ 1 = - 1	» 12,69	(17)
- 2 = - 5	» 11,69	(22)
- 6 = - 9	» 11,60	(5)

Appare evidente dall'esame della precedente tabella che il diametro orizzontale del cuore aumenta con l'aumentare della eccedenza della circonferenza toracica in rapporto alla statura e diminuisce con l'aumentare della deficienza.

Il calcolo dell'indice di Brugsch :

$$\frac{P \times 100}{S}$$

P = perimetro toracico ;

S = statura.

ci ha permesso di raggruppare come segue i nostri cento individui :

Indice di Brugsch	Diametro orizzontale del cuore	
46 = 49,9	cm. 11,53	(18)
50 = 53,9	» 12,68	(49)
54 = 57,9	» 13,41	(23)
58 = 61,9	» 13,70	(10)

Non volendo in questa nota entrare in merito a quistioni costituzionali che ci avrebbero condotto ad un altro modo di aggruppamento degli individui secondo l'indice di Brugsch, ci contentiamo per ora di constatare che il diametro orizzontale del cuore varia col variare dell'indice di Brugsch in modo abbastanza evidente.

Tutte le cifre da noi riportate ed i confronti istituiti appaiono assai suggestivi e riteniamo che controllati su di un numero molto maggiore di individui possano condurre a delle deduzioni importanti nei riguardi della medicina dell'assicurazione vita ed anche della medicina preventiva.

Però non possiamo fare a meno di mettere in evidenza un fatto da noi constatato e tutt'altro che privo di importanza: le cifre da noi riportate sono cifre medie ottenute sopra gruppi di individui. Orbene in tali gruppi abbiamo avuto modo di notare che le cifre relative alle misure dei diametri longitudinale ed orizzontale del cuore oscillano entro limiti piuttosto ampi nei componenti di uno stesso gruppo ed anche per individui nei quali le misure somatiche erano pressochè identiche. Questi fatti stanno a confermare che anche con altri fattori sono in rapporto le dimensioni del cuore, oltre il peso, l'altezza, il diametro toracico e che di tali fattori occorre tener conto nella valutazione individuale dei singoli casi.

BIBLIOGRAFIA.

- A. ROSSI, *Morfologia clinica e fisiopatologia del cuore*, 1925.
 A. KÖHLER, *Limiti del normale ed inizi del patologico in Röntgendiagnostica*, 1932.
 H. V. QUEZ e E. BORDET, *Radiologie du coeur et des vaisseaux de la base*, 1928.
 H. DIETLEN, *Herz u. Gefässe im Röntgenbild*, 1923.

Medicina legale delle Assicurazioni vita**La reticenza quale arte del raggio nell'assicurazione vita**

Dott. ALBERTO STARNA

Medico della Direzione dell' I. N. A.

Una delle eventualità possibili nella stipulazione dei contratti vita è che l'entità reale del rischio non corrisponda all'entità denunciata dall'assicurando. Si può dire che gli assicuratori mentre vogliono dare la prova di una sempre più sollecita e integrale liquidazione d'altra parte desiderano avere sempre maggiori garanzie perchè l'assicurato non sia spinto da lucro nella stipulazione del contratto che deve rimanere nell'ambito esclusivo della previdenza.

E' perciò che il contratto di assicurazione viene basato sulle dichiarazioni di salute del soggetto che con termine medico sono chiamate anamnesi.

E' vero che l'ente assicuratore sottopone anche a regolare visita medica il soggetto, ma questa pratica non costituisce sempre un complemento di garanzia in casi determinati, se la dichiarazione delle malattie pregresse non sono state rese completamente ed in piena realtà dall'assicurando, la visita medica non può mettere in evidenza la entità reale del rischio.

Nel contratto viene perciò inserita una clausola di decadenza di esso nell'eventualità che l'Ente assicuratore venga successivamente a conoscenza della falsità delle dichiarazioni anamnestiche.

Tale evenienza è contemplata dall'art. 429 cod. comm. laddove dice: « Qualunque dichiarazione falsa o erronea e qualunque reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato sono causa di nullità dell'assicurazione, quando la dichiarazione o la reticenza sia di tale natura che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso al contratto o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose ».

Però a garantire l'assicurato da preoccupazioni inutili e che di tale facoltà l'Ente non farà che l'uso il più discreto e puramente cautelativo, nell'art. 2 delle condizioni di polizza dell'I. N. A. viene stabilito che « decorsi sei mesi dall'emissione della polizza è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee ».

Nella pratica si richiede la nullità soltanto quando le dichiarazioni sono scientemente erronee. Però qualunque sia stata l'antidurata di un contratto, quando è accertata la buona fede delle dichiarazioni non si richiede mai la contestabilità del contratto. Dal punto di vista medico legale si occuparono della cosa vari AA., ricordiamo da noi Romanelli e Marsella. Quest'ultimo al Secondo Congresso Nazionale di Scienza delle assicurazioni in Trieste (1932) in un lavoro sulla clausola di incontestabilità delle polizze giustamente dimostra che quando le reticenze sono di deliberato proposito e le dichiarazioni difformi dal vero costituiscono casi di frode e dolo e pertanto rientrano nei casi contestabili di malafede.

E' perciò grave errore credere, come fa qualche assicurando, che la visita con esito negativo costituisca una specie di sanatoria o di avallo per tutti i disturbi o malattie taciute al medico fiduciario.

Quest'ultimo nella visita non può che controllare l'entità dei disturbi positivi dichiarati e non è sempre in grado di accertare quanto può invece essere stato tralasciato. E' implicito quindi il riconoscimento della non rara incapacità della visita a determinare le reali condizioni di salute del soggetto.

Resta perciò completa all'assicurando la responsabilità di quanto egli ha dichiarato ed il contratto deve considerarsi basato sopra di esse.

L'assicurando che sa di essere malato o di avere delle tare può indurre in inganno il medico in diversi modi che si possono riassumere in due gruppi cioè o nell'usare artifici propriamente detti (iniezioni, diete speciali ecc.) per mascherare la malattia, oppure tacendo alcuni importanti dati anamnestici. E' di questo metodo, per così dire passivo che oggi vogliamo parlare e che è di gran lunga il più frequente.

La malafede in tal modo assume dal punto di vista legale la funzione, ed equivale nei suoi effetti pratici ad un raggio perchè la reticenza è caduta sulla sostanza che forma oggetto dell'assicurazione (art. 1110 cod. civ.) cioè sugli elementi veramente essenziali (entità del rischio) del contratto.

Da quanto abbiamo ricordato risultano dunque due fatti di grande importanza nella medicina legale dell'assicurazione vita e cioè: l'importanza somma delle dichiarazioni del candi-

dato perchè il contratto possa essere valido, e che le arti del raggiro nell'assicurazione si possono ridurre al semplice silenzio su disturbi sofferti.

Infatti è vero che molte malattie sono dimostrabili con il semplice esame obiettivo; ma ciò non accade sempre e un numero non indifferente di esse sfugge alla visita sanitaria. Ai medici che sanno le difficoltà per giungere ad una diagnosi anche quando il malato racconta minutamente i disturbi sofferti, non sembrerà impossibile questa evenienza, ed essi riconosceranno che per quanto riguarda le proprie possibilità queste sono anche limitate dai mezzi e dal tempo che è loro concesso.

Certamente si potrebbe allargare notevolmente per alcune malattie l'accertamento basato sui dati obiettivi delle malattie pur avendosi un'anamnesi muta; ma per tale scopo si richiederebbe l'esame sistematico di tutti gli apparati non solo clinico, ma anche con i vari sussidi diagnostici che offre oggi la scienza medica.

E questi oggi giorno sono diventati numerosissimi, talvolta indaginosi, lunghi e quasi sempre molto costosi. Praticamente poi ci si troverebbe di fronte anche alle difficoltà che avanzerebbe l'assicurando prima di sottoporsi a ricerche non sempre piacevoli e che non raramente richiedono diversi esami o prelievi in ore o giorni successivi, quele potrebbe essere l'esame radiologico del tubo gastro-intestinale.

Dobbiamo poi tener presente che il campo della patologia è così grande e ricco che una completa ricerca potrebbe in parte esser frustrata dalla dissimulazione o con ingegnosi accorgimenti cui l'assicurando potrebbe ricorrere per non far conoscere la propria malattia (ad es. iniezioni di insulina nei diabetici ecc.). Questa ultima evenienza però in cui vi è l'evidente ricorso a raggiro con mezzi medici attivi, non entra tra quelle forme di inganno che noi vogliamo esaminare.

Da quanto abbiamo ricordato risulta confermata l'importanza basilare delle dichiarazioni anamnestiche per l'accertamento del rischio.

Passiamo ora ad esporre le malattie che possono esser taciute nella visita medica per assicurazione ed in tal modo sfuggendo all'accertamento sanitario costituiscono un vero raggiro.

* * *

Fra tutti gli apparati dell'organismo i più importanti sono, in rapporto all'età abituale dell'assicurazione e alle cause di morte che ne possono derivare, il respiratorio e il cardio-vascolare.

Fortunatamente all'esame clinico le malattie di questi organi sono abbastanza facilmente accertabili se il medico visita accuratamente il candidato. Così del sistema respiratorio, in cui per ragioni ovvie non possono esser nascoste le malattie acute febbrili, una pleurite essudativa, una bronco polmonite tbc, una bronchite cronica saranno egualmente diagnosticate anche se l'individuo è apirettico ed ha taciuto qualunque disturbo. Potrebbero invece sfuggire malattie rare come alcune forme di sifilide polmonare, tumori primitivi iniziali e le cisti di echinococco profonde. Ma si tratta di affezioni non frequenti e quindi per noi ad interesse limitato.

Sempre nel campo delle malattie allo stadio iniziale potrebbero invece, quando sia stata taciuta una storia di febbri, di sputi ematici e di sudori notturni, essere molto insidiose certe bronchioliti apicali delle quali non si avvertono fatti plessici nè ascoltatori evidenti. Sta all'abilità del medico sapere afferrare qualche involontaria parola sfuggita al soggetto e ricercare i minimi segni dell'infiltrazione apicale dalla broncofonia alla ipersonorità timpanica, dalla minore espansione dell'apice ad un aumento del fremito.

E' invece l'asma bronchiale, malattia squisitamente accessuale, in quanto non lascia reliquati almeno nei primi anni dacchè si è manifestata, che potrebbe esser taciuta alla visita; però un lieve efisema o qualche sibilo sparso potranno spesso a qualche medico accorto esser di guida preziosa per ulteriori accertamenti.

Anche le malattie cardio-vascolari più note (vizi organici ed ipertensione) sono accertabili di solito direttamente con l'esame del cuore e con la misurazione della pressione mediante un'apparecchio manometro aneroidede o con colonna di mercurio oggigiorno tanto diffusi nella pratica medica.

Anche un'altra malattia accessuale, l'angina pectoris, che in casi di reticenza può passare inosservata all'esame del medico il più scrupoloso. Non esistono infatti in questa grave affezione, alla quale vengono ascritti un numero sempre più notevole di sinistri, segni clinici nè radiologici che la facciano sospettare. Alcuni cardiologi avrebbero nell'angina trovato all'esame elettrocardiografico un'onda caratteristica, l'onda di Pardée. Ma se questa fosse anche patognomonica, non è costante anzi deve ritenersi piuttosto rara. Langeron in un recente studio sulla « Presse Médicale » dichiara che l'esame dell'elettrocardiogramma di sei anginosi da lui eseguito non gli ha mai fatto riscontrare l'onda di Pardée. Come si vede l'angina è

per l'Ente assicuratore malattia insidiosa al cui confronto se permane il dubbio diagnostico anche da parte del cardiologo di fiducia consultato dal malato, a maggior ragione resterà ignoto al medico cui venga taciuta ogni crisi dolorosa.

Passando alle malattie infettive vi è la possibilità di veder passare sotto silenzio due malattie importanti, e cioè la sifilide e la malaria; le quali di per sé possono essere la causa di numerose successioni morbose non raramente letali.

Soprattutto la sifilide anche se curata può dare malattie cardio-vascolari, nervose o di lue terziaria che fanno considerare il rischio del luetico ben differentemente da quello di un soggetto normale. Se il medico potrà da qualche elemento sospettare la lue praticherà una reazione di Wassermann ed una Kahn. Ricordo però che esiste anche per tale ricerca il modo di venir elusa con iniezioni neosalvarsaniche. La cura progressiva di sali bismutici sarà invece svelata dalle ricerche degli stannini alcalini, ricerca della quale su questa Rivista trattò recentemente Biasiotti.

Per la malaria, malattia anemizante, dovrà il medico ricercare una eventuale splenomegalia, nella forma latente invece l'accertamento obiettivo è impossibile perchè, esclusa la sierodiagnosi di deviazione la quale non dà affidamenti pratici, la riattivazione con iniezioni di adrenalina, stricnina e coi mezzi fisici non sono consigliabili nella pratica assicurativa.

Un gruppo invece di malattie che richiamano la nostra attenzione è quello dei tumori maligni la maggior parte dei quali risiede in organi interni. Del resto è possibile quando la malattia è iniziale che il medico nel praticare l'esame non abbia cura di esaminare i bordi della lingua ed in tal modo gli sfugga anche un piccolo carcinoma che si nasconde nelle anfrattuosità dentarie. Con un po' di audacia è stato possibile a donne, simulando una pudicizia eccessiva a denudarsi, far passare inosservati alla visita carcinomi della mammella operati. (Un caso del genere è stato riportato dal Marsella nell'*Assist. Sanit.* 1935-IV, 4. «Sempre a proposito delle dichiarazioni sanitarie dell'A.»).

A maggior ragione i tumori dello stomaco, dell'utero, della prostata, del retto, potrebbero col silenzio dell'esaminando sfuggire all'esame obiettivo del fiduciario. La cosa si rende poi attuabile anche perchè convinto dalla «fretta» di qualche assicurando il medico tal volta si contenta di un esame degli organi addominali che va poco più in là della ispezione; mentre è suo dovere provvedere alla palpazione accurata di tutti gli organi ipocondriaci, di rilevarne i caratteri e le dimensioni come è esplicitamente richiesto sul modulo di visita. Nonostante tutto però, bisogna riconoscere che sia per l'inopportunità di praticare esame delicati (esplorazioni rettali e genitali) sia per l'apparente benessere che può accompagnare i carcinomi nel periodo iniziale, i tumori degli organi interni per la quasi totalità sfuggirebbero ad un accertamento. Di nessun affidamento poi devono considerarsi oggi le reazioni sierologiche o sulle urine proposte da svariati AA. per la diagnosi di tumori; allo stato iniziale qualunque ricerca del genere è certamente destinata a fallire.

Nelle malattie del ricambio il diabete male si presta ad essere dissimulato, l'analisi delle urine svelerà immediatamente la malattia; i casi in cui con frode vi è stata sostituzione delle urine non rientrano in questo esame. E' però possibile nelle glicosurie alimentari presentarsi a visita digiuni evitando l'accertamento, ma anche in questa evenienza l'assicurando ha usato un sotterfugio in certo modo attivo per eludere il controllo.

Quanto alle malattie del sangue, quali le leucemie e le anemie perniciose, il colorito delle mucose e l'eventuale splenomegalia e poliedenopatia faranno con relativa facilità orientare il medico che può procedere ad un esame citometrico e ad una formula ematica.

Passando alle malattie del sistema nervoso è da tener presente come piccoli focolai di trombosi o di emorragie delle zone pericapsulari specie nella regione posteriore o del lenticolare possono dare una guarigione clinica completa per cui non è più rilevabile all'esame alcun deficit motorio del facciale. Anche per questa malattia, come per altre già ricordate, di fronte al silenzio del soggetto l'esame medico del sistema nervoso può essere praticato con una certa sollecitudine ed allora sfugge una lievissima accentuazione di una plica frontale nei movimenti di prova.

Nella tabe dorsale la simulazione del riflesso rotuleo con un movimento attivo dell'atto non può sfuggire al medico accorto, il quale troverà conferma della sua diagnosi nell'esame della pupilla. Altra malattia accessuale è invece l'epilessia, della quale non troveremo traccia nell'esame del sistema nervoso, ma se si tratta di forme gravi l'esame della cute ci farà rilevare cicatrici in zone facilmente esposte nelle cadute (testa, gomito ecc.) e ai bordi della lingua. Di queste cicatrici l'assicurando non potrà, se ha taciuto la malattia, dare una spiegazione plausibile al medico visitatore.

Anche l'apparato digerente è ricco di malattie mute all'esame clinico, se non già sempre almeno per certi periodi. L'ulcera dello stomaco e quella duodenale presentano dei periodi intervallari lunghi e di completo benessere; la zona epigastrica e la pancreatico coledocale sono negative per qualunque dolore provocato. Quanto al rilievo palpatorio delle stenosi cica-

triziali, riferendosi queste a forme avanzate con guazzamento, contrazioni antiperistaltiche e e perigastrite, si accompagnano ad un risentimento generale e perciò sono con facilità sospettate alla visita.

A tipo parossistico, comunque sempre con lunghi periodi di intervalli, si presenta l'appendicite, della quale il medico nel periodo freddo potrà rilevare solo raramente od una dolenzia nei punti classici od una piccola tumefazione nella fossa iliaca destra. Il più delle volte l'appendicite come tutte le affezioni coliche addominali passa inosservata se l'assicurando non vi richiama l'attenzione del sanitario.

Una menzione speciale va fatta delle calcolosi comprendenti, soprattutto per i nostri accertamenti, quella epatica e quella renale. E' noto che al di fuori della colica tali malattie, che si accompagnano allora con febbre, ematuria o itterizia, possono tornare latenti e lo stesso malato dopo una cura medica può credere di esserne definitivamente guarito.

Dopo diversi anni uno strapazzo fisico, un eccesso dietetico, possono rimuovere un calcolo che si era incastonato in un calice della pelvi renale o in una plica della cistifellea.

A proposito della calcolosi epatica è bene ricordare che, contrariamente a quanto molti medici ritengono, essa non determina abitualmente un ingrossamento della cistifellea; ma al contrario la flogosi che fatalmente si accompagna alla litiasi tende a retrarre tutta la parte della vescicola. Perciò vanamente cercheremmo in questi soggetti una cistifelle piriforme aumentata e ben evidente sotto il margine epatico, fenomeno questo costante invece nell'idrope e in tutti i casi di occlusione della cistifellea.

Nei periodi di silenzio i numerosi punti dolorosi delle calcolosi sono muti o comunque così poco dolenti che il malato può dissimulare il dolore; forse solo la manovra di Giordano per la nefrolitiasi, praticata di sorpresa, potrebbe essere di una certa utilità. Si comprende però come una ricerca minuta di tanti punti e prove senza un orientamento del soggetto non è praticabile nè porterebbe a risultati concreti.

Delle malattie degli organi dei sensi mentre le affezioni oculari sono appariscenti quelle otitiche non possono essere rilevate dal medico se a questi vengono negate dall'assicurando. Il rischio delle complicanze mortali otogene per accessi cerebrali e soprattutto cerebellari viene in questi casi ad essere subita da parte dell'Ente assicuratore senza averne presa conoscenza.

Quanto all'apparato urgo-genitale non deve essere dimenticata la idronefrosi, la quale nel periodo di occlusione può, senza un esatto riscontro della regione renale, passare inosservata. Assai più difficile è invece che nelle urine non vi siano elementi patologici in caso di pionefrosi o di rene policistico sotto forma di leucociti disfatti nella prima, di emazie nella seconda malattia. Tutte le altre malattie renali sia mediche che chirurgiche danno un reperto costante e pertanto non possono essere taciute con speranza di eludere il controllo sanitario.

Infine l'ipertrofia prostatica che talora si stabilisce fin dalla media età, allorchè è omessa difficilmente viene sospettata dal medico che solo quando riscontrerà una cistite o un piccolo globo vescicale potrà avanzare un tale sospetto, in questa evenienza dovrà richiedere una esplorazione rettale.

Chiuderemo questo elenco con una malattia del circolo arterovenoso superficiale su cui forse nessuno ha richiamato l'attenzione nel campo assicurativo.

L'anno scorso ho avuto occasione di interessarmi per un caso di sinistro ed un altro per invalidità determinati da morbo di Buerger insorto certamente avanti l'ingresso in assicurazione. Questa malattia, più esattamente chiamata trombosangivite obliterante giovanile, è poco nota tra gli stessi medici e nel campo assicurativo risulta pericolosa per due ragioni. Anzitutto per la frequenza grandissima di varici lungo il decorso della safena interna, non fa tenere nel dovuto conto le crisi dolorose parossistiche che il paziente avverte all'inizio della malattia. Successivamente compiono ai bordi ungueali dell'alluce fenomeni asfittici che finiranno col determinare una vescicola; questa per erosione si trasformerà in ulcerazione. Non è qui il caso di ricordare le numerose tappe, di solito segnate da amputazione che, la malattia richiede; ma la tendenza al permanere dei fatti distrofici nonchè la bilateralizzazione dell'affezione depongono per la gravità della affezione e per l'esito fatale quasi costante. L'altro elemento insidioso è precisamente costituito dalla sede della malattia di solito trascurata. Infatti in entrambi i casi sopra ricordati il medico fiduciario non aveva fatto denudare i piedi ove era certamente visibile, oltre i fatti asfittici, la ulcerazione propria della malattia.

*
* *

Da questa rassegna appare evidente quanto sia vasto il numero delle malattie che per essere accertate richiedono l'onesta denuncia dell'assicurando. Ed appunto per l'impossibilità pratica di poter stabilire dai soli rilievi medici tutta l'entità del rischio che l'Ente assicuratore basa il contratto sulle dichiarazioni del soggetto di cui esse formano parte integrante.

Se è possibile chiedere al medico fiduciario una visita scrupolosa non si può umanamente

pretendere di praticare tutte le ricerche cliniche e radiologiche per l'evenienza, di fatto eccezionale, che il soggetto sia portatore di un cancro dello stomaco o di una ipertrofia della prostata.

Poichè l'assicurazione è un contratto e la sostanza di questo è determinata dalle dichiarazioni dell'assicurato, il silenzio nel riferire le malattie importanti sofferte altera profondamente l'entità del contratto (rischio denunciato).

L'assicuratore è evidentemente indotto, con la reticenza, in errore poichè ha stipulato un contratto i cui termini, non sono quelli da lui conosciuti e quindi può impugnare la clausola di decadenza.

La reticenza nell'assicurazione vita viene in tal caso ad assumere la caratteristica del ragguro poichè senza di questo la stipulazione non sarebbe avvenuta da parte dell'Istituto assicuratore. E' perciò con perfetto senso di giustizia e di equità che in questi casi viene avanzata, sia in occasione del sinistro, sia in seguito a denuncia, la contestazione della polizza. Per un senso di opportunità in pratica, tranne casi speciali, la reticenza dell'assicurato e quindi l'errore di contratto viene invocato solo allorchè il sinistro si verifica in un tempo prossimo all'ingresso, non facendosi opposizione per i contratti di maggiore antedurata.

Limitandoci al campo medico, dobbiamo concludere che l'esame obbiettivo è incapace di darci tutti gli elementi di giudizio del rischio, quindi nel raccogliere l'anamnesi dovremo essere scrupolosi e completi. Nel riempire il formulario proposto nel modulo non è lecito neanche al fiduciario lasciare in bianco qualche risposta perchè in tal modo, senza una esplicita prova della reticenza, l'assicuratore viene a perdere l'essenzialità: della circostanza per la stipulazione del contratto. La esatta compilazione dell'anamnesi insomma se è utile per l'esame che praticherà il sanitario resta però dal punto di vista legale l'elemento capitale per la validità dell'assicurazione per entrambi i contraenti; superando addirittura il valore della visita la quale si limita per ragioni pratiche ad accertare la verità di ciò che è stato affermato nell'anamnesi.

Con ciò non vogliamo svalutare il valore della visita medica anzi da questa nostra rassegna le difficoltà dell'opera del fiduciario appariranno veramente quali sono cioè molto notevoli; se qualche volta sono insormontabili il più spesso con uno scrupoloso esame obbiettivo il medico potrà avviare il questionario anamnestico sopra il lato taciuto ad arte.

La trascuratezza della visita medica invece sarà sempre pericolosa e potrà danneggiare i diritti dell'Ente assicuratore specie quando, come vedremo altra volta, il soggetto non potendo nascondere le tracce della malattia con mezzi attivi o con dichiarazioni false ha mascherato la vera entità della malattia.

Valutazione medico-legale dei sinistri di morte per tumore maligno

Dr. FABIO MARSELLA

Medico capo dell'I.N.A.

Intendo occuparmi di alcuni sinistri di morte per tumori maligni e fare le considerazioni medico-legali che a ciascun caso si riferiscono.

E' noto che il contratto di assicurazione vita si fonda essenzialmente sulle dichiarazioni che l'assicurato fa sul suo stato di salute passato e presente e sui suoi precedenti ereditari.

La valutazione del rischio assicurativo da parte degli Istituti assicuratori si fonda soprattutto su dette dichiarazioni.

Occorre quindi che queste siano complete e veritiere, altrimenti, per chiara disposizione di legge, il contratto di assicurazione può essere annullato.

Per l'annullamento del contratto occorre provare che le dichiarazioni furono erronee, reticenti o false.

Per dichiarazione erronea si deve intendere l'affermazione contraria al vero, fatta in buona fede, per errore o ignoranza.

La reticenza è il silenzio completo o parziale su alcuni quesiti riflettenti circostanze conosciute, influenti nella valutazione del rischio.

Dichiarazioni false sono quelle rese, in piena scienza e coscienza, in modo difforme dal vero, con la consapevolezza della loro importanza ai fini della valutazione e dell'accettazione del rischio da parte dell'Istituto assicuratore.

Nelle dichiarazioni false ricorre sempre la malafede, che è uno stato di coscienza contrario alla buona fede, e che vien definita «la conoscenza della disformità tra la dichiarazione e la situazione e coscienza dell'importanza di tale disformità».

Nelle dichiarazioni di carattere sanitario dell'assicurazione vita, perchè vi sia malafede, occorre che l'assicurando sia a perfetta conoscenza delle sue malattie e disturbi ritenuti aggravatori del rischio.

E' da osservare che il contratto di assicurazione vita è soprattutto un contratto di buona fede e, non si può ammettere che esso poggi sulle dichiarazioni reticenti o mendaci rese in mala fede dagli assicurandi.

Nè vale il dire che la visita medica è sufficiente garanzia per l'Istituto assicuratore, perchè anche il medico può essere ingannato, specie quando il soggetto da esaminare, invece di dare risposte sincere ed esatte nasconde sintomi e dà false indicazioni che deviano il sanitario dallo scoprimento del vero stato delle cose.

Base del contratto di assicurazione sulla vita rimangono sempre le dichiarazioni dell'assicurando. Ciò per la legge vigente in materia, e per la prassi assicurativa di tutto il mondo.

Esaminiamo ora il valore medico-legale di dette dichiarazioni in alcuni casi di tumori maligni verificatisi in assicurati.

I. Cancro del labbro. — Un uomo di 50 anni di professione medico chirurgo nell'agosto 1931 stipulò un contratto di assicurazione vita per una forte somma (circa mezzo milione). Ai medici che ebbero l'incarico di visitarlo, egli dichiarò di non aver avuto alcuna malattia, di godere perfetta salute e di non aver avuto mai bisogno dell'opera dei medici. Disse anche che una cicatrice che presentava al labbro inferiore era conseguenza di una infezione seguita a una ferita prodottasi qualche anno prima nel farsi la barba.

In base a dette dichiarazioni e al risultato della visita medica favorevole, fu emessa la polizza a condizioni normali.

L'assicurato morì il 4 luglio 1932 per broncopolmonite, giusta il certificato di morte. Da una inchiesta sanitaria eseguita risultò invece che la broncopolmonite acuta non era stato che l'episodio terminale di una lunga serie di sofferenze cagionate da un epiteloma del labbro inferiore riprodotto, a distanza di qualche anno, da una prima exeresi chirurgica praticata e diffusasi poi al labbro superiore e alla guancia.

La cicatrice che l'assicurando disse consecutiva ad una infezione da ferita di barba, era invece residua all'operazione della prima manifestazione neoplastica, dimostratasi, alla biopsia, come un epiteloma spinocellulare. Dopo l'operazione erano state eseguite cure radium-terapiche.

Tutto ciò si era verificato prima della stipulazione del contratto di assicurazione vita.

E' evidente, nel caso in termini, anche per la qualità della persona assicurata, che le dichiarazioni reticenti o false furono rese in mala fede. Non poteva sfuggire ad un medico la importanza e la gravità del male, da cui era stato affetto e che aveva richiesto un atto operativo con consecutive applicazioni di radium, che si sogliono praticare per i tumori maligni.

Non potendo sfuggire all'osservazione dei medici visitatori, per la sua ubicazione, la cicatrice del labbro residua all'operazione, con manifesta premeditazione maliziosa, si disse dovuta ad una comune infezione da ferita di barba. Inoltre l'assicurando dal suo paese di residenza, dove era ben conosciuto dai colleghi, si recò a fare l'assicurazione in altra città, dove fu sottoposto a visita da parte di medici, che nulla potevano sapere dei suoi precedenti morbosì.

II. Cancro della lingua. — Un individuo di 50 anni, commerciante, celibe, il 9 giugno 1931 dichiarando di non avere avuto mai alcuna malattia, di non avere avuto mai bisogno dell'opera dei medici e di godere perfetta salute, riuscì a fare un contratto di assicurazione. Il medico fiduciario trovò condizioni generali buone con le seguenti misure somatiche: altezza m. 1,55; peso kg. 70; torace cm. 91; addome cm. 88; e nulla riscontrò di anormale

all'esame praticato. Il soggetto morì il 27 marzo 1932, per cancro della lingua, in un istituto per il cancro dove era stato ricoverato pochi giorni dopo la stipulazione del contratto di assicurazione.

Dalla cartella clinica si rilevava quanto segue: «La malattia linguale si iniziò nel dicembre 1930. Il paziente cominciò a lamentarsi di scialorrea insolita e di indolenzimento al margine sinistro della lingua; non procurandogli però tale sintomatologia, molestie eccessive, non si curò di ricorrere all'esame di un sanitario. Fu solamente dopo quattro mesi che avendo notato nella parte dolente l'insorgenza di ulcerazione andò da un medico; questi resosi conto della natura del male, consigliò all'ammalato l'intervento operativo al quale però si oppose. Venne allora, dietro consiglio di altro sanitario, in questo Istituto per cure fisiche».

Da altre indagini eseguite risultò che fu più di un sanitario a fare diagnosi di tumore e a consigliare l'operazione prima dell'ingresso in clinica. Con uno dei medici fu stabilito anche il prezzo dell'atto operativo; ma l'ammalato lo trovò troppo alto, e, anche per questo motivo, preferì andare nell'Istituto del cancro.

Quivi radiotrattata la lesione, che, all'esame biopsico, era risultata ad epitelio piatto, si notò la regressione del blastoma primitivo. Seguirono peraltro diffusionsi metastatiche del male, che condussero a morte l'infermo.

Dalla storia clinica apparisce che le dichiarazioni di buona salute dell'assicurando allorchè fece la proposta di assicurazione, non rispondevano al vero. Il medico visitatore, ingannato dalle false dichiarazioni di lui, mancò di portare la sua attenzione all'esame della lingua, che gli avrebbe subito fatto conoscere la natura del male che minava l'esistenza dell'individuo.

III. *Carcinoma dell'esofago.* — Un uomo di 50 anni, operaio, il 18 ottobre 1933 stipulò un contratto di assicurazione per una discreta somma.

Al medico visitatore egli disse di stare in perfetta salute, di non avere avuto mai alcuna malattia degna di nota e che solo all'età di 31 anni aveva avuto il tifo, disse di non avere sofferto mai alcun disturbo, che il peso del corpo era stazionario e che non aveva mai fatto ricorso negli ultimi anni all'opera e al consiglio di alcun medico. L'esame obiettivo risultò negativo, le misure somatiche furono trovate normali con altezza di m. 1.71; peso kg. 76; torace cm. 89; addome cm. 81 e la polizza fu emessa e perfezionata con nuova dichiarazione di buona salute da parte dell'assicurando.

Il 29 luglio 1934 si ebbe il sinistro di morte per carcinoma dell'esofago, giusta la diagnosi fatta dal medico curante, che diceva di aver preso in cura l'infermo nel settembre 1933 e che la malattia si era iniziata circa due mesi prima, con andamento progressivo.

Da una inchiesta sanitaria eseguita risultò che l'assicurato era stato ricoverato in ospedale verso la fine di settembre per indagini diagnostiche.

Fu ivi eseguito anche un esame radiografico e fu fatta diagnosi di carcinoma dell'esofago. Nella cartella clinica ospedaliera si leggeva: «Da circa cinque mesi il paziente ha cominciato ad accusare digestioni laboriose e prolungate, nausea, anoressia. Lo stato generale è andato progressivamente e rapidamente decadendo. In questi ultimi tempi sono inoltre insorte disfagia e vomito subito dopo l'ingestione degli alimenti».

In altro punto della cartella clinica si diceva: «L'ammalato accusa dolore ed impossibilità al passaggio degli alimenti specie solidi lungo il tratto inferiore dell'esofago».

Il tumore fu giudicato inoperabile. Dopo di ciò fu fatta l'assicurazione.

Con le sue dichiarazioni mendaci e reticenti, l'assicurando riuscì ad ingannare medico ed istituto assicuratore. La malattia non era facilmente rilevabile data la negatività assoluta delle notizie anamnestiche e delle dichiarazioni dell'assicurando.

IV. *Carcinoma gastrico.* — Un individuo di anni 41, dichiarando di non avere precedenti morbosità di sorta, familiari o personali, e di godere ottima salute, il 31 dicembre 1933 stipulò un contratto di assicurazione per un discreto capitale.

Il 5 aprile 1934 l'assicurato morì per appendicite acuta con peritonite, giusta la relazione del medico curante.

Viceversa da una inchiesta sanitaria praticata, risultò che l'assicurato era deceduto per cancro dello stomaco, che la malattia gastrica datava da oltre un anno e che si era aggravata notevolmente nell'estate-autunno del 1933.

In tale epoca l'individuo ricorse alle consultazioni di vari medici, e nel novembre 1933 fece praticare anche un esame radiografico che fece constatare l'esistenza di un neoplasma del piloro. Fu consigliato un sollecito atto operativo, ed il chirurgo, nel confermare la diagnosi, dopo altra radiografia eseguita, si dichiarò disposto ad eseguire l'operazione; ma il malato disse di dover sistemare prima alcuni suoi interessi. Fu allora che l'individuo fece le pratiche per l'assicurazione e al medico visitatore dichiarò di non aver sofferto mai alcuna malattia, di non avere disturbi di sorta ed in modo speciale digestivi, disse che si sentiva

perchè di solito, quando l'assicurando tace ogni disturbo a carico della sfera genitale, non si sogliono eseguire speciali esami ginecologici, che solamente possono fare rilevare per lo meno la metrorragia.

VIII. *Cancro dell'utero.* — Nell'agosto 1933 fu stipulato un contratto di assicurazione per un discreto capitale sulla testa di una donna cinquantenne.

Questa aveva dichiarato al medico visitatore di avere sempre goduto e di godere perfetta salute, di non avere sofferto mai alcuna malattia e di non avere avuto mai bisogno dell'opera di medici.

Dopo cinque mesi, l'assicurata morì per bronco-polmonite acuta con ascesso pulmonare, giusta il certificato del medico curante.

Da una inchiesta sanitaria eseguita, risultò che la donna nell'autunno 1932 cominciò a soffrire disturbi a carico della sfera genitale e che verso i primi di dicembre 1932 era stata ricoverata nell'ospedale del suo paese, dove era stata fatta diagnosi di carcinoma dell'utero. Nella cartella clinica si leggeva: «Da circa sei mesi ha perdite irregolari di sangue dai genitali, che negli ultimi due mesi sono divenute quasi continue. Discreta anemia con discreto decadimento della nutrizione generale. L'inferma perde sangue dai genitali in piccola quantità, ma quasi continuamente. Esame ginecologico: ulcerazione vegetante del collo dell'utero sanguinante al minimo tocco. Fornici vaginali quasi scomparsi. Vi è infiltrazione in avanti del collo dell'utero, verso l'attacco vaginale». Dopo pochi giorni l'ammalata volle uscire dall'ospedale per recarsi in una grande città, dove prese ricovero in un Istituto per il cancro il 22 dicembre 1932. Fu fatta diagnosi di epiteloma del collo uterino con invasione dei fornici e fu praticata una cura radiumterapica, che si dovette sospendere dopo alcune applicazioni per constatata glicosuria.

Dopo opportuna insulinoterapia fu ripreso il trattamento radiumterapico, che portò un certo miglioramento, ma non la guarigione. L'inferma fu dimessa dopo qualche mese di degenza e tornata al suo paese fece le pratiche per l'assicurazione, facendosi sottoporre a visita medica da un sanitario, che nulla conosceva dei suoi precedenti morbosì, da lei taciuti completamente.

Il medico, non sospettando una affezione uterina, non praticò alcun esame ginecologico, e, date le condizioni generali di salute dell'assicuranda, ancora discrete, giudicò il rischio buono.

Nel caso in termini, non mi sembra dubbia la malafede dell'assicurata.

IX. *Sarcoma della natica.* — Nel maggio 1929 fu avanzata proposta di assicurazione, per un discreto capitale, da un uomo di 40 anni. Questi al medico visitatore dichiarò di non avere avuto mai alcuna malattia, di non avere avuto bisogno di medici curanti e di godere perfetta salute.

Il medico redasse un certificato favorevole da cui risultavano anche buone le misure somatiche con altezza di m. 1,62 e peso di Kg. 65.

La polizza fu emessa a condizioni normali.

L'assicurato morì il 1° agosto 1929 per setticemia da flemmone, giusta il certificato del medico curante. Questi diceva che la malattia si era manifestata alla fine di luglio 1929 ed era dovuta ad un principio di infezione alla regione inguinale sinistra consecutiva ad una lesione avvenuta all'inguine mentre l'individuo, che prima stava bene, lavorava.

Da una indagine sanitaria eseguita, risultò che la malattia che trasse a morte l'assicurato era stato un tumore maligno-sarcoma della natica sinistra con vasta ulcerazione estesa fino alla regione inguinale. Dopo molte ricerche, rese difficili dalla reticenza del medico curante, che era stato quello stesso che aveva redatto il certificato per l'ingresso in assicurazione, si riuscì a rintracciare il chirurgo che aveva operato il malato due anni prima per un sarcoma della natica. Il chirurgo dichiarò che aveva rioperato una seconda volta, a distanza di un anno, l'infermo per una recidiva del tumore e aveva eseguita una ultima visita nel maggio 1929, quando, avendo riscontrato una nuova riproduzione ulcerata del tumore con estese metastasi, lo dichiarò inoperabile. Fu allora che il paziente, tornato in paese, fece la proposta di assicurazione e riuscì nell'intento di stipulare il contratto con la manifesta complicità del medico. Questa fu provata anche dal certificato di morte redatto con la diagnosi falsa di setticemia da flemmone consecutiva a ferita riportata pochi giorni prima sul lavoro, mentre già da qualche mese l'individuo stava a riposo non potendo più attendere ad alcuna occupazione.

Si mirava, con ciò, di carpire anche una indebita indennità di infortunio.

X. *Tumore cerebrale.* — Nel giugno 1931 fu avanzata proposta di assicurazione per un discreto capitale da un impiegato, di anni 44, ammogliato con figli.

L'assicurando, al medico visitatore disse di godere perfetta salute e di non avere avuto

mai alcuna malattia o disturbo di sorta. Circa i suoi precedenti ereditari, dichiarò che il padre era morto a 74 anni di arteriosclerosi durata qualche mese e la madre a 45 anni di broncopolmonite durata 7 giorni.

Il soggetto fu riconosciuto sano e in buone condizioni generali con le seguenti misure somatiche: altezza m. 1,75; peso kg. 91; collo cm. 41; torace cm. 102; addome cm. 103.

La polizza fu emessa a condizioni normali.

L'assicurato morì il 19 febbraio 1932 per tumore cerebrale, giusta certificato del medico curante. Dalla stessa relazione di questi si rilevava che il padre e la madre erano morti di tumori maligni, rispettivamente della vescica e della mammella.

Da una inchiesta sanitaria eseguita risultò che l'individuo già da circa un anno soffriva di forte cefalea con capogiri e disturbi visivi per i quali era ricorso al consiglio di medici e specialisti.

Ai sanitari che lo rassicuravano sulla natura del male, egli manifestava la sua convinzione che si trattasse di un tumore del cervello, data l'eredità cancerigna che su lui pesava, per essere morti di tumori maligni entrambi i genitori.

Le dichiarazioni rese al medico, che ebbe a visitarlo per l'assicurazione, soprattutto sui precedenti ereditari, paterni e materni, erano state evidentemente falsate ad arte, per non destare sospetti sulla disposizione neoplastica che su lui incombeva e di cui aveva perfetta conoscenza e coscienza. Le dichiarazioni fatte al riguardo si devono ritenere perciò rese in malafede, a prescindere dalla valutazione che si sarebbe potuta dare dall'Istituto assicuratore al rischio pel solo fatto ereditario.

Nei casi riportati le dichiarazioni di buona salute degli assicurandi furono rese evidentemente in malafede sia nella proposta, che in occasione della visita medica e all'atto del perfezionamento del contratto.

Esse servirono a fare accettare rischi assicurativi che altrimenti sarebbero stati respinti.

E' noto che portatori di tumori maligni in piena evoluzione come erano quelli di tutti i casi dal II al X sarebbero stati senz'altro rifiutati.

Anche il caso N. I riferentesi ad individuo operato da meno di un anno di epiteloma del labbro, sarebbe stato respinto, essendo noto, come altrove ho detto, che i tumori maligni non sono accettati quando l'operazione risale a data inferiore ad almeno cinque anni.

I casi N. III, VII, VIII e X (cancro dell'esofago, dell'utero, tumore cerebrale) erano stati dai medici dichiarati inoperabili. Il caso N. IV (cancro dello stomaco) era stato dichiarato operabile quando fu avanzata la proposta di assicurazione, ma giudicato inoperabile, per la rapida evoluzione avuta, al momento in cui fu perfezionato il contratto con la prescritta autodichiarazione di buona salute dell'assicurando.

Il caso N. V (cancro dello stomaco) si riferisce ad una affezione gastrica giudicata di natura ulcerosa semplice, ma dimostratasi di natura cancerigna al tavolo operatorio. L'assicurazione fu fatta alla vigilia dell'ingresso in ospedale per l'operazione consigliata già precedentemente e a cui l'assicurato si decise solo dopo esperite inutilmente le cure mediche.

Anche se si fosse trattato di semplice ulcera gastrica, come riteneva l'assicurando, anzichè di tumore maligno, le dichiarazioni di buona salute rese dall'assicurando erano sempre false. Le ulcere gastriche e duodenali non sono accettate in assicurazione quando hanno manifestazioni attive, come nel caso che ci occupa. Il caso N. II si riferiva ad un cancro della lingua dichiarato operabile, ma pel quale l'infermo non volle sottoporsi all'operazione preferendo le cure radiumterapiche in un Istituto del cancro. Il contratto fu stipulato alla vigilia dell'ingresso dell'assicurato in detto Istituto ben noto per la cura delle malattie cancerigne.

I casi N. VI e IX (cancro della mammella, sarcoma della natica) riguardano tumori riprodottisi dopo ben due operazioni già eseguite e poi dichiarati non più operabili.

Da quanto si è detto emerge che le dichiarazioni degli assicurandi furono rese tutte in malafede.

Nè si può dire che gli assicurandi non sapessero l'entità ed importanza

della malattia di cui erano portatori, sia per le sofferenze che avevano e sia per i responsi dati dai medici a cui avevano fatto ricorso, anche se non era stata propriamente comunicata la diagnosi di cancro.

Circa l'opera del medico fiduciario dell'Istituto assicuratore si fa osservare che, data la negatività delle dichiarazioni dell'assicurando, l'ordinaria visita medica da parte di un sanitario, ignaro di ogni precedente morbo, ben poco poteva mettere in evidenza nei casi N. III, IV, V e X, trattandosi di tumori inaccessibili (cancro dell'esofago, dello stomaco, tumore cerebrale).

L'osservazione degli organi genitali avrebbe potuto far rilevare per lo meno la metrorragia in atto nei casi VII e VIII (tumore dell'utero).

E' da notare peraltro che tali osservazioni non si sogliono praticare nelle donne che non accusano alcun disturbo della sfera genitale e che si dimostrano in buone condizioni generali.

Nel caso N. II (cancro ulcerato della lingua), N. VI (cancro operato e recidivato della mammella) e N. IX (sarcoma operato e recidivato con vasta ulcerazione della natica) sarebbe bastato un doveroso esame, anche superficiale, delle regioni malate per far rilevare la grave affezione morbosa da cui gli assicurandi erano affetti.

Al riguardo si fa osservare che il medico deve sempre far denudare gli assicurandi.

Nel caso N. I (cancro del labbro) la dichiarazione resa dall'assicurando, che era per giunta un medico, circa la cicatrice del labbro come conseguenza di una infezione da ferita di barba, valse ad ingannare i medici visitatori. La dichiarazione falsa fu resa certamente in malafede, perchè l'assicurando era bene a conoscenza degli esami istologici fatti da vari medici, dell'operazione subita e delle cure radiumterapiche praticate. Egli sapeva bene che, data la breve distanza di pochi mesi dall'atto operativo, il rischio non poteva essere accettato se avesse dichiarato la verità.

*
* *

Il giudizio del medico dell'Istituto assicuratore che deve procedere alla valutazione medico-legale dei sinistri di morte degli assicurati, deve essere in ogni caso obiettivo e sereno, tenendo conto di tutti gli elementi che si riferiscono al singolo caso esaminato. Non si possono al riguardo avere criteri generali aprioristici assoluti, perchè è ben noto che l'evoluzione dei tumori è variabilissima.

Si deve anche tener conto che ben raramente, dal medico curante si suol comunicare la diagnosi di tumore maligno ai pazienti. Questi peraltro, quando fanno l'assicurazione, se non sono tenuti a dichiarare di avere un tumore maligno, potendolo ignorare, debbono rispondere con sincerità alle varie domande contenute nei questionari riferentisi ai precedenti morbi familiari e personali e, allo stato presente, per mettere il medico fiduciario in condizione di assolvere bene il suo dovere e non deviarlo nel suo esame.

Sulla lealtà e sincerità di queste dichiarazioni, che servono a far valutare il rischio e ad orientare il medico nelle sue osservazioni, si fonda tutta l'assicurazione vita.

*
* *

Intendo ora esaminare alcuni casi di tumori maligni, nei quali pur dovendosi presumere che l'insorgenza della neoplasia risalisse ad epoca anteriore all'assicurazione, appariva la buona fede nelle dichiarazioni già rese dall'assicurando.

I. *Cancro della lingua.* — Un industriale di 50 anni nel gennaio 1932 avanzò proposta di assicurazione per una forte somma. Ai medici che ebbero a visitarlo egli dichiarò di non avere avuto alcuna malattia importante e di godere buona salute.

Fu riconosciuto sano con lieve soprapeso e la polizza fu emessa a condizioni normali. Fu concesso anche l'allegato di invalidità per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di

invalidità totale e permanente. Nel dicembre 1932 l'assicurato chiese detto esonero per sopraggiunta invalidità ed allegò un certificato del suo medico curante che lo dichiarava affetto da epiteloma della lingua.

Data la breve antidurata del contratto fu praticata una indagine sanitaria che fece assecondare che l'assicurato era sofferente di leucoplasie linguali da tre-quattro anni e che all'epoca dell'ingresso in assicurazione aveva un piccolo noduletto indolente al margine sinistro della lingua. L'assicurato stesso ammetteva ciò dicendo di aver richiamato su tale fatto l'attenzione dei medici fiduciari, che non diedero alla cosa alcun peso, anzi lo rassicurarono dicendogli che era cosa da nulla e non ne fecero alcun cenno nei certificati.

Nell'aprile 1932 il nodulo linguale cominciò a dare un po' di fastidio e ad ingrossarsi, ma il paziente non vi diede ancora importanza e solo nel settembre 1932, sanguinando il tumoretto facilmente a contatto con cibi duri, si decise a farsi visitare da un medico. Questi riconobbe la gravità del male e volle un consulto con un medico primario che fece diagnosi di cancro della lingua. Fu consigliata una cura radiumterapica che venne subito eseguita.

Nel gennaio 1933 l'assicurato fu sottoposto a visita di controllo da parte del sanitario dell'Istituto assicuratore. Si poté constatare che il nodulo cancerigno era stato distrutto dall'irradiazione del radium; persisteva notevole reazione flogistica di tutto il margine sinistro della lingua e del pavimento della bocca a sinistra per cui la parola era molto impacciata.

Vi era grande depressione psichica e morale per l'incubo continuo in cui viveva l'ammalato della riproduzione e diffusione del male — cancro — della cui gravità era a perfetta conoscenza.

Fu accordato il chiesto esonero dal pagamento dei premi per invalidità salvo nuova visita fra un anno. Si dovette anche riconoscere la piena validità del contratto perchè l'assicurato nulla aveva taciuto delle sue condizioni ed anzi aveva fatto osservare le chiazze di leucoplasia linguale e il piccolo noduletto del margine sinistro della lingua a cui i medici fiduciari erroneamente non dettero alcun peso.

Dall'inchiesta risultò che la diagnosi di cancro fu fatta solo nel settembre 1932. Il comportamento dell'assicurato nel gennaio 1932 era stato quello della persona di buona fede e le sue dichiarazioni erano state sincere, nulla avendo nascosto.

II. *Cancro dello stomaco.* — Il 31 dicembre 1929 fu emessa una polizza di assicurazione vita sulla testa di un uomo di 43 anni, che aveva dichiarato di non aver sofferto alcuna malattia importante e di stare in buona salute. L'assicurato morì il 2 maggio 1931 per carcinoma gastrico.

Dall'inchiesta eseguita risultò che il paziente era stato operato il 24 febbraio 1930 di gastro-enterostomia per cancro dello stomaco non resecabile.

La malattia si era manifestata circa 3 mesi prima con inappetenza e fatti dispeptici ai quali l'individuo non aveva dato importanza, tanto che non era ricorso al consiglio e all'opera di alcun medico.

Si indusse a farsi visitare solo il 7 febbraio, spintovi dalla moglie che, recatasi dal medico, per proprie sofferenze renali, volle che anche il marito si sottoponesse a visita. Il medico ebbe a constatare la presenza di un tumore nello stomaco.

Fu consigliato il ricovero in una clinica e lì, il 24 febbraio del 1930, fu eseguito l'atto operativo che non permise l'asportazione del tumore data la sua diffusione.

Migliorata la canalizzazione si ebbe un miglioramento nelle funzioni digestive e nello stato generale; ma il tumore andò sempre aumentando e nel luglio 1930 fu trovato del volume di una testa di feto. In seguito si ebbero metastasi con ascite e l'infermo morì il 2 marzo 1931.

Da quanto si è detto si può dedurre che il tumore gastrico esistesse fin dal 31 dicembre 1929, epoca della stipulazione del contratto di assicurazione, ma i disturbi subiettivi cui aveva dato luogo erano così lievi, vaghi e indeterminati che l'infermo non vi aveva dato alcun peso da non sentire il bisogno di ricorrere all'opera di alcun medico.

La prima visita clinica subita dall'individuo, per giunta per una pura circostanza concidenziale, fu il 7 febbraio 1930 quando per la prima volta fu diagnosticata la grave malattia che poi condusse a morte l'infermo.

Si deve ritenere che le dichiarazioni negative dell'assicurato, al momento della visita medica assicurativa, cui fu sottoposto nel dicembre 1929 fossero sincere. Il contratto di assicurazione era quindi pienamente valido.

III. *Cancro della mammella.* — Una donna di 50 anni nell'ottobre 1932 fece una assicurazione, per un discreto capitale, dichiarando di star bene e di non avere avuto mai alcuna malattia.

L'assicurata il 7 marzo 1934 morì per cancro della mammella. Da una inchiesta sanitaria eseguita risultò che la malattia si era iniziata con dolorabilità al petto nell'estate 1932.

La donna peraltro non aveva dato peso alle sue sofferenze non gravi, e non continue, tanto che non ricorse al consiglio e all'opera di alcun medico.

La malattia fu diagnosticata nel gennaio 1933 quando la donna fu colpita da lieve influenza bronchiale. Fu solo allora che al medico curante accennò ai disturbi mammari e il medico fece la diagnosi di cancro e consigliò l'operazione.

Nonostante l'amputazione della mammella, subito eseguita, dopo qualche mese, si ebbe la ripetizione del male e la morte.

In questo caso non si può ammettere la mala fede dell'assicuranda per non avere denunciato la iniziale dolorabilità della mammella destra, cui non aveva dato importanza.

La polizza fu liquidata senz'altro.

IV. *Cancro dell'utero.* — Nel giugno 1933 fu emessa una polizza di assicurazione sulla testa di una donna di 41 anni, che aveva dichiarato di trovarsi in buona salute e di non avere avuto precedenti malattie.

Il 15 febbraio 1934 l'assicurata morì per cancro dell'utero con metastasi alla colonna vertebrale. Da una inchiesta eseguita risultò che la donna era stata ricoverata in una casa di salute il 5 settembre 1933 ed ivi era stata operata di tumore all'utero.

Dalla cartella clinica si rilevava che la malattia si era iniziata con mestruazioni abbondanti e con qualche perdita intermestruale al principio dell'estate. L'inferma non aveva dato peso a tali fatti, tanto che ricorse al medico solo alla fine di agosto, quando le fu consigliato il ricovero in clinica.

Dopo qualche mese dall'atto operativo che era riuscito bene, si manifestarono fenomeni nevralgici alla sezione lombare della colonna vertebrale, ritenuti prima come esponenti di radicolite semplice, ma che poi si constatò essere dovuti a metastasi neoplastica.

Nel caso in termini non si può ritenere in mala fede la donna che nel giugno non aveva denunciato i lievi disturbi uterini, cui non aveva dato alcuna importanza, per averli avuti altre volte, in via transitoria, senza conseguenze di sorta.

Il sinistro fu liquidato regolarmente.

Dai casi riferiti come esemplificazione di molti altri che si verificano nella pratica assicurativa, si può dedurre che le dichiarazioni dell'assicurando sono motivo di annullamento del contratto di assicurazione solo quando, ben considerate e valutate nella storia retrospettiva, appaiono reticenti e false in mala fede.

Quando invece furono solamente erronee o per ignoranza o per omissione involontaria, non deliberata, non possono essere motivo di contestazione, specie se decorso il periodo della contestabilità. E' la malafede del contraente e dell'assicurando quella che si vuol colpire nel contratto di assicurazione, potendo altrimenti incoraggiarsi speculazioni e frodi, in un campo sempre più esteso delle moderne attività civili.

La prova della buona fede in molti casi anche di tumori maligni, può essere data dal non avere il paziente fatto ricorso all'opera del medico curante.

Purtroppo nei tumori maligni, non si va dal medico ai primi sintomi del male, ma quando il neoplasma ha progredito e spesso è diventato inoperabile ed inguaribile. Giustamente fu detto che il cancro, specie di organi non accessibili, è un dramma di più atti, all'ultimo soltanto dei quali spesso è dato al medico di assistere.

Eppure in nessuna malattia la diagnosi precoce è garanzia di successo come nei tumori maligni.

Il medico di assicurazione con l'esame accurato degli assicurandi, può non solo evitare le frodi tentate da parte di individui di mala fede, ma può anche scoprire e sorprendere eventuali tumori alla loro fase iniziale, in persone di buona fede.

Queste, messe sull'avviso tempestivamente, possono sottoporsi alle cure opportune e guarire di un male, che, diagnosticato invece troppo tardi, porta inesorabilmente alla tomba. Si possono così evitare lutti e perdite di vite umane e di valori economici e morali.

In tal modo la medicina assicurativa è vera medicina sociale.

Dallo studio delle cause di morte per cancro fra la massa dei propri assicurati, gli Istituti di assicurazione traggono elementi per cooperare alla lotta ingaggiata contro la terribile malattia.

Alcuni dati di Statistica Medica

Le cause di morte dei sinistri verificatisi nel 1934

Lo studio delle tabelle che seguono fa rilevare come i sinistri delle Assicurazioni Popolari (Tavola I) hanno, sebbene attenuati in confronto agli anni precedenti, ancora il triste privilegio di presentare il maggior numero di decessi per tubercolosi. Certamente (vedi comunicazione al Congresso delle Assicurazioni Popolari in Venezia) la sperequazione dei gruppi di età esposti al rischio, ed altre condizioni speciali di questi assicurati contribuisce a questo doloroso fenomeno; v'è però da presumere che anche altri fattori antiselettici di cui non è ora il caso di riferire, vi possano contribuire. Notevoli sono anche i decessi per le altre malattie respiratorie; mentre relativamente basso è il quoziente di mortalità delle malattie degli apparati circolatori e dei tumori.

La mortalità degli assicurati con Polizza ordinaria senza visita medica (Tavola II) presenta il maggior coefficiente nella voce delle morti violente seguito dalla tubercolosi e dalle altre malattie respiratorie quasi con egual numero di sinistri. Si avvicina perciò questa tavola per alcuni lati alle cause di morte delle Popolari; se ne differenzia invece per un quoziente piuttosto alto delle malattie circolatorie.

Differente poi nella esposizione del rischio è il portafoglio diretto con visita medica (Tavola III) in cui i quozienti delle cause di morte dimostrano come si abbia a che fare per il più gran numero dei sinistri con malattie diverse. Infatti nell'ordine vengono le malattie dell'apparato circolatorio ed i tumori. Seguono con un numero quasi identico le affezioni dell'apparato digerente e quelle dell'apparato respiratorio.

Le cessioni legali (Tavola IV) presentano la cifra più alta di sinistri nel gruppo delle malattie circolatorie, seguite da un egual numero di decessi per malattie respiratorie e digerenti; dividono invece il terzo posto la tubercolosi e i tumori.

Una conferma a questa distribuzione l'abbiamo scorrendo la colonna delle percentuali nelle singole tavole. Le Assicurazioni Popolari con il 22,05 % nella tbc. rappresentano indubbiamente il raggruppamento maggiore di qualunque causa di morte nella distribuzione dei singoli portafogli. Invece i sinistri per la stessa voce negli assicurati delle Ordinarie con visita medica hanno una mortalità corrispondente a quella della popolazione civile compresa nell'età tra i 20 e i 60 anni.

Notevole, rappresentando la seconda cifra assoluta delle tabelle esaminate, è la percentuale delle morti violente o accidentali del Portafoglio Diretto senza visita medica. Vengono per terzi i sinistri da malattie respiratorie non tbc. nelle Assicurazioni Popolari, con il 15,40 % seguite a brevissima distanza dalle malattie dell'apparato respiratorio delle Ordinarie con visita medica.

In conclusione l'esame delle cause di morte verificatesi negli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nel 1934 ci permette di differenziare due tipi fondamentali di quadri di mortalità. Una con prevalenza delle malattie tubercolari si è manifestata nelle assicurazioni Popolari; l'altra invece con prevalenza delle malattie circolatorie e dei tumori ha prevalso nelle assicurazioni ordinarie con visita medica. Comportamento intermedio presentano le altre due tavole; con tendenza alle malattie specifiche nelle assicurazioni Ordinarie senza visita medica al contrario con prevalenza dalle malattie circolatorie nelle Cessioni legali.

A. STARNA.

TAVOLA 1.

**Assicurati maschi del portafoglio popolare deceduti nel 1934, distribuiti per cause di morte
e per gruppi di età alla morte**

CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE											Totale	Distribuzione %	
	0 - 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64			oltre 65
	ogni forma di tubercolosi	3	6	7	11	25	52	44	30	17	9			4
altre malattie infettive e parassitarie	6	3	1	1	6	10	14	20	12	3	1	1	78	8,23
tumori maligni	—	—	1	—	4	5	10	13	18	12	5	1	69	7,28
malattie del ricambio e nutrizione	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	3	0,32
emorragie-trombosi-embolie cerebrali	—	—	—	1	—	3	8	3	11	8	3	—	37	3,90
malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3	1	—	—	—	10	3	8	6	2	—	—	33	3,48
malattie apparato circolatorio	1	—	—	2	1	8	13	17	20	12	11	4	89	9,39
malattie apparato respiratorio	4	3	—	5	11	25	31	22	24	16	5	—	146	15,40
malattie apparato digerente	5	2	1	6	9	14	19	25	9	8	3	1	102	10,76
malattie apparato genito-urinario	—	—	—	—	1	8	10	6	6	3	4	—	38	4,01
suicidi	—	—	—	1	—	4	3	6	2	1	—	—	17	1,79
morti violente e accidentali	1	8	5	12	11	19	22	10	9	2	1	—	100	10,55
altre cause di morte	3	1	—	—	1	5	3	2	—	1	—	1	17	1,79
cause non specificate	—	—	—	—	—	1	2	3	3	—	1	—	10	1,05
	26	24	15	39	69	164	184	165	137	78	38	9	948	100,—

TAVOLA 2.

Assicurati maschi (portafoglio diretto senza visita medica) morti nel 1934, distribuiti per cause di morte e per gruppi di età alla morte

CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE										Totale	Distribuzione %		
	0 - 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59			60 - 64	oltre 65
	ogni forma t. b. c.	—	—	2	7	4	8	10	4	2			3	1
altre malattie infettive e parassitarie	4	1	1	1	1	1	1	1	3	—	—	—	14	4,43
tumori maligni	—	—	1	—	1	—	2	3	—	8	—	—	15	4,75
malattie del ricambio e nutrizione	—	—	—	1	1	—	—	—	1	1	—	—	4	1,27
emorragie-trombosi-embolie cerebrali	—	—	—	—	—	3	6	—	2	1	1	—	13	4,11
malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	1	—	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	5	1,58
malattie apparato circolatorio	—	—	—	—	—	4	6	10	5	4	4	2	35	11,08
malattie apparato respiratorio	12	—	1	—	—	3	7	6	2	3	5	1	40	12,65
malattie apparato digerente	11	—	—	1	2	3	5	3	6	4	—	—	35	11,08
malattie apparato genito urinario	1	—	1	—	—	1	—	3	2	1	—	—	9	2,85
suicidi	—	—	2	—	—	2	—	1	1	—	—	—	6	1,90
morti violente e accidentali	1	—	16	22	7	3	—	1	—	1	2	—	54	17,09
altre cause di morte	24	1	—	—	—	2	1	—	—	—	1	—	29	9,18
cause non specificate	5	1	1	—	2	2	1	—	3	1	—	—	15	4,75
	59	3	25	33	18	33	40	32	28	27	14	4	316	100, —

TAVOLA 3.

**Assicurati maschi deceduti nel 1934 (Portafoglio diretto con visita medica) distribuiti per cause di morte
e gruppi di età alla morte**

CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE										Totale	Distribuzione %		
	0-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59			60-64	oltre 65
	ogni forma di tubercolosi	—	—	2	13	21	24	21	16	7			6	6
altre malattie infettive e parassitarie	—	—	2	5	13	20	20	20	15	17	10	11	133	8,85
tumori maligni	—	—	—	2	5	18	22	22	34	46	28	11	188	12,51
malattie del ricambio e nutrizione	—	—	—	—	—	1	1	2	6	7	5	6	28	1,86
emorragie-trombosi-embolie cerebrali	—	—	—	2	2	5	11	11	32	30	24	20	137	9,12
malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	—	—	—	—	1	6	7	5	3	2	2	1	27	1,80
malattie apparato circolatorio	—	1	1	2	7	10	21	26	44	40	43	29	224	14,91
malattie apparato respiratorio	—	—	3	5	6	21	22	33	16	29	17	11	163	10,84
malattie apparato digerente	—	—	—	4	15	25	24	34	30	25	10	5	172	11,44
malattie apparato genito-urinario	—	—	—	1	2	5	13	10	18	16	14	7	86	5,72
suicidi	—	—	—	2	2	12	3	13	6	5	4	—	47	3,13
morti violente e accidentali	—	—	2	5	13	11	19	15	14	5	1	2	87	5,79
altre cause di morte	—	—	—	1	2	9	7	8	9	1	2	4	43	2,86
cause non specificate	—	—	1	—	7	5	6	5	7	9	7	4	51	3,39
	—	1	11	42	96	172	197	220	241	288	173	112	1503	100,—

**Cessioni legali — Assicurati maschi morti nel 1934 distribuiti per cause di morte
e per gruppi di età alla morte**

CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE										Totale	Distribuzione %		
	0 - 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59			60 - 64	oltre 65
	ogni forma di tubercolosi	1	—	3	13	16	21	15	12	8			5	4
altre malattie infettive e parassitarie	1	—	3	7	16	8	11	8	10	10	4	—	78	8,16
tumori maligni	—	—	1	2	4	7	17	20	18	14	7	4	94	2,88
malattie ricambio e nutrizione	—	—	—	—	—	2	—	1	2	4	2	1	12	1,26
emorragie-trombosi-embolie cerebrali	—	—	1	1	—	3	6	10	20	14	12	11	78	8,16
malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	—	—	1	1	1	3	5	1	7	2	2	1	24	2,51
malattie apparato circolatorio	—	—	—	2	3	10	14	27	18	26	22	5	127	13,27
malattie apparato respiratorio	—	—	—	3	5	21	18	22	20	15	8	5	117	12,24
malattie apparato digerente	1	—	1	6	15	12	19	17	18	17	7	4	117	12,24
malattie apparato genito urinario	—	—	—	—	2	6	9	11	10	9	7	4	58	6,07
suicidi	—	—	1	1	2	4	2	9	3	1	2	—	25	2,62
morti violente e accidentali	—	—	3	10	15	10	8	15	4	5	3	—	73	7,64
altre cause di morte	1	—	—	—	4	4	2	5	5	6	1	—	28	2,93
cause non specificate	—	1	—	1	1	4	3	2	5	6	2	2	27	2,82
	4	1	14	47	84	115	129	160	148	184	83	87	956	100,—

Varie

L'amicizia Medica Franco-Italiana

Leggiamo con piacere ne «La Presse Méd.» (1936, N. 15) un articolo dell'illustre Prof. Emile Sergent circa il suo recente viaggio in Italia corredato della fotografia panoramica del Sanatorio Forlanini in Roma, superba realizzazione del regime fascista.

Il grande fisiologo francese ricorda con piacere la visita al Sanatorio stesso e le accoglienze cordiali che ha ricevuto da parte degli scienziati italiani. Già ricordammo in precedenza l'interessante conferenza che tenne l'A. sul tema: L'importanza delle vie linfatiche nella penetrazione e propagazione della tubercolizzazione, argomento trattato a richiesta del Prof. Morelli. Il Sergent ha parole di stima per le numerose personalità del campo medico italiano che ha avuto occasione di conoscere, ricorda la felice idea della recente creazione di una sezione medica nel comitato Francia-Italia, che ha trovato una corrispondente sezione in Italia sotto i nomi dei Professori: Devoto, Frugoni e Morelli.

Di quest'ultimo loda l'organizzazione meravigliosa dei moderni laboratori nel Sanatorio suddetto perfettamente arredato e le applicazioni veramente ingegnose di alcuni apparecchi dallo stesso Morelli ideati.

Riportiamo le lusinghiere parole dell'autore con le quali egli saluta nei medici italiani i rappresentanti della grande Sorella Latina:

« Questa visita in uno dei più bei centri di studio e di insegnamento della gloriosa capitale di civiltà latina, la grande ed antica Roma, mi lascia un indimenticabile ricordo. Essa mi ha dato l'impressione di una nuova forza nata da un'organizzazione direttiva contraria ad ogni anarchia e a qualunque disordine. Ciò mi ha permesso di constatare che la classe medica italiana resta a fianco di quella francese.

« Nell'interesse della latinità auguriamo che le nostre relazioni si moltiplichino e diventino sempre più strette. Noi francesi abbiamo il dovere di regolare le relazioni con i fratelli italiani e particolarmente di facilitare la realizzazione degli scambi culturali; il che non diminuirebbe in alcun modo di mantenere le relazioni più cordiali con i colleghi di tutti gli altri Paesi ».

A. STARNA.

Il sanatorio per gli studenti in Grecia

Il gruppo Universitario di Atene si è interessato per la creazione di un preventorio per gli studenti nelle montagne di Pendeli. Si sono raccolte un milione e mezzo di dracme per lo scopo, e un comitato di professori universitari ha scelto la sede più adatta a tale costruzione. Questo comprenderà all'inizio 50 letti. Durante l'anno scorso medici del circolo Universitario insieme ai professori della facoltà hanno esaminato 9207 studenti di cui 376 sono stati inviati a diversi Ospedali, Cliniche o Sanatori.

Complessivamente secondo una statistica di uno stato sanitario degli Studenti Universitari di Atene, il numero degli studenti che sono risultati chiaramente tubercolosi del 1° settembre 1934 al 12 giugno 1935 è stato di 147. Si sono accertati alcune centinaia di casi di stati pretubercolari. Purtroppo fino ad oggi i mezzi per il trattamento degli studenti tubercolosi o predisposti erano stati assolutamente insufficienti.

Con questa istituzione il circolo universitario ha compiuto un atto veramente benefico per la salute di tanti studenti.

Prof. BASILIADES.

Le origini, l'evoluzione e gli scopi della statistica demografica

Dott. GIUSEPPE GIANNELLI

*dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia
già Assistente effettivo degli Ospedali Riuniti di Roma*

L'uomo, il più perfetto animale della scala zoologica, fornito del massimo dono del ragionamento e dell'intelligenza, ha sempre avuto tendenza a controllare ed a coordinare a suo favore le forze esterne dell'ambiente. Forze esterne ambientali che contribuiscono esse sole a caratterizzare ed a provocare i grandiosi fenomeni sociali della popolazione come il suo peso assoluto numerico, i suoi rapporti di distribuzione nel territorio, la sua composizione per gruppi biologici (età, sesso, razza e simili) e per gruppi biologico-sociali (stato civile, famiglia, nazionalità e stato, professione ecc.), il suo sviluppo, rinnovamento, trasformazione, decremento, provocati dalle nascite, dalle morti e dalle emigrazioni.

L'uomo primitivo ha incominciato a scrutare la natura per tentare di scoprire qualche legge, qualche regolarità nel susseguirsi apparentemente caotico dei fenomeni di cui essa natura si compone. E senza aver fissato cifre si è lasciato guidare da un'osservatrice esperienza che gli ha permesso di prevedere, di prevenire e di disciplinare alcune forze naturali. Gli è sempre però rimasta oscura l'intima essenza della vita, le leggi che regolano il suo sorgere, il suo evolversi, il suo trasformarsi ed il suo spegnersi. Ecco quindi che l'uomo primitivo ha tentato, dall'osservazione di molti fatti, di risalire alle leggi che li governano e di riconoscere una regolarità in ciò che risulta in apparenza altamente irregolare. Questa tendenza dell'uomo primitivo è stata determinata dall'istinto della propria conservazione, che l'ha portato al tentativo di misurare, controllare, coordinare le forze dell'ambiente esterno sia favorevoli che sfavorevoli alla sua esistenza.

Nei nuraghi della Sardegna, per esempio, che sono antichissimi monumenti della primitiva popolazione di questa isola, si trovano talvolta incisi sulle pareti certi rozzi segni che devono interpretarsi come tacche che servivano ad enumerare i prodotti della caccia e dell'agricoltura.

Ecco quindi nell'uomo la tendenza a misurare ed a graduare i fenomeni naturali ed in un periodo posteriore a studiarne l'intima essenza.

Nella notte dei tempi sono segnalati i primi censimenti nell'antico Egitto sotto la prima dinastia Faraonica (molto prima del 3000 a. C.) e nella Cina; presso gli Israeliti ci giunge notizia dell'esistenza di dati numerici relativi alla popolazione, mentre nel Pentateuco ed in altri passi della Bibbia sono riportati il numero dei figli di Israele e vi sono accenni a censimenti di maschi atti alle armi eseguito alle falde del Monte Sinai, ripetuto dopo 40 anni presso le rive del Giordano e rieseguito nel 1017 a. C. per ordine di David; è nota l'istituzione romana del Census attribuita a Servio Tullio (555 a. C.) e l'istituzione un po' posteriore (443 a. C.) dei Censores, i censimenti ordinati da Cesare Augusto, i registri tenuti, nel Medio Evo e dopo, dalle Chiese per segnarvi nascite, matrimoni e morti, i censimenti ordinati da Carlo Magno e dal Re normanno Guglielmo allora che divenne signore di Inghilterra, i rapporti sulla popolazione degli Ambasciatori della Repubblica Veneta ed altri. Queste operazioni, che oggi si chiamerebbero statistiche, furono fine a loro stesse in quanto che con esse si volle semplicemente stabilire la consistenza numerica della popolazione, il numero delle nascite, delle morti, dei matrimoni ecc.

Solamente molto più tardi e cioè nella seconda metà del secolo XVIII e nei principi del XIX per opera di un tedesco Gian Pietro Süßmilch, di un francese Moheau e di un belga Adolfo Quételet sono pubblicate delle opere che, pur raccogliendo ed ordinando con cura dati già esistenti, danno la visione sintetica di una scienza statistica della popolazione.

In esse cioè, con metodo statistico, si elaborano i fatti numerici già esistenti e risultanti da raccolte eseguite dagli Stati per conoscere il numero degli abitanti e da queste elaborazioni essi autori tentano trarre delle considerazioni e delle leggi. Per opera dunque di questi tre uomini la demografia (parola creata ed usata per la prima volta nel 1855 da Achille Guillard nel suo trattato « *Éléments de Statistique humaine, ou démographie* ») oltre fornire la misura numerica della popolazione e grossolanamente registrare i dati numerici del suo movimento, assurge a vera e propria scienza speculativa in quanto essa cerca trarre dalle adatte elaborazioni delle cifre grezze, anche i legami ed i rapporti causali tra i vari fenomeni della popolazione.

Sporadici tentativi di studi statistici speciali sulla popolazione erano stati fatti in epoca anteriore a questi tre Autori, i quali però devono considerarsi come i fondatori della scienza statistica della popolazione: nel 1662 John Graunt, attingendo dai registri dei nati e dei morti, tenta di concretare le regole generali che governano la mortalità alle varie età e nei diversi luoghi e tempi. Infatti egli redige una delle prime tavole di mortalità in cui sono calcolate le probabilità di morte ad ogni età della vita e mette in luce l'esistenza di un fisso rapporto tra le nascite maschili e quelle femminili.

Un medico ed economista di Dublino, W. Petty, pubblica, dal 1682 in poi, saggi sulla mortalità e natalità a Dublino, redigendo anche tavole di mortalità, e ricerche numeriche sulla popolazione di Londra, Parigi e delle principali città europee. L'astronomo inglese Edmondo Halley calcola, nel 1693, tavole di mortalità sulla popolazione di Breslau. In Olanda altri autori come Huygens, G. de Witt e G. Hudde, tra il 1600 ed il 1700, calcolano altre tavole di mortalità. Nel 1729 Isacco de Graaf cerca le leggi che governano la « potenza di vitalità umana alle varie età della vita » e nel 1740 Nicola Struych parla di un ordine universale che la scienza può scoprire nei fatti della popolazione, adoperando un adatto metodo (il moderno metodo statistico). Si viene quindi sempre allargando l'applicazione a tutti i fatti della vita sociale del calcolo delle probabilità, che da Giacobbe Bernoulli veniva indicato doversi applicare alle *res civiles, morales et aeconomicas*.

Ma il primo lavoro completo di coordinazione come abbiamo già detto, è dovuto a Gian Pietro Süßmilch che nel 1741 pubblicava l'opera: « Dell'ordine divino nelle variazioni del genere umano, dimostrato con le nascite, con le morti e con la sua riproduzione ». In essa l'Autore per la prima volta deduce che le nascite, i matrimoni, i morti si producono secondo un determinato ordine, che appare non nei piccoli numeri ma in gran numero di casi, onde la necessità di osservazioni numerose per iscoprire la regolarità e l'ordine nei fenomeni sociali.

Egli studia la mortalità nei villaggi, nelle piccole e nelle grandi città, i rapporti di nuzialità e di natalità, il numero medio dei figli per matrimonio, da cui la possibilità di studiare e fissare la velocità dell'aumento della popolazione e il tempo del raddoppiamento di essa. L'Autore inoltre passa in rassegna i rapporti tra nati maschi e nati femmine, tra uomini e donne, parla delle combinazioni matrimoniali tra celibi e nubili, tra vedovi e nubili, tra celibi e vedove e tra vedovi e vedove, dimostrando un'attrazione matrimoniale tra individui del medesimo stato civile. L'Autore inoltre, parlando della mortalità secondo le età, ne mostra il primo massimo addensarsi dalla nascita ai due anni di vita, ed il secondo meno cospicuo tra i 40 ed i 50 anni; misura le probabilità di morte nelle varie età della vita; classifica i morti secondo le cause che procurarono il decesso e dà anche la frequenza dei morti nei vari mesi dell'anno. Egli studia inoltre in qual modo si ammassi la popolazione nelle grandi città e dà una tabella della popolazione inglese distinta per classi sociali, contando per ognuna di esse classi, il numero di persone, di famiglie, di capi famiglia, e perfino denunciando il presunto reddito annuo familiare. Ma ciò che è più importante nell'opera dello Süßmilch è che dei fenomeni della popolazione egli non si limita a dare notizia quantitativa, ma anche notizia causale, come egli dimostra trattando della mortalità, di cui spiega il maggior addensamento nelle città, in confronto a quelle delle campagne, con la maggior mortalità infantile nelle città (dovuta al maggiore uso dell'allattamento mercenario) ed alla degenerazione della popolazione, raffinata ma meno forte e meno sobria. Per la prima volta dunque il Süßmilch mette in evidenza ciò che si suol chiamare uniformità statistica o ricorrenza statistica o anche legge statistica.

Nel 1778 in Francia il Moheau pubblica a Parigi le « *Recerches et considérations sur la population de la France* » opera che deve considerarsi come il primo studio veramente organico di statistica della popolazione apparso in Francia. Alcuni dicono che Moheau non sarebbe che lo pseudonimo del barone J. B. de Montyon, Intendente del Re per le provincie, che sarebbe il vero autore del lavoro; altri dicono che Moheau sarebbe il segretario del famoso intendente e che avrebbe scritto l'opera in collaborazione con il Montyon. Certo si è che questa opera per i tempi in cui fu scritta può considerarsi come fondamentale, quantunque il materiale fosse stato precedentemente raccolto in Francia dalle famose inchieste (1697) sulle condizioni della popolazione ordinate dal Maresciallo di Francia Vauban, che furono raccolte nelle « *Memoires des Entendants* », riassunte dal Conte di Bouloinvilliers nel suo « *État de la France* » (1727), e dal Vauban stesso trattato nella sua « *Dîme royale* » (1707) e « *Dénombrement du Royaume de France* » (1709); inoltre probabilità di durata della vita umana erano state calcolate dal Deparcieux (1746) e dal Dupré de Saint Maur (1767) e calcoli nell'ammontare della popolazione erano stati fatti dal marchese di Mirabeau (1754), dall'abate Expilly (1762) e dal Messance (1766).

Il Moheau dunque nella sua opera cerca di costruire le leggi generali che regolano lo stato, la composizione ed il movimento della popolazione e di cercare le cause dei fenomeni numerati ed esposti. Egli parla dei metodi indiretti per calcolare l'ammontare della popola-

zione in mancanza dei censimenti e dà poi cifre sull'ammontare della popolazione della Francia distinta anche per sesso, età, stato civile, condizione sociale, professione ecc. Accenna il Moheau anche a ricerche antropometriche sulla statura e sulla forza dei francesi e alle cause del progresso e della decadenza della popolazione. Sulle nascite e sulla natalità si intrattiene anche il Moheau e per quanto riguarda la mortalità espone, età per età, la durata della vita media nelle diverse località della Francia e il comportarsi della mortalità secondo i mesi e le stagioni.

Il Moheau cerca anche di scoprire i legami ed i rapporti causali che associano i vari fenomeni e, per esempio, egli nota che la maggiore salubrità del suolo porta ad un maggiore addensamento della popolazione; che il numero delle nascite è minore nelle grandi città in confronto delle campagne, perchè nelle città gli abitanti sono meno robusti e perchè essi temono il disagio di una numerosa figliolanza ecc. Per quanto riguarda la mortalità il Moheau dà grande importanza al clima, considerando l'influenza di esso sul più rapido sviluppo degli uomini del sud a confronto di quelli del nord, per cui i primi avrebbero vita più breve.

Anche le donne dovrebbero avere vita più breve, raggiungendo prima esse il loro completo sviluppo, ma si verificherebbe il fatto contrario perchè l'uomo è di gran lunga più esposto alle maggiori asprezze della vita ed ai più continuati pericoli.

Ancora più ampia e più precisa è l'opera del belga Adolfo Quételet, astronomo, matematico, statistico il quale nel 1835 pubblica l'opera: « *Sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai de physique sociale* » opera nella quale egli richiama anche altre ricerche di demografia fatte da lui stesso e da altri, coordinandole e completandole.

L'opera del Quételet è informata essenzialmente sul concetto che i fatti umani e sociali sono retti da leggi nello stesso modo come i fatti fisici e naturali.

Quindi anche i fenomeni sociali che sembrano dipendere unicamente dalla volontà umana avvengono invece con il medesimo ordine con cui si manifestano quelli del mondo fisico e l'uomo, sia nelle sue qualità fisiche e fisiologiche che nelle facoltà intellettuali e morali, è sottoposto all'influsso di cause regolari e periodiche. Le leggi dei fatti umani e sociali si svelano quindi quando si procede sull'osservazione di grandi masse di fenomeni in modo che, come egli scrive, « il libero arbitrio si nasconde e rimane senza effetto sensibile sull'andamento dei fatti umani quando le osservazioni si estendono a gran numero di individui ».

Nella prima metà dell'opera il Quételet si può dire che tratta la parte strettamente demografica studiando la natalità, la nuzialità e la mortalità. Parlando di quest'ultimo fenomeno l'autore studia l'influenza su di esso del clima, dell'altitudine, delle condizioni del terreno e dell'aria; studia la mortalità secondo il sesso e l'età, calcola il numero dei sopravvissuti, età per età, da una generazione di mille nati (dai dati della popolazione belga del 1846) e la durata probabile della vita nei vari Stati di Europa, età per età. Parla delle oscillazioni della mortalità dovute alle carestie ed alle guerre e dell'altissima mortalità che si riscontra nei ricoveri di mendicizia e fa considerazioni sull'andamento di essa fra i ricchi e i poveri, fra i trovatelli e i legittimi, tra i prigionieri e i non prigionieri.

Importante è lo studio fatto dal Quételet dell'influenza delle stagioni e delle ore del giorno sulla mortalità e l'influenza che può avere su essa la professione ed il grado di ricchezza.

La mortalità secondo le cause non è dal Quételet dettagliatamente studiata, pur accuratamente trattando della mortalità per suicidio e per pazzia. Del suicidio egli studiò i mezzi adoperati per compierlo, l'influenza stagionale, la curva della mortalità secondo l'età e secondo il sesso, parlando anche delle ore del giorno in cui esso è più frequente. In quanto alla pazzia egli ne studia la frequenza nei mesi dell'anno e nelle diverse età e sesso.

Dal complesso studio di questi argomenti il Quételet cerca formulare una legge della popolazione secondo la quale essa tende a crescere in progressione geometrica mentre la somma degli ostacoli che nuocciono al suo sviluppo è uguale al quadrato della velocità con la quale la popolazione tende a crescere.

Nella seconda parte della sua opera il Quételet tratta antropometria e biometria in quanto egli si prefigge di ottenere valori medi della misura di ogni carattere umano fisico e fisiologico, per ogni gruppo omogeneo della popolazione e nelle varie età della vita, in modo da giungere per ciascheduno dei misurati caratteri a costruire delle curve che per ognuno di essi ne rappresentino lo svolgimento quantitativo o sviluppo dalla nascita fino alla morte, e possa permettere, coll'esame di esse, di accertare i grandi periodi di accrescimento, di stazionarietà e di decadimento nella vita dell'uomo e di identificare sia sul vivo che sul cadavere l'età del soggetto.

Grande merito del Quételet è quello di avere scoperto la legge binomiale di distribuzione per caratteri fisici degli uomini, per cui essi si raccoglierebbero in maggior numero intorno alla media o al tipo di ciascun carattere, mentre un esiguo numero si raccoglierebbe intorno ai valori massimi e minimi.

Il Quételet inoltre tratta anche del modo di misurare i caratteri psichici (intelletuali e morali) degli uomini, tanto da aver studiato attentamente la criminalità e di averne fondato e coordinato la statistica, studiando il delitto nella sua quantità totale e per categorie, nella sua geografia, nel suo movimento attraverso il tempo e principalmente nei suoi rapporti con l'istruzione, il clima, il sesso e l'età. Da tutte queste misurazioni il Quételet trae il concetto dell'uomo medio, sia per caratteri fisici che per caratteri intellettuali e morali, su cui tanto si è discusso e si discute, e che neanche lo stesso Quételet ha chiaramente e particolarmente definito.

Con questo complesso di geniali indagini il Quételet applicò il metodo statistico su moltissime branche dello scibile umano e tentò scrutare le leggi e le cause che regolano e producono i fenomeni sociali e collettivi. Egli quindi può considerarsi come il fondatore della sociologia generale e come il precursore, con le sue accurate ricerche di statistica della criminalità e sulla interpretazione biologica e sociale della delinquenza, della scuola positiva italiana, alla quale senza dubbio spetta la gloria di avere costruito una sociologia criminale, nel senso più largo e più specifico della parola.

Si giunge così alla seconda metà del 1800 ed in Francia sono grandemente e magistralmente coltivati gli studi demografici per opera specialmente dei tre Bertillon: Luigi-Adolfo, Alfonso e Giacomo, questi ultimi due figli di Luigi-Adolfo.

Il capostipite Luigi-Adolfo Bertillon, nato a Parigi il 1° aprile 1821 e morto a Neuilly il 28 febbraio 1883, può considerarsi come il più illustre studioso francese di demografia. Egli esercitò la professione di medico a Parigi e nell'Ospizio di Montmorency e fu fondatore della scuola di antropologia di Parigi, presso la quale insegnò per molti anni.

Dette alle stampe a Parigi nel 1855 un lavoro dal titolo « *Conclusioni statistiche contro i denigratori della vaccinazione, precedute da un saggio sul metodo statistico applicato allo studio dell'uomo* » a cui nel 1874 seguì un importante lavoro intitolato « *Demografia figurata della Francia o studio statistico della popolazione francese* ». In quest'ultima pubblicazione e in altri studi analoghi il Bertillon definì la demografia come la scienza che ha per oggetto la storia naturale delle collettività umane e per strumento la statistica. A completamento di questa definizione bisognerebbe aggiungere che la demografia cerca di definire le leggi e le cause che dominano i fenomeni sociali collettivi.

Giacomo Bertillon, figlio di Luigi-Adolfo, nacque a Parigi l'11 novembre 1851 e morì a Valmondois nel 1922. Si acquistò gran fama per i suoi studi di demografia, fu a capo, come Presidente, della Società di Statistica di Parigi e diresse per trent'anni l'Ufficio di statistica parigina, collaborando in una ventina di quotidiani della metropoli francese.

Egli fu il primo a denunciare il grave pericolo dello spopolamento della Francia, determinato dalla denatalità, nella sua opera rimasta famosa e dappertutto conosciuta, intitolata: « *Depopulation de la France* » (Parigi 1911). Egli scrisse altri notevoli lavori sulla ripartizione della ricchezza, sulle statistiche del divorzio, sul rapporto fra alcoolismo e tubercolosi e fra natalità e mortalità.

Alfonso Bertillon, anch'egli figlio di Luigi-Adolfo, nato a Parigi nel 1853 e morto il 3 febbraio 1914, fu come il padre medico ed antropologo. Si dedicò con grande successo e perizia agli studi di demografia e nel 1880 fu nominato capo dell'Ufficio di identificazione della Prefettura di Parigi, dove propose il sistema antropometrico che da lui prese appunto il nome di Bertillonage.

Fu autore di pregevoli opere come: « *Etnografia moderna* » che vide la luce a Parigi nel 1883, « *L'antropometria giudiziaria a Parigi nel 1889* » che fu stampata a Lione nel 1890, « *La fotografia giudiziaria* » a Parigi nel 1890 e « *Identificazione antropometrica* » a Melun nel 1893.

*
**

La statistica demografica viene così man mano diventando una scienza organizzata, tanto che i più grandi Stati sentono il bisogno di rilevarne ufficialmente i dati e sorgono le statistiche ufficiali nazionali che sono costituite da pubblicazioni mensili, annuali, decennali o occasionali condotte in gran parte con metodo statistico.

Di somma importanza sono i Censimenti che danno notizie sull'ammontare delle popolazioni distinte per sesso, età, stato civile, luogo di nascita, grado di cultura, religione, lingua parlata, professione o condizione ecc.

I censimenti italiani sono stati fatti ogni dieci anni e l'ultimo è stato eseguito il 21 aprile 1931; ne sono stati fatti altri precedentemente nel 1861, 1871, 1881, 1901, 1911 e 1921.

Il censimento del 1891 fu omesso per ragioni di economia, mentre il Governo fascista ha stabilito che a decorrere dal 1931 i censimenti siano eseguiti ogni 5 anni, per cui è in preparazione l'VIII censimento che avverrà il 21 aprile del corrente anno.

Oltre a ciò in tutte le città delle moderne nazioni civili vengono accuratamente registrati da appositi uffici locali anagrafici, le nascite, le morti, i matrimoni, le emigrazioni ecc. in modo che si può scientificamente studiare il movimento naturale e migratorio delle popolazioni.

Questi dati in quasi tutte le nazioni vengono raccolti, intavolati ed elaborati da un Ufficio Centrale di Statistica (in Italia l'Istituto Centrale di Statistica è stato fondato il 14 luglio 1926) che cura la pubblicazione di opere periodiche, per lo più annuali, che riguardano il movimento della popolazione, le cause di morte, le emigrazioni per l'estero e sovrintende ai censimenti industriali, professionali, agricoli ecc.

Anche gli enti locali, come in Italia i Comuni e le Province, hanno uffici statistici che si occupano anche essi di ricerche demografiche e molte grandi organizzazioni industriali o commerciali, come uffici del lavoro, grandi stabilimenti, compagnie di assicurazione, hanno uffici statistici che studiano i fenomeni collettivi che a questi Enti interessano.

Bisogna ricordare che anche privati studiosi, attingendo i dati dalle suddette pubblicazioni, ne fanno oggetto di approfondite indagini che danno lustro e decoro di scienza alla statistica demografica.

In Italia ricordiamo alcuni uomini che hanno illustrato la scienza della popolazione e che non sono più nel novero dei viventi:

Angelo Messedaglia, nato a Villafranca di Verona il 2 novembre 1820 morto a Roma il 5 aprile 1901, sommo economista e statista, deve considerarsi uno dei più versatili ingegni in quanto che oltre a pubblicare studi riguardanti scienze giuridiche, finanziarie e statistiche dette alle stampe pubblicazioni di cosmografia, idraulica e letterarie.

Si laureò in legge a Pavia nel 1843, nel 1858 ebbe la cattedra di economia politica e statistica dell'Università di Padova, dopo il 1870 insegnò statistica a Roma e nel 1888 vi ebbe la cattedra di economia politica.

Magistralmente confutò la teoria di Malthus nel saggio « *Malthus e dell'equilibrio della popolazione con le sussistenze* » rimasta celebre, dimostrando non solo incompatibili ma errate nell'impostazione metodologica la progressione geometrica della popolazione e quella aritmetica delle sussistenze, enunciate dal Malthus.

Altri importanti suoi lavori sono: « *Statistica morale dell'Inghilterra comparata alla statistica morale della Francia* »; « *Studi sulla popolazione (la vita media ecc.)* »; « *Esposizione critica delle statistiche criminali dell'Impero austriaco* ».

Antonio Gabaglio, nato a Pavia il 30 giugno 1840 ed ivi morto il 14 novembre 1909. Fu professore di economia politica, statistica e scienza delle finanze all'Istituto tecnico di Pavia e poi all'Università. Il Gabaglio fu uno dei più strenui difensori della dignità scientifica della statistica, la quale dai più era considerata come raccolta di numeri rappresentanti i vari aspetti della vita dello Stato, affermandone e dimostrandone la sua importanza come metodo scientifico, basato sul calcolo matematico, da applicarsi allo studio dei fenomeni della vita sociale. Infatti egli trasformò ed elevò in Italia la statistica da puramente descrittiva a scienza metodologica e matematicamente esatta e nella sua opera più importante « *Storia e teoria generale della statistica* » esaminò le varie teorie e correnti statistiche del suo tempo e fece un'esposizione completa della statistica quale metodo. In quest'opera, che ebbe a Milano due edizioni una nel 1880 e l'altra nel 1888, così definì la statistica: « La statistica può essere definita in un senso ampio ed in un senso stretto. In senso ampio è un metodo, in senso stretto una scienza. Come scienza ella studia l'ordine sociale politico di fatto mediante l'osservazione quantitativa ».

Luigi Bodio, nato a Milano il 12 ottobre 1840, morto a Roma il 2 novembre 1920. Il Bodio deve considerarsi come l'organizzatore ed il coordinatore della statistica ufficiale italiana, inquantochè dopo essere stato insegnante di Economia all'Istituto Tecnico di Livorno e di Milano ed alla Scuola superiore di commercio di Venezia, fu prima nominato Segretario permanente della Giunta Centrale di Statistica e fu dopo il primo Direttore Generale quando la Giunta fu trasformata in Direzione (1878). Da lui promosse e vigilate sono le numerose e svariate statistiche nazionali ed internazionali, eseguite naturalmente sotto la sua direzione.

Scrisse numerose opere di cui più importanti sono: « *Saggio sul Commercio esterno terrestre e marittimo dell'Italia negli anni 1862-63* »; « *Della Statistica nei suoi rapporti col'economia politica e colle altre scienze affini* »; « *Delle imposte e dei debiti pubblici* »; « *Del movimento della popolazione in Italia ed in altri Stati di Europa* »; « *Di una statistica sommaria delle opere pie esistenti in Italia nel 1878* »; « *Sul movimento dell'emigrazione italiana e sulle cause e caratteri del medesimo* »; « *Di alcuni indici misuratori del movimento economico in Italia* »; « *Sull'emigrazione italiana e sul patronato degli emigrati* », ecc.

Napoleone Colajanni, uomo politico, medico, statistico e patriota nato a Castrogiovanni (oggi Enna) il 27 aprile 1847 e quivi morto il 2 settembre 1921. Combattè con Garibaldi ad

Aspromonte, nella guerra del 1866 e nella Campagna del Trentino con i carabinieri genovesi. Esercì la medicina nell'America del Sud, fu nel 1890 deputato di Caltanissetta e professore di statistica all'Università di Palermo e di Napoli. Scrisse importanti opere di economia politica, politica economica e sociologia ed un « *Manuale di statistica tecnica e demografica* » in due volumi.

Carlo Francesco Ferraris, economista e uomo politico, nato a Moncalvo il 15 agosto 1850 e morto a Roma il 10 ottobre 1924, professore di scienza dell'amministrazione nell'Università di Padova, deputato, ministro dei Lavori Pubblici, senatore del Regno è autore di varie opere di economia, statistica, diritto amministrativo e politica.

* * *

In tutte le grandi nazioni civili e progredite si sente, quindi, attualmente il bisogno di studiare e misurare i grandi fenomeni sociali: l'igiene e la profilassi reclamano la conoscenza precisa della morbilità e mortalità per cause, nel tempo e nello spazio, l'eugenica si avvale molto dello studio della natalità, l'economia e la finanza hanno come prezioso ausiliario lo studio statistico della produzione e degli scambi commerciali, della distribuzione e della circolazione della ricchezza.

Vogliamo sperare che questi studi spronino l'umanità intera e concorde a lottare contro i disagi morali e materiali ed a cooperare per la equa distribuzione della ricchezza e delle materie prime.

In questo tormentoso periodo, caratterizzato da crisi economiche e morali, che ha avuto inizio dalla passata grande guerra, non è inutile ricordare che il nostro mondo potrebbe nelle più favorevoli condizioni di sfruttamento del suolo e del mare nutrire 8360 milioni di abitanti in luogo dei 1900 di oggi.

Con unanime concordia l'umanità si riunisca dunque, soppo insani appetiti e sospetti infondati, per lottare contro il male e per istituire il benessere comune, e non il privilegio di pochi.

BIBLIOGRAFIA.

- A. NICEFORO, *Lezioni di demografia*, 2ª ediz. — Ed. Gennaro Majo, Napoli 1924.
 A. CONTENTO, *Teoria statistica generale e demografica*. — Società Editrice Libreria, Milano 1909.
 C. GINI, *Appunti di statistica* (raccolti dallo studente E. Bittarello durante l'anno accademico 1914-1915). — « La Litotipo » Editrice Universitaria, Padova 1920.
 P. FORTUNATI, *Demografia storica* (nel *Trattato elementare di statistica*. Vol. II, *Demografia*). — Ed. Antonino Giuffrè, Milano 1934.
 W. F. WILLCOX, *Definitions of statistic*, in *Revue de l'Institut International de Statistique*. 3 année. Livraison 4. — Janvier 1936, pag. 388)

La pagina del Medico fiduciario

L'IMPORTANZA DELL'ESAME DELLA REGIONE DEL COLLO E DELL'ESATTA MISURAZIONE DELLA SUA CIRCONFERENZA

Dr. FABIO MARSELLA

Il collo funziona da sostegno della testa e può dirsi una regione di passaggio fra il tronco e il capo. Esso contiene organi, che, pur non essendo esclusivamente propri della regione, sono importantissimi come veri legami essenziali alla vita.

Nel collo, in piccolo spazio, e poco protetti, si trovano importanti vasi sanguigni, nervi, midollo spinale, canale laringo-tracheale, esofago, per cui sono assicurate le irrigazioni del sangue fra il torace e la testa, le correnti innervative dal centro nervoso cerebrale al resto del corpo, sono aperti gli aditi alla respirazione ed alla formazione nonchè alla funzione alimentare.

La vitale importanza del collo è ben nota anche al profano, tanto da essere preso di mira frequentemente da mani suicide ed omicide. La regione anteriore è sede preferita delle offese suicide, quella posteriore delle violenze omicide.

Del collo bisogna anzitutto osservare la conformazione. La sua forma è cilindroide, più rotondeggiante nelle donne e nei bambini, meno negli uomini in cui si dimostra piuttosto angoloso con rialzi dovuti ad un maggiore sviluppo dell'elemento muscolare.

Negli uomini inoltre il collo presenta sulla linea mediana anteriore, una sporgenza dovuta all'angolo della cartilagine tiroide volgarmente nota col nome di pomo d'Adamo.

La lunghezza del collo varia secondo gli individui, contrariamente a quanto sosteneva il Richet, il quale diceva che la lunghezza del collo è uguale in tutte le persone, eccezione fatta di quelle in cui manca una vertebra cervicale.

La lunghezza maggiore o minore può essere relativa od assoluta: nel primo caso è dovuta allo sviluppo delle parti molli che ricoprono le spalle, ovvero al sollevamento e curvatura delle medesime per cifosi; è assoluta invece soprattutto quando i dischi delle vertebre cervicali che ne formano il telaio sono notevolmente ingrossati, come si osserva in individui con temperamento scrofoloso erettile.

L'ampiezza del collo deriva dal volume degli organi contenuti, ma soprattutto dallo sviluppo dell'apparato muscolare che può coll'esercizio assumere considerevoli proporzioni, come negli atleti, specialmente in quelli che si dedicano a speciali forme di lotta.

La conformazione del collo è necessario che sia sempre rilevata e descritta dai medici nelle visite per l'assicurazione vita, come pure è indispensabile che ne sia esattamente segnata la circonferenza a livello della cartilagine tiroide, giusta quanto è prescritto nei moduli sanitari.

Il collo offre un elemento obbiettivo antropometrico di grande interesse per giudicare della costituzione somatica dell'esaminando.

Dallo stesso, unitamente ad altri dati, si possono trarre preziosi criteri di orientazione e valutazione di speciali predisposizioni morbose e tendenze patologiche.

Sia che ci riferiamo ai tre tipi di costituzione fissati dal De Giovanni nelle sue tre note combinazioni corrispondenti del tutto a quelle individualizzate, come tre novità, dal Kretschmer come i tipi astenico, atletico e picnico, sia che ci riferiamo al normo-tipo, e ai due ectipi microsplanico del Viola, il collo offre sempre delle caratteristiche speciali.

Nella prima combinazione morfologica del De Giovanni, corrispondente all'abito tipico di Rokitanski e alla costituzione tipo vegetativa microsplancnica di Pende caratterizzata da statura alquanto superiore alla media con torace stretto, deficienza del valore tronco rispetto al valore arti, e magrezza generale, il collo è lungo e sottile con la circonferenza inferiore a cm. 35. Ora è cilindrico (collo di cigno), ora nell'uomo notevolmente sporgente in avanti per la prominente angolare della cartilagine tiroide.

Questo collo lungo con la 7^a cervicale spesso molto prominente, formante con le vertebre prossimiori una lieve cifosi, cosicchè il capo appare leggermente inclinato sul tronco, è forse il tratto più caratteristico e più costante della figura corporea microsplancnica (Pende).

Sotto la cute del collo si disegnano bene i muscoli sterno-mastoidei ed i margini superiori dei trapezi o cucullari.

Gli individui con una simile costituzione sono candidati alle malattie croniche del polmone di natura tubercolare ed esaurienti in genere.

In essi si ha bassa pressione arteriosa, stato di anemia costituzionale, eretismo nervoso, trofismo generale scadente per scarso potere di assorbimento dovuto alla deficiente funzione epatica e a quella dell'apparato digerente.

E' da osservare per la durata della vita, che tali soggetti se riescono a sottrarsi all'influenza nefasta del bacillo tubercolare, possono raggiungere anche l'estrema vecchiezza, resistendo il loro cuore alle cause dannose, che, nei megalosplanncici, riescono a logorare più facilmente la fibra miocardica e ledere gli apparecchi valvolari e le arterie nutritizie del cuore.

Nella seconda combinazione del De Giovanni o tipo atletico degli antichi caratterizzata da sviluppo muscolare esuberante con torace eccedente, il collo è largo con accentuati rialzi dovuti allo sviluppo dei muscoli.

E' da osservare che nel collo abbonda il tessuto muscolare e numerosi sono i muscoli che ne fanno parte.

Nei tipi atletici si ha il collo largo per maggiore sviluppo muscolare e non per abbondanza di tessuto celluloso-adiposo, come può verificarsi in altri tipi. Questi individui detti generalmente forti e robusti, presentano la tendenza alle forme infettive e acute, alle affezioni reumatiche e alle cardiopatie.

Nella terza combinazione morfologica di De Giovanni o abito artritico o apoplettico degli antichi o tipo ipervegetativo megalosplanncico di Pende con massa corporea eccedente e abbondante rivestimento adiposo, il collo è grosso con laringe poco sporgente, accumulo di grasso specialmente indietro in corrispondenza della vertebra prominente, ai lati sotto agli angoli mandibolari e in avanti sotto il mento. Il collo in tali soggetti ha una circonferenza superiore ai 38 cm. Questi individui spesso floridi e dai vivaci colori, con esagerato sviluppo dell'addome, hanno tendenza alla morbilità del ventre, sono facili alle malattie cutanee, agli ingorghi glandolari, alle cirrosi epatiche e secondo alcuni autori, hanno anche una speciale disposizione carcinomatosa.

Nel tipo normale o normo-tipo il collo deve avere giuste proporzioni in rapporto all'età e al sesso con armonico sviluppo di tutte le sue parti in correlazione col resto del corpo.

Il Romanelli in un suo studio sulla mortalità in rapporto alla costituzione distingueva cinque tipi di costituzione così distinti :

Tipo I - che egli dice normale in cui il peso è maggiore del numero dei centimetri dell'altezza, detratto il metro, diminuito del cinque per cento, e non supera del 10% il detto numero di centimetri dell'altezza detratto il metro.

In questi individui la circonferenza del collo oscilla tra i 37 e i 38 centimetri.

Tipo II - con sottopeso lieve; inferiore al numero dei centimetri dell'altezza, detratto il metro in misura non superiore al 10%. Il collo ha una circonferenza oscillante fra i 35 e i 37 cm.

Tipo III - con notevole sottopeso e circonferenza del collo inferiore a 35 cm.

Tipo IV - con soprapeso lieve che superi il numero dei centimetri dell'altezza, detratto il metro, in misura che oscilli tra il 10 e il 20% in eccesso.

La circonferenza del collo oscilla tra i 38 e i 40 cm.

Tipo V - con notevole soprappeso. In questi il collo può avere circonferenza superiore ai 40 cm.

Si può calcolare che nell'uomo adulto normale la circonferenza del collo varia da 36 a 38-39 cm.

Per avere dall'esame del collo un criterio di valutazione del rischio assicurativo, occorre sempre procedere oltre che alla descrizione della conformazione, anche alla misurazione col nastro metrico. E' una misura molto facile a prendersi e che non porta alcun disturbo all'assicurato. Non può ammettersi che il medico visitatore si limiti a trascrivere, senza controllarlo, il dato fornito dal soggetto sottoposto al suo esame, che talora indica il numero del colletto usato. Il medico deve sempre controllare la misura del collo.

Recentemente in alcuni certificati sanitari ho avuto occasione di vedere segnato le cifre di 15 $\frac{1}{2}$, 16 riferentesi evidentemente al colletto usato dall'assicurato, giusta le indicazioni fornite dal soggetto sottoposto all'esame, mentre nel modulo è richiesta la misura esatta del collo in centimetri. Ciò non deve assolutamente verificarsi.

Le misure somatiche devono essere dal medico controllate esattamente di persona e trascritte fedelmente.

Come abbiamo sopra dimostrato, quelle del collo sono di grande importanza per la valutazione del rischio, ma lo sono anche come prova di identità personale, essendo una delle misure più facili a prendere e meno modificabili in non lungo volgere di tempo.

La esatta misura del collo soddisfa quindi non solo le esigenze della medicina assicurativa, potendo fornire utili elementi per la diagnosi e la prognosi, ma offre un dato importante per la identità personale, tanto interessante talora dal punto di vista medico-legale anche per possibili sostituzioni di persona.

Voglio ora accennare brevemente alle affezioni morbose che l'esame del collo può far rilevare.

Sulla cute del collo possono riscontrarsi telangectasie, nei, verruche, mollusco infettante, ecc. Possono rilevarsi abnormi pulsazioni dei grossi vasi arteriosi, indici di lesioni cardio-vascolari generalizzate, o localizzate, quali esponenti di aneurismi. Frequenti sono nel collo le affezioni delle ghiandole linfatiche. Queste sono riunite in vari gruppi e cioè: ghiandole mascellari, sottomentoniere, cervicali superficiali, cervicali profonde, suboccipitali, subauricolari.

Dette ghiandole vanno soggette a processi infiammatori acuti e cronici.

Fra questi ultimi bisogna annoverare quelli di natura tubercolare e luetica. E' noto che la tubercolosi nel 90% dei casi attacca il sistema linfatico della regione cervicale. Questa predilezione è spiegata dal fatto che il territorio dei vasi linfatici corrispondenti (capo, viso, cavità orale) è facilmente aperto all'invasione dei bacilli.

La tubercolosi ghiandolare si può avere in ogni età, così nei lattanti come nei vecchi settantenni; ma la tendenza alla malattia prevale nell'età dai 15 ai 30 anni.

Secondo la statistica di Fürnrohr è massima nel 2° e soprattutto nel 3° decennio della vita umana, per poi gradatamente diminuire.

Anche la sifilide suole avere una predilezione per le ghiandole del collo e può colpirle in ognuno dei suoi tre stadi.

Le tumefazioni ghiandolari primitive si hanno quasi tutte alla regione superiore del collo quando la sifilosclerosi si verifica alle labbra, alla lingua o alle tonsille.

Negli stadi secondari le tumefazioni ghiandolari del collo grosse come piselli, dure, mobili, indolenti, dipendono dall'infezione generale.

Nella sifilide terziaria, piuttosto rara, si possono avere linfomi gommosi, soprattutto nelle regioni submascellari.

Le numerose ghiandole del collo vanno soggette anche a sviluppo di processi neoplastici, di cui alcuni di natura benigna ed altri di natura maligna sarcomatosa o carcinomatosa.

Fra le affezioni gravi del sistema ghiandolare del collo, bisogna ricordare la leucemia o linfadenia leucemica e la pseudoleucemia o morbo di Hodgkin che suole invadere anche le ghiandole di altre regioni del corpo.

Oltre che nelle ghiandole i tumori possono manifestarsi in altri tessuti del collo. Fra detti tumori si debbono segnalare i tumori cistici branchiogeni, per lo più di prognosi fausta, al pari delle cisti dermoidi sottocutanee, e delle cisti sanguigne.

Vi sono poi i tumori duri, dei quali alcuni di natura benigna, come i fibromi e i lipomi verificabili quest'ultimi soprattutto alla nuca, altri di natura estremamente maligna, come i sarcomi e i carcinomi.

Una speciale attenzione bisogna portare nel collo all'esame della ghiandola tiroide, ma di ciò mi occuperò espressamente in altro articolo.

Dai Libri e dai Periodici

L'errore dell'assicuratore nella conclusione del contratto e la teoria della presupposizione.

Il Prof. L. Lordi, ordinario della R. Università di Napoli, si occupa dell'argomento in «Assicurazioni» (A. II, 1935, N. 6) rilevando con ampia disamina la concezione giuridica del contratto di assicurazione vita posta in rapporto ai contratti commerciali. Merita speciale ricordo la grande importanza che giustamente l'A. dà alle dichiarazioni fatte dall'assicurando perché il consenso dell'assicuratore non venga viziato da un errore essenziale quale sarebbe appunto nel caso speciale la sostanza del rischio.

Il Lordi tratta poi della validità allorché l'Ente assicuratore viene a conoscenza del vero stato delle cose, oppure sia stato negligente nell'appurare la verità o l'assicurando non abbia risposto a qualche quesito.

L'A. ricorda poi che il contratto sarebbe egualmente da impugnare in base al Cod. di Commercio anche se l'errore concerne circostanze non influenti nella determinazione del sinistro, passando poi a trattare delle leggi moderne presso alcuni Stati che tendono a sostituire il rigore della nullità con una elasticità costituita da un supplemento premio, metodo che il Lordi dimostra poco felice e giuridicamente sconsigliabile.

Successivamente viene trattato della sostanza del contratto di assicurazione, delle circostanze di fatto e degli apprezzamenti come pure dell'annullabilità anche se l'errore in cui l'assicuratore è caduto non è scusabile.

La perdita del premio da parte dell'assicurando, se questi è stato in malafede, è giustificata da ragioni non solo strettamente giuridiche ma anche

morali e tecniche. Chiude l'interessante lavoro una esposizione esauriente dell'errore dell'assicuratore in relazione a due teorie che hanno attinenza con la dottrina dell'errore e cioè la teoria della presupposizione e quella della clausola «rebus sic stantibus».

STARNA.

La salute pubblica durante la crisi economica.

Numerosi studiosi di sociologia hanno praticato ricerche per accertare quale rapporto possa determinarsi tra la disoccupazione e le condizioni igieniche della popolazione.

In precedenza segnalammo altri articoli in merito, ne ricordiamo qui altri due concordanti anch'essi nel riconoscere uno scarso effetto della crisi sulle condizioni della salute pubblica.

A Port-Glasgow centro industriale per la costruzione dei battelli il Dottor Hugh Frew ha esaminato lo stato dei bambini nell'età di scuola. Sebbene abbia rilevato qualche alterazione dentaria e casi di rachitismo, in complesso lo stato generale della popolazione scolastica durante gli ultimi sette anni è migliorata. Il peso e le altezze per gruppi di età presentano un aumento chiaro per ogni gruppo e il numero dei bambini deboli è molto diminuito in confronto a quello di una volta (*Presse méd.*, 1935, n. 45, in *Rev. Journaux*, pag. 118).

Il prof. Loriga del n. 2 della *Difesa Sociale* del corrente anno riassume le numerose relazioni sulle inchieste fatte per mostrare le diversità delle conseguenze della crisi.

Egli ritiene che il merito di aver attenuato i danni della crisi dal punto di vista igienico spetta sicuramente alla pronta organizzazione della assistenza sanitaria ed economica ai disoccupati.

I dati riferentesi allo stato di salute dei fan-

ciulli sono scarsi, tuttavia, l'A. ritiene che non si siano verificate ripercussioni gravi né sugli indici della crescita né sulla morbilità la quale ultima invece tende a diminuire. Ciò forse è spiegato dalle maggiori cure che le madri operaie disoccupate possono dare specie ai figli lattanti o della prima infanzia.

Pur riconoscendo un abbassamento sensibile del tenore di vita dei lavoratori il Loriga formula l'ipotesi che un'azione lenitiva a tale insufficienza debba riconoscersi alla stessa disoccupazione. Questa ha attenuato il fattore « fatica cronica » già da Ilvento qualificata come una delle più grandi cause di danno per le classi lavoratrici; ed essa deve considerarsi come uno dei fattori principali troppo trascurato della morbilità e mortalità in quegli ambienti sociali. S.

Lo stato attuale della semeiotica funzionale del fegato. — M. BUFANO, in *Archivio per lo studio della fisiopatologia e clinica del ricambio* — anno 1935, fasc. 3.

Secondo l'A. la curva amino-acidemica è la prova più fine per l'indagine della funzionalità epatica, perché è capace di segnalare stati di lieve depressione funzionale del fegato che sfuggono all'indagine clinica. Tale prova si propone di vedere l'efficienza della funzione epatica, di regolare il tasso amino acidemico osservando come reagisce il fegato di fronte ad un brusco aumento dell'amino-acidemia ottenuto coll'iniezione endovenosa di Gr. 1,2 di glicocolle; si preleva il sangue immediatamente prima dell'iniezione endovenosa di glicocolle e 15, 30, 60 minuti dopo; colle cifre ottenute si ha una curva amino-acidemica nella quale il primo tratto (fino al 15° minuto) è dovuto sia all'attività deaminante del fegato che alla maggiore o minore fissazione di glicocolle nei muscoli, mentre il tratto terminale è determinato solo dall'attività regolatrice del fegato sul tasso amino-acidemico.

Nelle persone sane il tasso amino-acidemico scende subito molto al di sotto del livello iniziale; nell'insufficienza epatica invece la curva resta al livello iniziale oppure sale più o meno al di sopra del livello iniziale.

BIASIOTTI.

Sul valore dei metodi di ricerca della funzionalità pancreatica e sulla funzione esocrina del pancreas nel diabete mellito. — G. BARBERA e G. ADINOLFI, nel *Policlinico, Sez. Medica* — anno 1936, fasc. 1.

Gli AA. in base a ricerche condotte su 49 ammalati di cui 21 diabetici sui quali hanno studiato il comportamento della liposi e della diastosi pancreatica concludono che:

1) In tutti i diabetici pancreatici di una certa gravità è facile riscontrare un più o meno grave

aumento della liposi nel sangue e un tasso anormalmente basso di diastasi nel sangue e nelle urine. La costanza di questo reperto fa pensare che nel diabete pancreatico non esista una indipendenza od un antagonismo tra le due funzioni secretorie ma che invece alle alterazioni della parte insulare corrispondono più o meno gravi alterazioni della parte acinosa. Gli AA. hanno ottenuto notevoli risultati terapeutici istituendo un trattamento compensatorio con pancreas fresco e con preparati secchi.

BIASIOTTI.

Sedimentazione delle emazie nella sifilide. — GATÈ e CHEVAT, nella *Presse Médicale* — anno 1936, fasc. 4.

Riprendendo lo studio sull'argomento poco curato in Francia gli AA. hanno voluto soprattutto vedere come si comporti la velocità sedimentazione delle emazie durante il trattamento chemioterapico e i suoi rapporti con la R. Wassermann, studiando la reazione in 70 malati tenuti in cura.

Nel periodo primario presierologico con sifiloma iniziale quando la Wassermann è ancora negativa la reazione di sedimentazione delle emazie è positiva nell'8-20%, questa cifra sale al 20-50% nel periodo sierologico. Durante la cura di una serie di neosalvarsan va gradualmente scendendo al 15% verso la fine della serie si mantiene positiva con tale frequenza fino ad un anno. Nei casi di Wassermann irriducibile la reazione sedimentazione emazie è risultata normale. Infine nella sifilide ereditaria tardiva la reazione sedimentazione emazie non si è modificata con la cura, invece in quella ereditaria precoce i valori sono tornati normali.

Gli AA. concludono per l'importanza della ricerca allo scopo di seguire l'effetto del trattamento curativo.

S.

Metodo diagnostico per il riconoscimento della pleurite secca. — D. JABLOCOV, in *Lotta contro la tubercolosi* — Luglio 1935.

E' di comune cognizione che il sintomo più sicuro per diagnosticare una forma pleurica secca sia costituito dal rumore prodotto dallo sfregamento delle pleure. Non riscontrandosi detto sfregamento si rende molto difficile il poter formulare la diagnosi. L'A. ha preconizzato un segno, che consiste nel rendere udibile il rumore di sfregamento nei casi nei quali non si riesca ad identificarlo con i comuni mezzi di ascoltazione. Egli infatti consiglia di eseguire l'ascoltazione del malato in varie posizioni: verticale, con il corpo piegato in vari sensi, in posizione orizzontale su uno o l'altro lato.

Il rumore che si percepisce viene spiegato dall'A. con il fatto che eseguendo l'incurvamento verso il lato malato i due foglietti (parietale e viscerale) si avvicinano e lo sfregamento delle loro superfici scabrose si rende più rumoroso.

Alcune volte può accadere che le scabrosità (da essudato fibrinoso) delle superfici non si incontrino alla stessa altezza, ed allora per avere tale incontro esse hanno bisogno di percorrere maggiore spazio e provocare lo sfregamento facendo piegare l'individuo in esame verso il lato sano.

M. C. B.

La prognosi della paralisi progressiva dopo la malarioterapia.

Tra i numerosi rapporti statistici sulla prognosi a distanza di questi malati, merita di essere ricordato quello riferito alla Med. Soc. di Washington da Carlson e riportato da «Minerva Medica» (1936, n. 5). L'A. riferendo nel settembre u. s. sopra 209 casi trattati con la malarioterapia, ha potuto rilevare che dopo un anno la mortalità ascendeva al 26%; cifra modesta in confronto al 65% dei soggetti non trattati.

Questa differenza persiste anche negli anni seguenti tanto che dopo un quinquennio gli individui sottoposti a malarioterapia sopravvivevano nel 57% dei casi.

Il C. rileva inoltre che nel 43% dei casi trattati vi è stato un netto miglioramento. Da questa ricerca risulta anche che il buon esito della cura è in rapporto alla precocità del trattamento. È invece difficile dire quanti attacchi febbrili siano necessari per ottenere un buon risultato. Infine quando l'esito della cura è felice le prove sierodiagnostiche sono tornate ad essere negative.

St.

Costituzione e mortalità.

È uscito recentemente per i tipi della Società Editrice «Vita e Pensiero» un pregevole lavoro di Alessandro Costanzo del Laboratorio di Statistica della Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano diretta dal Prof. Boldrini, dal titolo «Costituzione e mortalità».

L'A. si è prefisso lo scopo di verificare sperimentalmente le affermazioni della Scuola Costituzionalistica intorno ai rapporti fra sviluppo corporeo e mortalità nell'uomo adulto.

Egli richiama da prima i risultati di studi precedenti fatti in varie epoche sia su militari (Livi, Davemport e Lore, Boldrini), sia su assicurati sulla vita (Dublin, Carmelich, Smolensky e Winternitz, Romanelli, Spitzer e Luzzatti-Fegis). Da essi risulterà la spiccata longilinearità dei tubercolotici, mentre le malattie dell'apparato circolatorio e digerente sembrano prediligere i soggetti di tipo brevilineo.

Lo studio dell'A. verte sulla quasi totalità degli iscritti di leva del Comune di Casal Monferrato delle seguenti epoche e comprende:

1) 3555 maschi nati dal 1845 al 1864, per i quali erano note la statura a 20 anni e la professione;

2) 3391 maschi nati dal 1865 al 1880 di cui era-

no noti la statura, il perimetro toracico a 20 anni e la professione;

3) 2048 maschi nati dal 1881 al 1910 di cui erano noti la statura, il perimetro toracico, la professione a 20 anni.

Col sussidio delle registrazioni anagrafiche e dello Stato Civile, i soggetti furono seguiti individualmente da 20 anni fino all'età raggiunta nel 1932 e per i morti vennero notate l'epoca e la causa di morte.

Riguardo alla professione furono ripartiti in tre categorie: 1) contadini ed operai della campagna; 2) operai di città; 3) addetti a professioni intellettuali ed a mestieri relativamente elevati e non faticosi.

Il criterio di classificazione secondo i casi costituzionali adottati, è stato quello usato dal Boldrini in recenti lavori di morale costituzionalistica. Il carattere adottato come indice è stato il rapporto T. S. (indice di Brugsch). Intorno ad un gruppo centrale (mesolinei) comprendenti $1/3$ della popolazione complessiva, entro i limiti $M \pm 0,431 \sigma$, si trovano gli opposti ectipi: i longilinei, $1/3$ per i quali il rapporto tra torace e statura è inferiore a $M - 0,431 \sigma$, ed i brevilinei, $1/3$ per i quali il detto rapporto è superiore a $M + 0,431 \sigma$.

L'A. ha anzitutto definito i caratteri costituzionali del tipo medio individuato dalla popolazione maschile adulta casalese delle epoche considerate, da servire di base nella ricerca.

Ha proceduto quindi ad una serie di interessanti indagini statistiche sul predetto materiale considerando: la distribuzione dei soggetti secondo l'anno di nascita e l'età alla morte; l'età media alla morte secondo il tipo costituzionale, i caratteri costituzionali media 20 anni dei morti con 51 anni o meno e dei morti con 52 anni o più; la mortalità nelle età giovanili e senili secondo i caratteri costituzionali medi a 20 anni; i quozienti specifici di mortalità per gruppi di età, secondo il tipo costituzionale a 20 anni; la misura statistica dell'armonia nello sviluppo costituzionale secondo la durata dell'esistenza; il tipo costituzionale e le predisposizioni morbose ecc.

L'indagine fu svolta separatamente sui tre gruppi, ma i risultati ottenuti furono fondamentalmente identici.

Li riportiamo integralmente dal riassunto in fine al lavoro:

1) i morti in giovane età (20-29 anni), che si possono considerare come i meno resistenti, hanno in media una struttura corporea nettamente longitipica;

2) i morti in età via via più avanzata hanno una struttura corporea in media via via più prachitipica;

3) i sopravvissuti in età assai avanzata (60 o più anni), che si possono considerare come i più resistenti, realizzano un tipo moderatamente brevilineo;

4) i tubercolotici polmonari sono in media evidentemente longilinei. La percentuale maggiore di morti per questa causa si trova fra i soggetti

con torace inferiore e statura superiore alla media; quella minore fra i soggetti con torace superiore e statura inferiore alla media. Pure in media longilinei sono i morti per le altre malattie dell'apparato respiratorio;

5) i morti per malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente sono in media più brevilinea dei morti per malattie dell'apparato respiratorio.

La dottrina costituzionalistica risulta pertanto ampiamente confermata per quanto riguarda la selettività delle varie cause di morte.

L'A. infine accenna alla importanza pratica dei risultati delle sue ricerche dal punto di vista della medicina preventiva, della medicina militare (coscrizione) e della medicina assicurativa. Non è difficile — egli dice — ammettere che i nuovi studi di carattere costituzionalistico possano modificare in futuro i criteri cui attualmente si informa il giudizio del medico così nella visita militare che in quella preassicurativa.

F. V.

Movimento della popolazione nel 1935 nelle dieci più grandi città d'Italia.

(Alcuni dati tratti dal « *Notiziario Demografico* », n. 3, 10 marzo 1936).

CIFRE ASSOLUTE

Città	Popolazione al 31 dic. 1934	Ecce-denza dei nati vivi sui morti	Aumento o diminuzione migra-toria	Popola-zione al 31 dic. 1935
Roma .	1.136.607	10.324	+ 34.953	1.181.884
Milano .	1.053.892	3.090	+ 28.551	1.085.533
Napoli .	877.510	6.060	+ 6.047	889.617
Genova .	638.587	232	+ 8.161	646.466
Torino .	625.008	73	+ 20.360	645.441
Palermo.	407.838	4.124	+ 3.654	415.616
Firenze .	328.727	115	+ 5.408	334.020
Bologna.	270.570	72	+ 9.641	280.283
Venezia .	271.773	1.650	+ 1.231	274.654
Trieste .	249.319	231	+ 1.422	250.972

Variazioni dei quozienti di mortalità e della composizione per età della popolazione in Germania ed influsso di essa sull'esercizio assicurativo.

Di questo argomento si occupa con vera competenza e diffusamente il Dott. Ernst Fürth di Vienna nel *Versicherungsarchiv* del 15 dicembre 1935 e da esso riportiamo i dati che ci sembrano specialmente interessanti nel campo dell'assicurazione vita.

Esaminando attentamente le nuove Tavole di mortalità per la Germania (Quinquennio 1928-32) e confrontandole colle tavole di mortalità dei periodi 1901-1910 e 1924-1926 l'A. ha potuto riscontrare nelle tavole più recenti una notevole diminuzione della mortalità e quindi un relativo prolungamento della vita umana. Questa diminuzione della mortalità è almeno in parte da attribuire agli innumerevoli progressi dell'igiene generale, alla diagnosi precoce delle malattie e alla relativa profilassi tempestivamente effettuata; grazie a queste provvidenze igieniche il popolo tedesco ha raggiunto una maggiore longevità, una migliore salute ed una maggiore potenzialità.

Tabella di mortalità nel quinquennio 1928-32

E T À	Quoziente di mortalità della popolazione tedesca per il periodo 1928-1932		E T À	Quoziente di mortalità della popolazione tedesca per il periodo 1928-1932	
	Maschi	Femmine		Maschi	Femmine
0 - 1	0,09610	0,07696	45 - 50	0,00802	0,00682
1 - 5	0,00564	0,00502	50 - 55	0,01172	0,00970
5 - 10	0,00198	0,00176	55 - 60	0,01776	0,01432
10 - 15	0,00130	0,00116	60 - 65	0,02782	0,02304
15 - 20	0,00250	0,00200	65 - 70	0,04416	0,03806
20 - 25	0,00360	0,00284	70 - 75	0,07058	0,06354
25 - 30	0,00358	0,00328	75 - 80	0,11490	0,10556
30 - 35	0,00386	0,00312	80 - 85	0,18190	0,16888
35 - 40	0,00460	0,00416	85 - 90	0,27302	0,25886
40 - 45	0,00576	0,00506			

Considerando globalmente, cioè senza fare distinzioni di sesso e di età, si possono dare le seguenti cifre:

Anno	Per ogni 1000 abitanti viventi	
	Morti	
1927	in media 11,449	11,968
1928		11,624
1929		12,567
1930		11,056
1931		11,230
1932		10,779
1933		11,205
1934	10,923 in media 11,064	

Dalle cifre su esposte chiaramente risulta la notevole diminuzione della mortalità nel quinquennio 1928-1932; dal 1927 in poi l'anno peggiore è il 1929, l'anno del grippe, invece l'anno migliore è il 1932.

L'A. passa poi ad esaminare le principali cause di morte.

Le seguenti tabelle si riferiscono a quelle dieci cause di morte che per la loro grande frequenza costituiscono i 2/3 di tutte le cause di morte globalmente considerate ed hanno perciò un particolare interesse per l'assicurazione vita.

Tavola delle principali cause di morte

ANNI	Tubercolosi		Tumori maligni		Malattie di cuore		Apoplessia		Polmonite	
	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi
1934	20838	6,96	42953	14,34	39902	13,32	26030	8,69	19969	6,67
1933	21306	7,27	41647	14,22	39678	13,55	25861	8,88	20658	7,05
1932	21553	7,36	41176	14,06	37350	12,77	24967	8,53	18059	6,17
1931	22550	7,75	39717	13,65	36182	12,43	23493	8,07	21302	7,32

ANNI	Grippe		Senilità		Suicidio		Infortunati mortali		Diabete	
	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi	Cifra complessiva	Su 10.000 viventi
1934	2541	0,85	20472	6,84	8790	2,94	8064	2,69	5539	1,85
1933	8805	3,01	21195	7,24	9188	3,14	7370	2,52	5497	1,88
1932	2792	0,95	19902	6,80	9519	3,25	7739	2,66	5221	1,78
1931	5391	1,85	19974	6,86	9055	3,11	8077	2,77	4632	1,59

Sebbene queste tavole esponano solo i risultati degli ultimi quattro anni (1931-1934) tuttavia risulta da esse chiaramente una certa diminuzione della mortalità per tubercolosi mentre la mortalità per diabete è notevolmente aumentata nonostante i notevoli progressi conseguiti nel campo terapeutico.

L'A. porta infine delle tabelle che studiano il comportamento della mortalità per le cause di morte soprariportate a seconda dei vari gruppi di età. Queste tabelle contengono i risultati degli otto anni 1925-1932 per tutta la Germania.

Anno 1932 : Cause di morte secondo i gruppi di età per ogni 10.000 uomini

Cause di morte	E T À							Comple- sivamente
	0-1	1-5	6-15	16-30	31-50	51-70	oltre i 70	
Tubercolosi	9,52	5,11	1,67	7,85	10,32	12,30	10,64	7,98
Tumori maligni	0,754	0,543	0,344	0,684	11,11	69,49	124,83	13,15
Malattie organi circolatori	5,56	0,71	0,68	1,39	10,40	72,14	211,57	16,18
Apoplezia	0,83	0,12	0,06	0,16	3,97	40,01	136,70	8,64
Polmonite	108,19	9,29	0,84	1,08	3,57	18,75	64,45	7,45
Grippe	10,09	1,11	0,29	0,36	0,79	4,27	15,88	1,47
Infortunati mortali	4,26	6,26	2,89	5,26	4,91	7,47	15,78	5,27
Suicidio	—	—	0,10	3,59	5,63	9,52	12,41	4,16

I dati più interessanti sono quelli forniti dalla tubercolosi.

La tubercolosi sembra da circa 50 anni essere in diminuzione come causa di mortalità in soggetti dai 15 ai 30 anni. Oggi l'esito letale si ha spesso in età più avanzata. Nel complesso però una certa diminuzione della mortalità per tubercolosi sembra esistere realmente. Infatti nel 1900 il quoziente di mortalità per tubercolosi su 10.000 abitanti era di 22,46, nel 1919 di 21,13, nel 1925 di 10,63, nel 1932 di 7,50 e nel 1934 ancora minore.

Al contrario i tumori maligni sono in continuo aumento infatti, il quoziente di mortalità per 10.000 abitanti è salito da 11,32 a 14,11 dal 1925 al 1932 e da allora continua ad aumentare.

Dott. BIASIOTTI.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

A. Rablino — *Cenni sulla tubercolosi polmonare*. Lezioni di Patologia Medica tenute nell'anno 1934-35. — Edizione «Fonte Unico Antitubercolare», 1935. — Torino, 5.

Le moderne acquisizioni di Fisiologia hanno profondamente modificato le cognizioni fino a pochi anni fa immutate. Molto opportunamente il Prof. Rablino, nostro fiduciario, primario al Sanatorio S. Luigi di Torino ha per incarico del Professore Osconi tenute agli studenti queste lezioni. Queste nella loro brevità espongono in felice sintesi tutte le più recenti nozioni patogenetiche ed anatomo-patologiche nel vasto campo della tbc. polmonare e saranno lette con profitto anche dal medico pratico che vuole aggiornare la propria cultura.

Soc. des Nations — *L'alimentation, ses rapports avec la santé publique, ses conditions économiques*. — Genève 1935. S. d'information.

Riassume il tragico paradosso che travaglia il mondo per cui di fronte ad una sottoalimentazione di molta parte della popolazione si contrappone una apparente sovrapproduzione agricola in molti paesi. Il Consiglio della Società delle Nazioni rilevando i grandi danni all'igiene che consegue a questo stato di cose, nell'impossibilità di modificare l'attuale ordinamento economico ha costituito tre Commissioni di esperti e cioè una per l'orga-

nizzazione d'igiene, una al «Bureau» internazionale del lavoro ed una di collegamento tra le organizzazioni tecniche perché studi la questione.

Soc. des Nations — *Rapport sur les bases physiologiques de l'alimentation*. — Genève 1935.

In una prima parte sono esposti i bisogni degli alimenti energetici, in una seconda sono riferiti i quantitativi dei minerali e delle vitamine; due tavole sono dedicate al modello di alimentazione della donna incinta e del bambino.

A. Itanelletti — *Arteriosclerosi, cardiopatie di origine saturnina*. — Quaderno 2°. — Supplemento al N. 7 dell'*Assistenza Sociale*, 1935.

Tratta alcune importanti manifestazioni del saturnismo e cioè delle arteriosclerosi giovanili esponendo la patogenesi e delle cardiopatie intendendo in queste includere l'insufficienza aortica, l'angina pectoris, la miocardite callosa e la ipertrofia cardiaca.

Dopo la sintomatologia e la diagnosi l'A. chiude con una breve esposizione sulla valutazione dell'incapacità al lavoro negli intossicati da piombo.

G. Savatteri — *La «defenolformina» nella medicina pratica*. — Estratto dalla «Rivista di Terapia», 1934, n. 8-9.

A. Spaltro — *La terapia urolitica della tubercolosi*. — Estratto da «Annali Ravasini». — Roma 1936, N. 2.

Autori Vari — *Dem Gedächtnis Dr. Wilhelm Berliners Wien 1936.* Articoli vari sulle molteplici attività svolte dal compianto Dott. Berliners della *Phoenix* di Vienna.

E. Greppi — *Umanità dell'insegnamento clinico.* — Estr. dal «Giornale del Medico pratico», 1936, N. 1.

E. Greppi — *Angor e coronarisi in diabetici.* — Estr. da «Gazzetta Sanitaria», 1935, N. 6.

E. Greppi — *Pletore, salassi e riserve sanguigne.* — Estratto da «Rassegna clinico scientifica» 1935, N. 7.

Splenomegalie congestive: significato, patogenesi e cure. — Estratto da «La Medicina internazionale», 10 ottobre, 1935.

E. Greppi e compagni — *Studi sull'ipertensione arteriosa.* — Pubblicazioni riassunte e raccolte a cura di Greppi e R. Scotti. Catania, 1935.

Atti XI Congresso Nazionale di Medicina del lavoro. — Torino, 29-31 ottobre 1934 — Tip. Vogliatti Torino, 1935.

Demmo a suo tempo (1934, A. III, N. 6) una relazione di questo Congresso interessante per i temi e gli oratori che svolsero le relazioni. A tale proposito in una nota il nostro Direttore, Professore Romanelli, richiamò l'attenzione degli studiosi perchè nella medicina del lavoro si potesse ricercare «*se e di quanto la vita umana viene abbreviata dai vari lavori, e quali sono le cause dell'invalidità.*». Vogliamo sperare che le varie Cliniche del Lavoro in Italia abbiano in esame l'argomento.

A. Farno — *Le diabète in Egipte.* — Alexandre 1936. — Extr. des Comptes de la «Soc. de Med. et d'Hygiene», Egypte.

Esposne in base alla lunga esperienza clinica la costuzione diabetica in tutte le varietà neuro-ormoniche di cui mette in rilievo l'importanza clinica e patogenetica, trattando della cura razionale di tali disendocrinie.

E. Mingazzini — *La frequenza della degenerazione cancerigna dell'adenoma prostatico.* — Estr. dagli «Atti del XIV Congr. Soc. Ital. Urologica», — Bologna, 1935.

L'A. sostiene a modifica di precedenti statistiche, che la frequenza della degenerazione cancerigna dell'adenoma prostatico debba essere ristretto, in base alla personale casistica clinica, del 8% ritenendo che troppo spesso si è confusa la degenerazione con l'associazione contemporanea del cancro con l'adenoma.

D. Conte — *Il vitalismo nella patologia.* — New-York O. N. A. 1934.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Torremaggiore (Foggia) il Dr. La Medica Giovanni.

A Casamicciola (Napoli) il Dr. Jaccarino Pasquale.

Ad Isernia (Campobasso) il Dr. Viti Francesco.

A Ceglie Messapico (Brindisi) il Dr. Urgesi Luigi.

A Villa Castelli (Brindisi) il Dr. Palma Donato.

Nella pienezza dell'esplicazione della sua alta mutiliforme attività scientifica e pratica è morto il Prof. CESARE BIONDI, Direttore dell'Istituto Universitario di Medicina Legale, consulente straordinario dell'I. N. A.

Il Biondi che fu l'ultimo degno rappresentante diretto della gloriosa scuola creata da Angiolo Filippi lascia largo rimpianto in tutti quelli che ebbero a conoscerlo e ad apprezzarlo nella cattedra, negli scritti e nei Congressi, ai quali assiduamente partecipava con l'autorità che gli derivava dal suo sapere e dalla sua parola sempre sapiente ed opportuna.

Noi ricordiamo la viva parte che egli prese al Congresso di Medicina Legale e di Medicina Legale delle Assicurazioni nel 1933 in Roma.

Nel febbraio u. s. il nostro Istituto ha perduto uno dei migliori funzionari della prima ora; il Comm. Dr. GOFFREDO CRAVERI, Ispettore Capo Superiore addetto al Servizio Personale.

Era nato a Verzuolo (Cuneo) nel 1875, e venne all'I. N. A. dalla Cassa pensioni di Torino.

La bontà d'animo di Lui, il senso di giustizia e di equanimità che ha informato la Sua vita, avevano suscitato in tutti simpatia e stima. La perdita perciò è stata fortemente sentita da quanti ebbero la fortuna di conoscerLo.

Nell'adempimento del proprio dovere, volontario nel Regio Esercito, è gloriosamente caduto in A. O. FERRARI MARIO del Servizio Bil. Tecnico del nostro Istituto.

Aveva partecipato alla guerra libica, a quella mondiale, era stato legionario fumano, squadrista.

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Città di Castello, 1986-XIV — Tipografia «Unione Arti Grafiche» — Telefono 87.





Corporate Heritage
& Historical Archive