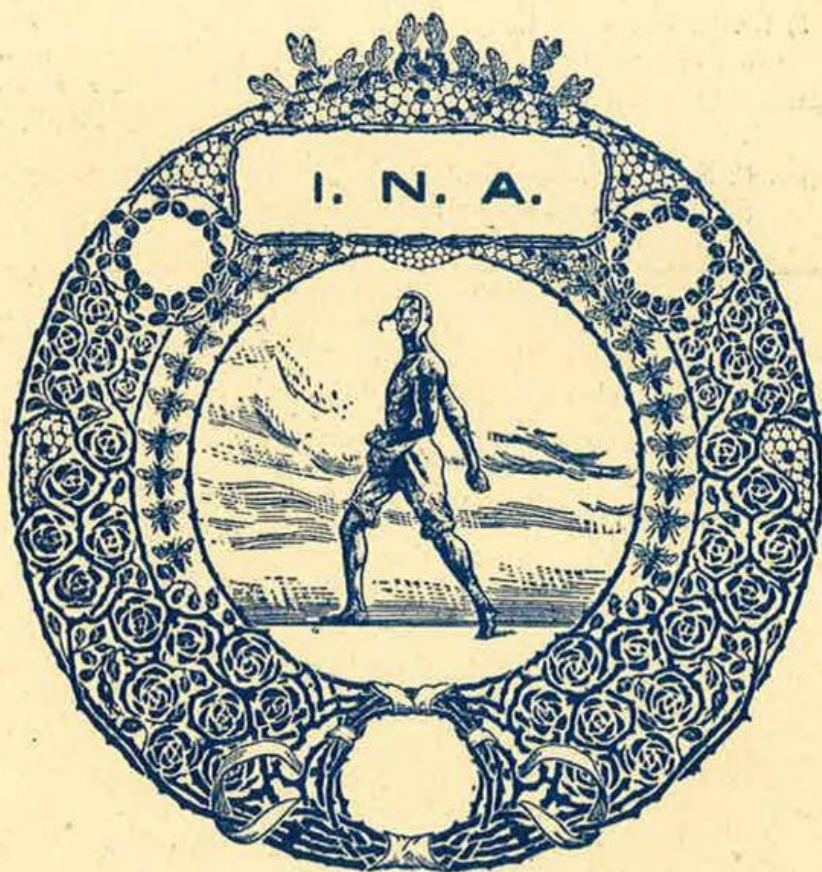


L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno V
Numero 4
15 agosto
1936 - XIV
C.C. Postale

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

SOMMARIO

- | | |
|---|--|
| <p>1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati . . . pag. I-XXIV</p> <p>2. Consigli agli assicurati:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Dr. A. STARNA, Un nemico di stagione: la mosca. . . . 197</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Dr. M. BIASOTTI, Le frutta . . . 201</p> <p style="padding-left: 20px;">c) Dr. A. STARNA, La dermite da rossetto 204</p> <p>3. Notiziario 205</p> <p>4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Dr. A. STARNA, Il diabete melito nell'era insulinica . . . 209</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Dr. M. BIASIOTTI, La prognosi del diabete renale 235</p> <p>5. Medicina legale delle Assicurazioni-vita:</p> <p style="padding-left: 20px;">Dr. F. MARSELLA, Ancora qualche parola sulla « malafede » nelle</p> | <p>dichiarazioni di carattere sanitario nell'assicurazione vita. 242</p> <p>6. Indagini di statistica medica: Dr. F. VICENTINI, Cause di morte e professioni pag. 246</p> <p>7. Varie:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Dr. F. GRANDE, Decadenza senile e tentativi di profilassi. 265</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Prof. Dr. BASILIADES, Il Congresso Balcanico per la protezione dell'infanzia . . . 270</p> <p>8. La pagina del medico fiduciario: Dr. BIASIOTTI, Le sostanze riducenti, contenute nelle urine normali, causa di errore nella ricerca del glucosio . . . 271</p> <p>9. Dai Libri e dai Periodici . . . 272</p> <p>10. Pubblicazioni ricevute . . . 275</p> <p>11. Vuoti nelle file dei medici fiduciari 276</p> |
|---|--|

NORME PER GLI AUTORI

Si pubblicano lavori brevi — massimo dieci pagine di stampa — che siano rispondenti alla natura e all'indirizzo della Rivista.

Debbono quindi trattare argomenti di medicina preventiva ovvero di diagnostica e prognostica medica, con speciale riguardo alla durata della vita umana, o altri problemi di medicina delle Assicurazioni vita.

Ogni lavoro deve essere accompagnato da un breve riassunto di non oltre dieci righe. — È preferibile che il testo dei lavori sia dattilografato.

Agli autori di lavori originali si concedono gratuitamente cinquanta estratti. — Gli originali non si restituiscono.



L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

PARTE UFFICIALE

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli ASSICURATI dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

Nuovi Consulitori:

ALESSANDRIA presso l'Agenzia Generale - Corso Roma, 14

FROSINONE presso l'Agenzia Generale, Via XX Settembre, 19

a) *Consultorio di Igiene*

b) *Consultorio per il collaudo della salute degli assicurati*

c) *Visite consultive per la idoneità alla vita coloniale*

d) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati*

CAGLIARI

Casa di cura "B. Salvatore,, per malattie ostetrico-ginecologiche, ortopedia e traumatologia e chirurgia in genere. A tutti gli assicurati riduzioni del 30 % (trenta per cento) 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 e Roentgen-diagnostica e Roentgen-radium-terapia e per tutte le cure che ivi verranno praticate.

RODI (Egeo)

Regie Terme di Calitea, a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % (venti per cento) sull'importo dal diritto di ammissione e sulle tariffe in vigore di tutte le cure che si ivi praticano.

ESTERO - Alessandria d'Egitto

Ospedale Italiano "Benito Mussolini,, a tutti gli assicurati, le seguenti riduzioni sulle tariffe in vigore di degenza e di tutte le cure che ivi si praticano: 15 % (quindici per cento) per la prima classe speciale; 20 % (venti per cento) per la prima classe; 15 % (quindici per cento) per la secondo classe; e il 30 % (trenta per cento) sulla tariffa per gli esami radiologici.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

- A) *Visite mediche periodiche gratuite.* — B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.* — C) *Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti.* D) *Consultorio per il collaudo dell'organo della vita.* — E) *Consultazioni gratuite di Igiene.* — F) *Gabinetto per le cure odontoiatriche.* — G) *Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.* — H) *Facilitazioni per cure termali.* — I) *Facilitazioni presso ospedali e case di cura.* — L) *Facilitazioni presso sanatori, convalescenziari e consultori materni.* — M) *Facilitazioni per cure odontoiatriche.* — N) *Facilitazioni per cure oculistiche.* — O) *Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.* — P) *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 (Modulo 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 **Alessandria** (Corso Roma, 14); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo); **Padova** (Piazza Spalato); **Reggio Ca-**

labria (Corso Garibaldi); **Roma** (Via Tritone, 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino** (Via Maria Vittoria 1); **Venezia** (Calle Goldoni - S. Luca, 4535).

c) 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) **Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita Coloniale** a tutti comunque assicurati presso i Centri Sanitari dell'I.N.A.; **Alessandria** (Corso Roma, 14); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo); **Padova** (Piazza Spalato); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via Tritone, 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino** (Via Maria Vittoria, 1); **Venezia** (Calle Goldoni).

C) **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) esame completo chimico e microscopico delle **urine** (compresa la prova della concentrazione);

b) esame dell'**espettorato**;

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

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

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

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

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

i) **elettrocardiogramma**;

l) **teleradiografia del torace**;

m) 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 aggiungetevi 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 Servi-

zio 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 (Modulo Servizio Sanitario n. 79) vengono distribuiti dalle agenzie presso le quali gli assicurati pagano il premio.

D) Consultorio per il Collaudo dell'Organo della Vista. Visite gratuite a tutti comunque assicurati presso il Consultorio per il Collaudo dell'Organo della vista, in **Torino** (Via Maria Vittoria, 1).

E) 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: **Alessandria** (Corso Roma, 14); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo); **Padova** (Piazza Spalato); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via del Tritone, 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino**, (Via Maria Vittoria n. 1); **Venezia** (Calle Goldoni - S. Luca, 4535^A).

F) 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.

G) 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.

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

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

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

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

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

O) 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.

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

Dott. ESCHILO DELLA SETA, *Vivere sani*, edito dall'I.N.A.

Prof. Dr. ORESTE BELLUCCI, *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

1. Presso l'Agencia Generale, Corso Roma, 14.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

C) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazione circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

D) *Informazioni circa le previdenze sanitarie a favore degli assicurati.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

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 Veschieri, 3.

Dr. BORTOLOTTI LORENZO, Via S. Giacomo della Vittoria, 25.

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

CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO Giovanni.

ANCONA

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

AOSTA

Odontoiatri:

AOSTA - Dr. CHIAMPO Arnaldo.

Dr. SPIRITO Tito.

IVREA - Dr. MAUTINO Giuseppe.

Dr. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti:

IVREA - Dr. GARENO 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 Sanitoriale «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. DESIAN 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 80%, sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le compe-

tenze 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 Balsario:* a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 25% sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe (nella pensione, oltre alloggio, vitto — vino compreso — e servizio, è compresa anche la cura ordinaria e cure straordinarie supplementari). Inoltre gli assicurati pagheranno per le tasse di ammissione il 50% in meno. La Società esercente le Terme si riserva la facoltà — qualora gli alberghi annessi alle Terme fossero completi — di poter sistemare gli assicurati in altri alberghi consociati, della medesima categoria, facendo loro usufruire dello stesso trattamento dei primi.

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

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

Odontoiatri: BERGAMO - Dr. AVETTA ENZO.

Dr. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dr. CALDEROLI Guido.

Ch. 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



TERME DI PORRETTA - Stabilimenti salsodiodici.

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.

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.

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, 8.

Dr. FRANCESCONI Alberto, Via Saffi, 2.

Dr. GIANNOTTI Manfredino, 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, 84.

Prof. Dr. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 43.

Prof. Dr. NAPOLBONE Xilo, Via Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri:

BOLOGNA - Prof. Dr. CANEPPE Adelson, Viale XII Giugno, 12.

Dr. FACCHINI G. Battista, Via Cartoleria, 16.

Prof. Dr. VISI Ferruccio, Via d'Azeglio, 21.

BOLZANO**Odontoiatri:**

BOLZANO - Dr. GRONES Ernesto, Piazza Erbe, 12.

MERANO - Dr. DE BOSIO Giuseppe.

Dr. KONIG Alfredo, Corso Goethe, 6.

Dr. SINGER, Federico, Via Dante, 38.

Oculisti: BOLZANO - Prof. Dr. MENESTRINA Gino, Ospedale Civile.

Dr. ROSSLER Federico, Via Regina Elena.

BRESSANONE - Dr. NIEDEREGGER Enghelberto.

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

KRISER Giulio, Corso Principe Umberto, 84.

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. GOIO Giuseppe.

SALÒ - Dr. SIMONI Guido Giuseppe.

CAGLIARI

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

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

3. *Casa di cura - B. Salvatore,* per malattie ostetrico-ginecologiche, ortopedia e traumatologia e chirurgia in genere, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% (trenta per cento) 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 e Röntgen-diagnostica e Röntgenrediumterapia e per tutte le cure che ivi verranno praticate.

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

CALTANISSETTA

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

2. *Casa di Cura del Dr. Ballati di Caltanissetta;* a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen Radium terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

Oculisti: Prof. Dr. CAVALLARO Erminio.

Prof. Dr. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri: Dr. RESTIVO Pietro.**CAMPOBASSO****Odontoiatri:**

CAMPOBASSO - Dr. MARTINO Angelo.

Dr. SANTORO Manfredi.

Oculisti:

CAMPOBASSO - Dr. BARBATO Nunzio.

Comm. Dr. GRIMALDI Eugenio.

AGNONE - Dr. SAVASTANO Silvio.

CATANIA

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

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

Odontoiatri:

CATANIA - Dr. DI GRAZIA Mario, Via Garibaldi, 9.

Dr. GRECO Salvatore, Via Umberto, 8.

Dr. MILONE Giuseppe, Via Umberto, 41.

Dr. MUSUMECI Grassi Raimondo, Via Vittorio Emanuele, 215.

Dr. POLITI Francesco, Via Etna, 208.

Oculisti:

CATANIA - Prof. Dr. DE CRISTOFARO Michelangelo,
Via Plebiscito, 280.

Prof. Dr. FAVALORO Giuseppe, Via S. Maddalena, 59.

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

CATANZARO

1. *Istituto Clinico Diagnostico e Fisioterapico del Dr. Giuseppe Mazza*, Via Duomo, a tutti gli assicurati: riduzione del 80% 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 Marzuccino, 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 80% sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali che per tutte le cure che ivi si praticano.

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

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

Odontoiatri:

COMO - Dr. GORIN Vittorio, Via Garibaldi, 19.

Dr. PADDEI Antonio.

Dr. TORI Luigi.

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

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri:

COMO - Dr. BROCCHERLE Ferdinando, Via Volta, 88.

Dr. TORLASCHI Giovanni, Via Rezzonico, 7.

COSENZA

1. *Casa di salute Catalani - Villa Amelia*, a tutti gli assicurati: riduzione del 80% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia

fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

Odontoiatri: Dr. ANDREASSI Giuseppe.

Dr. CERBELLI Oreste.

Dr. CHIMENTI Achille.

Dr. LOFFREDO Ferdinando.

CREMONA

1. *Casa di cura S. Camillo, Via P. Cristoforo* - a tutti gli assicurati: riduzione del 25% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-radium-terapia.

Inoltre il Prof. Rodolfo Grignani pratica la riduzione del 35% sulle tariffe minime del Sindacato Medico degli onorari per atti operativi eseguiti presso la predetta Casa di cura.

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

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

Odontoiatri:

CREMONA - Dr. 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. BOCCI 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, 8.

Dr. MORI Davide, Via Cortevicchia, 8.

Dr. TESI Alfredo, Via Palestro, 21.

Dr. TESI Gastone, Via Palestro, 21.

Otorinolaringoiatri:

Dr. MANFREDI Angelo, Via Borgoleoni, 122.

Dr. MURATORI ENO, Via Palestro, 62.



Oculisti :

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

FIRENZE

1. *Casa di Salute - Villa Savoia*, Via Andrea del Castagno, n. 6, a tutti gli assicurati: riduzione del 80% 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.

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** GESA, 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

1. *Presso l'Agenzia Generale*, Via XX Settembre, 19.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

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.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

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



FIUGGI - Panorama generale.

A Fiuggi è stato istituito un ufficio di rappresentanza e propaganda che ha la sua sede presso lo stabilimento della Fonte Vecchia e dove gli assicurati dell'I. N. A. potranno rivolgersi per informazioni e assistenza necessaria.

GENOVA

1. *Casa di Salute per operazioni chirurgiche, prof. Catterina, Via Borgoratti, 84, a tutti gli assicurati: riduzione del 50% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.*

2. *Istituto Medico per inalazioni del dott. Bruno Ozilia, Via XX Settembre 1/2, a tutti gli assicurati riduzione del 30% (trenta per cento) sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano.*

3. *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. ODISIO 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, 85.
 Dr. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri:

SUVERETO DI LIVORNO - Dr. CHIERICI Luigi.

LUCCA**Odontoiatri:**

ALTOPASCIO - Dr. PIEGATA 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. ZAPPABOLI Luigi, Corso Vitt. Emanuele, 103.

MATERA**Odontoiatri:**

MATERA - Dr. MABINARO Domenico.

Oculisti:

MATERA - Dr. Lo RUSSO Stefano.

MESSINA

1. 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. Teleradiografia del torace.

9. Controllo del peso e della altezza.

B) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

C) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

D) *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.

E) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

2. *Istituto di Terapia Fisica del prof. dott. Giuseppe Spagnolio.* Piazza Stazione, a tutti gli assicurati riduzione del 30% (30 per cento) sulle tariffe e 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, Röntgen-diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nell'Istituto di Terapia Fisica, nonché per eventuale degenza in casa di cura.

Odontoiatri:

Dr. TODARO Francesco - Via dei Verdi.

Oculisti:

Dr. LA ROSA Vincenzo - Via Pavia.

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

Otorinolaringoiatri:

Dr. CAMINITI CARMELO ALCIDE - Via Verdi, 57.

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 :

MILANO - Dr. BIAGINI Giovanni, Via Aversa, 17.

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

Dr. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

Dr. SAVIO Piero, Via B. Luini, 1.

MODENA

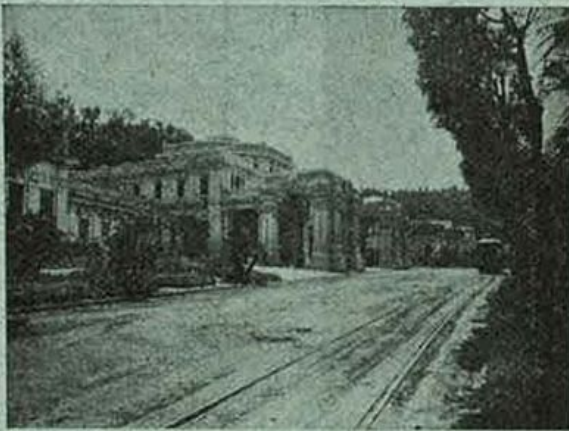
1. *Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti*, Via Giardini 20, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen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



AGNANO - Terme.

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-clini-

ca 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. *Terme dello Scrajo di Vico Equense (Napoli)*; a tutti gli assicurati le seguenti riduzioni sui prezzi base della tariffa vigente: a) riduzione del 25% (venticinque per cento) sulle tariffe dell'abbonamento per quindici bagni, per le classi distinta e di prima; b) riduzione del 20% (venti per cento) sulle tariffe dell'abbonamento per dieci bagni, per e classi distinta e di prima; c) riduzione del 15% (quindici per cento) sulle tariffe dell'abbonamento per dieci bagni, per la seconda classe.

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

7. *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.

Prof. Dr. ZONA Alberico, Piazza Bellini, 68.

META DI SORRENTO - Cav. Uff. Dr. RUSSO Valerio, Corso Littorio, 118.

SPARANISE - Dr. GRANDE Francesco.

Otorinolaringoiatri :

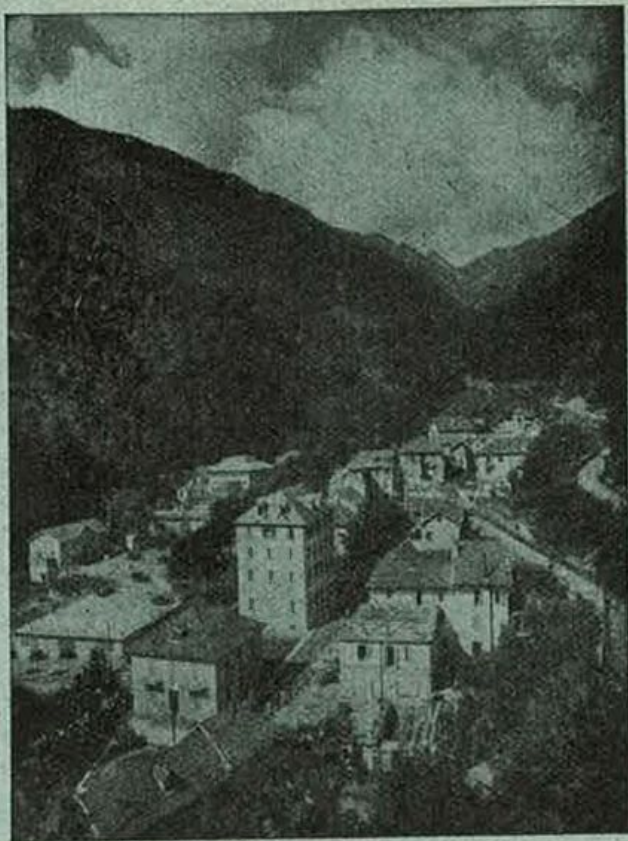
Prof. Dr. DI LAURO Espedito, Riviera di Chiaia, 84.

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 Miazzina*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per il reparto agiati, sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.



BOGNANCO - Terme.

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. **Teleradiografia del torace**.
9. Controllo del **peso e della altezza**.

B) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

C) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale*.

D) *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.

E) *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 20% sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano: riduzione del 10% sull'importo della pensione giornaliera, sempre che l'ammontare, meno lo sconto non sia inferiore a L. 32 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.

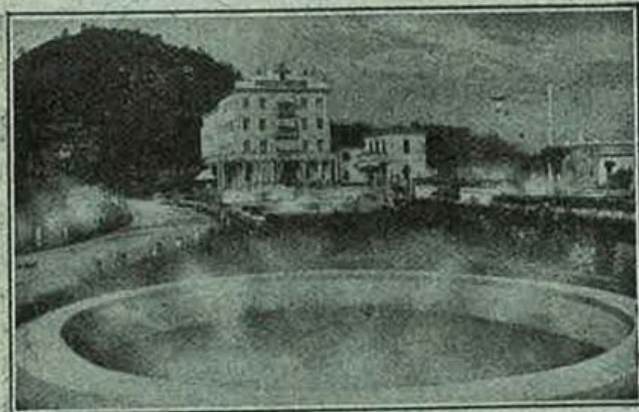
5. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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 Montebelluna* (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'allog-



ABANO TERME (Padova) - Stabilimento Hotel Trieste.



MONTEGROTTO TERME (Padova) - Terme Preistoriche

gio, vitto (vino compreso), servizio, è compresa anche la cura (fango o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno L. 10 per la 1^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di L. 10 per la 1^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a classe.

PALERMO

1. *Casa di Cura Prof. Giacchino 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 Villaerrosa, 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, Vi. Stabile, 109.
- Dr. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.
- Prof. Dr. ZANOLA Aurelio, Via Rodi, 1.

PARMA

1. *Stabilimenti termali di Salsomaggiore*: agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 20% sulla tariffa generale in vigore sia per l'ammissione alle cure che per qualsiasi cura ivi si pratici. Inoltre gli alberghi « Porro » e « Valentini » di Salsomaggiore praticheranno lo stesso trattamento per vitto ed alloggio che quegli alberghi praticano ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. Esercito, alla M.V.S.N. ed ai Corpi Armati dello Stato.



SALSCMAGGIORE - RR. Terme.

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. CARMi 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.

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. 800 per ogni turno di 15 giorni.

Odontoiatri:

PISA - Prof. Dr. CARREBAS 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.

2. *Grotta Giusti ed annessi Stabilimenti Termali di Monsummano*: a tutti gli assicurati riduzione del 20% sulle tariffe in vigore per tutte le cure che ivi si praticano.

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. STOCIO 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. *Presso l'Agenzia Generale*, Corso Garibaldi:

A) *Consultorio medico per il Collaudo della salute* della salute per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

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.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

2. *Ospedali Riuniti «Giuseppe Melacrino» e «Francesco Bianchi»*, a tutti gli assicurati: riduzione del 20% per gli ammessi alle corsie comuni (diretta terza classe), e del 30% sia per le cure ambulatorie che per gli ammessi alle rette di prima e seconda classe. La riduzione del 80% 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. LAGANA 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) *Gabinetto per le cure odontoiatriche*, compresa la protesi, a condizioni assolutamente speciali. La prima visita consultiva è gratuita.

C) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

2. *Presso l'Agenzia Generale*, Via del Tritone, 142.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

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.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

3. *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. 85 — per l'Istituto Regina Elena e di L. 80,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e roentgen-terapia, ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50% dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e roentgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50% va applicata alla tariffa più bassa.

4. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio al 31 dicembre 1936, 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.

5. *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.

6. *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.

7. *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 80% 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 Armando, Via A. Canova, 12.
Prof. Dr. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.
Prof. Dr. NEUSCHÜLER Ignazio, Via Aracoeli, 58.
Prof. Dr. STRAMPELLI Benedetto - Corso Italia, 88

Otorinolaringoiatri:

ROMA - Prof. Dr. TUSTUR 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 Nazareno.

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, 8.
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 80% 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.



Panorama di S. Casciano dei Bagni.

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

Odontoiatri:

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 *Pi-neta di Sortenna*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riserva fino a dieci posti, e concede:

riduzione del 10% sulla pensione compreso il servizio sanitario ordinario;

riduzione del 10% sul prezzo della camera fino a L. 15;

riduzione del 20% sul prezzo della camera oltre L. 15;

riduzione del 30% sulle prestazioni sanitarie straordinarie (interventi chirurgici, pneumotorace, ecc.).

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

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. *Presso l'Agenzia Generale*, Corso Tacito.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

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.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

2. *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) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

D) *Consultorio gratuito per il collaudo periodico dell'organo della vita.*

E) *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.*

F) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

2. *Istituto di medicina preventiva, Via Principe Amedeo, n. 16, a tutti gli assicurati: riduzione del 40% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia e roentgen-diagnostica che verranno praticate nella clinica, come pure per le consultazioni cliniche.*

3. *Clinica delle malattie professionali della R. Università: gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio che dai medici saranno ritenuti opportuni pagando un onorario di L. 11; potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni della Clinica, mediante corresponsione di un onorario di L. 5,50 per ogni volta.*

4. *Istituto di Terapia Oozonica in Torino, Corso Oporto 10, a tutti comunque assicurati: riduzione del 85% 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 - Dr. BUJATTI Giovanni, Corso Vinzaglio, 104.

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

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

Dr. MABAZZINA 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. CORRADO Antonio, Via Juvara, 19.

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. PICOALUGA Sirio, Via XX settembre, 60.

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

Prof. TIRELLI GASPARE, R. Clinica Oftalmica.

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

Prof. Dr. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.

Dr. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dr. VEDDERAME Filippo, Corso Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri:

TORINO - Dr. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.

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

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 Plana 11.

Prof. Dr. PALLERSTRINI 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. GHILLO 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. MAESTRANI 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. ROSAIO Giuseppe, Via Trenta Ottobre, 13.

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatra:

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

UDINE**Odontoiatri:**

UDINE - Dr. DAMIANI Domenico.
Dr. CLONFERO Erminio.

VARESE

1. *Clinica privata - La Quiete*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, roentgen diagnostica e roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella clinica.

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

Odontoiatri:

VARESE - Dr. BERTOLI Alessandro.
Dr. BERTOLI Romeo.
Dr. FRANZI Cesare.
Dr. GUSCETTI Severo.
Dr. MINGARELLI Lido.
Dr. RIVA Gian Pietro.
Dr. BARBERO Vincenzo - Via Piave, 2
BUSTO ARSIZIO - Dr. BRECCHETTO Davide.
GALLARATE - Dr. OTELLI FRANCO.
Dr. PATARINO Alfonso.
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. *Presso l'Agenzia Generale*, Calle Goldoni, S. Luca 4535 A:

A) Consultorio medico per il collaudo della salute per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

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.

E) Misurazione della pressione arteriosa.

F) Controllo del peso e dell'altezza.

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

3. Consultorio Materno in Venezia dell'Istit. Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 ogni volta.

4. Ospedale Civile «Umberto I.» di Mestre, a tutti gli assicurati riduzione del 20% (venti per cento) sulla retta e sugli speciali compensi stabiliti dalle tariffe in vigore per i ricoverati di I classe e riduzione del 10% (dieci per cento) sugli speciali compensi stabiliti dalle tariffe in vigore per i ricoverati di III classe.

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 Sanitoriale al Chievo dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

VERONA - Dr. BEVIO 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% sulle tariffe in vigore

Odontoiatri:

VICENZA - Dr. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.

Dr. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.

Dr. MARTINELLI L., S. Corona.

ARZIGNANO - Dr. VERONESE Giuseppe.

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri:

VICENZA - Dr. BASSO E., Via Racchetta, 5.

Dr. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

VITERBO

Odontoiatri:

VITERBO - Dr. BAGEDDA Baingio.

DODECANNESO

RODI (Egeo) - Regie Terme di Calitea: a tutti gli assicurati: riduzione del 20% (venti per cento) sull'importo del diritto di ammissione e sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano.

ESTERO

EGITTO

A) Buono gratuito per visite mediche di collaudo della salute a tutti comunque assicurati.

B) Concessione di prestiti senza interessi per operazioni di alta chirurgia.

C) Riduzione del 30% sulle tariffe praticate da specialisti in ostetricia e ginecologia, odontoiatria, otorinolaringoiatria, oculistica e chimica clinica.

D) Estensione a tutti gli assicurati residenti in Egitto delle facilitazioni concesse dagli Stabilimenti Termali, Ospedali e Case di Cura nel Regno d'Italia e Colonie.

Per usufruire delle concessioni di cui sopra rivolgersi alla Rappresentanza Generale per l'Egitto ed il Sudan, Alessandria d'Egitto - 1, Via Re Fuad I.

ALESSANDRIA D'EGITTO Ospedale Italiano «Benito Mussolini», a tutti gli assicurati, le seguenti riduzioni sulle tariffe in vigore di degenza e di tutte le cure che ivi si praticano: 15% (quindici per cento) per la prima classe speciale; 20% (venti per cento) per la prima classe; 15% (quindici per cento) per la seconda classe e il 30% (trenta per cento) sulla tariffa per gli esami radiologici.

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 ele-

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

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

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

Qualità chimico fisiche delle acque termali per cui vengono concesse facilitazioni ai nostri assicurati:

Abano (Padova): Acque cloruratesodosolfocalciche a 87° C. Fanghi naturali vulcaniciminerali.

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

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

Bognanco (Novara): Acque bicarbonate magnesiache radio attive.

Calitea (Rodi - Egeo): Acque clorurate sodiche deboli e forti.

Caramanico (Pescara): acque solforose.

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

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

Fiuggi (Frosinone): Acque oligometalliche radioattive.

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

Monsummano (Pistoia): Stabilimenti Termali e Grotta Giusti - Grotte sudorifere.

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

Montegrotto-Terme (Padova): Acque cloruratesodosolfocalciche a 85° C. Fanghi naturali vulcanici.

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

Recoaro (Vicenza): Acque ferruginose carbocalciche.

Salsomaggiore (Parma): Acque salsobromiodiche.

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

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

Scrajo Vico Equense (Napoli): Acque solfo-idriche-clorurate sodiche forti - Bagni.

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

S. Cesarea (Lecce): Acqua solfocarbonatocalcica a 33° C. Fanghi vegetominerali.

Sardara (Cagliari): Acqua bicarbonato sodica a 50°-58°-68° C.

Trescore Balneario (Bergamo): Acqua clorurata sodicocalcica, e bibete bagni.



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: **Calitea** (Rodi - Egeo) — **Montecatini** (Pistoia) — **S. Pellegrino** (Bergamo) — **Sardara** (Cagliari) — **Trescore Balneario** (Bergamo);

b) stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti:

Fonti idropiniche: **Agnano** (Napoli) — **Bognanco** (S. Lorenzo - Novara) — **Calitea** (Rodi - Egeo) — **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) artrismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.:

Abano e Montegrotto Terme (Padova), (*bagni e fanghi*) — **Agnano** (Napoli), (*bagni e fanghi*) — **Battaglia** (Padova), (*bagni e fanghi*) — **Calitea** (Rodi - Egeo) — **Caramanico** (Pescara), (*bagni, fanghi, bibite, inalazioni*) — **Monsummano** (Pistoia), *Grotta Giusti* — **Porretta** (Bologna), (*bagni*) — **S. Casciano Bagni** (Siena), (*bagni e fanghi*) — **Scrajo Vico Equense** (Napoli), (*bagni*) — **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:

Calitea (Rodi - Egeo) — **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-vescivale, gotta, oistopielite:

Calitea (Rodi - Egeo) — **Fluggi** (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'Erchia - Via M. Signorile, 2.

Cagliari - Casa di cura « *B. Salvatore* ».

Case per cure otorinolaringoiatriche:

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

Treviso - Casa di cura Prof. P. Brisotto - Ponta 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
Borghetti, 84.

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

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

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

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

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

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

**Case di cura per le malattie medico chi-
rurgiche, cliniche, ospedali, poliambu-
lanze 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 dia-
gnosi e la cura delle malattie della
circolazione del Prof. G. Galli - Via
Volta, 46.

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

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

Cremona - Casa di cura « *S. Camillo* »
- Via P. Cristofaro.

Genova - Policlinico del Lavoro - Via
Benedetto XV.

— Istituto medico per inalazioni del Dott.
Bruno Oxilia - Via XX Settembre, 1-2.

Messina - Istituto di terapia fisica del
Prof. Dr. Giuseppe Spagnolio - Piazza
Stazione.

Mestre (Venezia) - Ospedale Civile Um-
berto I.

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 Mo-
relli - Piazza XXIV Maggio.

— Ospedale Policlinico « *S. Matteo* ».

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

Roma - Istituti Fisioterapici Ospedalieri :

1) Ospedale dermosifilopatico di S. Gal-
licano;

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

— Policlinico del Lavoro - Via Ripetta, 180

— Clinica Odontoiatrica R. Università.

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

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

— Clinica delle malattie professionali della
R. Università.

— Istituto di Terapia Ootzonica - Corso
Oporto, 10.

Varese - Clinica privata « *La Quiete* ».

Venezia - Ospedali Civili Riuniti.

Vigevano (Pavia) - Ospedale degli In-
fermi.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Città di Castello, 1986-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

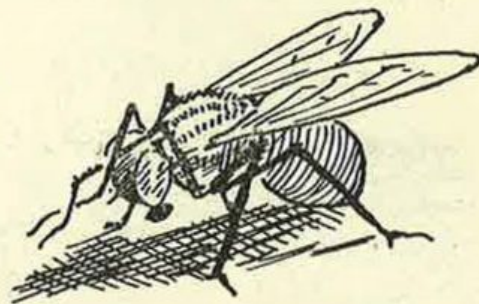
Consigli agli assicurati

Un nemico di stagione: la mosca



Dott. A. STARNA

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

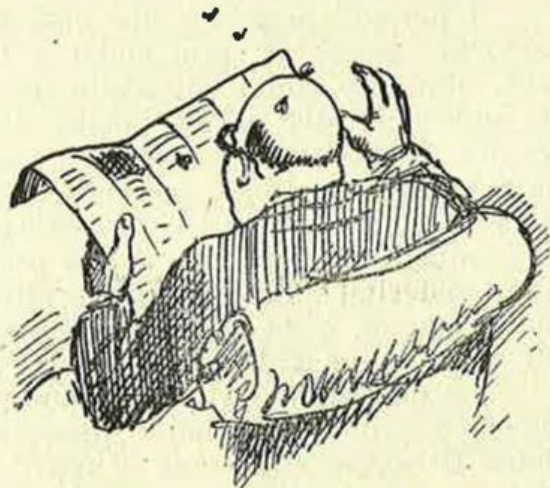


Non so se questo titolo farà dispiacere a voi, certamente però lo farebbe al Signor Tobia. Ricordate? Il poveretto cui, è il caso di dire non reggeva l'animo di far male neanche ad una mosca, un giorno, importunato troppo a lungo da questo noioso insetto mentre attendeva pacificamente alla lettura, si contentò di afferrarlo delicatamente e aperta la finestra gli diede la libertà esclamando: « Va per la tua strada, nel mondo c'è posto per tutti ».

È questo un apologo un po' oscuro, direi anzi insignificante, e se non vi garba, come non piacque a me vent'anni fa quando lo lessi in varie antologie di scuola, prendetela con i gusti dell'epoca i quali avevano una tenerezza per ogni animale da fare invidia al « Mio dolce Edmondo » a costo di infischiarne anche dell'Igiene.

Come sapete questa regina del nostro tempo ha proprio un fatto personale con le mosche, le quali invece hanno coltivato sempre un amore intenso, sebbene non disinteressato, per le case sudicie. Tale convivenza quasi pacifica e secolare è oggi sorpassata e gli acchiappamosche per diletto da Caligola in poi sono fortunatamente un ricordo come la papalina del nonno; ma ciò non ostante e malgrado la propaganda dei medici, ben pochi si preoccupano di difendere razionalmente la propria casa dalle mosche.

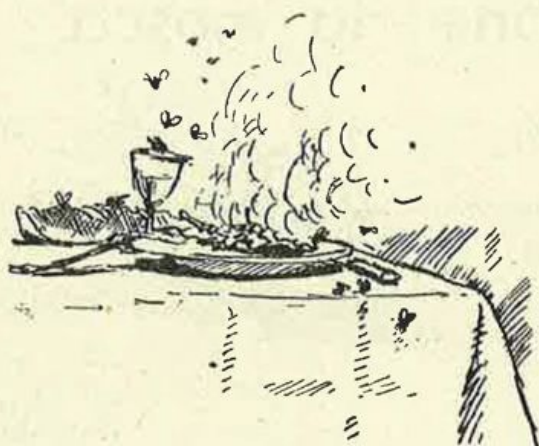
Eccola, essa si presenta con l'apparenza più tranquilla del mondo, si affaccia all'angolo del tavolino da pranzo, dà una sbirciatina intorno con i suoi cento occhi color dell'acciaio, e sicura del fatto suo, passa in rassegna i piatti disposti per il desinare non disdegnando un giretto lungo l'orlo scambiato cer-



tamente con la pista di un velodromo. Scacciata da un piatto è così abile che due secondi dopo è scesa sul coperto situato alla parte opposta della tavola o sui bordi della zuppiera che fuma stanca nel mezzo della tovaglia. Se le gocce che festonano immancabilmente la zuppiera non sono di suo gusto passa alla cristalleria ove una fruttiera di pesche vellutate o di alabastrine albicocche attendono il loro turno.

Ma poichè la volubilità prima di essere femminile è caratteristica della mosca, questa, poco dopo eccola ronzar di nuovo intorno ai commensali in cerca di qualche cosa che solletichi meglio il suo palato piuttosto esigente. Poi ritorna, dopo un giretto d'ispezione nel rettangolo caldo e luminoso dei vetri della finestra, sulla cristalliera ove prende agevolmente « terra » sulle creste anfrattuose che coronano le collinette formate dai panini assettati nell'apposito cestello.

E qui, in tutta tranquillità, la mosca procede alla sua toletta; si stropiccia le ali con le zampe posteriori, si passa un paio di volte quelle anteriori dietro



la testa e poi immobile fa la sua brava digestione. Se il pasto è stato molto abbondante è possibile vederla distendere la minuscola proboscide articolata e rigurgitare una goccia di quanto ha potuto suggerire sulla tavola o tra i rifiuti di cucina.

Non è, come vedete, tutto ciò una pratica molto corrispondente alle norme della Igiene e perciò vogliamo ora ricordare le malefatte di questo ospite dannoso in troppe case.

Se qualcuno ha la curiosità di sapere come sia stata denominata la mosca dagli entomologi lo contenterò subito, essa appartiene alla classe dei ditteri ed alla famiglia dei braccoceri; più modestamente la potremmo chiamare... volatile domestico indesiderato ma... fedele.

I pericoli maggiori che essa presenta sono costituiti dal trasporto meccanico dei germi di varie malattie infettive. Perchè la mosca può trasferire i bacilli non solo con il rigurgito del quale abbiamo accennato ma anche con tutta la superficie del corpo, poichè è provvista di numerosi peli al ventre, alle zampe e imbrattarsi anche le antenne. Anche le deiezioni, puntini ironici alla pulizia casalinga, possono contenere questi germi. Sappiamo che la mosca si posa sopra i detriti e le materie organiche di qualsiasi specie, orbene essa è pronta a suggerire con la sua proboscide ed imbrattarsi le labbra carnose per poi trasferirsi sopra qualunque alimento. Il passaggio dalle immondizie al tavolo della cucina, o da un gabinetto ad una camera da pranzo è questione per essa di pochi colpi d'ala e di qualche finestra lasciata aperta.

Le deduzioni da questa modesta osservazione può trarle chiunque ed il pericolo che in questo modo presenta la mosca sono facili ad intravedersi. Sebbene il raggio entro cui si aggiri l'animale non superi i 250 metri essi sono sufficienti per stabilire i contatti più pericolosi nè è da dimenticare che con il favore del vento o con il trasporto sopra a veicoli od animali le distanze raggiunte possono essere di fatto molto maggiori.

Il germe più facilmente trasmissibile dalla mosca è quello del tifo che nell'estate ha una notevole diffusione e l'insetto può raccogliarlo da tutto ciò che circonda il malato e specialmente dalle feci, dalle urine e dai panni sudici. Il latte, ottimo terreno di cultura del bacillo del tifo e del quale la mosca è avida, può essere facilmente insemato e divenire pericoloso mezzo di divulgazione del germe. Ogni alimento, del resto, può servire di veicolo alla propalazione di questa malattia tanto pericolosa.

Una malattia endemica in alcuni paesi dell'Oriente, il colera, è quasi sempre

trasmesso dalle mosche; spesso ciò accade anche per altre malattie esotiche come la peste e la dissenteria.

Da noi la mosca può trasportare i bacilli della tubercolosi, specie in località ove le sputacchiere sono considerate un lusso anzichè una necessità igienica. Anche la morva, il carbonchio ed il gonococco conoscono nella mosca una eventuale vettrice.

A proposito del gonococco, che è il germe della blenorragia, devo qui ricordare una dolorosa malattia oculare che provoca non raramente la cecità. Orbene in Africa, l'apatia del negro che ozia quasi tutto il giorno accosciato nell'ombra afosa senza l'idea della pulizia è tale da lasciare raccogliere le mosche sui bordi palpebrali provocando, quando come non raramente accade sono infette, una oftalmia purulenta non raramente di natura blenorragica.

Anzi, poichè ci siamo spinti nei paesi caldi, merita di essere qui ricordato che nei tropici la ingestione con il cibo di uova appartenenti ad alcune varietà di mosche, provoca una malattia dissenteriforme detta « miasi ». Altre mosche in quei paesi, specie le sarcofaghe e le mangiacarne, possono deporre le uova sotto la mucosa o i muscoli degli animali o nel sacco lacrimale dell'uomo, da esse si svilupperanno le larve che provocano ascessi e suppurazione. È anche onore di una mosca e cioè della « glossina » quello di trasmettere la malattia del sonno. Tutte queste mosche però, aggiungo subito, a differenza della nostra « musca domestica » sono provviste di un pungiglione resistente chitinoide che viene infisso nella pelle dell'uomo.



Non è però questa una buona ragione per prendere alla leggera la proboscide molla e articolata della mosca che sugge le più svariate sostanze in putrefazione e poi passa ad infettare vivande lasciate al richiamo del suo acuto olfatto. Se tutti ricordassero come la mosca che scorazza sulla tavola da pranzo dieci minuti prima poteva svolazzare comodamente nella spazzatura di casa dietro il compiacente paravento della domestica granata, forse si procederebbe con più persuasione nella lotta contro questo sudicio insetto.

Non ostante la mosca abbia una vita adulta di soli quattro, cinque giorni la sporcizia è ottimo terreno di allevamento delle sue larve e la riproduzione così abbondante che per molti mesi infestano le nostre case. Finalmente anche per lei con l'autunno vengono i tempi tristi e, oltre il freddo, l'insidia viene da un fungo l'*Empusa muscae* i cui miceli invadono e distruggono l'addome dell'animale. Inoltre anche due flagellati parassiti dell'intestino possono condurre a morte l'insetto. È vero che anche i ragni, alcuni artropodi e qualche uccello insettivoro sono nemici naturali delle mosche ma tuttociò serve ben poco poichè l'unico metodo efficace nemico dell'insetto è basato sulla nettezza delle abitazioni e delle città.

*
* *

Perchè la lotta contro le mosche come per ogni altro insetto sia efficace, essa va portata in due direzioni; da un lato deve consistere nello stabilire condizioni sfavorevoli alla permanenza e alla maturazione delle uova nelle abitazioni, dall'altro nella lotta diretta alla uccisione delle mosche adulte. Naturalmente le due azioni vanno coordinate e solo allora si potranno ottenere risultati sicuri.

Quindi l'attacco, se vogliamo mantenere il paragone... strategico va non solo fatto con lo spruzzatore insetticida, ma anche con la granata a mano (si

intende quella di saggina!). Anzi, dopo avere opportunamente trasferito le stalle e i depositi di rifiuti situati nei locali a piano terra, si dovrà con l'acqua, il sapone e la modesta ma utile scopa pulire tutti gli angoli morti delle stanze, tutti gli interstizi del pavimento, e degli infissi specie in cucina, dei ripostigli e dei gabinetti. Così le poche mosche superstiti non dovranno trovare requie e le uova deposte andranno veramente disperse e distrutte.

Naturalmente questa azione offensiva non va disgiunta da quella difensiva che ogni donna di casa deve ben conoscere. È soprattutto indispensabile tenere tutti gli alimenti a riparo delle mosche in armadi o con apposite retine; queste reti possono, in località dove necessità locali non permettono la bonifica dei locali terreni, essere applicate addirittura alla finestra. Ogni stoviglia dopo l'uso deve essere lavata sollecitamente e non lasciata al richiamo delle mosche.

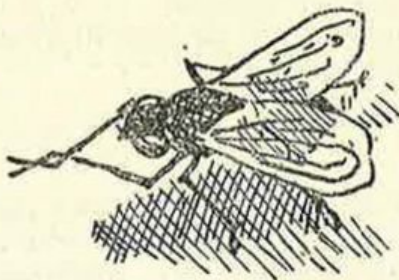
Quanto al «dolce che uccide», come direbbe un appassionato di libri gialli, bisogna fare delle distinzioni. Alcune carte moschicide, quelle cioè all'arsenico e all'antimonio, sono sconsigliabili perchè non uccidendo subito possono permettere il trasporto del veleno e della vittima sugli alimenti. Preferibile è la soluzione con legno quassio da mettersi nelle zone battute... dal nemico, buona pure la soluzione di formolo al 10% in latte zuccherato.

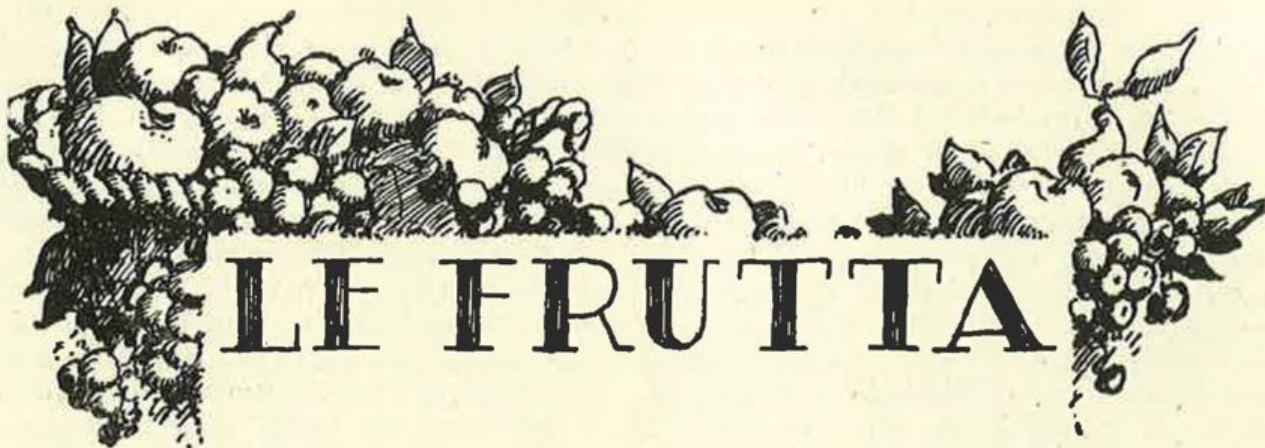
L'uso dei vapori di piretro se sono utili in casi speciali come nei viaggi non è molto consigliabile perchè spesso provoca il solo stordimento dell'insetto. Molto usati sono oggi i fascetti di frasche spruzzati con soluzione dolce di mofenina. Questi mezzi come altri meno noti però da sè soli, ricordiamolo, non vincono gli avversari che sono, è proprio il caso di dire, numerosi... come le mosche. Soprattutto pulizia ci vuole, poichè le uova non possano permanere neanche vicino alle case, e le immondizie uscite dalle domestiche mura devono essere trattate con sostanze che uccidano le larve. Ciò si ottiene sia cospargendo i rifiuti con l'olio di schisto, sia provocando col seppellimento la fermentazione delle sostanze organiche che col calore a 60° ne uccide le larve.

È, come si vede, dalla cooperazione dell'Igiene pubblica e privata che si può ottenere lo sterminio delle mosche che oggi giorno devono considerarsi come uno degli elementi più pericolosi per il contagio delle malattie infettive. Perchè, ormai che tutta l'Italia pulsa di una nuova vita, il sole, l'aria, la luce e pulizia devono allietare e inondare tutte le case. I benefici che ne vengono saranno ripartiti, come madre natura ha voluto, con generosità regale senza distinzione di classi e la salute, dono supremo, rallegrerà anche la più umile famiglia.

(La bibliografia sarà inserita negli estratti).

(Dis. di E. BARDZKY).





LE FRUTTA

Dott. M. BIASIOTTI

Medico Direzione Generale dell' I. N. A.

Si può parlare d'altro nella stagione delle frutta, quando i rami degli alberi fruttiferi si curvano fino al suolo sotto il peso del loro carico fragrante, quando i mercati ed i negozi espongono ogni varietà di frutta e quando infine non vi è colazione, pranzo e merenda in cui la frutta fresca non compaia a deliziare gli occhi ed il palato? Eccomi perciò a parlare delle salutari proprietà delle frutta e ad esaltare il valore alimentare e curativo dei succosi, dolci e profumati prodotti vegetali.

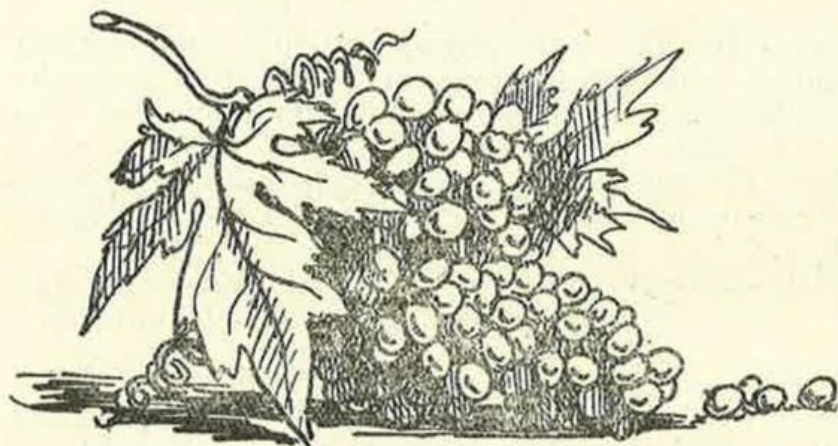
Le frutta rappresentano un alimento completo contenendo tutte le sostanze necessarie alla vita e cioè: acqua, albumine, zuccheri, grassi, sali minerali e vitamine.

L'acqua contenuta nelle frutta in proporzione molto elevata, le conferisce la qualità di dissetante gustoso e purissimo più dell'acqua di fonte che, specie durante la stagione estiva, può presentare degli inquinamenti. Le albumine vegetali delle frutta non producono, a differenza di quelle carnee, grandi quantità di sostanze nocive all'organismo. Gli zuccheri (glucosio, levulosio) contenuti in grande quantità nelle frutta mature le conferiscono un alto valore nutritivo. I grassi sono particolarmente abbondanti nelle frutta oleose (olive, noci ecc.). Le frutta contengono una quantità di sali minerali sufficiente a conferirgli un'azione remineralizzante sull'organismo e contengono infine le vitamine, sostanze stimolanti la nutrizione e l'accrescimento dell'organismo. Perfino la cellulosa, pur costituendo l'unica parte delle frutta che non ha alcun valore alimentare, è utile alla digestione perchè coi suoi abbondanti residui indigeriti aumenta il volume delle masse fecali, stimola le contrazioni intestinali e quindi previene e cura la stitichezza evitando i danni conseguenti al ristagno delle feci e alle fermentazioni intestinali.

Le frutta quindi pur non contenendo, a parità di peso con altri alimenti, molte sostanze nutritive contengono in compenso molte sostanze stimolanti (cellulosa, vitamine, aromi ecc.) che stimolano la secrezione e la motilità dello stomaco, la secrezione della bile e dei succhi intestinali favorendo la digestione e l'assimilazione degli altri alimenti. Ma oltre a queste azioni benefiche sulla normale alimentazione le frutta posseggono delle preziose qualità curative; esse possono infatti esplicitare sugli organismi malati un'azione lassativa, disintossicante ed antifermentativa, un'azione diuretica, un'azione stimolante della secrezione biliare, un'azione di risparmio delle albumine, un'azione alcalinizzante che si oppone all'acidosi sanguigna derivante soprattutto dall'alimentazione troppo ricca di carne e di grassi ecc. Nelle frutta noi troviamo sostanze curative prodotte da quel meraviglioso laboratorio chimico che è la natura e queste sostanze, esenti da ogni manipolazione farmaceutica, producono effetti curativi talvolta superiori alle più vantate specialità medicinali. Abbiamo già detto che le frutta contengono una discreta quantità di sali minerali; tra questi abbiamo

il calcio che unito al fosforo è utile per la formazione delle ossa, il ferro che giova alla formazione dell'emoglobina contenuta nei globuli rossi e infine il sodio, il potassio e il magnesio che sono utilissimi per mantenere nella normalità la composizione del siero del sangue. I succhi di molte frutta rappresentano una specie di siero alcalino, perfettamente assimilabile e dotato di preziose proprietà nutritive, che è costituito da una vera soluzione acquosa di sali alcalini (di potassio, sodio ecc.); inoltre le frutta sono ricche di acidi vegetali (acido citrico, malico, tartarico ecc.) che dal nostro organismo vengono trasformati in carbonati alcalini rinforzando l'azione alcalinizzante dei sali di sodio, potassio ecc. che abbiamo menzionato. I medici consigliano il largo uso di frutta nei casi nei quali c'è un aumento dell'acidità sanguigna (diatesi artritica, diatesi uratica, gotta, diabete con acidosi, arteriosclerosi ecc.) appunto perchè il succo di frutta, grazie alla sua ricchezza in sali alcalini, regola l'equilibrio acido-basico degli umori, spostato nel senso dell'acidità riportandolo al suo normale valore.

Vediamo ora in quali malattie l'alimentazione a base di frutta arreca particolare giovamento.



Nelle malattie dell'apparato digerente causate da una deficienza dei succhi digestivi e per combattere la stitichezza e la conseguente autointossicazione, una alimentazione a base di frutta cruda è della massima utilità per le sue proprietà stimolanti la digestione, per gli abbondanti residui di cellulosa che stimolano i mo-

vimenti dell'intestino esercitando un'azione lassativa molto efficace nei casi di atonia intestinale, e per gli acidi vegetali che inibiscono lo sviluppo dei batteri produttori delle fermentazioni intestinali ecc.

Nelle malattie renali le frutta costituiscono la base dell'alimentazione: nelle nefriti, sia acute che croniche, le frutta sono usate largamente e con ottimi risultati specie l'uva che può sostituire benissimo la dieta latteica contenendo meno sostanze proteiche, meno cloruro di sodio ed essendo invece abbastanza ricca di zucchero che non affatica il rene malato.

Il più vasto e fertile campo di applicazione delle proprietà nutritive e curative delle frutta è naturalmente rappresentato dalle malattie del ricambio.

Le frutta essendo povere di purine e ricche di acqua e di sali alcalini (di potassio ecc.) hanno un'azione diuretica ed alcalinizzante, facilitano la eliminazione delle scorie e degli acidi nocivi all'organismo prodotti dall'attività dei tessuti e dall'alimentazione troppo ricca di carne e di grassi; quindi tutti i sofferenti di gotta, reumatismo cronico, artriti croniche, sciatica ecc. potranno trarre grandi vantaggi da una alimentazione a base di frutta fresca, specialmente se oltre all'artritismo abbiano anche tendenza all'obesità. Negli obesi gottosi infatti non vi è dieta apurinica più adatta di quella a base di frutta che scioglie una gran parte di quelle scorie nocive che formano le incrostazioni delle cartilagini articolari caratteristiche della gotta. Così nell'obesità si potranno concedere le frutta senza limitazione presentando il vantaggio di ottenere facilmente il senso di sazietà e di provocare una buona stimolazione dell'intestino.

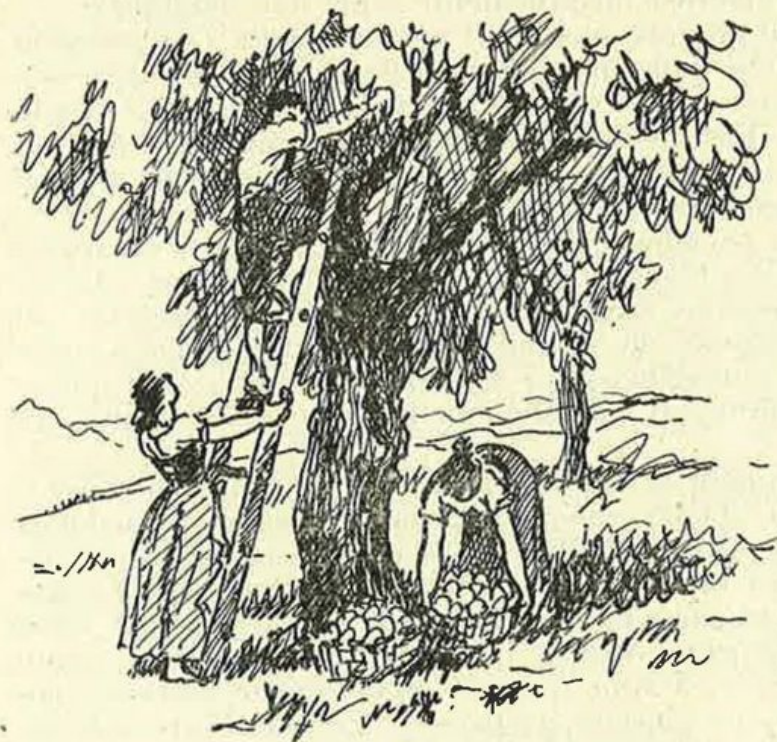
Nei diabetici è proibito l'uso del glucosio perchè l'organismo diabetico non è più capace di bruciare lo zucchero e lo accumula nel sangue; le frutta quindi sembrerebbero inadatte per i diabetici dato che contengono zucchero in forte quantità specie se ben mature. Tuttavia, pur esistendo alcune specie di frutta

molto ricche di zucchero (uva, fichi, frutta secche ecc.) che sono controindicate nel diabete, vi sono molte altre frutta (noci, mandorle, olive, fragole, lamponi, mirtilli e persino mele, pere, pesche ed albicocche, purchè poco mature) che possono venire concesse senza timore nel diabete perchè contengono poco glucosio e molto zucchero di frutta (fruttosio o levulosio) che è, per i diabetici, molto più assimilabile degli altri zuccheri e presenta un alto valore nutritivo. Inoltre il regime alimentare a base di frutta presenta per i diabetici i non trascurabili vantaggi di procurare facilmente il senso di sazietà e di permettere piacevoli variazioni nella esasperante monotonia della dieta.

Anche per curare e prevenire l'ipertensione arteriosa, oggi tanto diffusa a causa di tante morti premature, il regime alimentare a base di frutta è di grande utilità. Le frutta giovano anche nella convalescenza delle malattie infettive perchè grazie al loro contenuto in zucchero hanno un alto potere nutritivo e grazie alla loro azione alcalinizzante, diuretica e leggermente lassativa facilitano l'eliminazione dei prodotti patologici acidi che si sono accumulati nel sangue durante il corso della malattia.

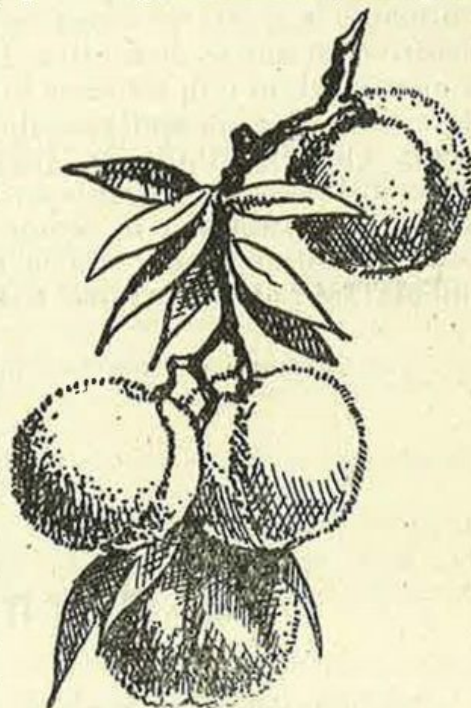
Concludendo possiamo dire che le frutta, specialmente per la loro preziosa azione alcalinizzante, diuretica e disintossicante costituiscono un mezzo curativo di particolare efficacia per gli uricemici, gottosi, arteriosclerotici, ipertesi, obesi ecc., in una parola per tutte le persone che presentano un rallentamento od una alterazione del ricambio materiale con conseguente accumulo di scorie proteiche tossiche, stato di acidosi nel sangue ecc.

Le frutta inoltre rappresentano l'alimento ideale per la stagione estiva; durante l'estate infatti, a causa dell'aumento della temperatura ambiente, il nostro corpo perde meno calore e per conseguenza ha bisogno di una razione alimentare meno ricca di calorie di quella invernale; durante i calori estivi le funzioni digestive divengono più torpide; orbene le frutta fresche, essendo dotate di un basso valore calorico sono particolarmente adatte per sostituire durante l'estate almeno



in parte le carni e i grassi, ed inoltre col loro sapore, col loro profumo gustoso e colla loro azione lassativa stimolano per via riflessa le funzioni digestive indebolite dal caldo.

Come si deve praticare la cura di frutta? Il miglior modo di praticarla è senza dubbio quello di mangiare le frutta in piena campagna non appena staccate dall'albero, perchè in tal modo si evitano tutte le contaminazioni della



buccia e si può fare a meno anche della lavatura. Le frutta debbono essere al giusto punto di maturazione perchè, mentre nella frutta troppo acerba gli acidi vegetali in eccesso sono irritanti pel tubo digerente, nelle frutta mature si trasformano in parte in zuccheri ed hanno solo un'azione diuretica e leggermente lassativa ed antifermentativa. La frutta posta in commercio subisce innumerevoli contaminazioni e in tal caso è bene lavare abbondantemente le frutta ed anche sbucciarle. Raccomandiamo inoltre di masticare bene le frutta per renderle più facilmente digeribili. Un regime alimentare a base di frutta, seguito per un mese, disintossica l'organismo, intensifica la combustione e la eliminazione delle scorie del ricambio e al tempo stesso, producendo poco acido urico e facilitandone la eliminazione, evita la ingestione e l'accumulo delle scorie che residuano dall'abituale alimentazione troppo ricca di carni e di grassi.

(La bibliografia sarà inserita negli estratti).

(Dis. di E. BARDZKY e A. QUINTINI).

La dermite da rossetto

Richiamiamo l'attenzione delle cortesi lettrici sopra questo argomento, sebbene i consigli dell'igienista abbiano sempre un successo molto modesto in tale materia presso il gentil sesso. Così è accaduto per il rossetto delle labbra. Non ostante le raccomandazioni di ridurre al minimo tale cosmetico il suo uso è ormai sempre più diffuso e numerosi inconvenienti sono stati lamentati.

Purtroppo l'industria di tali prodotti mette sul mercato delle composizioni senza speciali conoscenze igieniche e farmacologiche che sole potrebbero evitare questi disturbi. I dermatologi hanno preso in esame la questione cercando di identificare la causa di essi. Per alcuni le sostanze che vengono continuamente a contatto della mucosa orale finirebbero col sensibilizzare la mucosa stessa provocando così l'insorgenza della dermatosi.

Questa consiste di solito in un edema delle labbra, cui segue la comparsa di alcune flittene che finiscono con l'aprirsi mettendo a nudo il derma. Queste lesioni sono molto dolorose e tendono a guarire solo dopo la sospensione del rossetto incriminato. Kling e Garnier che hanno pubblicato un articolo sulla *Gazette Médicale* in proposito consigliano per facilitare la guarigione, polverizzazioni per una diecina di minuti, di soluzioni medicamentose, sulla mucosa malata.

Quanto alla sostanza incriminata di tale malattia l'accordo dei competenti è ben lungi da essere raggiunto. Andry che fu il primo a studiare la malattia cui diede anche il nome più proprio di cheilite sostiene che sia dovuta all'eosina, Sezary invece propende ad incriminare le essenze profumate ed i corpi grassi. Recenti ricerche di Baer comparse nel *Journal American* e riassunte nella *Rassegna Clinico Scientifica* dell'Aprile corrente ha proceduto sistematicamente alla ricerca della sostanza colpevole. I suoi risultati escludono le sostanze coloranti e quelle grasse, mentre sono riuscite positive, le ricerche fatte con alcuni profumi. Nel caso riportato di Baer la dermite era dovuta alla presenza di carbonato di metil-eptina.

È bene perciò che le signore che hanno rilevato questo inconveniente rinuncino possibilmente al rossetto o per lo meno usino matite senza essenza. Il sacrificio che l'igiene richiede non è eccessivo e vogliamo sperare che saranno disposte ad accettarlo.

STARNA.

Notiziario

I CONCORSI DELL'I. N. A.

1. — L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni bandisce un concorso a premi per una 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 a 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 delle ore 12 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.

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

La monografia deve contenere *norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'Impero Italiano di Etiopia e nelle altre colonie e possedimenti italiani, e norme per prevenire le malattie che risultano ivi più frequenti.*

Essa deve essere contenuta nei limiti da un minimo di 50 pagine 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 delle ore 12 del *sedici gennaio 1937* (16/1/1937-XV).

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 (cinquemila).

Roma, 31 maggio 1936-XIV.

Il Direttore Generale

GIORDANI.

*Capitali dei contratti sinistrati per morte esaminati
dal Servizio Sanitario nel 1° semestre 1936*

| | |
|--|----------------------|
| Portafoglio diretto e preconstituito (assicu- razioni ordinarie e collettive con visita medica all'ingresso) | L. 25.972.601 |
| Portafoglio diretto senza visita medica | » 2.848.707 |
| Portafoglio popolare | » 2.265.811 |
| Cessioni legali e riassicurazioni quote a carico dell'Istituto. | » 6.828.329 |
| | Totali L. 37.915.448 |

**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° Semestre 1936 | Totale |
|--|--------------------------|---------------------|---------|
| Interventi per : | | | |
| 1) Cancro ed altri tumori | 42.787 | — | 42.787 |
| 2) Malattie delle ghiandole | 12.000 | 3.096 | 15.096 |
| 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 | 45.041 | 372.527 |
| 7) Malattie apparato urinario e genitale | 165.908 | 27.670 | 193.582 |
| 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>Totals</i> | 688.575 | 87.152 | 775.727 |

**L'inaugurazione del consultorio
medico a Frosinone.**

Il giorno 31 luglio u. s. alle ore 11 nei locali dell'Agenzia Generale dell'I. N. A. in Frosinone, presenti S. E. il Prefetto, Il Segretario Federale, il Podestà, il Comandante del Distretto Militare, l'Intendente di Finanza

e tutte le maggiori autorità della cittadinanza è stato inaugurato il nuovo Consultorio per gli assicurati dell'I. N. A.

Il prof. Romanelli Capo del Servizio Sanitario ha illustrato il programma che il Servizio Sanitario dell'I. N. A. va svolgendo nel campo della Medicina Preventiva a favore degli assicurati.

Rispose S. E. il Prefetto che ringraziò ed

esaltò la iniziativa dell'I. N. A. cui augurò un lieto avvenire.

E. M.

Il bilancio 1935 dell'I. N. A.

La relazione al bilancio 1935 dell'I. N. A. il 23° dell'attività dell'ente rileva come, più ancora come negli anni precedenti, l'azione dell'Istituto abbia risentito l'influenza delle condizioni generali politiche ed economiche.

La produzione del 1935 è stata di 297.570 contratti per L. 1.861.239.000 di capitali assicurati; cifre che segnano sulle corrispondenti per il 1934 aumenti del 25.3% e del 5.5% rispettivamente. La consistenza globale del portafoglio ha avuto nell'esercizio un nuovo notevole aumento. Alla fine del 1935 si trova infatti un totale di 1.442.000 contratti per un ammontare di 12.802.000.000 di lire contro 1.234.000 contratti per 12.065.000.000 alla fine del 1934.

I pagamenti agli assicurati hanno assorbito la somma di L. 288.483.000, divisa; percentualmente così fra le varie cause: sinistri 25,47%, scadenze 20,43%, riscatti 30,44%, rendite 23,76%.

L'incasso premi è passato da L. 501.869.000 nel 1934 a L. 521.402.000 nel 1935.

L'utile netto dell'esercizio è stato di lire 57.507.000. Dopo le assegnazioni consuete, sono state ripartite in parti uguali fra gli assicurati e lo Stato L. 46.562.000. La quota di partecipazione agli utili per gli assicurati è stata aumentata al 5 per mille. I contratti in vigore dal 1930 hanno così avuto dalle successive assegnazioni un aumento del 25 per mille. Di più l'Amministrazione ha deliberato che ai contratti in forma ordinaria e a premio annuo che saranno emessi d'ora innanzi, la partecipazione agli utili sia riconosciuta con effetto immediato, calcolata sotto forma di percentuale dal premio ed erogata con mondanità da determinarsi.

(Riassunto dal « Bollettino della Biblioteca dell'I. N. A. » 1936 n. 6).

L'I. N. A. e l'assicurazione degli ufficiali e militari del R. E.

Al fine di agevolare il più possibile gli ufficiali e militari del R. E., l'I. N. A. ha concluso col Ministero della Guerra una convenzione che fissa specialissime condizioni di una assicurazione mista con delega sugli stipendi per il pagamento dei premi. Tra queste ricordiamo le più importanti:

Abbuono totale delle spese di polizza, del costo dell'allegato di invalidità e del diritto di quietanza; riduzione dell'interesse per il

frazionamento semestrale del premio; esonero, in caso d'invalidità permanente e assoluta che colpisca l'assicurato durante il periodo contrattuale, dall'ulteriore pagamento dei premi; pagamento immediato di un terzo del capitale assicurato (con un massimo di L. 25.000) in caso di invalidità derivante da infortunio.

(Riassunto del « Bollettino della Biblioteca dell'I. N. A. » 1936 n. 6).

Collettiva dell'I. N. A. per l'assicurazione di 700.000 lavoratori agricoli.

Il Direttorio del Partito Nazionale Fascista ha provveduto ad assicurare sulla vita, per la durata di periodi lavorativi, 700.000 lavoratori fra mietitori e mondariso. L'assicurazione è stata assunta dall'I. N. A. Ciascun lavoratore è assicurato per L. 10.000. Il premio dell'assicurazione sarà coperto con tutti i mezzi a disposizione per l'assistenza delle due indicate categorie di lavoratori. Beneficiaria dell'assicurazione è la Confederazione Fascista dei Lavoratori dell'Agricoltura.

(Estr. dal « Bollettino Biblioteca I. N. A. » 1936 n. 6).

La polizza « Pro Familia ».

Fra l'I. N. A. e la « Società Reale Mutua di Assicurazioni » di Torino è stato concluso un accordo per la raccolta di assicurazioni popolari in una nuova forma di assicurazione nuzialità denominata « Pro Familia », e con la quale si tende alla propaganda e alla diffusione della previdenza assicurativa fra le masse giovanili. La propaganda e la raccolta delle polizze « Pro Familia » dovrà essere fatta specialmente negli asili infantili e nelle scuole elementari; i contratti di questo tipo potranno essere anche un utile e conveniente mezzo di attuazione di iniziative filantropiche ed assistenziali di carattere demografico.

(Est. del « Bollettino Biblioteca I. N. A. » 1936 n. 6).

Centro studi addestramento e perfezionamento per i produttori dell'I. N. A.

Si è chiuso il 29 luglio u. s. il primo corso istituito presso la Direzione Generale per l'addestramento e il perfezionamento dei produttori dell'I. N. A.

Il profitto tratto dagli allievi che in numero di circa 20 hanno assiduamente frequentato il corso, è stato notevole in tutte le materie

come ha potuto rilevare con piacere la Commissione esaminatrice.

La materia riguardante la medicina delle assicurazioni vita è stata trattata dai Medici Capi Dottori Marsella e Trottarelli. Il Capo del Servizio Sanitario Prof. Dott. Romanelli ha tenuto due conferenze. Diamo per brevità i soli titoli delle conferenze tenute:

Prof. Dott. I. Romanelli: 1° Collaborazione tra medici e produttori.

2° L'Assistenza Sanitaria agli assicurati nella propaganda dei produttori in assicurazione vita.

Dott. F. Marsella: 1° Concetti generale sulla medicina delle assicurazioni obbligatorie e facoltative. Rapporti tra medico e produttore.

2° La selezione dei rischi nella assicurazione vita. Le dichiarazioni dell'assicurato all'ingresso in assicurazione.

3° Illustrazione dei moduli sanitari e specialmente del certificato Mod. San. 1. Il segreto professionale.

4° Concetti fondamentali di medicina legale della assicurazione vita.

Dott. P. Trottarelli: 1° Organizzazione medica e accettazioni rischi.

Auguriamo che questo primo Corso così felicemente conclusosi e veramente utile alla formazione dei produttori abbia largo eco nel campo degli assicuratori e sia lieto auspicio di una lunga serie.

Una indagine di statistica ospedaliera promossa dalla nostra rivista.

A tutti gli Ospedali Provinciali è stata inviata dall'Assistenza Sanitaria una lettera-circolare per avere pubblicazioni statistiche edite circa i ricoverati ed i decessi che si sono verificati in questi ultimi anni presso gli Ospedali stessi. Purtroppo ben pochi Ospedali e precisamente solo sei hanno risposto positivamente ed hanno inviato i seguenti lavori statistici:

Roma: Statistica Sanitaria, Anno 1934.

Milano: Prof. RONZA, Rendiconto statistico Clinico dal 1927 al 1931.

Salerno: Prof. LETTIERI, Resoconto Clinico Statistico 1932-33, e 1933-35.

Grosseto: Prof. MEMMI, Quadri statistici sulla Malaria per l'anno 1935.

Benevento: Prof. FIRRAO, Relazioni Statistiche degli anni 1932-35.

Verona: Prof. SOPRANA, Gli Istituti Ospedalieri di Verona dall'avvento del Fascismo, 1935.

Alcune di queste pubblicazioni però non si riferiscono che ad una parte dei ricoverati, avendo l'autore fatto uno studio solo d'una malattia. Gli Ospedali di Torino e Genova annunciano che prossimamente inizieranno pubblicazioni Statistico-Sanitarie. Tutti gli altri per ragioni economiche od altro, non hanno potuto procedere a lavori del genere.

Ci auguriamo che tanto utile materiale statistico sulla morbilità e mortalità attualmente disperso in numerosi archivi, possa essere presto catalogato e messo a disposizione di quanti sono studiosi di problemi d'igiene e di Sociologia.

St.

Onoranze al Prof. Giulio Alessandrini.

Con la fine dell'anno accademico il Prof. Giulio Alessandrini direttore dell'Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Roma, lascerà l'inseguimento che ha tenuto per oltre un trentennio con interrotto fervore.

Per onorare il Maestro, si è costituito un Comitato promotore per la creazione di un Premio perpetuo di Parassitologia da intitolarsi al nome di Giulio Alessandrini e da assegnarsi ogni biennio all'italiano che avrà fatto progredire gli studi di Parassitologia Medica.

Per questi motivi, il premio Alessandrini di Parassitologia servirà per stimolare i giovani allo studio di quella fondamentale branca scientifica alla quale l'Alessandrini ha, con intenti di pioniere, così proficuamente dedicata tutta la sua lunga attività di scienziato e di ricercatore.

INDICE TERAPEUTICO

È in corso di pubblicazione « L'Indice Terapeutico », opera di consultazione per il professionista nella pratica quotidiana. Esso raccoglierà un vasto materiale di terapia generale e speciale e di dietetica di 800 pagine che saranno presentate in un volume tascabile con copertina in tela.

Questa pubblicazione uscirà aggiornata ogni anno; il volume è messo in vendita al prezzo di L. 25. Per ogni informazione rivolgersi agli uffici dell'« Indice Terapeutico », a Trieste, Via Santa Caterina, 5.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**Il diabete mellito nell' era insulinica**

Dott. ALBERTO STARNA

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

Quando quattordici anni fà dopo tre anni di ricerche presso l'Università di Toronto Banting e Best riuscirono ad estrarre dal pancreas l'insulina attiva con ottimi effetti terapeutici, un fervido entusiasmo per la nuova cura si diffuse in tutto il mondo. Una malattia antica e nota da secoli trovava il suo specifico; il diabetico avrebbe avuto veramente modo di curarsi, i sacrifici del regime dietetico sarebbero scomparsi, le numerose complicanze che insidiano ad ogni passo questo malato non sarebbero state più minacciose; in altre parole il diabete se non definitivamente guaribile doveva divenire un semplice incomodo che avrebbe permesso una lunga sopravvivenza.

Basta scorrere le riviste mediche nel primo quinquennio che segue l'introduzione dell'insulinoterapia per raccogliere numerosi giudizi in tal senso. Non c'è dubbio che in linea teorica possiamo ritenere con la somministrazione dell'insulina, di sostituire e mettere in riposo il sistema di Langerhans il quale avrebbe il tempo di ricostituirsi e riprendere in un secondo tempo la sua funzione incretoga. Ma casi del genere sono assolutamente rari. Uno ne venne riportato da Boyer e Robinson che si riferiva appunto ad un ragazzo di sette anni il quale in capo ad un anno aveva potuto ridurre la dose a solo un terzo da quella iniziale: essendo sopravvenuta la morte per un fatto accidentale, l'autopsia permise di riscontrare evidentissimi segni di rigenerazione degli isolotti.

Indipendentemente dai controlli di autopsia sono stati riferiti da vari A.A. numerosi esempi in cui la tolleranza di idrati di carbonio aumenta in modo notevole da permettere gradualmente una riduzione della dose iniziale dell'insulina. Comunque è opinione molto diffusa anche tra i medici che questa terapia abbia prolungato notevolmente la vita del diabetico il quale potrebbe oggi raggiungere un'età molto più avanzata di prima in pieno benessere e morire per un'altra malattia senza che il disturbo glicoregolatore aggravi la sua prognosi.

Risultati definitivi in proposito possono essere stabiliti solo dopo un lungo periodo di osservazione statistica ed andando molto cauti nelle conclusioni. Così ad esempio tutti gli argomenti statistici pubblicati entro il primo quinquennio dall'introduzione dell'insulino-terapia tendono fatalmente a dare un quadro incompleto sugli effetti definitivi della cura.

Se, ad esempio, limitiamo l'esame dei decessi per diabete al decennio 1916-1925 che risultano dal Registrar General's Statistical Review of England en Wales (1925) troviamo una mortalità decrescente molto lusinghiera in quanto mentre nel 1916 si avevano 121 maschi e 98 femmine morti per diabete in Inghilterra per un milione d'abitanti nel 1925 si scendeva a soli 81,4 maschi e 94 donne. In Italia ove certamente l'insulinoterapia per varie ragioni ha avuto una divulgazione più lenta, nel decennio stesso i dati sono molto meno probativi e si avverte quasi una tendenza a quel fenomeno che si riscontrerà negli anni seguenti.

Ecco infatti come si presenta la mortalità per diabete in Italia in quel periodo sempre riportato ad un milione d'abitanti e per entrambi i sessi.

| 1916 | 1917 | 1918 | 1919 | 1920 | 1921 | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 50 | 52 | 48 | 43 | 45 | 49 | 54 | 54 | 58 | 59 |

Basta però anche per la statistica inglese seguire la mortalità negli anni seguenti per convincersi come il miglioramento sia stato temporaneo e quindi sotto molti aspetti fittizio. Da una tabella pubblicata in un lavoro di Stocks l'anno scorso notiamo che, fatto uguale a cento il numero dei decessi uomini per diabete nel triennio 1920-1922, esso scese a 87 nel 1925, ma nel 1929 aveva già raggiunto 101 e successivamente dopo altre oscillazioni tende negli ultimi anni a stabilizzarsi intorno a 99. Nella stessa statistica inglese risulta per le donne che le cose si sviluppano in modo notevolmente più grave, perchè se il suddetto indice nel 1924 scendeva a 93, nell'anno seguente risaliva a 104 e continuava l'ascesa raggiungendo nel 1933 la cifra di 127.

Come si vede appena si passa ad esaminare l'andamento della mortalità per un congruo periodo di anni si resta colpiti dall'incremento verificatosi in questa malattia. Ecco ad esempio l'andamento della mortalità in Italia per diabete mellito nell'ultimo triennio secondo medie triennali per ambo i sessi e sempre per milioni d'abitanti.

| | | | |
|------------------|-------|---------|----|
| Triennio 1900-02 | . . . | decessi | 34 |
| » 1910-12 | . . . | » | 48 |
| » 1920-22 | . . . | » | 49 |
| » 1930-32 | . . . | » | 86 |
| Anno 1933 | . . . | » | 93 |

Non v'è dubbio che queste cifre dimostrano un aumento allarmante della mortalità per diabete. L'andamento perfettamente inverso della mortalità per tubercolosi in confronto al diabete non è affatto un fenomeno limitato ad alcuni paesi ma diffuso in tutti i continenti.

Ad esempio mentre la tubercolosi come causa di morte negli Stati Uniti è discesa dal primo posto che occupava nel 1900 al sesto nel 1934 contemporaneamente il diabete va assumendo nell'ultimo decennio l'estensione di una vera malattia sociale. Così in molti Stati di quella Confederazione si è potuto osservare che mentre nel 1920 per ogni 100 morti di tubercolosi se ne avevano 14 di diabete, nel 1930 questa cifra saliva a 26,6 e nel 1934 è risultata di 39,1.

E' pure interessante rilevare che negli Stati Uniti questo triste tributo è pagato in gran parte dalla razza bianca, i negri ne sono colpiti molto meno. In un lavoro di Joslin e Bublin viene richiamata l'attenzione, in base a tavole di statistica di quel paese, che la mortalità è andata aumentando specie dopo i 49 anni, soprattutto fra le donne. I tassi di mortalità per questi A.A. sarebbero poco aumentati per gli uomini e fortemente accresciuti per le donne attempate. Secondo un'altra indagine dello stesso Joslin circa la mortalità negli Stati Uniti vi sarebbero oggi circa due milioni di malati per diabete.

Anche le altre nazioni specie quelle europee accusano questo aumento, dalla Francia alla Germania, dall'Inghilterra alla Danimarca la quale avrebbe attualmente oltre sessantamila malati e che in un trentennio ha visto quadruplicata questa voce tra le cause di morte della popolazione.

Anche in Italia il fenomeno si è verificato con una discreta intensità. Basta riflettere infatti che l'incremento riscontrato è il maggiore che si sia verificato in confronto di ogni altra malattia. Dimostrativo è il grafico seguente in cui viene confrontata con affezioni per le quali è stato gettato da tempo l'allarme cioè con il cancro e la tubercolosi polmonare. (Diagramma 1°).

Il diagramma 1° da noi costruito in base ai dati statistici del Regno è eloquente da solo.

Riscontrata questa modificazione nella frequenza del diabete, ci si presentano allo studio vari quesiti. Esistono anzitutto dei fattori dovuti alla denuncia statistica che hanno potuto alterare il reale andamento della mortalità? Accertato un reale aumento di questa, quali sono le cause? Successivamente ci dovremmo chiedere quale è, in base alle moderne vedute di chimica biologica, l'anello mal funzionante nella complessa catena del ricambio dei carboidrati in

*Indice della mortalità per Diabete m., Tumori maligni
e per tbc. polmonare in Italia.*

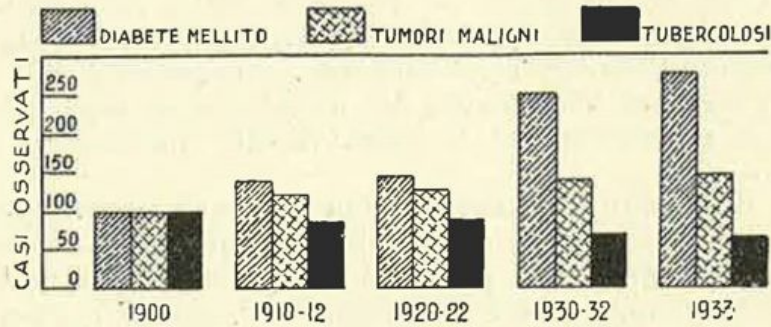


Diagramma 1.

un diabetico. Infine passeremo a cercare nelle tabelle statistiche se non ostante il peggioramento totale quantitativo l'insulina non abbia determinato un miglioramento nella durata della vita media dei diabetici.

Ciò è quanto passeremo ad esaminare.

*
**

La prima obiezione che si può fare circa l'incremento effettivo, poichè i moduli di denunce di morte sono rimasti fondamentalmente invariati è che il diabete sia oggi accertato e denunciato in molti casi che prima passavano inosservati. In tali soggetti un'affezione intercorrente od una complicanza avrebbe in precedenza portato a morte per altra causa senza che il medico avesse potuto sospettare il diabete latente.

Non si può disconoscere che l'uso sempre largo ed oggi sistematico dell'esame delle urine abbia permesso di accertare alcuni casi di glicosuria insidiosa; ma in linea generale possiamo affermare che se ciò è ammissibile nel confronto tra le denunce del 1901 e quelle del 1933; i metodi di ricerca non sono molto modificati nell'epoca più recente ad esempio dal triennio 1920-23 e al 1933. E pure in questo periodo di poco più che dieci anni la mortalità in Italia per diabete è quasi raddoppiata. Si farebbe un apprezzamento non benevolo verso tanti colleghi a volerli giudicare negligenti o peggio ancora incapaci nel diagnosticare il diabete.

Sempre a proposito della denuncia non ci pare possa presumersi che la coesistenza di un diabete in casi di morte di malattie intercorrenti venga oggi denunciato più spesso di quanto fosse una volta. Del resto è praticamente troppo arduo compito poter stabilire, in linea puramente teorica, se il soggetto sarebbe sopravvissuto qualora non fosse stato un diabetico cronico. Sappiamo quanto questa malattia diminuisca i poteri di difesa dell'organismo e le numerose complicanze che durante il decorso possono sopravvenire sono ugualmente note; ne si potranno imputare al diabete cause di morte realmente accidentali. Tali apprezzamenti per la catalogazione statistica del decesso sono oggi ad un dipresso invariati e simili a quella dell'epoca preinsulinica.

Non si può dire che il diabete sia una malattia scoperta da poco e quindi polarizzi solo oggi e in modo speciale l'attività dei medici. Niente di tutto ciò, il diabete ha un quadro clinico noto da due secoli; tipico ed inconfondibile che nessun medico in questi tempi può onestamente ignorare. Gli studi sul metabolismo del diabete, sulla chetonuria, sulla dieta di Naunyn, sono troppo conosciuti oggi giorno per poter ascrivere il diabete tra le malattie di « moda ».

Basta riandare alle lunghissime ricerche durate quarant'anni che hanno preceduto la scoperta dell'insulina attiva, per comprendere come in questo argomento non vi sia nulla d'improvviso che abbia coperto rapidamente con una nuova etichetta una o più affezioni preesistenti.

Infatti la diagnosi differenziale del diabete mellito da quello insipido risale ad oltre duecentocinquanta anni fa per opera di Willis, sebbene la dimostrazione chimica dello zucchero sia dovuta a Pool circa un secolo dopo e precisamente nel 1773. Nè lo studio di questa malattia ha subito sosta; Ambrosiani, Buchardt e Magendie nel 1839 dimostrano l'importanza della glicemia, Claude Bernard nel 1850 trova la funzione glicogenetica del fegato ed attribuisce il diabete ad una alterazione del metabolismo degli idrati di carbonio, infine provoca la glicosuria con la puntura del pavimento del quarto ventricolo.

I nomi di Kussmaul, Naunyn, Lepine, Achard sono legati alle cognizioni sulla acidosi e sul meccanismo della intossicazione mortale del diabete. Dai primi casi clinici di cancri del pancreas che accompagnandosi a fatti diabetici richiamavano l'attenzione su quell'organo, attraverso le prime ricerche di Von Mering e di Minkowski fino ad oggi quanti graduali seppur faticosi progressi non ha fatto la medicina!

Certamente la diffusione dell'insulinoterapia ha largamente divulgato alcune ricerche di gabinetto più delicate come la glicemia o la curva di carico con lo zucchero; ma nei suoi elementi tipici il diabete classico era già chiaro e sicuro nell'accertamento medico da molti decenni. La radiografia del torace ha oggi permesso gli accertamenti di lesioni specifiche iniziali; ma come ci dicono le statistiche non per questo la mortalità per t.b.c. polmonare è aumentata, tutt'altra invece è la tendenza di questa malattia.

Anche il cancro che nel diagramma abbiamo voluto mettere a confronto, per quanto aumentato, non è paragonabile alla nostra malattia; mentre è indiscutibile che molte affezioni una volta catalogate in modo incerto oggi con l'ausilio radiodiagnostico del tubo digerente son venute ad aggravare il già pesante fardello dei tumori maligni.

Nel diabete niente di tutto questo, il reattivo di Fehling e di Nylander era trenta anni fa presente in ogni gabinetto di medico condotto come oggi; il virtuosismo diagnostico del "medico" in questo incremento è entrato pochissimo.

Da alcuni è stato obiettato che questo fenomeno deve riportarsi alla differente composizione della popolazione la cui vita media è cresciuta continuamente negli ultimi decenni e poichè il diabete è malattia dell'età prevalentemente presenile questo incremento è stato naturale. Tale osservazione, indiscutibilmente giusta come principio, non è però in pratica molto persuasiva perchè con i quozienti specifici di mortalità si può accertare che in Italia essa si è innalzato in tutti i gruppi di età (V. Diagr. 2).

Da questo confronto risulta che nessun miglioramento si è avuto negli individui giovani, e che invece il peggioramento riscontrato è gravitato fortemente verso i gruppi di età che comprende gli individui oltre i 35 anni, massimo si è dimostrato dopo i 65 anni.

Quindi il numero assoluto di morti per diabete verrà ad essere fortemente aumentato perchè si sommano due fattori; si ha cioè l'incremento della popolazione sana nei gruppi di età senile e presenile e contemporaneamente i quozienti specifici di mortalità per diabete denunciano un aumento molto maggiore in tutti i gruppi di età ma soprattutto in quella media ed in quella avanzata.

Da queste considerazioni resta accertato come il diabete sia in modo indubbio aumentato notevolmente quale causa di morte presso la popolazione civile durante l'ultimo trentennio.

* * *

Passiamo ora ad indagare quali possano essere le cause di tale aumento effettivo che non era nelle previsioni dei diabetologi 10 o 15 anni fa e che deve per la rapidità stessa del fenomeno riportarsi a cause esogene perturbatrici del ricambio del glucidi.

Quozienti specifici di mortalità per Diabete Mellito
(Proporzionale a 10.000 abitanti d'ambo i sessi, di uguale età).

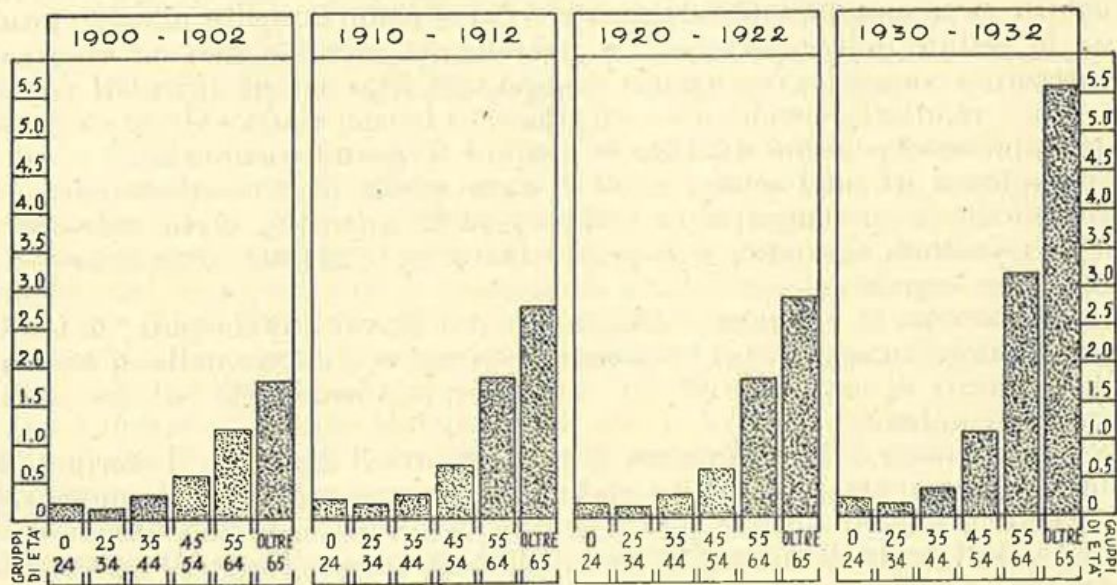


Diagramma 2.

E' vero che un aumento della mortalità si era avuto nel primo e secondo decennio del secolo, ma come si può riscontrare nel diagramma 1 esso non era accentuato o meglio andava di conserva con l'accrescimento del cancro pur tendendo a sorpassarlo. Solo successivamente la colonna del diabete sale in modo impressionante distanziando ogni altra malattia ad incremento e sorpassando in un decennio il doppio del proprio indice di mortalità. Più esattamente osserviamo che ciò ha coinciso con l'epoca del dopo guerra, epoca che ha visto profondi e radicali mutamenti negli usi di vasti strati delle popolazioni con notevoli variazioni anche della capacità economica delle masse.

Non crediamo di dire cosa improbabile se affermiamo che l'aumento del diabete è andato parallelamente alle migliorate condizioni del regime di vita, riteniamo anzi che, in contrasto con la tubercolosi, malattia della miseria e del disagio, esso sia una affezione della agiatezza ed in un certo modo della civiltà. Purtroppo l'alimentazione nonostante le apparenze di uniformità tende infatti a modificarsi.

Leggi fisse su questo argomento non sono mai state determinate; così mentre da un lato l'uomo regola la propria alimentazione dal gusto, dalla sazietà e dalla tasca, gli igienisti e i sociologi dall'altro non hanno mai potuto accordarsi sopra un unico schema di alimentazione razionale. Del resto basta esaminare le diete proposte e ricavate dall'esame di comunità ristrette di un determinato paese perchè si possa dedurre come sarebbe arbitrario voler trasportare ad esempio il regime di vita di un centro operaio degli Stati Uniti o della Germania in una zona agricola d'Italia.

Molto fisiologi ad esempio si riportano al regime alimentare medio del lavoratore stabilito da Voit oltre cinquantanni anni fa in Germania. Ma in pratica questo regime, composto di 118 gr. di proteina, 56 di grassi e 500 di idrati di carbonio, che subì correzioni in più o in meno per opera di Tigersterdt di Atwater e di altri, sono, nell'ipotesi migliore il regime di un certo aggruppamento di un popolo in speciali condizioni di lavoro e di solito nell'età giovanile o media.

Portare queste norme in climi differenti ove i cibi sono costituiti di altre sostanze, il lavoro differente, e voler poi diffondere questo regime a tutte le età, non è la cosa migliore per l'igiene delle masse e delle razze. Vale meglio allora lasciare al palato la coscienza dietetica. In questo campo nell'ultimo tren-

nio gli igienisti furono nello studio dell'alimentazione concordi solo in un punto; che cioè si mangiasse troppo e si andò sperimentalmente in cerca dell'alimentazione economica.

Quindi il vitto consumato dovrebbe essere quello necessario per lo sviluppo delle calorie consumate quotidianamente e per il rinnovamento plastico graduale di tutte le cellule dell'organismo. Le ricerche del metabolismo sul valore energetico utilizzato e su quello occorrente occupò vari fisiologi ed igienisti per lungo tempo; ma i risultati oltrechè discordi rimasero teorici e non ebbero che qualche parziale applicazione nello stabilire le razioni di grandi comunità.

La tendenza di tutti questi studi è stata quella di dimostrare come le sostanze proteiche siano ingerite in troppa grande quantità, e che tale eccesso è nocivo all'economia animale; si è perciò favorito il regime vegetariano o prevalentemente vegetariano.

Ma nonostante le ricerche di Chittenden, di Haver; di Gaspari; la tendenza delle popolazioni in seguito al benessere economico è stata quella di accentuare l'uso degli idrati di carbonio da soli o contemporaneamente ad un aumento delle proteine animali.

Se però passiamo ad analizzare il rapporto tra il diabete e il consumo degli idrati di carbonio, notiamo subito che questo legame ricordato da molti specialisti è meno intimo di quanto può sembrare a prima vista. La notevole differenza dei coefficienti di mortalità per il diabete presso i popoli va esaminata non solo per il contenuto alimentare degli idrati di carbonio in genere ma si dovrà scendere alle sostanze che li compongono. Ecco ad esempio in questa tabella di Rubner i dati comparativi nella composizione delle sostanze alimentari presso i più importanti paesi del mondo.

| | Proteine | Grassi | Idrati di Carbonio |
|---------------------------------|----------|--------|--------------------|
| Giappone | 84 | 28 | 485 |
| Italia | 88 | 58 | 466 |
| Russia | 79 | 43 | 475 |
| Germania | 57 | 60 | 428 |
| Francia | 88 | 67 | 485 |
| Inghilterra | 90 | 105 | 403 |
| Stati Uniti d'America | 89 | 127 | 430 |

Come si vede la differenza è soprattutto in rapporto all'uso dei grassi largamente diffuso presso gli anglosassoni che è sostituito in gran parte nelle diete di alcuni popoli rurali quali l'Italia, il Giappone e la Russia, da un maggior uso di idrati di carbonio. Ma questi ultimi popoli sono quelli che relativamente in minor grado presentano la morbilità per diabete, quindi noi dobbiamo ritenere che non si deve riferire già al complesso degli idrati di carbonio il fattore alimentare nell'incremento lamentato della malattia in esame; ma in qualche componente alimentare compreso fra essi.

Una conferma a quanto abbiamo supposto è data dal confronto delle diete nelle classi agiate, preferibilmente colpite dal diabete, con la dieta delle classi popolari che riassumiamo da quelle compilate da Stewart e Bottazzi:

| | Idrati di Carbonio | Grassi | Proteine | Calorie |
|-----------------------------|--------------------|--------|----------|---------|
| Razione di individuo agiato | 413 | 97 | 135 | 3127 |
| » popolare senza carne | 495 | 64 | 104 | 3051 |

L'alimentazione delle persone agiate, se presenta un valore energetico leggermente superiore a quella popolare, offre all'esame comparativo circa il 50% in più di grassi ha però il 20% in meno degli idrati di carbonio.

La stessa osservazione possiamo trarre dal consumo del grano, ricchissimo di amido e quindi eccellente fornitore di carbo-idrati presso i vari popoli di Europa; i latini che danno una minore percentuale di diabetici raggiungono il massimo consumo come si può constatare da quest'altra tabella.

*Consumo annuo di grano per abitanti nelle Nazioni di Europa
espresso in chilogrammi*

(Annuaire Int. de Stat. Agric. Roma 1934)

| | | | | | |
|-------------------|-------|-------------------------|-------|--------------------|-------|
| Francia | 198,8 | Ungheria | 156,0 | Bulgaria | 153,2 |
| Italia | 188,7 | Spagna | 155,4 | Germania | 80,6 |
| Belgio | 185,3 | Gran Bretagna | 153,8 | Polonia | 49,3 |

Questo quadro va però usato con cautela perchè non va inteso come l'espone-
nente dell'alimentazione completa degli idrati di carbonio. Ad esempio i tede-
schi, che fanno largo uso di patate, ne offrono un consumo molto maggiore
come abbiamo potuto vedere nella tabella precedente. Anzi le patate e il pane
presentano una composizione proporzionale abbastanza vicina sia delle sostanze
proteiche che degli idrati di carbonio. Ed allora dovremo cercare nella compo-
sizione di un altro coefficiente dei carbo-idrati un eventuale elemento favore-
vole allo stabilirsi del diabete.

Perchè dobbiamo tener ben presente che il nostro organismo è sottoposto
per la trasformazione degli alimenti ad un lavoro ben differente a secondo che
sia in presenza di una molecola di amido o di una di zucchero. Ciò merita
maggiori accertamenti.

Il lavoro della secrezione dei fermenti e delle diastasi sarà ben diversa quando
deve scindere un polisaccaride anzichè un disaccaride od anche un monosacca-
ride. Nell'alimentazione dei vegetali di solito vengono ingeriti come amidi, in
minor grado in quella degli animali ove si trova allo stato di glicogeno negli
organi e come zucchero nei liquidi. In complesso la natura offre anzitutto alla
nostra alimentazione le forme stabili di carboidrati, cioè i polisaccaridi (amido
e glicogeno) che sono molecole grosse con proprietà colloidali facilmente idro-
lizzabili dagli enzimi in saccaridi più semplici. Questi invece che hanno le ca-
ratteristiche dei cristalloidi comprendono i disaccaridi ed i monosaccaridi.

I disaccaridi sono costituiti dal saccarosio, lattosio, maltosio e celluloso.
Gli ultimi di questi hanno come i monosaccaridi il gruppo aldeidico o cheto-
tonico libero e pertanto sono facilmente ossidanti cioè deidrogenanti di altre
sostanze come pure riducono le soluzioni ammoniacali di argento e quelle al-
caline di alcuni sali. E' invece interessante per il biologo rilevare che il sac-
carosio, cioè lo zucchero di canna, risultante da un d-glucosio e un d-fruttosio
non abbia una azione riducente ed i gruppi chetonico e aldeitico siano com-
binati.

Per un processo di idrolizzazione i disaccaridi alimentari vengono scomposti
in monosaccaridi, ad esso intervengono vari fermenti o enzimi detti invertasi
reperibili nella barbabietola, nel succo enterico ed in alcuni organismi.

Infine i monosaccaridi comprendono i quattro zuccheri fondamentali: il
glucosio o zucchero di uva o destrosio, il mannosio, il galattosio ed il fruttosio
o levulosio. I zuccheri fondamentali sopra nominati sono già esosi. Sembra che
in natura il punto di partenza per la sintesi nel campo vegetale sia la formal-
deide ottenuta con un processo di fotosintesi; da questa si passerebbe ai diosi
e successivamente ad idrocarburi più complessi.

L'assorbimento del tubo digerente non avviene se non dopo la scissione
degli zuccheri negli esosi fondamentali suddetti. Nonostante ciò noi riteniamo
che non si possa escludere una differenza intima di aggruppamento atomico a
seconda che il glucosio provenga dagli amidi o dallo zucchero di canna o di
barbabietola. Certe variazioni di origine alimentare sfuggono alle nostre ricer-
che di laboratorio ma potrebbero essere risentite dall'organismo umano nel la-
voro di glicolisi.

Se non di variazioni propriamente dette sarebbe da tenere in ogni modo
presente il sovraffaticamento che si richiede al fegato ed al pancreas per assor-
bire forti quantità di d-glucosio e d-levulosio messe in libertà rapidamente dopo
l'ingestione dello zucchero.

E' ben noto del resto in fisiopatologia che nell'individuo sano mentre per gli amidi, qualunque sia la quantità assorbita non si produce mai glicosuria, per lo zucchero invece quando si superano certi limiti si manifesta glicosuria. Anzi si è potuto, a secondo degli zuccheri, stabilire un limite di tolleranza che va dai 150-180 per il glucosio ai 20 grammi per il galattosio. La glicemia poi, in seguito ad abbondante ingestione di pane non aumenta quasi affatto, con lo zucchero invece si raggiungono, sempre nel sano, cifre ragguardevoli. Sappiamo che con le prove di carico in seguito ad ingestione di 75 centigrammi di zucchero per kg. del soggetto essa sale fino ad 1,70 ‰. Ciò sta a dimostrare il grande sforzo cui sono sottoposti gli organi a funzione glicolitica non riuscendo i centri regolatori durante l'ingestione dello zucchero che a limitare parzialmente l'immissione in circolo dell'eccesso di glucosio. La formazione graduale degli esosi, base nelle diete amidacee, evita certamente questo ingorgo.

D'altra parte un certo rapporto tra il consumo dello zucchero e la mortalità tra i singoli paesi ci sembra non impossibile come si può osservare dalla seguente tabella:

| | D I A B E T E | | | ZUCCHERO CONSUMATO | |
|-----------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------------|
| | Anno dell'esame | Num. assoluto dei decessi | Decessi per 10.000 abitanti | Anno in esame | Consumo annuo per abitante |
| Germania | 1932 | 10.320 | 1,60 | 1934-35 | 21,21 |
| Belgio | 1933 | 1.495 | 1,80 | 1931 | 24,38 |
| Francia | 1931 | 4.029 | 1,00 | 1933 | 23,04 |
| Inghilterra | 1933 | 6.989 | 1,50 | 1933-34 | 41,25 |
| Italia | 1934 | 4.034 | 0,98 | 1933 | 7,17 |
| Stati Uniti | 1932 | 26.368 | 2,20 | 1932-33 | 43,58 |

I dati che sono stati desunti dall'Annuario tedesco del 1935 possono essere messi in evidenza a colpo d'occhio anche dal diagramma N. 3. Come si vede

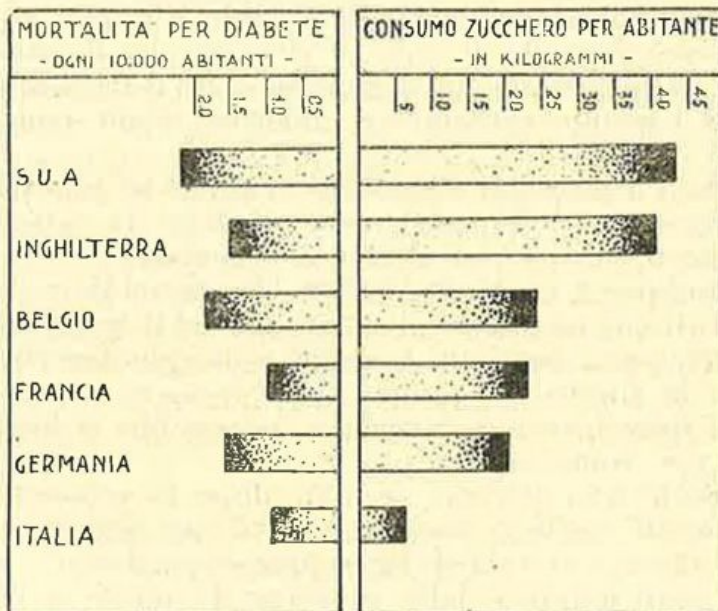


Diagramma 3.

l'andamento non corrisponde che in senso molto approssimativo e sono visibili deviazioni notevoli. Infatti l'Italia con un consumo di poco più di kg. 7 di zucchero ha una mortalità assai prossima a quella della Francia ove il consumo è molto più alto; perciò l'ipotesi va avanzata cautamente e richiede più vasti accertamenti.

La riprova che qualunque rapporto del diabete con il consumo dei carboidrati vada preso con cautela è anche dato da questo prospetto in cui abbiamo utilizzato dati forniti da un lavoro di Niceforo e Galeotti sui tipi di alimentazione in alcune regioni di Italia. Vengono in esso presi in esame i consumi Unità-Uomo in quattro province tipiche italiane come vennero accertati verso la metà del 1929. Abbiamo raffrontato gli alimenti che a noi interessano con i decessi per diabete nel triennio seguente.

Come si vede il rapporto tra i decessi e il tipo di alimentazione non ha un legame evidente.

*Consumo Unità-Uomo Idrati di Carbonio e mortalità per diabete
in alcune provincie d' Italia*

| | BOLZANO | LECCE | SALERNO | SASSARI |
|--|---------|-------|---------|---------|
| Zucchero | 31 | 8 | 14 | 28 |
| Pane | 305 | 580 | 492 | 549 |
| Paste alimentari | 35 | 78 | 121 | 90 |
| Farine | 117 | 8 | 12 | 7 |
| Media dei morti per diabete nel triennio 1930-32 per 100.000 abitanti | 4,95 | 3,98 | 6,05 | 7,90 |

Probabilmente vari altri fattori vengono a sfuggire nella determinazione di questa tabella, inoltre il numero assoluto dei decessi presenta oscillazioni troppo ampie e le categorie considerate sono poche per poter desumere risultati probativi da riferirsi a tutta la popolazione della provincia.

E' notevole che il coefficiente più alto del diabete sia dato da Sassari ove il consumo dello zucchero e del pane risultano per secondi assoluti; il più basso è dato da Lecce ove lo zucchero raggiunge la cifra minore pur avendosi il consumo massimo di pane.

In quest'altro diagramma (Diagr. 4) abbiamo voluto mettere a confronto l'incremento della mortalità per alcune importanti categorie professionali delle quali è stata mantenuta invariata la catalogazione nelle pubblicazioni di statistiche sulle cause di morte nel Regno. Questo raffronto dimostra come nessuna categoria abbia evitato il forte incremento della mortalità per diabete.

Mortalità per diabete in Italia per alcuni gruppi professionali.

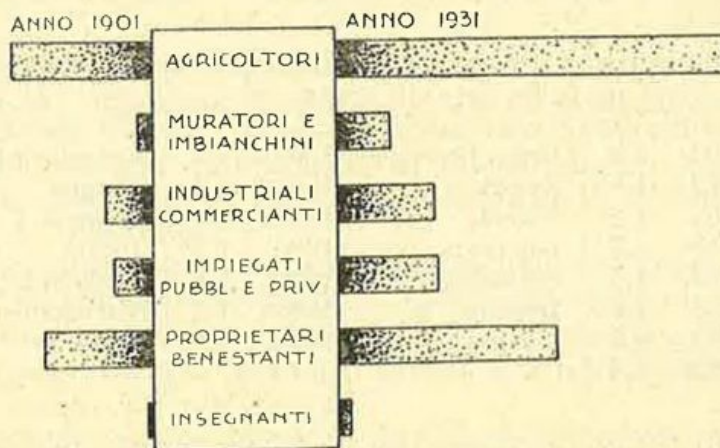


Diagramma 4.

In complesso ci sembra più utile lo studio del rapporto fra il diabete e consumo degli idrati di carbonio analizzato nei singoli componenti anziché l'esame per gruppi professionali. La tabella di Rubner da noi citata prima, quando asserisce che in Italia ogni abitante consuma al giorno 466 grammi di carboidrati ed invece negli Stati Uniti ne consuma 430, dimostra nei confronti della mortalità per diabete che il rapporto da noi proposto con lo zucchero, largamente usato nel Nord America, è forse un indice più sensibile dei carboidrati complessivi. Ma ciò nonostante esso è ben lungi dal soddisfare.

La patogenesi del diabete è troppo complessa perchè si possa riscontrare in un unico elemento la causa di un tale fenomeno. Questo poi si è fatto impo-

nente nell'ultimo quinquennio al quale non corrisponde un incremento ; ma una lieve diminuzione del consumo dello zucchero provocato dalla crisi stessa.

La tabella seguente dimostra l'incremento che si è avuto in Italia nel consumo degli idrati di carbonio avendo presi in considerazione lo zucchero e gli altri carboidrati.

Consumo medio per abitante in Italia di alcuni Idrati di Carbonio

| | FARINA (chilogrammi) | ZUCCHERO (chilogrammi) | CIOCCOLATO (grammi) |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| Media 1910-14 | 117 | 4,63 | 1,1 |
| > 1928-32 | 140 | 8,03 | 1,4 |
| > 1933 | 135 | 6,43 | 1,5 |

Crediamo a questo punto non inutile ricordare come il diabete a somiglianza del cancro, sia un triste attributo delle società più civili, la seguente tabella che riportiamo dall'*Annuario* tedesco del 1935 dimostra come questa osservazione empirica risponda al dato statistico. Non vi è dubbio che i negri finora quasi immuni dalla malattia vengano anche loro con la civilizzazione allineandosi nel cancro e nel diabete ai popoli bianchi. Negli Stati Uniti questa constatazione è stata accertata in modo indubbio.

Come si vede dalle statistiche i popoli agricoli, la cui vita scorre a contatto della natura, lontano dalla febbre cittadina e dai tormenti economici moderni che tolgono ogni requie sono i meno soggetti al diabete. Ci limiteremo a riportare l'indice di mortalità per uno degli ultimi anni le cui statistiche siano registrate (di solito per gli anni 1932-34) e sebbene non siano qui riportati che una ventina di nazioni per comprendere l'importanza della malattia in esame ricordiamo che da questo prospetto risulta come il diabete complessivamente in questi paesi conduce a morte circa 70.000 persone all'anno.

Tabella di mortalità annua per diabete per ogni 10.000 abitanti

| | | | | | |
|--------------------|-----|----------------------|-----|-----------------------|-----|
| Stati Uniti (1932) | 2,2 | Gran Bretagna (1933) | 1,5 | Cecoslovacchia (1934) | 1,0 |
| Belgio (1932) | 1,8 | Svezia (1931) | 1,4 | Spagna (1933) | 1,0 |
| Danimarca (1932) | 1,8 | Canada (1931) | 1,3 | Francia (1931) | 1,0 |
| Olanda (1933) | 1,7 | Norvegia (1932) | 1,2 | Italia (1934) | 1,0 |
| Germania (1932) | 1,6 | Svizzera (1932) | 1,1 | Finlandia (1932) | 0,8 |
| Australia (1933) | 1,6 | Irlanda (1932) | 1,1 | Portogallo (1931) | 0,6 |
| Ungheria (1933) | 0,5 | Uruguay (1930) | 0,5 | Estonia (1933) | 0,5 |
| Giappone (1932) | 0,4 | | | | |

Quale sarà l'elemento extralimentare che agisce sull'individuo che vive in ambiente maggiormente civile? Evidentemente non può essere che di origine nervoso-psichica forse in rapporto alle preoccupazioni della vita odierna.

L'andamento della mortalità in questi ultimi anni così tormentati dalla crisi economica che tanto ha inciso sugli animi umani può, noi riteniamo, aver influito in modo non indifferente alla manifestazione del fenomeno sebbene da ben pochi sia stata tenuta presente questa possibilità che ora esamineremo.

*
* *

Nella etio-patogenesi del diabete del resto è stato da molto tempo avanzata l'ipotesi di uno stato d'animo specialmente preoccupato ed angustiato. La cosa non deve risultare strana quando si pensi ai legami che uniscono le se-

crezioni interne, e l'insulina è un increto indubbiamente connesso con lo stato psichico. Alcuni dati interessanti possono essere a questo proposito ricordati. Così Paga e Navarre hanno trovato una mortalità per diabete nei macchinisti di locomotive doppia in confronto agli altri lavoratori, ed una morbilità per la stessa malattia di circa sette volte. Agendo sulla psiche durante l'ipnosi Povoriusky e Finne hanno, con la suggestione di una presunta somministrazione di zucchero, avuto curve glicemiche come se l'ingestione fosse avvenuta realmente. Specialisti delle malattie del ricambio quali Umber pur diffidando del coefficiente psichico riconoscono che i patemi d'animo e i traumi psichici possono aggravare il diabete.

D'altra parte Schittenhelm sostenendo quanto pensa Stursberg, ritiene che ogni accidente psichico o fisico sia di somma influenza per lo stabilirsi ed il decorrere della malattia. E' pure noto come ricorda Schultz di Berlino che patemi o traumi psichici possano aggravare l'andamento di un diabete in atto alla stessa guisa che il riposo e la tranquillità d'animo contribuiscono ad un miglioramento della malattia.

A tale proposito però bisogna tener presente che molti AA. sono piuttosto scettici nel riconoscere il fattore psichico nella patogenesi del diabete. Joslin cita la rarità del diabete riscontrato nei soldati che hanno fatto la guerra mondiale, lo stesso hanno osservato Gottstein e Umber. Questi nega, giustamente, ad un eventuale trauma del cranio la possibilità di sviluppare un vero diabete pancreatico; come pure un trauma psichico di per sè è insufficiente a determinarlo perchè « chi non è nato diabetico, non diverrà diabetico ». Da ciò però possiamo dedurre come, allorchè vi è una disposizione costituzionale, le cose possano volgere ben altrimenti.

E poi in merito non crediamo che i traumi psichici e fisici della guerra siano identici a quelli prodotti dalla crisi mondiale. Le preoccupazioni che suscitano per l'avvenire della propria azienda e della propria famiglia erano in quest'ultima più tormentose e soprattutto si sono protratte per anni tanto che spesso hanno indotto al suicidio. Nella guerra invece una apatia ed un senso di fatalismo attutiva i sensi dell'uomo che assisteva a tanti strazi quasi impassibile.

Il paragone del trauma psichico nel confronto non può porsi perchè si tratta di fattori che agiscono in campi diversi ed ai quali l'organismo presenta reazioni ugualmente diverse, lo choc improvviso delle azioni di guerra se è di enorme intensità non può paragonarsi al martellamento continuo durato anni che ha seppellito posizioni economiche e distrutto il lavoro di decenni di attività di milioni di individui.

Naturalmente molto contribuisce il fattore neuro-vegetativo nella patogenesi delle malattie, l'ipersimpaticotonia deve agire rinforzando la increzione medollosurrenale ne viene anche accentuata la funzione tiroidea. Entrambe verranno ad attenuare così l'increto insulare al cui confronto esse agiscono in certo modo con una azione di opposizione.

La glicogenolisi epatica verrà in tal modo ad essere facilitata ed il tasso glicemico tenderà a salire. Ma prima di entrare nel meccanismo endocrino del ricambio dei carboidrati vogliamo in riferimento ai dati statistici fare qualche osservazione sull'importanza che questo giuoco pluriglandolare riveste in pratica.

Nelle statistiche inglesi e americane, a differenza di quelle italiane in cui la mortalità dei due sessi è eguale risulta che in questi ultimi anni la morte per diabete nelle donne supera del 25-35 % quello maschile. Questo fenomeno va forse collegato al fatto che, in quei paesi, la donna lotta nella vita come gli uomini avendo profondamente modificato il concetto della donna casalinga; ma per le debolezze del sesso verrà nel tormento dell'ambiente a risentire maggiormente ed esserne turbata nell'equilibrio più profondo neuro-vegetativo.

Basta ricordare quanto siano frequenti nelle donne alcune endocrino-simpatici con iperfunzione soprattutto della tiroide per comprendere come l'associarsi di queste con una meiorpragia pancreatica contribuisca allo stabilirsi di

una glicosuria diabetica. E' vero che di solito le glicosurie da endocrino-simpatici sono modeste nel quadro clinico e non si accompagnano ad altri sintomi diabetici, ma si deve tener presente che vari fattori debbono concorrere allo stabilirsi della malattia ed una costituzione iper-simpaticotonica con ipertiroidismo od ipersurrenalismo associato ad iperipituitarismo devono nel complesso dell'armonia umorale esser tenute in gran conto. Non si tratta di casi però che raggiungono una disendocrinia spiccata con vere alterazioni somatiche, ma di disturbi che insieme ad una involuzione precoce della parte insulare del pancreas finiscono col determinare il vero diabete.

Si deve poi tener presente che la meiopragia pancreatica è facilitata dalle alterazioni che nell'organo conseguono a processi di arteriosclerosi di origine tossica quali il piombo, l'alcool e le infezioni in genere le quali tendono a invecchiare le pareti vasali nelle fini terminazioni. Oggigiorno è noto che la maggior frequenza delle affezioni vascolari è stata osservata presso molti popoli a civiltà molto evoluta.

Ma limitandoci alle cause dell'incremento del diabete dobbiamo, a proposito delle donne e dei soggetti iper-simpaticotonici ancora ricordare che gli idrati di carbonio in genere e lo zucchero in particolare sono un cibo preferito da questi soggetti per la loro stessa costituzione portatrice di una labilità nel ricambio dei glucidi. Nei paesi anglosassoni il consumo dello zucchero è dovuto al vasto impiego che si richiede per il confezionamento degli sciroppi, delle marmellate, del latte condensato come pure per le frutta sciroppate, la cioccolata, i dolciumi, cibi questi che costituiscono una parte importantissima nella alimentazione abitudinaria di tutto il popolo; inoltre lo zucchero è anche adoprato senza speciale trattamento per dolcificare il caffè ed il tè consumati su larga scala.

Il crescente favore che ha trovato lo zucchero è, crediamo, dovuto alla campagna medica contro l'eccessiva ingestione di sostanze carnee ricche di scorie puriniche; più che allo spettro dell'uricemia e della gotta i popoli anglosassoni hanno preferito questa alimentazione che permette un rapido rifornimento energetico dell'organismo senza richiedere una lunga sosta di lavoro. Il desinare consumato in piedi fra un affare e l'altro in tutta fretta non può essere che ricco di carboidrati fornitori ideali dell'energia per l'attività cellulare mentre le sostanze proteiche ed i lipoidi deputati alla formazione protoplasmatica richiedono un lavoro di assimilazione maggiore da parte del tubo gastroenterico.

Non è qui il caso di ricordare come avvenga la disintegrazione della molecola di glucosio che del resto non è ben nota in tutti i particolari; ma oltre alla teoria della formazione di un estere fosforico dell'esosio (il lattacitogeno di Embden) dal quale per scissione e con la reazione interna di Cannizzaro si avrebbe acido lattico; recentemente si sarebbe invece accertato un processo di sintesi sull'estere exosio monofosforico che diverrebbe exosio difosforico. Per azione di speciali cofermenti detti fosfatasi e con processi di sintesi e di disgregazione si giunge alla demolizione dell'exosio ed alla formazione dell'acido lattico.

A questa fase anossibiotica segue la ossibiotica nella quale in base alle ricerche di Meyerhof non tutto l'ossiacetico viene bruciato ma sembra si giunga ad una parziale resintesi dell'acido lattico a carboidrato.

Come si vede il ricambio intermedio dei carboidrati presenta numerosi processi concatenati in modo complesso ed a tutt'oggi, come ricorda il Rondoni, non perfettamente noti; perciò anche l'identificazione dell'azione dell'insulina ne risulta difficoltata.

*
* *

Da quanto siamo venuti sopra esponendo emerge, indipendentemente dalla oscurità di alcuni punti della fisiopatologia del ricambio dei carboidrati, come in quest'ultimo ventennio siano intervenuti fattori i quali hanno profondamente

modificato la curva di mortalità del diabete. L'azione benefica dell'insulina non può perciò essere individuata facilmente perchè le tabelle statistiche non hanno presentato quella regolarità che si verifica per molte altre malattie.

In ogni modo, volendo essere obbiettivi e ormai lontani dai primi entusiasmi della terapia insulinica, si può, avendo a disposizione un sufficiente periodo di osservazione di tale esperienza curativa, procedere ad un esame dei risultati che ne sono scaturiti. A voler essere sintetici ed in base all'osservazione dei quozienti assoluti di mortalità qualcuno potrebbe concludere, poichè i decessi dopo l'introduzione dell'insulina sono aumentati, con un paradosso che cioè l'insulina fa più male che bene.

Si dovrà invece procedere con più cautela ed esaminare un po' più da presso la questione per accertare se, nonostante l'aumento della mortalità, alcuni elementi depongano per una sopravvivenza maggiore dei diabetici in confronto di quanto avveniva prima della insulinoterapia. Naturalmente le prove dell'efficacia della cura risultano in questo modo indirette e in linea di presunzione ma sufficienti per poter asserire che la prognosi del diabete, nonostante il reale aggravamento della morbosità, la vita media di questi individui è migliorata.

Ciò è quanto cercheremo ora di desumere dal materiale statistico in Italia. Purtroppo i dati riguardano quasi esclusivamente la mortalità e non danno gli elementi che più ci interessano cioè la durata della malattia. Perchè non è affatto sicuro che l'insorgenza di questa sia distribuita secondo i gruppi di età come lo era trenta anni fa. Sarebbero assai più utili dati di statistiche sulla morbosità che si riferissero di solito a grandi ospedali di medicina generale o a qualche ambulatorio specializzato che da molti anni espletasse una attività terapeutica. Ma molti di quelli esistenti in Italia solo da un anno o poco più svolgono il loro lavoro.

*Ricoverati e decessi per Diabete Mellito nel 1934
presso gli Istituti Ospedalieri di Roma, distribuiti per sesso e gruppi di età.*

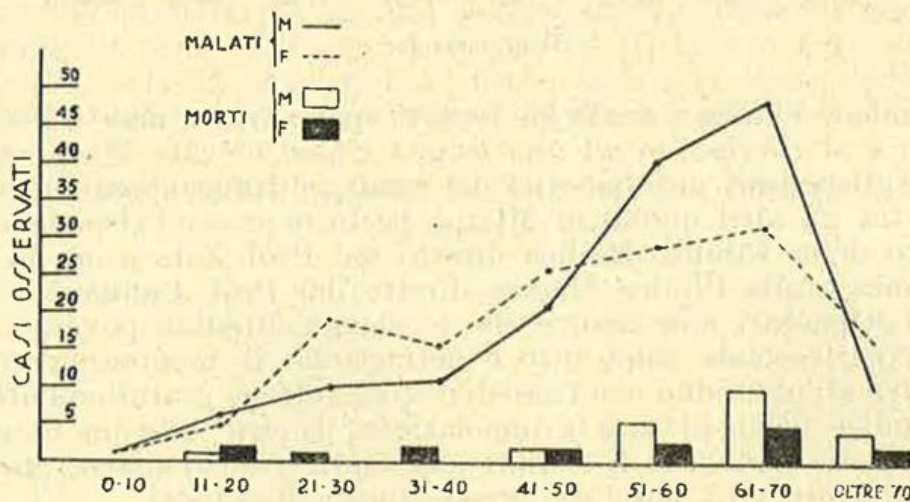


Diagramma 5.

Riportiamo perciò nel Diagramma 5° i casi occorsi durante il 1934 negli Ospedali Riuniti di Roma riassumendo in essi la morbosità e la mortalità divisa per sesso. E' da tener presente però che il diabetico malato cronico non ricorre all'Ospedale che durante il periodo di aggravamento o durante una malattia intercorrente, perciò il ricovero non corrisponde all'inizio della malattia, ma di solito corrisponde ad una tappa della malattia che è giunta a dare l'acidosi o ha portato qualche complicazione.

D'altra parte poichè purtroppo i malati giungono spesso in stato molto grave l'efficacia dell'insulina non è in queste condizioni ben evidente.

Nel diagramma rileviamo che la morbosità come la mortalità è a Roma prevalentemente maschile, ed il massimo per entrambi i sessi viene raggiunto nel decennio di vita 61-70 anni d'età.

Invece a Milano (v. Diagramma 6°) nel quinquennio 1927-31 la disposizione per sessi e per gruppi di età si presenta notevolmente differente. Le donne raggiungono un massimo, in confronto agli uomini, più elevato sia per morbosità che per mortalità. Inoltre a differenza di quanto si verifica a Roma i massimi sono raggiunti in età più precoce e cioè tra i 50 e i 60 anni. Notevole è anche il fatto che gli uomini danno una morbosità ed una mortalità differentemente distribuita perchè più alta nel terzo e quarto decennio di vita. Questi dati ospedalieri non sono però l'indice della morbosità presso tutta la popolazione perchè il diabetico spesso si cura a casa o non si cura affatto.

Ricoverati e decessi per Diabete Mellito nel quinquennio 1927-31 presso gli Istituti Ospedalieri di Milano, distribuiti per sesso e gruppi di età.

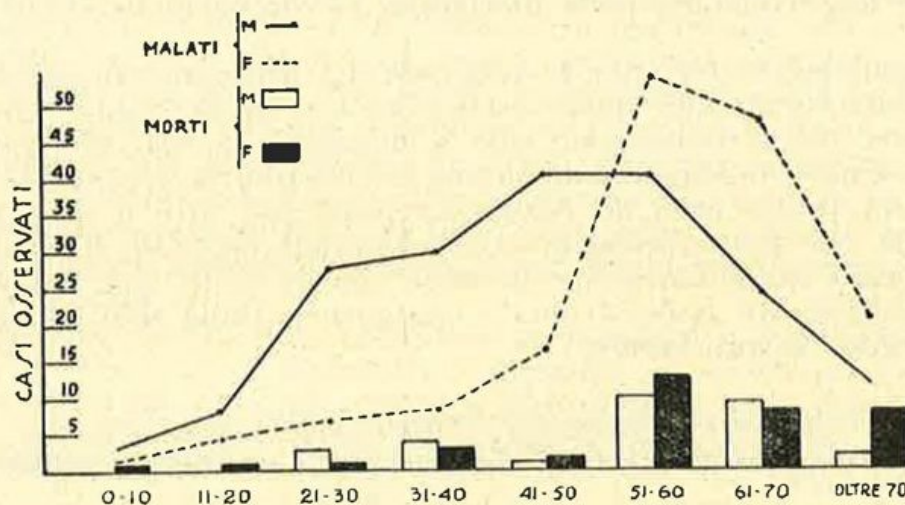


Diagramma 6.

Anche qualche clinica privata ha reparti specializzati, ma ivi i malati poco si trattengono e si riferiscono ad una esigua classe elevata. Molto interessanti ed utili sono i dispensari antidiabetici dei quali in Italia alcuni funzionano da anni; ricordo tra gli altri quello di Milano istituito presso l'Ospedale Maggiore con contributo della Clinica Medica diretto dal Prof. Zoia e quello in Sicilia a Palermo annesso alla Clinica Medica diretto dal Prof. Cannavò.

Ma a tali dispensari non ricorre che la classe cittadina povera e perciò se dal punto di vista sociale sono utili e permettono il mantenimento della capacità lavorativa all'individuo con l'assistenza che offrono gratuitamente, non rappresentano l'indice fedele di tutta la popolazione. Inoltre solo un lungo periodo di osservazione che permetta di seguire per molti anni il malato potrà costituire un sicuro contributo statistico presso questi dispensari.

Dobbiamo perciò oggi giorno limitarci a considerare come indice globale ma fedele dell'andamento della malattia le tabelle di mortalità del Regno. Abbiamo già visto in precedenza come il diabete presenti come cause di morte dal 1901 ad oggi un incremento che, lieve nel primo ventennio, si è fatto molto più accentuato negli ultimi dodici anni. Ciò ci ha fatto presumere che il fenomeno del dopoguerra ha contribuito all'incremento stesso con vari fattori che abbiamo cercato di individuare. Ora, non ostante l'andamento sfavorevole, dobbiamo vedere nei risultati statistici se, indipendentemente dalla mortalità assoluta o relativa, la malattia abbia presentato un miglioramento in qualche dato che possa riportarsi all'effetto dell'insulinoterapia.

Per ottenere ciò vediamo come si è comportata l'età media alla morte dei

diabetici limitando l'esame dal 1901 ad oggi alla ricerca delle medie del primo biennio sopra ciascun decennio.

I gruppi di età degli anni presi in esame erano divisi per quinquennio e per sesso. Per evitare oscillazioni troppo ampie dei gruppi estremi sono stati considerati avvenuti a novanta anni i decessi avvenuti all'età più avanzata; come pure quelli verificatisi dalla nascita fino a diciannove anni vennero inclusi in unica classe di età intermedia.

Età media alla morte dei diabetici in Italia

(Nell'ultimo trentennio, divisi per sesso)

| ANNO | UOMINI | DONNE | ANNO | UOMINI | DONNE |
|-------|--------------|--------------|-------|--------------|--------------|
| 1901 | 54,44 | 51,86 | 1930 | 57,63 | 60,64 |
| 1902 | 55,19 | 54,53 | 1931 | 60,38 | 60,89 |
| Media | 54,82 | 53,20 | Media | 59,00 | 60,76 |
| 1910 | 57,58 | 55,29 | | | |
| 1911 | 57,57 | 57,32 | | | |
| Media | 57,57 | 56,91 | | | |
| 1920 | 57,62 | 57,22 | 1933 | 60,76 | 62,36 |
| 1921 | 56,80 | 57,28 | 1934 | 61,20 | 62,18 |
| Media | 57,21 | 57,25 | Media | 60,98 | 62,27 |

Come si nota da questa tabella il miglioramento risulta graduale ma costante dal 1901 ad oggi. Fino al 1921 era di anni 2,5 negli uomini e di 3 nelle donne probabilmente dovuto ai regimi dietetici che hanno avuto larga diffusione in quel ventennio. Dall'epoca preinsulinica ad oggi il miglioramento è modesto ma, tenuto conto dell'aumento della malattia è stato di altri tre anni e mezzo per gli uomini e di circa cinque per le donne. Graficamente possiamo trovare indice della più elevata percentuale di diabetici morti oltre il sessantacinquesimo anno dal seguente grafico (Diagramma 7°) che è costituito dai quozienti specifici di mortalità; ma si badi che, come vedremo appresso, non va inteso quale vero miglioramento dell'età media dei diabetici.

Distribuzione dei quozienti specifici di mortalità per Diabete Mellito in Italia (Gruppi di età).

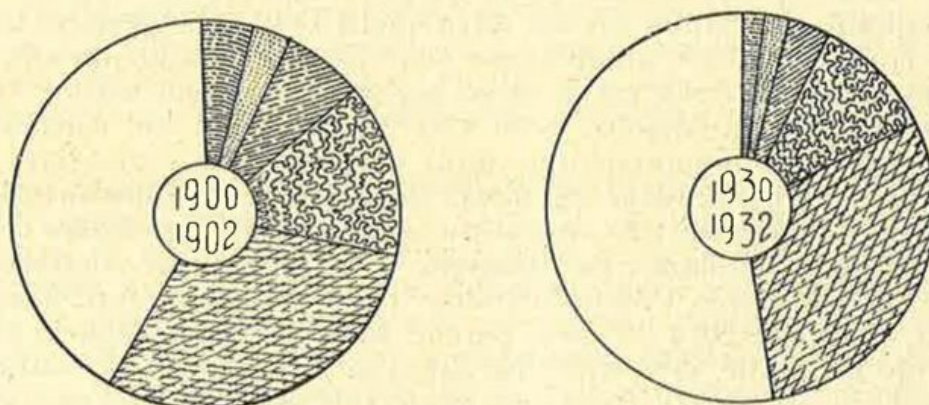


Diagramma 7.

Passiamo adesso ad esaminare più attentamente l'andamento dell'età media alla morte; a tale scopo abbiamo creduto utile suddividere i diabetici in vari sottogruppi per vedere se possiamo confermare il miglioramento ed identificare quali siano le età che possono averne beneficiato maggiormente. Questa ricerca è utile perchè la clinica ci insegna come il diabete si presenta in due forme le quali per l'epoca dell'insorgenza, il decorso e le complicanze sono esattamente differenziabili. Sappiamo che l'età e l'aspetto esterno del soggetto il più delle volte ci permette di ascrivere ad una delle due forme il caso in esame; infatti la malattia è stata suddivisa ormai da un secolo in diabete grasso e diabete magro.

La differenza aveva sempre colpito il medico ed anche oggi sebbene con nome diverso la distinzione resta. Ricordiamo che gli A.A. tedeschi moderni come Grote o Schindt e Lorant ammettono una forma di diabete stenico ipertonica ed un'altra astenico ipotonica; tale catalogazione corrisponde a quella dei francesi allorchè parlano di diabete leggero artritico e di diabete grave o diabete pancreatico di Lanceraux.

Il diabete stenico, proprio dell'età avanzata, dopo i 50 anni, insorge in modo subdolo e come dice la denominazione colpisce individui energici, che sono muscolosi, ipertricotici con tendenza all'obesità. La malattia si associa spesso ad ipertensione, arteriosclerosi, artrite, calcolosi e nevralgie; complicanze frequenti sono la gangrena degli arti le emorragie cerebrali. Al contrario il diabete astenico colpisce i giovani gracili provoca alla glicosuria e glicemia; e tendenza alla acidosi e al come spesso si complica con la tubercolosi polmonare.

Naturalmente la divisione non è sempre attuabile e l'improvvisa comparsa di una acidosi in un diabete stenico decorso benignamente per molti anni giustifica la entità clinica del diabete misto di Rathery. Anche Grote in un lavoro recente ammette che spesso un malato non possa ascrivere ad uno dei due quadri fondamentali, ed ha fatto presente che l'efficacia dell'insulina è tanto minore quanto più alta è la soglia renale della glicosuria. L'A. ammette perciò nella patogenesi del diabete accanto al meccanismo epato-pancreo-muscolare un altro renale ed un terzo da riportarsi all'influenza del sistema nervoso centrale.

Certo, per parere concorde dei vari diabetologi, è soprattutto il diabete estenico giovanile che si giova dell'insulina e perciò abbiamo voluto procedere alla ricerca dell'età media alla morte nei giovani diabetici separandoli dalle forme senili e da quelle degli adolescenti.

E' appunto seguendo questo criterio clinico che Stocks dell'Istituto di statistica medica di Londra l'anno scorso procedendo allo studio dell'età media dei diabetici divise questi in due soli gruppi; uno comprendeva i soggetti fino a cinquantaquattro anni, ed un altro quelli dell'età superiore. In tal modo egli notava, conformemente all'opinione comune, che l'età media alla morte dei diabetici aumentava di circa tre anni se pigliava in esame tutti i decessi. Ottenne invece un prolungamento della vita di otto anni se considerava solo i soggetti inferiori a cinquantacinque anni mentre restava invariata come nell'epoca preinsulinica l'età media alla morte dei diabetici di cinquantacinque anni ed oltre. Noi abbiamo preferito in questo accertamento procedere con una triplice suddivisione esaminando partitamente i bambini e gli adolescenti, i giovani e le persone anziane. Comprenderemo tra i primi i soggetti fino a 19 anni, tra i secondi quelli da 20 a 49 anni perchè con tale età di fatto si esauriscono le forme a tipo giovanile, l'età superiori saranno iscritte al tipo senile. I gruppi in esame vennero esaminati divisi per gruppi di età quinquennali come nella precedente ricerca che fu però limitata solo agli uomini.

La prima ed importantissima constatazione che a questo punto dobbiamo fare è che il primo gruppo degli adolescenti d'ambo i sessi dal 1901 ad oggi non ha presentato un aumento della mortalità in modo apprezzabile, anzi il numero dei decessi mantiene appena le proporzioni e, dato il notevole aumento

della popolazione, in qualche anno come nel 1933, è stato inferiore alla media del primo decennio, come si vede da questa tabella comparativa.

Morti in Italia per Diabete di ambo i sessi
(da 0 a 90 anni e da 0 a 19 anni)

| | 1901 | 1902 | 1909 | 1914 | 1920 | 1926 | 1930 | 1931 | 1933 | 1934 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| da 0 a 90 anni di età | 1064 | 1150 | 1612 | 1713 | 1633 | 1799 | 3346 | 3658 | 3926 | 4034 |
| » 0 » 19 » » | 71 | 73 | 53 | 74 | 60 | 88 | 90 | 83 | 74 | 101 |
| % del gruppo 0-19 a. rispetto al Totale | 6,67 | 6,35 | 3,29 | 4,32 | 3,67 | 4,89 | 2,69 | 2,27 | 1,88 | 2,50 |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |

Essa si presta a varie considerazioni. Anzitutto non risulta esistere oggi nei ragazzi una maggior tendenza organica ad ammalare di diabete più di quanto avvenisse trent'anni fa; l'incremento della malattia avviene dunque successivamente per cause di ambiente, di abitudini morbose acquisite di origini alimentari, antigieniche, psichiche ecc. sulle quali abbiamo già discusso. L'ipotesi che l'insulina abbia spostato al gruppo di età maggiore i casi iniziatesi prima dei venti anni è da escludersi perchè dal 1921 al 1930, periodo di passaggio alla cura insulinica, non si è verificato alcun miglioramento sulla cifra assoluta dei decessi fra i ragazzi.

Ma la constatazione più notevole è che la diminuzione relativa percentuale da 6,67 % a 2,50 % in confronto al totale dei diabetici ha influito sull'età media alla morte ottenuta con un'unica categoria di età come abbiamo sopra proceduto. Quindi i risultati favorevoli trovati procedendo ad una divisione in due sole classi farebbe incorrere in tale deviazione, riteniamo perciò più utile e dimostrativo a fini che ci ripromettiamo per lo studio dell'età media alla morte considerare partitamente le tre grandi divisioni per età. Inoltre deve anche aver contribuito a fare aumentare l'età media l'incremento spiccato del diabete nelle persone di età (vedi Diagrammi 2 e 7) senza alcun miglioramento dei quozienti specifici nei gruppi più giovani; ciò naturalmente sposta i valori medi matematici ma non rappresenta alcun reale miglioramento.

Poichè la mortalità nei due sessi oggi non varia, abbiamo limitato la ricerca al solo sesso maschile. Per le donne in Italia si è verificato un lieve incremento che è maggiore in confronto degli uomini della seconda metà della vita. I quozienti specifici di mortalità di tali gruppi di età nelle donne oggi hanno finito col raggiungere quelli degli uomini mentre trenta anni fa erano notevolmente inferiori, comunque poichè nei due sessi non esiste attualmente differenza non abbiamo creduto utile procedere ad un esame analitico per le donne.

Esaminando partitamente nelle tabelle sotto riportate vediamo che l'età media alla morte compresa tra 0 e 19 anni dal 1901 ad oggi ha presentato un modesto aumento di circa sei mesi, il quale per la lieve entità non possiamo stabilire se doverlo all'insulina od alla diffusione delle cure dietetiche in genere.

Quanto al gruppo più importante per l'atteso effetto dell'insulina, quello cioè compreso tra l'età di 20 e 49 anni la media rimasta invariata dal 1901 al 1931 intorno a 37, tende in questi ultimi anni a flettersi ed è scesa al disotto dei 36 anni. Ugualmente dalla tabella stessa si rileva anche per gli individui di 50 anni ed oltre che l'età non è aumentata perchè da 64,59 media del biennio 1901-1902 si giunge a 63,87 nel 1933-1934. Notevoli sono le oscillazioni dei singoli anni in questo gruppo, la cifra di 67,38 del 1934 potrebbe forse dare adito a qualche speranza; ma solo i prossimi anni ci potranno confermare questo miglioramento o ascrivere il fatto ad una variazione temporanea.

*Età media alla morte dei diabetici in Italia**(Solo uomini divisi in tre gruppi di età)*

| | GRUPPI DI ETÀ | | |
|-------|---------------|--------------|--------------|
| | 0 - 19 | 20 - 49 | 50 - 90 |
| 1901 | 11,76 | 37,72 | 64,48 |
| 1902 | 12,25 | 37,21 | 64,70 |
| Media | 12 00 | 37,46 | 64 59 |
| 1910 | 13,19 | 36,57 | 61,93 |
| 1911 | 11,76 | 38,99 | 65,08 |
| Media | 12,47 | 37,78 | 63 50 |
| 1920 | 12,00 | 37,92 | 65,26 |
| 1921 | 11,21 | 36,95 | 65,08 |
| Media | 11,60 | 37,43 | 65,17 |
| 1930 | 12,21 | 37,00 | 63,44 |
| 1931 | 12,12 | 37,01 | 66,06 |
| Media | 12,17 | 37,00 | 64,75 |
| 1933 | 12,34 | 35,23 | 60,35 |
| 1934 | 13,02 | 36,46 | 67,38 |
| Media | 12,67 | 35,85 | 63,87 |

Da questi elementi statistici possiamo concludere che l'esame dell'età media alla morte non ha subito nella popolazione dopo l'introduzione dell'insulina variazioni apprezzabili nei gruppi di età; il miglioramento complessivo sul totale riscontrato in una precedente tabella è con tutta probabilità da riportarsi al mancato incremento della malattia nei ragazzi ed alla maggior frequenza nelle persone di età. Più prudentemente potremmo dire che il prolungamento della vita in seguito all'insulina è stato travolto dall'accrescimento della malattia ed è perciò impossibile individuarlo nell'ultimo quindicennio.

Crediamo interessante riportare qui sotto alcune tabelle ricavate dai sinistri dell'I.N.A. per diabete mellito.

TABELLA A.

Sinistri I. N. A. verificatisi nel novennio 1926-1934

| | GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE PER DIABETE | | | | | | | | | TOTALE |
|--------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|--------|
| | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65 oltre | |
| Uomini | 2 | 3 | 12 | 14 | 16 | 37 | 36 | 22 | 20 | 162 |
| % | 1,23 | 1,85 | 7,41 | 8,64 | 9,88 | 22,84 | 22,22 | 13,58 | 12,35 | |
| Donne | — | — | — | 1 | 1 | 5 | 3 | 7 | 1 | 18 |
| % | — | — | — | 5,56 | 5,56 | 27,77 | 16,67 | 38,88 | 5,56 | |
| Totale | 2 | 3 | 12 | 15 | 17 | 42 | 39 | 29 | 21 | 180 |
| | 1,11 | 1,67 | 6,67 | 8,33 | 9,44 | 23,33 | 21,67 | 16,11 | 11,67 | |

Nel prospetto della tavola *A* il gruppo più numeroso è compreso come si vede tra 50-59 anni cioè notevolmente prima di quanto abbiamo visto negli ospedali; si deve però osservare che data la grande diffusione della forma assicurativa mista con scadenza verso il 65° anno di età deve influire nella composizione dei sinistri nelle tabelle assicurative.

TABELLA B.

Sinistri I. N. A. per diabete, distribuiti per professioni (Novennio 1926-1934)

| Professionisti | Agricoltori di ogni genere e mestiere | Industriali Commercianti | Venditori in genere, rappresentanti | Operai addetti a mestieri pericolosi | Personale FF. SS. | Personale di fatica e di servizio | Personale subalterno dello Stato Enti pubblici | Aeronautici. Esercizio ed altri Enti Pubblici | Ufficiali. Impiegati pubblici e privati Pension. Diplomatici | Professioni libere Culto. Artisti | Proprietari benestanti | Condizioni non professionali | Professioni non specificate | TOTALE |
|----------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|--|---|--|-----------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------|
| Uomini | 6 | 25 | 22 | 4 | 2 | 5 | 1 | 5 | 41 | 31 | 13 | 6 | 1 | 162 |
| % | 3,70 | 15,43 | 13,58 | 2,47 | 1,23 | 3,09 | 0,62 | 3,09 | 25,31 | 12,14 | 8,02 | 3,70 | 0,62 | |

In quest'altra tabella (*B*) i sinistri sono catalogati per gruppi professionali, vennero escluse le donne; è pure d'avvertire che la prevalenza dei gruppi intellettuali o benestanti si ritrova per il prevalere di queste classi nell'assicurazione cui si deve aggiungere la tendenza alimentare.

Infine se passiamo ad esaminare i decessi per diabete dal punto di vista costituzionale (Tab. *C*) vediamo che prevalgono dopo i normotipi, i soggetti con lieve sovrappeso e cioè conformemente a rallentamento del ricambio che accompagna molto spesso questa malattia.

TABELLA C.

Tipi di costituzione (Novennio 1926-1934)

| | Normale | Sottopesi | | | Sovrappesi | | | Non specificati | TOTALI |
|--------|---------|-----------|-------|--------|------------|-------|--------|-----------------|--------|
| | | Lieve | Medio | Notev. | Lieve | Medio | Notev. | | |
| Uomini | 46 | 9 | 3 | 1 | 68 | 24 | 2 | 9 | 168 |
| % | 28,40 | 5,56 | 1,85 | 0,62 | 41,97 | 14,81 | 1,23 | 5,56 | |
| Donne | 2 | 1 | — | — | 7 | 3 | 3 | 2 | 18 |
| % | 11,11 | 5,56 | | | 33,88 | 16,67 | 16,67 | 11,11 | |
| Totali | 48 | 10 | 3 | 1 | 75 | 27 | 5 | 11 | 180 |
| % | 26,26 | 5,56 | 1,67 | 0,56 | 41,66 | 15,00 | 2,78 | 6,11 | |

*
* *

Basta conoscere gli elementi delle malattie del ricambio per non meravigliarsi eccessivamente dei risultati surriferiti dell'attuale terapia diabetica. E' vero che a mitigare il responso si possono avanzare diverse attenuanti e che l'insulina non formi se non una parte della cura diabetica, è vero che non tutti i diabetici sono curati con l'insulina e che la forma senile più diffusa è notoriamente poco influenzabile da essa; ma ciò dimostra che le previsioni molto rosee fatte anche dagli specialisti dodici anni fa non si sono avverate.

Forse la età dei malati è migliorata, ma i 10, 12 anni di maggior sopravvivenza prevista da Zoia ed altri non sono stati affatto confermati dalla realtà. Joslin aveva preconizzato un prolungamento di 6 anni; ma anche questa cifra prudenzialmente bassa è ben lontana dall'essere stata raggiunta.

Crediamo che la ragione fondamentale di questo fenomeno sia ad attribuirsi al fatto che la malattia in esame non è dovuta ad una lesione circoscritta di un organo come credeva Von Noorden; ma di un gruppo di organi o meglio della funzione dei carboidrati, la quale viene esplicata da vari organi e vari sistemi sinergicamente. Prova di ciò è che non è affatto costante in ogni diabete una grave alterazione del sistema insulare. Al principio di questo articolo ricordammo come ciò sia difficile e quindi assolutamente semplicistico è ritenere che con la somministrazione dell'insulina il diabete possa veramente guarire.

Infatti in base a ricerche di molti anatomo-patologi solo nel 30% dei diabetici sono riscontrabili alterazioni dell'organo ed Allen ha dimostrato casi di gravi lesioni pancreatici senza fatti iperglicemici. Labbè e Gellè hanno riconosciuto che nessun rapporto esiste tra la gravità del diabete e la lesione pancreatica. D'altra parte in base agli studi di Laguesse si poteva ritenere che la funzionalità degli isolotti risulta connessa con quello della glandola esocrina; anzi questo A. e successivamente Gellè hanno dimostrato che esiste la possibilità di trasformazione reciproca dei due tipi ghiandolari.

L'interdipendenza delle funzioni ineretorie ed escretorie del pancreas è dimostrata da quanto ha recentemente ricordato Boldyreff che cioè alcuni diabetici poco influenzati dall'insulina avrebbero migliorato in seguito alla somministrazione del pancreas totale fresco somministrato per via orale. Alle stesse conclusioni di interdipendenza sono giunti Barbera ed Adinolfi studiando la lipasi e la diastasi pancreatica. Chabanier poi, ha potuto accertare che il pancreas dei diabetici avrebbe tanta insulina quanto i sani, la differenza consisterebbe esclusivamente nella ipoinsulinemia.

Si aggiunga la deficienza assoluta dei mezzi istologici per accertare l'efficienza funzionale di una cellula sia delle insule sia del fegato. Ed allora, pur riconoscendo all'insulina una grande funzione nella catena del metabolismo dei carboidrati, non dobbiamo chiedergli più di quanto essa può fare. Oggi è accertato che l'increto pancreatico regola il passaggio del glucosio dal sangue capillare nei muscoli e nei tessuti. Si comprende che quando viene a mancare l'insulina il glucosio si accumula nel sangue provocando iperglicemia e successiva glicosuria; si stabilisce cioè il diabete pancreatico.

Ma la deficienza dell'insulina determina anche due altre azioni di aggravamento; da un lato l'aumento della glicogenolisi dovuto alla prevalenza dell'azione adrenalina, dall'altro rallenta la glicogenogenesi epatica sui monosaccaridi giunti dall'esterno attraverso la porta, poichè è noto che questa funzione epatica è stimolata specialmente dall'insulina. La glicogenolisi epatica poi a sua volta viene controllata dal tono del simpatico mantenuto dalla adrenalina.

Altra funzione dell'insulina è la limitazione del ricambio idrico che essa trattiene normalmente nei tessuti, nel diabete la ipoinsulinemia e la eliminazione del glucosio daranno luogo alla tipica poliuria. Anche deve riconoscersi allo increto pancreatico la possibilità di trasformare i glucidi in lipidi da cui la dieta con ingrassamento a mezzo dell'insulina. Infine l'insulina ha la proprietà di attivare gli enzimi tissurali dimostrati dall'olandese Regenbogen nel 1932, enzimi che hanno importanza nella catalasi del metabolismo di energia.

Senza addentrarci troppo nella patogenesi del diabete vediamo dunque che la teoria pluriglandolare del Pende viene ad essere giustificata dalla realtà delle cose. Il fondatore della biotipologia aveva rilevato che nella fisiopatologia del sistema endocrino simpatico ogni ghiandola endocrina influisce sul tono delle altre e sul tono funzionale delle due funzioni del sistema nervoso vegetativo da cui a sua volta resta influenzato.

Questo principio ci sembra trovi conferma anche nei casi di una deficienza di ormoni ad azione sinergica come accade negli individui affetti da ipogenitalismo, ipovarismo o nelle castrazioni le quali possono essere seguite da una meoprurgia pancreatica a tipo diabetico. Altre volte invece il diabete pluriglandolare insorge sotto lo stimolo di un eccessivo increto ipofisario o tiroideo

che hanno azione notoriamente antagonista. Le frequenti disendocrinie nelle donne, come abbiamo già ricordato, possono costituire un elemento di maggior vulnerabilità, il che può spiegare la ragione della maggiore tendenza del diabete nel sesso debole.

La complessità della etiopatogenesi del diabete appare sempre più evidente, unitaria una volta con Von Norden e divenuta multipla con Unger, pluringlandolare con Pende, più recentemente Labbè riconosce la complessità di vari organi e sistemi nel giuoco glicoregolatore.

Si deve però tener presente che la insulina è un prodotto che non può mai essere considerato da solo come una completa terapia ma va associato ad adeguato regime. Casi rari di guarigione o di miglioramento in seguito alla sua somministrazione sono ricordati da alcuni A.A. Zoia cita un caso di guarigione ed altri seguiti per molti mesi, Dogliotti ne controllò uno per ben quattro anni: un altro ne è stato descritto da Secco. Però è bene rilevare che in questi malati si trattava di diabete insotro in seguito a una forma infettiva (influenza, tonsillite) in cui è presumibile che passata la flogosi parenchimale l'incroto pancreatico e le altre ghiandole può tornare normale.

Accanto ad assertori entusiasti dell'efficacia dell'insulina bisogna ricordare come altri A.A. siano stati più cauti nell'emettere la prognosi lontana della malattia: pur non volendo disconoscere le alte virtù dell'insulina nel coma e per la maggiore utilizzazione dei carboidrati ingeriti. Vediamo così Harrison che nel 1926 riferisce di cinque malati seguiti per 11-18 mesi dichiarando che non ha ottenuto neppure un parziale miglioramento della forma clinica dovendo alla fine del periodo somministrare la stessa quantità d'insulina.

Successivamente Mac-Lean mentre ammette una rigenerazione insulare nei giovani esclude che si possa giungere ad uguale risultato nelle persone di età. Non solo, ma lo stesso Labbè riconosce che alcuni diabetici dopo aver ottenuto in un primo tempo notevoli benefici dall'insulina dopo molti mesi, non ostante questa cura, tornano glicosurici ed acidosisi in modo da richiedere una maggior quantità d'insulina.

Il fatto ormai riconosciuto da tutti, come cioè l'insulina abbia effetto temporaneo sulla glicemia, sulla glicosuria e per l'utilizzazione dei carboidrati, è il punto debole di questa terapia che finisce ben spesso per essere una cura sintomatica. Si comprende che in pratica il bisogno di ripetere giornalmente le iniezioni, il costo della medicina, i fenomeni di intolleranza che si osservano a lungo andare, le sregolatezze dietetiche finiscono col rendere poco pratico l'uso della cura continua. Ecco perchè ormai i diabetologi cercano, quando il semplice regime non è sufficiente o può risultare pericoloso, di fare alternare una cura d'insulina che permette la ripresa delle forze e del peso insieme ad una più larga alimentazione, altri periodi di sospensione delle iniezioni con un regime più rigoroso.

Naturalmente in alcune speciali complicanze l'insulina resta il principe dei medicamenti. Il coma diabetico, secondo statistiche di Joslin, mentre prima dell'insulinoterapia uccideva dal 60 al 42% dei malati, dopo l'introduzione di essa scende all'11%. Concordi da questo lato sono tutti gli A.A.; per Murphy e Moxon sopra oltre 800 diabetici ricoverati e trattati con l'insulina solo 3,99% muoiono per coma. Questo come causa di morte dei diabetici rappresenta oggi appena il 20%; sono in cambio aumentate le artriti, le gangrene e le altre affezioni vasali e settiche.

Nella relazione tenuta al congresso di Assicurazione Vita a Londra lo scorso anno, Hijmans Van Den Bergh riconobbe che l'insulina nulla può fare contro le complicanze vascolari e renali di questa malattia.

V'è pure un'altra complicanza frequente nel diabete del tipo giovanile e che solo in rari casi trae giovamento dall'insulina, cioè la tubercolosi polmonare. Tale malattia che, secondo Abraham compare nel 10-15% dei diabetici conduce con rapidità alla morte e da alcuni tisiatri si è molto discusso se si giovino realmente dell'insulina; comunque è certo che essa va usata

con cautela e nelle forme essudative non è consigliabile. Quando si pensi che Joslin attribuisce alla t.b.c. polmonare il 50% delle cause determinanti la morte dei diabetici si comprenderà l'importanza curativa di queste forme. Cannavò nell'ambulatorio antidiabetico di Palermo ebbe il 5% di tubercolosi polmonare. Di questi malati, che complessivamente erano 12, sebbene curati temporaneamente colla collassoterapia e con la insulina solo tre migliorarono. Rothery e Marie comunicarono alla Soc. des Hopitaux che seguendo 80 diabetici per 7 anni trenta si erano ammalati per t.b.c. polmonare e di essi 13 ne erano morti.

Questa, come altre complicanze cui non abbiamo accennato, quali le forme nervose, le oculari, ed altre prediligono il diabete in una delle due forme cliniche. Di solito, tranne che per la tubercolosi, è più colpita la forma senile delle complicanze ricordate e nelle quali l'insulina non può dare che un vantaggio temporaneo, poichè le alterazioni tissurali sono tali che non è possibile alcune « *restitutio ad integrum* ».

Comunque non v'è dubbio che l'insulina ha portato una variazione quantitativa sulla causa ultima di morte nei diabetici. Flynn in America ha studiato recentemente i decessi avvenuti all'Ospedale Peter Bent Brigham di Boston nell'ultimo decennio facendo seguito ad altre ricerche di Fitts e Murphy che si riportavano all'epoca preinsulinica. Da queste due inchieste risulta che le cause di morte più comuni sono: il coma, le infezioni, la t.b.c. polmonare, le affezioni vascolari compresa la gangrena e la nefrite cronica. Dopo l'introduzione dell'insulina l'infezione ed il coma sono diminuite mentre sono aumentate le vascolari rimanendo invariate le complicazioni meno comuni.

Nelle operazioni chirurgiche l'insulina ha permesso di veder ridotta la mortalità dal 40% al 14% secondo Joslin e secondo Mayo fino al 3%; ma si tratta, teniamolo presente, di risultati prossimi all'intervento operatorio.

V'è poi un altro importante argomento, la insulino-resistenza che potrebbe essere da qualcuno avanzato per spiegare la modesta efficacia dell'insulina. Non crediamo però si possa dare a questo fenomeno un grande valore quando esaminiamo l'insulina nel suo effetto generico dal punto di vista sociale e statistico. I casi sporadici descritti non possono influire sopra le cifre alle quali abbiamo voluto riferirci.

Non è raro però incontrare nelle riviste la descrizione di queste forme. In tali casi quantità di insulina molto superiori al fisiologico inereto, che corrisponde secondo le ricerche di Mac Read e di Hedon, a 200-300 U. I., non sono sufficienti a snperare il coma nè ad abbassare l'iperglicemia. Tra i casi più recenti pubblicati in America ricordo che Wayburn descrisse l'anno scorso il caso di una donna specifica cui furono iniettate fino a 415 U. I. senza risultato. In Francia Merle, sempre l'anno scorso, ne dimostrò un caso che dopo irradiazioni della regione ipofisaria divenne insulino-sensibile.

In Italia Cannavò, proprio recentemente ne ha descritto un caso simile ugualmente irradiato all'ipofisi ed un altro di origine settica. L'insulino-resistenza è, secondo questo A., concordemente all'opinione di Serio, caratteristico di alcune forme di diabete pluriglandolare in quanto il meccanismo glicoregolatore è da ricercarsi in parte nell'ipofisi.

A proposito della fisiopatologia di questa ghiandola e circa i disturbi che esso può arrecare negli scambi dei carboidranti nel diabetico Anselmino e Hoffmann praticarono nel 1934 interessanti ricerche. Essi dimostrarono che il sangue di persona sana dopo l'ingestione degli idrati di carbonio contiene una sostanza capace di provocare in alcune ore nel ratto una forte diminuzione del glicogeno epatico. Questa sostanza glicogenolitica si troverebbe anche nel lobo anteriore dell'ipofisi e con l'identica azione di quella del sangue. Sperimentalmente nel cane Anselmino e Hoffmann estirpando l'ipofisi, hanno notato la scomparsa di questa sostanza. Il sangue dei diabetici contiene abitualmente questo ormone solo a digiuno; ma il meccanismo ipofisario nell'alimentazione nei diabetici è profondamente alterato.

Notevolmente più frequente è una insulino-resistenza relativa in seguito a

disfunzione di altri ormoni come nel diabete acromegalico nelle forme associate al morbo di Flaiani, negli ipersurrenali. Umber nota che quando coesiste l'arteriosclerosi l'insulina ha ben poco effetto.

Per Mausler, Hogler, Kausler e Loewi l'insulino-resistenza sarebbe dovuta alla presenza di una sostanza antagonista dell'increto. Questi AA. notarono che gli eritrociti dei diabetici insulino-resistenti, come nei cani spancreatizzati, assorbono meno zucchero ed hanno chiamato tale sostanza glicamina. Mauriac e Aubertin anche hanno descritto nei globuli rossi un fermento insulino-deprimente. Altra ipotesi è stata avanzata da Hinseowth il quale invece, in base alla frequenza del fenomeno negli epatici, crede che l'insulina per agire abbia bisogno di una sostanza di origine epatica.

A tal proposito merita qui di essere ricordato ciò che Andrea Ferranini riferisce essere stato osservato nella Clinica Medica di Lilla. In casi di diabete associato a cirrosi si sarebbe accertato che la insulino-resistenza riscontrata era dovuta, non tanto ad alterazioni funzionali del fegato nel ricambio dei carboidrati quanto ai disturbi di varie ghiandole a secrezione interna che ne erano seguite.

In pratica però il più spesso si tratta di false insulino-resistenze per la errata dosatura dell'insulina e le manualità che accompagnano l'iniezione. E' ben noto che la bollitura delle siringhe o l'uso dell'alcool sono spesso le vere cause dell'inattivazione dell'insulina.

Questa opinione di Labbè e Chabanier è condivisa anche da molti specialisti. Pesce di Torino ammette che il rene del diabetico possa scendere di soglia per la glicosuria e quindi, pur tornando alla glicemia al normale persistere lieve glicosuria come pure siano scarsi a riformarsi e a coordinarsi per la funzione glicolitica gli enzimi tissurali di Regenbogen. Qualora non ostante l'insulinoterapia persista l'iper-glicemia, Pesce ritiene si abbia a che fare con una ipocloremia la quale troverebbe nel glucosio la sostanza utile a mantenere la pressione oncotica ematica costante in seguito alla deficienza dei cloruri nel siero di sangue.

Non riteniamo doverci dilungare sopra questi complessi argomenti di fisiopatologia del diabete, che abbiamo qui voluto accennare in alcuni punti per dimostrare la vastità del problema, il quale è ancora oggi ben lungi dall'esser risolto non ostante il contributo prezioso portato a tale scopo dall'anatomia, dalla chimica biologica e dalla fisiologia.

*
* *

Nel congresso di Medicina Assicurazione Vita tenutosi a Londra nell'ottobre scorso venne trattato da alcuni relatori il rischio dei glicosurici; ma attenendosi alla realtà delle attuali cognizioni cliniche essi si limitarono a proporre dei metodi di ricerca sierologica e delle prove di carico per accertare la residua funzionalità pancreatica degli assicurandi. Quanto alla prognosi del diabete prima e dopo l'insulinoterapia in base alle reali risultanze statistiche, sebbene sia stata portata qualche tabella, non venne trattata a lungo nè fu discusso delle cause del fenomeno.

Le opinioni in proposito non furono dai più avanzata. Una comunicazione italiana del dott. G. Comirato dopo aver proposto un esame accurato ed aver esposto le malattie che complicano il rischio del glicosurico dall'ipertensione all'obesità tratta dell'importanza della glicemia per la prognosi, nella durata della malattia accenna anche al fattore insulinoterapico. Egli ritiene che il giudizio sulla gravità della malattia con questo metodo di cura è cambiato perchè essa « è capace di rallentare notevolmente l'evoluzione della malattia prolungando di parecchio la vita ».

Il relatore ufficiale sul tema dell'accettazione dei glicosurici Langdon-Brown dell'Università di Cambridge mise in evidenza il fenomeno dell'incremento della morbosità e della mortalità specie tra le donne dopo l'insulinoterapia, rilevò pure come questo fatto non può spiegarsi con una semplice omissione diagnostica negli anni scorsi; ma come debba corrispondere realmente ad un dato

di fatto. Ciò anche perchè i diabetici oggi hanno una più facile procreazione e l'A. prevede un ulteriore aumento essendo la malattia notoriamente ereditaria. Riconobbe pure la grande importanza nell'etiologia del fattore dietetico e nervoso.

In alcune osservazioni sulla prognosi del diabele Hijmans Van Den Bergh di Utrecht allo stesso congresso ammise che la speranza di veder migliorata la prognosi del diabete e di prolungare la vita del paziente è stata notevolmente delusa, la guarigione dei malati è ben lungi dall'esser raggiunta. Egli rilevò il contrasto tra i brillanti risultati dell'insulina in ospedale e l'aumento contemporaneo della morte per diabete. Fu di opinione che l'accettazione di un assicurando debba esser risolta dalle caratteristiche del paziente e dalle circostanze sociali. Fece poi presente che si è nell'impossibilità di prognosticare se un diabete mite potrà con gli anni divenire grave. Concluse che in pratica ci si debba attenere alla distinzione classica nelle due forme giovanili e senili, la prognosi della forma sarà la prognosi del soggetto.

Niente di speciale rilievo in riferimento all'insulinoterapia risultò dalle altre comunicazioni, le quali erano specialmente rivolte allo studio della funzionalità con prove di carico e curve glicemiche. Garde della Danimarca propose anche una scheda speciale per i glicosurici.

Noi riteniamo che certamente nelle case di cura e con il controllo del medico specialista che segue il malato in ogni particolare, dall'alimentazione al ricambio basale, i risultati possono essere brillanti e in singoli casi permettere una lunga sopravvivenza. Ma nella realtà della vita d'ambiente quotidiano vanno le cose ugualmente? Da quanto abbiamo visto precedentemente, sebbene con rincrescimento, dobbiamo dire che per varie cause soprattutto per il modo con il quale viene somministrata nel diabetico l'insulina questa perda gran parte della sua efficacia. Salva da un coma improvviso, ma non da un'altra complicanza successiva.

Ecco perchè se si dovessero costituire nuove tabelle di mortalità dei diabetici oggi in confronto a quelle di trent'anni fa non sarebbero molto migliori.

Anche Labbè dopo circa dodici anni di esperienza personale riconosce che l'insulina non modifica il metabolismo del diabetico. Egli stesso dichiara che lo scopo proclamato da Banting fino al 1926, di poter curare e guarire il diabetico, è fallito e conclude « non è stato mai pubblicato un caso di vera guarigione ». Giudizio questo che anche per l'autorità di chi l'ha emesso merita di essere meditato dopo le ottimistiche previsioni dei primi anni.

*
* * *

Passando ora a vedere la cosa dal punto di vista più vasto della medicina sociale, il diabete ha assunto una diffusione veramente preoccupante e forse da connettersi al febbrile progresso della vita del dopo guerra. Basta scorrere con lo sguardo questa cartina per vedere come in Italia (Diagramma 8) in questi ultimi trent'anni il diabete abbia falciato vittime sempre più numerosé. Sebbene le regioni più colpite siano sedi di grandi centri urbani anche le altre ad economia agricola dànno cifre piuttosto rilevanti.

La grande battaglia di fronte a questa malattia sociale non si può vincere che operando, per la cura, in due direzioni.

Da un lato si dovrà con metodo e disciplina seguire il diabetico, e la cura ricordiamolo, non è racchiusa nella sola insulina. Il medico generico dovendo occuparsi nel diabetico cronico di dietoterapia, dei controlli glicemici e glicosurici continuamente, finirà non raramente con lasciare il malato ai propri capricci. I dispensari antidiabetici, di cui in Italia esistevano fino all'anno scorso ben pochi esempi, potrebbero essere utilissimi permettendo ai non abbienti di usufruire di tutti i sussidi di gabinetto.

Con piacere rileviamo come anche da noi ormai si vada diffondendo l'uso di questi ambulatori i quali, come è risultato nel Raduno della scorsa primavera a Milano tra i cultori della chimica biologica, attualmente raggiungono il numero di dodici e sono diffusi nelle più importanti città d'Italia. Essi, anche

dal punto di vista economico, come rileva Zoia, sono utilissimi perchè permettono agli operai di mantenere un'attività lavorativa. Infatti spesso trenta U. I. che rappresentano il valore di appena una lira e settanta (Zoia), possono dar modo se bene utilizzate, ad un padre di famiglia di continuare il lavoro guadagnando anche per il sostentamento della famiglia.

Mortalità per Diabete Mellito (per 10.000 abitanti).

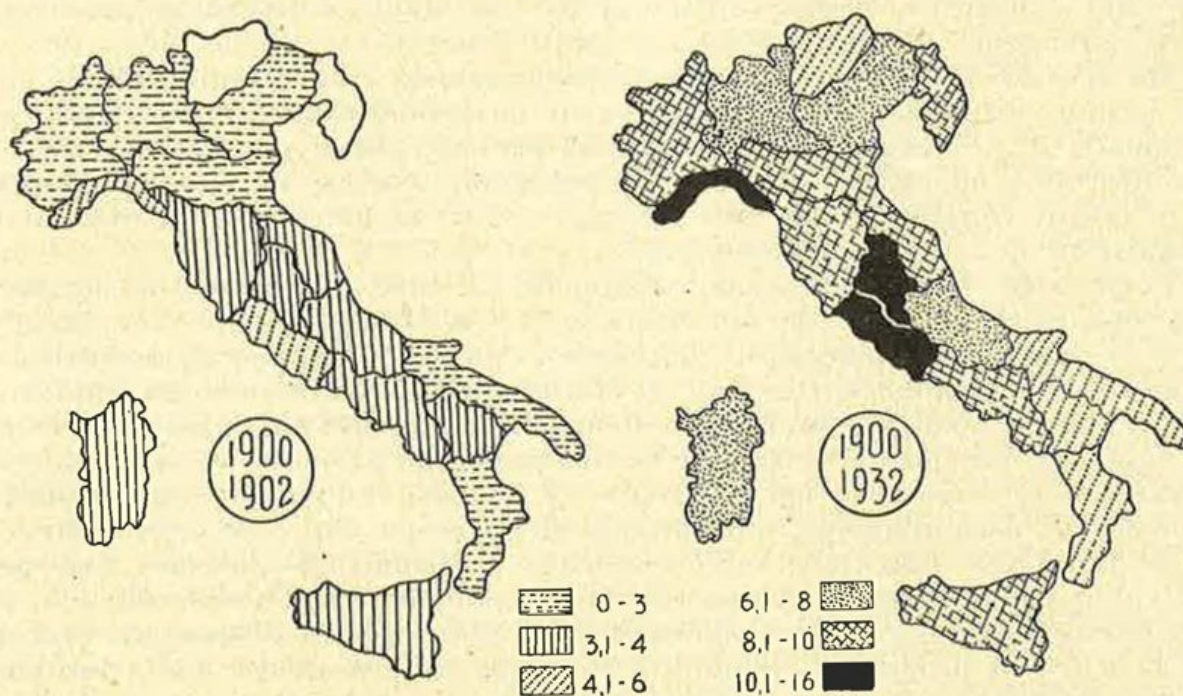


Diagramma 8.

Ma l'efficacia della cura non si può avere che attraverso il controllo periodico ed appunto perciò Zoia ricorda come la quantità d'insulina operante è « dovuta alla presenza o alla mancanza di condizioni che ne contrastano la condizione, la inattivano o la distruggono ». Ciò spiega il vario comportamento dell'insulina nelle diverse persone o nella stessa ma in condizione di ambiente e di dieta modificate.

E' evidente che per i buoni risultati non basta avere a disposizione l'insulina, la quale costituisce per il prezzo un problema economico, ma ciò che conta come afferma recentemente Basile è la « rieducazione funzionale e progressiva del sistema glicoregolatore » la quale sola potrà portare a risultati concreti e soprattutto duraturi.

Per ottenere ciò all'estero sono stati istituiti posti di controllo ed ospedali specializzati, creazioni favorite dalle Casse Malattia e dagli Istituti di Assicurazione. Anche in Italia i Centri di Assistenza Sautaria dell'I. N. A. possono essere di prezioso ausilio agli assicurati nella cura della malattia avendo tali centri la possibilità di praticare ogni ricerca nelle urine, nel sangue e di fornire ogni utile consiglio in proposito.

La necessità di controlli periodici e ripetuti va fatta anche in soggetti divenuti dopo un certo tempo di cura aglicosurici, perchè, come notò Jove Balmelle l'anno scorso, questi malati possono andare incontro a « periodi di silenzio » dai quali bruscamente ricadere, se non sono sorvegliati, in una forma grave a rapido decorso.

Certo è che solo con il controllo medico periodico il diabetico può utilizzare proficuamente l'insulina, tanto che a Stettino, ove l'organizzazione è dovuta a Gottschalk, è lo specialista dei dispensari che fornisce solo ai medici i risultati delle indagini e le norme necessarie per continuare o variare la cura. Umile ma importante cooperatrice per l'organizzazione sauitaria antidiabetica,

potrebbe essere l'istituzione delle infermiere per il diabete proposta da Umber; la quale a somiglianza del « Nursing Service » praticato in America dalle grandi compagnie di assicurazione, darebbe norme di vita e di dieta nel domicilio dei malati.

La parte curativa non va limitata al controllo del malato conclamato, ma per quanto possibile, deve essere estesa all'accertamento della diagnosi precoce che per l'andamento della malattia ha somma importanza in quanto un opportuna cura dietetica è spesso sufficiente in tale stadio a riportare quasi totalmente il ricambio dei carboidrati nei limiti fisiologici.

Ma accanto al lato terapeutico, che come abbiám visto è tanto difficile negli esiti lontani, riteniamo come gli igienisti dovrebbero cercare, forse più proficuamente, di accentuare in senso profilattico l'attività divulgativa. Perchè l'incremento della malattia è dovuto, noi pensiamo, a cause di vita ambientale e non a fattori congeniti; dal 1901 ad oggi infatti la mortalità per diabete nei giovanissimi non tende ad aumentare.

Il concetto della ereditarietà, sanzionato da tutti i trattati, del quale si preoccupa nella relazione da noi citata lo stesso Hymans Van den Berg, va inteso in senso lato quale stato diatesico di un vasto gruppo di malattie che norme di vita possono correggere. Il fatalismo dell'eredità omologa è un errore capitale che la medicina preventiva deve sfatare. Alcuni eugenisti quali Priesel e Wagner di Vienna o Bertram in Germania hanno proposto addirittura la sterilizzazione dei diabetici; ma il rimedio ci sembra, indipendentemente dall'effetto morale, assolutamente più dannoso dello scopo che ci si ripromette.

Le numerose statistiche sull'ereditarietà ci dicono che, lasciato a sè stesso l'individuo eredo-diabetico ammalerà non raramente di diabete. Ma ciò non deve scoraggiare anzi ci deve spronare ad evitare questa disgraziata eventualità. Le cifre in proposito sull'eredità sono variabili si va dal 42% del Faelli al 20% di Schints al 18% di Von Norden.

Vervaeck ha qualificato il diabete malattia blastotossica cioè degenorogena in quanto altera il ricambio dei glucidi e l'equilibrio endocrino-simpatico. Ma è appunto per questo squilibrio neuro-vegetativo dimostrato dalla moderna biotipologia di Pende che dobbiamo il più possibile evitare, a malattia o complicità avvenuta, il compito del medico che allora più arduo.

Certamente il coefficiente ereditario entra in tutte le malattie della nutrizione, e tranne alcune forme di diabete grave, le affezioni potranno essere evitate nei ragazzi se si adotteranno criteri di allevamento congruo. Con la ginnastica ed il movimento muscolare, una dieta appropriata, i figli dei diabetici potranno vivere una lunga vita sana senza incorrere nella malattia familiare. L'ambiente e l'educazione contribuiscono molto alla patologia costituzionale nell'individuo ed è su questi fattori che noi dovremmo insistere nella lotta contro il diabete.

A tal proposito giustamente Labbè lamenta come quasi sempre sia da ricercare nell'educazione di famiglia per il tenore di vita condotto, che i figli dei diabetici apprendono abitudini alimentari dannose. L'esperienza della fisiopatologia del ricambio potrebbe, applicata presso i predisposti, agire in modo salutare fin dalla tenera età, la trasmissione ereditaria di cui tanto spesso si parla verrebbe molto ridotta.

Accanto alla razionale educazione alimentare ed a una vita attiva che accentui il ricambio organico di tutto l'organismo, questi soggetti dovranno evitare le infezioni, e lo stabilirsi di una polisarcia. E' troppo noto come questa malattia appartenga alla stessa diatesi del diabete; essa aggravando il ricambio sovralfatica il centro glicoregolatore e rende difficile una vita di salutare attività. Il fattore psichico e nervoso dovrà, nelle possibilità dell'ambiente, essere infine tenuto presente ed evitato quale non ultimo pericoloso fattore della malattia.

Seguendo queste norme di medicina preventiva, corollario di una esperienza clinica ormai secolare, le giovani generazioni potranno con l'eredità di tanti progressi di civiltà evitare quello doloroso di una educazione morbosa,

che come l'« ananche » della tragedia greca deve essere bandito dalla moderna scienza razionale, creata per le gioie della vita e del progresso umano.

RIASSUNTO.

Dopo aver ricordato che la scoperta di Banting sollevò ovunque le più rosee speranze, l'A. fa presente come in tutti i paesi si lamenti dopo vari anni di esperienza un forte incremento della morbosità e mortalità nel diabete.

Per l'andamento del fenomeno esclude possa attribuirsi il fatto a perfezionamenti diagnostici o, in base ai quozienti specifici di mortalità, all'aumento dell'età media delle popolazioni.

Accertato il fenomeno richiama per l'etiologia, l'attenzione sopra i componenti carboidrati della moderna alimentazione, specie sullo zucchero largamente usato presso i popoli anglosassoni che danno alti coefficienti di mortalità per diabete, come pure sul perturbamento che lo zucchero provoca nella glicoregolazione durante le prove di carico anche nel sano a differenza di ciò che accade per gli amidi. Ritiene sia pure di notevole importanza nell'etiologia della malattia il fattore psichico e nervoso come dimostrerebbe la recente crisi mondiale.

Passa poi ad esaminare i decessi per diabete in Italia nell'ultimo trentennio per stabilire l'età media alla morte e trova un aumento di circa sei anni. Crede però, in base ad un ulteriore esame del materiale statistico che l'aumento sia apparente e non reale; probabilmente è dovuto al forte incremento della malattia nell'età avanzata e ad una diminuzione nell'adolescenza perchè i tre grandi gruppi di età dell'adolescenza, della giovinezza e della senescenza non presentano un aumento dell'età media alla morte.

Ricerca le cause di tale insuccesso terapeutico dell'insulina nell'etiopatogenesi del diabete stesso che non deve essere considerata effetto della sola disfunzione incretorica pancreaticca ma dell'alterazione globale di vari organi e sistemi coefficienti alla glicoregolazione, soprattutto pluriglandolare come ritiene Pende.

Successivamente descrive le variazioni che l'insulina ha portato nelle complicanze e nelle cause determinanti la morte di questi malati ed esclude l'insulino-resistenza quale motivo dei risultati negativi dell'insulino-terapia.

Infine conclude come l'inefficacia relativa dell'insulina debba oggi spronare il medico sociale a fare sana opera di propaganda perchè siano evitate le cause che possano contribuire allo stabilirsi del diabete e perchè i predisposti per ereditarietà con una sana dietetica ed una vita attiva evitino il doloroso retaggio della malattia.

La prognosi del diabete renale

Dr. M. BIASIOTTI

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

Col nome di diabete renale si intende una sindrome caratterizzata da glicosuria continua o ciclica con glicemia normale od inferiore al normale e con curva glicemica alimentare normale.

Il nome di diabete renale è stato criticato perchè tende a riavvicinare al diabete mellito una sindrome totalmente diversa nella quale il normale meccanismo glicoregolatore non è affatto alterato e si è cercato di sostituirlo con termini più esatti come glicosuria normoglicemica od ortoglicemica o più semplicemente glicosuria non iperglicemica dato che il principale carattere differenziale col diabete mellito sta nel fatto che in questo la glicosuria si accom-

pagna ad una iperglicemia più o meno spiccata mentre nel diabete renale la glicosuria si accompagna ad una glicemia normale od anche inferiore al normale. Malgrado queste giuste critiche è ormai invalso nell'uso il nome di diabete renale che fra l'altro presenta il vantaggio di ricordare la patogenesi della malattia da molti attribuita ad una lesione funzionale del rene.

Il diabete renale non provoca per lo più risentimento dello stato generale e non dà luogo a gravi e temibili complicazioni come il diabete insulare; la massima parte degli autori ritiene pertanto che la prognosi *quo ad vitam* di questa sindrome sia essenzialmente benigna data la nessuna tendenza ad aggravarsi col tempo e dato che è per lo più compatibile con una esistenza perfettamente normale. Il diabete renale quindi non è considerato come ostacolo all'assicurazione vita, e ben a ragione fu chiamato dal Salomon diabete innocente.

Ma alcuni autori hanno messo in guardia i medici contro l'invalsa opinione della assoluta benignità del diabete renale.

Ricorderò che il Pende ed il Ferrannini ritengono che il diabete renale non può essere considerato indipendentemente dal complesso meccanismo glicoregolatore neuroendocrino, nè può essere sempre giudicato con ottimismo dal punto di vista prognostico.

Von Noorden sostiene che al suo inizio il diabete mellito può presentarsi come un diabete renale; per alcuni autori quindi la benignità del diabete renale è solo apparente e il giudizio prognostico *quoad vitam* deve essere riservato perchè alcune volte sotto l'apparenza di un innocuo diabete renale si cela un diabete vero all'inizio.

Ora dobbiamo noi ritenere che la glicosuria renale rappresenti realmente uno stato di diabete latente e debba essere considerata come è la precoce espressione di una alterazione del metabolismo dei carboidrati che finirà poi col manifestarsi sotto forma di un vero e proprio diabete insulare?

Per poter rispondere colla maggior precisione possibile a questa domanda è necessario ricordare i criteri sui quali deve essere basata la diagnosi di diabete renale: questa sindrome è caratterizzata dai seguenti sintomi cardinali:

- 1° glicosuria;
- 2° glicemia normale od inferiore alla norma e non influenzata dalla prova dell'iperglicemia provocata;
- 3° assenza di alterazioni del meccanismo glicoregolatore;
- 4° iperpermeabilità renale al glucosio;
- 5° infine l'assenza dei segni clinici classici del diabete mellito. Siamo autorizzati a porre la diagnosi di diabete renale puro solo se questi sintomi sono tutti presenti. Esaminiamo ora dettagliatamente ciascun sintomo.

1. *La glicosuria.* — La glicosuria presenta nel diabete renale, secondo la maggior parte degli autori, le seguenti caratteristiche: è per lo più modica oscillando da 5 ai 15 grammi per litro e raramente superando i 20 grammi, è permanente perchè esiste anche a digiuno ed anche dopo un digiuno prolungato, è indipendente dall'alimentazione e quindi dal regime dietetico perchè resta identica sia con alimentazione ricca di glucosio che con dieta priva di carboidrati, anzi talora si attenua o scompare dopo l'ingestione di glucosio per ricomparire dopo un pasto ricco di proteine.

Questa indipendenza della glicosuria dalla introduzione di idrati di carbonio sarebbe assoluta secondo alcuni, relativa secondo altri e infatti in qualche caso con una dieta povera di carboidrati si è vista diminuire la glicosuria.

La glicosuria renale inoltre può essere continua od intermittente e precisamente è continua nei casi in cui la soglia renale di eliminazione per il glucosio è inferiore al normale valore della glicemia a digiuno (circa 1‰), mentre è ciclica od intermittente nei casi più lievi in cui la soglia renale per il glucosio è situata al disopra dell'1‰ e perciò, mentre a digiuno non vi è glicosuria oscillando la glicemia normale intorno all'1‰, dopo un carico di

glucosio il lieve fisiologico aumento postprandiale della glicemia basta per provocare la glicosuria.

Sono questi appunto i casi nei quali la glicemia a digiuno è lievemente inferiore alla soglia renale di eliminazione per il glucosio (gr. 1,70 — 80‰) e solo dopo la somministrazione di una certa quantità di carboidrati la glicemia aumenta di quel tanto che basta per raggiungere un valore superiore a quello della soglia renale; in tali casi la glicosuria è solo transitoria e postprandiale perchè cessa non appena la glicemia ritorna al suo normale valore a digiuno.

Questi casi vanno sotto il nome di glicosuria ciclica alimentare o glicosuria renale intermittente.

E' chiaro che solo la prova dell'iperglicemia provocata permetterà di distinguere queste glicosurie renali intermittenti nelle quali esiste un lieve abbassamento della soglia renale, dalle glicosurie intermittenti del diabete insulare nelle quali non c'è abbassamento della soglia renale, ma bensì una anormale elevazione postprandiale della glicemia.

2. *Glicemia a digiuno normale od inferiore alla norma.* — È a tutti noto che la glicemia ci fornisce un prezioso indice dello stato del meccanismo glicoregolatore cioè di quel complesso meccanismo neuroendocrino che riesce a mantenere pressochè fisso il tasso del glucosio nel sangue; ora il valore della glicemia normale oscillando intorno a gr. 1⁰/₀₀ con estremi di gr. 0,80 e 1,20‰, oltre questo limite massimo di gr. 1,20‰ si parla senz'altro di iperglicemia.

Abitualmente quando la glicemia è normale non vi è eliminazione di zucchero coll'urina; ciò è dovuto al fatto che il rene elimina il glucosio solo quando il tasso di questa sostanza nel sangue oltrepassa un certo limite detto «soglia renale di eliminazione» e che normalmente è compreso tra gr. 1,70 e gr. 1,80‰ pur essendo diversa nei vari individui e ogni soggetto avendo la sua soglia particolare che non sempre è di facile determinazione.

In presenza di una glicosuria, quando il valore della glicemia è normale o per lo meno non oltrepassa il limite di gr. 1,70-1,80‰, parliamo di «abbassamento della soglia renale pel glucosio». Crediamo opportuno richiamare l'attenzione dei medici sul fatto che non bisogna assolutamente considerare lo abbassamento della soglia renale pel glucosio come equivalente del diabete renale perchè questo abbassamento della soglia renale può verificarsi anche in altre glicosurie e perfino nel diabete mellito. Infatti si possono riscontrare casi lievissimi di diabete insulare con glicosuria abbassamento della soglia renale e glicemia a digiuno normale e quindi anche se ripetutamente normale la glicemia a digiuno non basta da sola a far ammettere l'origine renale di una glicosuria. Secondo Chabanier nei casi più lievi di diabete insulare, specie giovanile, può verificarsi un abbassamento della soglia renale e la glicemia a digiuno essere nei limiti normali.

E ancora ricordiamo che il tasso della glicemia può essere stato ridotto entro i limiti normali grazie ad un opportuno regime dietetico o ad una cura di insulina; se il tasso dello zucchero sanguigno è normale od appena superiore alla norma (gr. 1,30-1,40‰) e quindi sempre inferiore ai normali limiti della soglia renale pel glucosio (gr. 1,70-1,80‰) la presenza di una glicosuria può essere spiegata solo ammettendo un abbassamento della soglia renale pel glucosio. *Noi potremo in tal caso distinguere un diabete renale da un diabete vero solo ricorrendo alla prova dell'iperglicemia provocata che ci rivelerà se esiste o no un disturbo del normale meccanismo glicoregolatore.*

3. *Assenza di alterazioni del meccanismo glicoregolatore.* — È questo il sintomo cardinale senza del quale non è possibile far diagnosi di diabete renale.

Questa assenza di alterazioni del meccanismo glicoregolatore viene messa in evidenza colla prova dell'iperglicemia provocata che mostra che l'assorbimento di 50 gr. di glucosio non influenzà in modo anormale la glicemia del soggetto.

Questa prova consiste nel somministrare al soggetto in esame 50 gr. di glucosio sciolto in 250 gr. di acqua e praticando ripetuti dosaggi della glicemia; la prima presa di sangue vien fatta (dalle vene del cubito) immediatamente prima dell'ingestione della soluzione glucosata e le successive vengono fatte ogni 30 minuti fino a 2 ore 1/2 dopo la somministrazione del glucosio. E' ovvio che questo metodo presenta nella pratica, e in modo particolare nella pratica assicurativa, l'inconveniente delle ripetute punture velenose che diviene particolarmente grave quando ci si trova di fronte ad un soggetto obeso e con vene difficili a rintracciare; crediamo perciò che volendo usare questo metodo in assicurazione vita, sia più opportuno prelevare il sangue dal lobulo dell'orecchio e dal polpastrello del dito onde evitare l'inconveniente delle ripetute punture venose.

In un soggetto normale noi vediamo il tasso di glucosio nel sangue, che a digiuno oscilla intorno a gr. 1^o/₁₀₀ con estremi di gr. 0,80 e 1,20 ^o/₁₀₀ aumentare leggermente, di gr. 0,20-0,40 ^o/₁₀₀ pochi minuti dopo l'ingestione del glucosio, raggiungere il suo valore massimo di gr. 1,60-1,80 ^o/₁₀₀ verso la fine della prima ora, per poi ritornare, entro la seconda ora, al suo livello iniziale od anche leggermente inferiore. Ora mentre nel diabete mellito si ha una esagerata reazione iperglicemica, con una curva glicemica alimentare che si innalza più o meno considerevolmente (fino a 2-7 gr.) subito dopo la ingestione della soluzione glucosata e resta sul massimo livello raggiunto per tutta la durata della prova, ritornando al livello normale solo dopo 5-6 ore, nel diabete renale invece il comportamento della curva glicemica è uguale a quello che si ha nei soggetti normali.

Se volendo fare delle ricerche più fini eseguiamo la curva glicemica alimentare dosando la glicemia contemporaneamente nel sangue capillare (arterioso) e nel sangue venoso (prova di Depisch e Hasenhörl) nel diabete insulare si vedrà la scomparsa di ogni differenza tra glicemia capillare e quella venosa mentre nel diabete renale si ha un normale comportamento del rapporto tra glicemia capillare e venosa (normalmente dopo un carico di glucosio la glicemia venosa diviene inferiore alla capillare).

4. *Ipermeabilità renale al glucosio.* — Rappresenta la condizione necessaria e sufficiente per la comparsa di una glicosuria in un soggetto normoglicemico ed ipoglicemico. Infatti mentre abitualmente il rene oppone una insormontabile barriera al glucosio contenuto nel sangue circolante e lo lascia passare nelle urine solo quando la glicemia raggiunge valori superiori a gr. 1,70-1,80 ^o/₁₀₀ (normale livello della soglia renale per lo zucchero), nel diabete renale invece il rene presenta una più o meno spiccata iperpermeabilità per il glucosio e lo lascia passare nelle urine anche con un tasso glicemico normale e perfino inferiore alla norma. La soglia renale per l'eliminazione del glucosio può essere tanto abbassata che anche determinando artificialmente una ipoglicemia, colla iniezione di una certa quantità di insulina, la glicosuria persiste invariata.

5. *Assenza dei sintomi del diabete mellito.* — Il diabete renale passa abitualmente inavvertito mancando la poliuria, la polifagia e la polidipsia, il dimagrimento, l'acidosi ecc. Nella maggior parte dei casi la scoperta della glicosuria avviene in maniera del tutto accidentale perchè gli individui affetti da diabete renale non hanno mai avuto il minimo disturbo e conducono vita di persona perfettamente sana.

Però un glicosurico che non presenti i segni caratteristici del diabete insulare non deve senz'altro venire classificato come diabete renale. Di fronte ad una glicosuria accompagnata dai sintomi classici del diabete mellito ed apparentemente benigna sarà soltanto giustificato il sospetto che possa trattarsi di un diabete renale e si eseguiranno tutte quelle ricerche che possono confermare il nostro sospetto.

L'assenza di segni classici del diabete mellito costituisce un sintomo tutt'altro che patognomonico perchè, se nella maggior parte dei casi il diabete

renale non influisce sullo stato generale e non dà luogo a temibili conseguenze, vi sono anche casi nei quali la glicosuria è così cospicua da fare comparire astenia, dimagrimento, acidosi, acetonuria ecc.; quindi anche nel diabete renale si possono verificare, sebbene molto raramente dei sintomi classici e delle complicazioni analoghe a quelle che con grande frequenza si verificano nel diabete insulare (dermatiti, foruncolosi ecc.).

Ma questa possibile concomitanza di sintomi propri del diabete insulare non ci deve far ammettere senz'altro la possibilità che il diabete renale, se puro e rigorosamente accertato, possa trasformarsi in diabete insulare; infatti i casi di diabete renale che, secondo alcuni A.A. si sarebbero trasformati in diabete insulare debbono, con ogni probabilità, essere considerati piuttosto come casi di diabete mellito normoglicemico o di diabete vero latente, solo erroneamente classificati come casi di diabete renale. Anche considerando (Pende) il diabete normoglicemico come dovuto ad un eccesso di funzionalità del meccanismo antiglicemico-glicosecretore con esagerazione della normale funzione di secrezione del glucosio posseduta dal rene, e quindi ammettendo che si tratti di una sindrome endocrino-simpatica con preponderanza vagotonica, non ci sembra opportuno ammettere senz'altro che questo stato vagotonico riflettendosi anche sulla funzione endocrina del pancreas la esalti ed a causa dell'eccesso di lavoro prodotto da questa esaltazione morbosa il sistema insulare possa andare incontro ad un progressivo esaurimento della sua funzione e quindi ad un certo momento si possa assistere ad una vera e propria trasformazione del diabete renale in diabete insulare.

Dopo aver passato in rassegna tutti gli elementi necessari alla diagnosi di diabete renale potremo più facilmente tentare di risolvere il difficile quesito della prognosi.

Abbiamo già accennato ai discordi pareri degli autori su questo argomento inquantochè mentre alcuni considerano il diabete renale come una affezione essenzialmente benigna, altri sostengono che quella benignità è solo apparente e che per conseguenza la prognosi del diabete renale deve essere sempre riservata. Tale diversità di opinioni va attribuita ad un complesso di circostanze che rendono particolarmente difficile lo stabilire un esatto giudizio prognostico nei casi di diabete renale.

In primo luogo a causa della rarità e del lunghissimo decorso del diabete renale non possediamo ancora un gran numero di osservazioni prolungate sul quale farà assegnamento per stabilire la prognosi lontana di questa affezione. In secondo luogo è in molti casi difficile stabilire un limite netto tra diabete vero e diabete renale e pertanto forse non tutti i casi descritti come diabete renale sono da considerare puri trovandosi al limite tra il diabete insulare e quello renale. Da ciò derivano gravi difficoltà per chi voglia accingersi a lavori statistici per stabilire quale è il destino dei soggetti colpiti da diabete renale. Come sceverare le forme di diabete renale puro dalle forme di passaggio col diabete insulare e dalle forme di diabete insulare in cui esiste anche un abbassamento della soglia renale?

Secondo Chabanier esistono dei casi lievissimi di diabete insulare nei quali la glicemia a digiuno è normale, vi è un certo abbassamento della soglia renale e la curva glicemica alimentare presenta solo una fugace iperglicemia iniziale seguita da una discesa della curva più lenta e prolungata che di norma; inoltre è noto che anche nel diabete insulare la glicosuria può essere continua od intermittente presentandosi solo in rapporto coi pasti; in tali casi solo ripetute osservazioni ci possono permettere di differenziare un diabete vero da un diabete renale.

Possiamo quindi ritenere che se la prognosi del diabete renale è fausta esistono casi che presentano al tempo stesso segni riferibili al diabete insulare e segni riferibili al diabete renale; è ovvio che in tali casi il giudizio prognostico si baserà unicamente sulla gravità del diabete insulare.

Nell'ultimo congresso internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita il Langdon Brown nella sua relazione sull'accettazione dei glicosurici così si esprime nei riguardi del diabete renale: «essendo la glicosuria renale legata solo ad una eccessiva permeabilità renale per il glucosio, gli assicurandi affetti da diabete renale possono essere accettati a condizioni normali; nei casi dubbi è giusto richiedere all'assicurando di sottoporsi alla prova dell'iperglicemia provocata, mettendolo così in condizione di provare che la glicosuria da lui presentata è innocua». Il Comitato invece nella sua comunicazione allo stesso Congresso sostiene che un assicurando che sia affetto da diabete renale deve sempre essere considerato come un rischio tarato, sia per le complicazioni possibili nel corso di questa malattia, sia perchè vi è sempre la possibilità di una trasformazione da una forma renale a quella insulare; questo Autore inoltre pur mettendo in rilievo la grande importanza della prova dell'iperglicemia provocata (curva glicemica) fa anche osservare che essa non può sempre essere praticata e si domanda quindi se in casi sospetti di diabete renale non sia sufficiente un dosaggio della glicemia a digiuno ed un secondo dosaggio della glicemia eseguito due ore dopo l'ingestione del glucosio.

Hijmans van den Bergh e De Langen nella loro relazione allo stesso Congresso ritengono che il cosiddetto *diabetes innocens* di Salomon non esista e che esso consista in realtà in un gruppo di glicosurie costituito in parte da casi di glicosuria renale e in parte da forme lievi di diabete insulare che possono aggravarsi in qualsiasi momento: questi ultimi casi possono erroneamente venire considerati come trasformazione di diabete renale in diabete mellito. Questi AA. ritengono che i casi di accertata glicosuria renale debbono essere considerati come individui sani, espongono quali difficoltà si possono incontrare nell'accertamento della natura renale di una glicosuria ed espongono i diversi criteri che debbono essere presi in considerazione prima di concludere per l'esistenza di un diabete renale.

Secondo gli AA. i criteri sui quali si deve basare la diagnosi di diabete renale sono i seguenti:

- 1° la glicosuria deve essere modica e non oltrepassare i gr. 10‰;
- 2° la glicosuria non deve essere influenzata dalla dieta;
- 3° la glicemia non deve essere superiore a gr. 1,60‰ e la glicosuria deve essere presente anche con una glicemia inferiore alla normale soglia renale di eliminazione per il glucosio (gr. 1,60-1,80‰);
- 4° infine l'assicurando deve sentirsi in perfetta salute e non deve presentare alcun sintomo di diabete mellito.

Se coesistono tutti i requisiti sopraelencati si può fare diagnosi di diabete renale ed accettare l'assicurando senza soprappremio, perchè un diabete renale diagnosticato in base ai precedenti criteri sicuramente non si trasformerà in diabete mellito e quindi hanno prognosi favorevole.

Il Dott. Goffin infine, in una sua comunicazione al Congresso sopracitato, ricorda che la glicosuria renale può essere intermittente, può essere talvolta accompagnata da dimagrimento, sia pure poco pronunciato, e in qualche momento possono comparire nell'urina corpi chetonici.

Secondo l'A. solo la curva dell'iperglicemia provocata può mettere in evidenza l'abbassamento della soglia renale; come regola generale si deve ritenere che la prognosi del diabete renale sia benigna perchè la sua trasformazione in diabete mellito rappresenta una eventualità piuttosto rara, quindi i casi di diabete renale debbono essere accettati a condizioni normali, ammenochè non presentino sintomi di lesioni epatiche o pancreatiche nei quali casi saranno accettati con modesto soprappremio.

Secondo questi AA. ogni assicurando che presenta una glicosuria dovrebbe essere ricoverato in un Ospedale per accertare la natura della sua glicosuria e le spese di degenza dovrebbero essere a carico dell'assicurando; le compagnie di assicurazione vita dovrebbero rifiutare gli assicurandi glicosurici

che non vogliono sottoporsi alle indagini necessarie per l'accertamento della natura della glicosuria da essi presentata.

Quanto abbiamo riportato chiaramente dimostra che solo la introduzione della curva glicemica ha reso possibile il sicuro riconoscimento delle glicosurie dovute ad un abbassamento della soglia renale; la curva glicemica pertanto dovrebbe essere sempre praticata nei casi di sospetta glicosuria renale.

Dopo quanto abbiamo esposto riteniamo di poter venire alle seguenti conclusioni:

1° Il diabete renale puro ha prognosi favorevole non essendo dovuto ad un disturbo della glicoregolazione non avendo nulla a che vedere col diabete insulare a differenza del quale, non tende a progredire col tempo e non presenta tutte quelle temibili complicazioni favorite dall'iperglicemia che sono triste appannaggio del diabete mellito;

2° Il diabete mellito specialmente nella sua forma giovanile può presentare un decorso insolito ed una sintomatologia molto affine a quella del diabete renale (e probabilmente molti dei casi di presunta trasformazione di diabete renale in diabete mellito rientrano in questa categoria).

3° Solo la prova dell'iperglicemia provocata ci permette di distinguere le glicosurie renale dal diabete mellito e pertanto la curva glicemica dovrebbe essere sempre praticata nei casi sospetti di appartenere a questa categoria.

4° Nel campo della medicina delle assicurazioni vita l'assicurato glicosurico deve essere sempre ritenuto sospetto fintantochè una completa relazione da parte di un esperto non provi la innocenza della sua glicosuria.

5° Il diabete renale puro può essere accettato a condizioni normali perchè esistono ormai molti soggetti in queste condizioni che sono stati sorvegliati per molti anni senza che mai abbiano dimostrato deperimento od altri segni imputabili ad una trasformazione in diabete mellito. Sebbene il diabete renale puro, oltre alle forme lievi nelle quali la perdita di glucosio nelle urine non è così imponente da produrre dimagrimento, astenia, o fenomeni di acidosi, possa talvolta, ma raramente presentare delle forme gravi nelle quali la perdita di glucosio nelle urine è così imponente da provocare seri disturbi dovuti alla carenza dei carboidrati, se non esistano disturbi funzionali del fegato o del rene noi potremo emettere sempre un giudizio prognostico *quoad vitam* favorevole, in caso contrario potremo accettare con un modesto soprapremio.

Il medico fiduciario che si trovi di fronte ad un caso di glicosuria modica con glicemia normale e senza sintomi classici di diabete potrà sospettare trattarsi di una forma di diabete renale ma per evitare il pericolo di incorrere in errori grossolani dovrà ricercare colla massima attenzione i più piccoli segni di alterazione del ricambio, dei carboidrati prima di far diagnosi di glicosuria normoglicemica che presenti qualcuno dei sintomi classici del diabete mellito prima di ammettere l'origine renale della glicosuria dovrà sincerarsi che non si tratti di una di quelle forme di diabete mellito normoglicemico nel quale la insufficienza endocrina del pancreas si accompagna ad un abbassamento della soglia renale pel glucosio; in entrambi i casi saranno di grande aiuto per risolvere il quesito diagnostico la prova dell'iperglicemia provocata ed eventualmente della curva glicemica capillare e venosa.

Infine dopo aver accertato che nel caso in esame si tratta di un diabete renale il medico fiduciario dovrà prima di formulare il suo giudizio prognostico ricercare con particolare attenzione se esistono piccoli disturbi funzionali del fegato (urobilinuria) o del rene (albuminuria ecc.).

Infatti accanto ai casi di diabete renale seguiti per lunghissimi anni senza che abbiano mai presentato tendenza all'aggravamento o a complicazioni, esistono nella letteratura casi di diabete renale associati a nefrosi o a nefrite cronica e casi associati ad una piccola insufficienza epatica, ed è ovvia l'importanza che presenta per la prognosi l'eventuale concomitanza di questi disturbi della funzione epatica renale.

Medicina legale delle Assicurazioni vita

Ancora qualche parola sulla «malafede» nelle dichiarazioni di carattere sanitario nell'assicurazione vita

Dott. FABIO MARSELLA

Medico capo dell'I.N.A.

Molto si è discusso e si seguita a discutere sulla interpretazione da darsi alla parola «malafede» contenuta nell'art. 429 del nostro codice di commercio e nelle clausole d'incontestabilità delle polizze d'assicurazione vita.

L'art. 429 nella sua prima parte commina la nullità dell'assicurazione per «qualunque dichiarazione falsa od erronea e qualunque reticenza di circostanza conosciute dall'assicurando», mentre nell'ultimo comma dice che se da parte dell'assicurato vi è stata malafede, l'assicuratore ha diritto al premio.

Per malafede si è sempre inteso uno stato di coscienza dell'assicurato che rende deliberatamente dichiarazioni contrarie al vero con la piena consapevolezza dell'importanza delle stesse ai fini assicurativi e col manifesto proposito di concludere un contratto, per sé profittevole, ai danni dell'assicuratore.

In diverse sentenze della magistratura giudicante la malafede fu definita: «la conoscenza della disformità tra la dichiarazione e la situazione e coscienza dell'importanza di tale disformità».

Senonchè, in opposizione a questi principî, in successive sentenze la magistratura ha voluto assimilare la malafede dei contratti d'assicurazione al dolo dei contratti ordinari, dicendo che la malafede ricorreva nei primi, solo quando, da parte dell'assicurato, si erano usati raggiri ed artifici fraudolenti diretti ed idonei a trarre in inganno l'assicuratore. Una tale interpretazione, data in diverse sentenze della Suprema Corte, e largamente seguita dai giudici di merito, ha cagionato sorpresa, dissensi e disorientamento nel campo dottrinario e in quello pratico assicurativo, che ha visto così minato dalle fondamenta l'edificio della previdenza facoltativa. È sembrato doversi vedere affermata in Italia una giurisprudenza speciale in materia assicurativa, che non trovava riscontro in alcun altro paese, con serio pericolo per noi dello ulteriore sviluppo dell'assicurazione vita.

Debbo al riguardo ripetere quanto ebbi a dire al 2° Congresso di Scienza dell'assicurazione di Trieste: «Se l'attuale nostra giurisprudenza sulla incontestabilità delle polizze dell'assicurazione vita dovesse rimanere invariata e se ne diffondesse la cognizione fra il pubblico, tutta l'industria assicurativa, che tante benemerienze ha acquistate verso singoli e società, potrebbe correre il pericolo di essere scossa nelle sue basi. L'Italia rischierebbe di diventare un campo di attività fraudolenta per contraenti ed assicurati di malafede».

Debbo dire oggi che se i gravi abusi allora intravisti non si sono verificati nelle proporzioni temute ciò si è dovuto alla onestà e moralità del nostro popolo e forse anche alla incompleta conoscenza della questione, rimasta ancora circoscritta in un ambito abbastanza ristretto. È da augurarsi che la Magistratura ritorni su le sue decisioni dandoci una diversa giurisprudenza, secondo lo spirito delle leggi e più aderente alla realtà della vita pratica e alle esigenze dell'assicurazione.

Intanto mi è grato segnalare una recente sentenza della Cassazione pubblicata il 31 marzo 1936 e registrata a Roma il 7 aprile 1936-XIV, n. 550.

Ivi si riconosce che nei contratti riguardanti l'assicurazione sulla vita, le dichiarazioni, richieste dall'assicurando concernono fatti di non facile controllo e si ammette che vi deve essere differenza fra i contratti di assicurazione e gli altri contratti in cui l'annullamento per dolo si verifica solo allorchè questo sia essenziale ed accompagnato da raggiri e da artifici. Nella sentenza si aggiunge, a proposito dell'art. 429 cod. comm.: «ed anche il capoverso ultimo dello stesso articolo, quando prevede in caso di malafede ed a vantaggio dell'assicuratore la perdita del premio, che altrimenti stante appunto la nullità originaria della convenzione, dovrebbe essere restituito non esige, che al mendacio o alla reticenza dell'assicurato si accompagni il raggirio, come questo stesso supremo collegio ebbe a ritenere nel precedente

arresto 24 giugno 1929, n. 2309». La Cassazione si riporta così alla interpretazione data della malafede nella causa « La Fondiaria Vita » contro Tazza.

In quella sentenza si diceva: « Nè la locuzione adottata nel capoverso dell'art. 429, dove si accenna all'assicurato in malafede per comminare in suo danno la perdita del premio, va intesa nel senso che al mendacio ed alla reticenza debba essersi accompagnato il raggirò, poichè la malafede si identifica con quella forma di dolo che è prevista nella prima parte del medesimo articolo e che vale a determinare la nullità del contratto. La menzogna o la reticenza, cioè la deliberata alterazione del vero o la cosciente obliterazione di esso valgono per se stesse ad indurre uno stato subbiettivo di malafede ». Fu questa abbinata interpretazione del concetto di malafede, in rapporto alla legge Commerciale e alla clausola di incontestabilità delle Polizze di assicurazione, che indusse le compagnie a modificare la parola « dolo » o « frode », contenute nelle loro polizze, in quella di « malafede » adottata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Senonchè la magistratura in successive sentenze equiparò la parola malafede al dolo e pretese che per l'annullabilità del contratto di assicurazione occorresse non la sola prova del mendacio che è di per sè sufficiente ad ingannare l'assicuratore ma l'uso dei raggiri e degli artifici fraudolenti attivi, come per i contratti ordinari.

L'argomento addotto dalla Cassazione nell'enunciare questo concetto mosse dal principio che, parlando il legislatore nell'art. 429 del codice commerciale di reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato, si doveva ritenere che lo stato di coscienza del reticente è quello della persona di malafede.

In una sentenza è detto: « Poichè nell'ultimo capoverso lo stesso articolo fa cenno della malafede quale circostanza che aggrava la posizione dell'assicurato, anche se soltanto reticente, e l'obbliga al pagamento del premio nonostante la nullità del contratto è da ritenere che in materia di assicurazione il legislatore abbia voluto assegnare alla malafede un concetto più rigoroso, non quello ordinario di semplice stato di coscienza perchè diversamente la disposizione di quest'ultimo capoverso riuscirebbe non spiegabile ».

Io non ritengo giusto questo ragionamento troppo semplicistico. La parola malafede contenuta nell'ultimo comma dell'art. 429 non può che riferirsi alle dichiarazioni dell'assicurato. Sono queste che costituiscono sempre la base del contratto assicurativo. Giustamente la Cassazione nella Sentenza su ricordata in causa Fondiaria-Tazza aveva detto che l'accenno alla malafede da parte del legislatore non è che un sintetico riferimento alla due ipotesi della menzogna e della reticenza deliberata contemplate nella prima parte dell'art. 429. La Cassazione nella sentenza recente riafferma gli stessi concetti ripetendo che la deliberata alterazione del vero e la volontaria obliterazione di esso costituiscono di per sè lo stato subbiettivo di malafede e valgono a giustificare la perdita del premio oltre alla nullità del contratto. Si viene quindi con l'ultima sentenza a riaffermare il concetto che la malafede contemplata dall'art. 429 del codice commerciale è una malafede specifica propria del contratto di assicurazione, ben diversa dalla malafede, frode o dolo dei contratti ordinari e si aggiunge al riguardo essere « indifferente il termine usato ».

Un tale principio enunciato dalla Suprema Corte è importantissimo e soddisfa appieno le esigenze dell'assicurazione. Senonchè la Corte nella stessa sentenza prosegue dicendo che a mitigare il rigore della legge « le Compagnie ricorsero alla clausola di incontestabilità per effetto della quale esse rinunziano, dopo un tempo determinato più o meno lungo all'azione di nullità concessa dall'art. 429 del Codice commerciale ». Sorprende non poco questa affermazione perchè nessuna Compagnia in Italia intese mai di voler rinunciare in pieno a detto articolo e mai inserirono nelle polizze alcuna clausola che contenesse una tale rinuncia. Vediamo la formula adottata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che è il massimo Ente assicurativo statale e che è proprio quello interessato nella sentenza della Cassazione. La clausola dice testualmente. « Decorsi sei mesi dall'emissione, la polizza è incontestabile per reticenze o per dichiarazioni erronee rese dall'assicurato nella proposta di assicurazione e negli altri documenti salvo il caso di malafede ».

Io non so spiegarmi come da questa formula si sia potuto giungere, da parte della Cassazione, ad affermare che la clausola contiene rinuncia completa all'azione di nullità contemplata dall'art. 429 del Codice commerciale e che l'azione riservata all'Istituto assicuratore non può essere che quella riservata dalla Legge civile (art. 1115 cod. civ.) la quale presuppone l'artificio o il raggirò produttore dell'inganno. Bisogna intendere e interpretare la clausola d'incontestabilità nella sua dizione letterale e nel suo spirito informatore.

L'Istituto ha voluto, dopo un certo periodo di tempo abbastanza breve, di appena sei mesi, dare un senso di tranquillità agli assicurati in buona fede e rendere definitivo il loro atto di previdenza compiuto; ma non ha mai pensato di sanzionare con rinunzie ingiustificate illecite speculazioni, facili a compiersi da profittatori in malafede e demolire così la base stessa dell'assicurazione, che deve rimanere fondata sulle dichiarazioni dell'assicurato.

La clausola si deve interpretare per quello che dice non per quello che non dice e non ha

mai pensato di dire. Il Foramiti giustamente diceva: « Le clausole apposte nelle polizze di assicurazione devono esser prese alla lettera, quando sono chiare per sè medesime, giacchè nel contratto di assicurazione che è di *gius* stretto, si deve aver riguardo a ciò che fu certo fra i contraenti. Esaminiamo ora la clausola in rapporto all'art. 429, che la clausola stessa ha voluto mitigare nel suo rigore ma non abrogare. L'art. 429 commina l'annullamento del contratto per qualunque dichiarazione falsa, erronea o reticente. La clausola rende la polizza incontestabile per dichiarazioni erronee o reticenze salvo il caso di malafede. Nella clausola non si parla di dichiarazioni false che devono quindi essere escluse dalla incontestabilità. Sono escluse del pari le reticenze compiute in malafede. In ogni modo è escluso dalla incontestabilità il caso di malafede contemplato nell'ultimo comma dell'art. 42.

Ed allora dove è nella clausola la rinuncia all'art. 429? Non esiste ed è logico che non possa esistere, anche perchè non è ammissibile che, essendo stata dettata la clausola dagli Istituti assicurati, questi avrebbero adottato una formula che si potesse prestare alla consumazione di ogni frode ai loro danni o per meglio dire ai danni della massa degli assicurati onesti e leali. La clausola d'incontestabilità stabilisce non una rinuncia totale all'art. 429 codice commerciale, ma solo una deroga parziale; perciò clausola di polizza e articolo di legge si devono applicare e interpretare nel loro combinato disposto.

Passato il periodo di contestabilità possono verificarsi nella pratica diversi casi che si possono così riassumere ed elencare:

1° Dichiarazioni erronee — che importano incontestabilità per la deroga alla Legge contenuta nella clausola.

2° Reticenze in buona fede — idem come sopra.

3° Reticenze in malafede — che implicano l'annullabilità del contratto.

4° Dichiarazioni false — il contratto è annullabile.

5° Malafede — il contratto è annullabile con acquisizione del premio da parte dello assicuratore.

Il caso di malafede vero e proprio, ricorre, a mio avviso, quando, da parte dell'assicurato, si è riusciti ad ottenere il contratto con tutto un insieme ben congegnato di dichiarazioni false e reticenti, che rendono manifesto il proposito dell'inganno.

Tutte queste cinque ipotesi possono verificarsi rimanendo sempre nell'ambito delle dichiarazioni verbali dell'assicurando e delle risposte ai questionari.

Al di là di questi casi si passa nel campo penale dei delitti contro il patrimonio mediante frode e si entra nel dominio della truffa di cui parla l'art. 640 cod. pen. che dice: « Chiunque, con artifici o raggiri, inducendo taluno in errore, procura a sè o ad altri un ingiusto profitto, con altrui danno è punito... ».

Questo articolo ha la sua corrispondenza nell'art. 1115 cod. civ. che parla del « dolo causa di nullità del contratto, quando i raggiri usati da uno dei contraenti sono stati tali che l'altro senza di essi non avrebbe contrattato ».

Queste sono norme del diritto comune a tutti applicabili, e quindi anche agli assicuratori e agli assicurati, qualora si fosse fatta esplicita rinuncia alle leggi speciali (art. 429 cod. comm.) o alle convenzioni stabilite fra le parti (clausole di polizza) il che non è nel nostro caso come abbiamo sopra dimostrato.

Tengo ora a fare un'ultima osservazione circa il caso di malafede contemplato dall'articolo 429 cod. comm. come circostanza che aggrava la posizione dell'assicurato e che importa per lui la perdita del premio.

Si è voluto in ciò vedere un contrasto col primo comma dell'articolo per concluderne che la malafede deve essere qualche cosa di più che un semplice stato di coscienza. Io convengo che indubbiamente esiste una differenza tra la condizione contemplata dal primo, e dall'ultimo comma del codice di commercio, ma a mio modo di vedere essa consiste unicamente in ciò che vado ad esporre.

Nel primo comma è detto che *qualunque* dichiarazione falsa, erronea o reticente, purché influente sul rischio, è causa di nullità dell'assicurazione, ossia, in altri termini, si dice che il contratto di assicurazione può diventare nullo anche per una sola dichiarazione, difforme dal vero, che abbia portato ad una errata valutazione del rischio da parte dell'assicuratore. Infatti anche una sola dichiarazione non rispondente a verità può fare assumere un rischio essenzialmente diverso da quello che l'Istituto assicuratore credette di assicurare e perciò può ricorrere appieno per tale motivo il vizio di consenso che rende nullo il contratto.

Per aversi la malafede, che non si può mai presumere, ma si deve provare in modo inequivocabile, perchè non solo annulla l'atto di previdenza ma anche quello del risparmio, occorre invece la dimostrazione che l'assicurato agì col deliberato proposito di ingannare. Ciò è desumibile solo da un insieme di dichiarazioni inesatte, mendaci e reticenti con le quali riuscì nel suo scopo fraudolento.

Il contrasto fra la prima e l'ultima parte dell'art. 429, per me, è solo di quantità più

che di qualità di mezzi adoperati. Questi sono sempre gli stessi: le dichiarazioni verbali degli assicurati. Per poter parlare di vera malafede, come già dissi, occorre peraltro, a mio avviso, tutto un complesso di dichiarazioni scientemente difformi dal vero, tutto un intessuto e una trama bene ordita di reticenze e falsità che mettano in evidenza l'intenzione dolosa dell'assicurato. Tale sarebbe ad esempio l'attestazione di buona salute contraria al vero, il silenzio o la dichiarazione negativa su gravi malattie pregresse, su precedenti ereditari morbosi di notoria importanza, la negazione di avere medico curante e di essere ricorso all'opera di altri medici, il ricovero in ospedale per cura od osservazione, la falsa denuncia dell'età vera, il capitale assicurato troppo elevato in relazione alla potenzialità economica dell'assicurato e quindi la falsità del vero scopo dell'atto di previdenza ecc. Da tutto il complesso di queste circostanze abilmente e deliberatamente dichiarate in modo contrario al vero può e deve desumersi la malafede senza l'intervento, nell'assicurazione vita, di atti o raggiri fraudolenti, che non si sogliono mai riscontrare anche nei casi più manifesti di contratti stipulati con evidente intenzione fraudolenta. Non è facile dare la dimostrazione ben documentabile e documentata delle dichiarazioni false degli assicurati, ma quando, una tale dimostrazione può riuscire ad offrire, è ben strano che non sia presa in considerazione dalla Magistratura per una interpretazione, per me errata, della clausola contrattuale e dell'articolo di Legge che regola il contratto di assicurazione. Si è da qualcuno detto che occorrerebbe modificare la clausola di incontestabilità e renderla più chiara in senso restrittivo. Io sono decisamente a ciò contrario. La formula adottata per me è chiara e corrisponde perfettamente a quella in uso presso gli altri istituti assicuratori del mondo intero e serve bene a tutelare gli interessi degli assicurati e degli assicuratori, ugualmente sacri. La clausola deve essere solo bene interpretata nella sua dizione letterale e nel suo spirito informatore, in perfetta armonia con l'art. 429 del codice commerciale. Si l'una che l'altro si riferiscono alle dichiarazioni dello assicurato. Queste devono seguitare a costituire la base del contratto assicurativo e alle stesse deve riportarsi il concetto di malafede. Una diversa interpretazione verrebbe ad alterare il principio universale sul quale si fonda soprattutto l'assicurazione vita.

La recente sentenza su riportata della Cassazione, che ammette una malafede specifica per il contratto di assicurazione, ci dà affidamento di una prossima giurisprudenza più consona alle esigenze dell'industria assicurativa che desidera anche la giusta tutela degli assicurati.

Indagini di Statistica Medica

CAUSE DI MORTE E PROFESSIONI

Dott. FERNANDO VICENTINI

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

Abbiamo preso in considerazione in questa nota le cause di morte degli assicurati maschi del portafoglio diretto con visita medica dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e degli assicurati maschi in forma popolare, deceduti nel periodo 1926-34, in relazione con le professioni o condizioni di essi all'epoca della morte. Le cifre così ottenute abbiamo, con le debite cautele, confrontato con quelle dei maschi della popolazione generale del Regno, morti per tutte le cause, da 15 anni in su, nel biennio 1933-34.

Ai fini del nostro lavoro abbiamo raggruppato come segue le cause di morte :

- 1) Ogni forma di tubercolosi
- 2) Malattie infettive e parassitarie (tubercolosi esclusa)
- 3) Tumori maligni
- 4) Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale
- 5) Malattie del sistema nervoso
- 6) » dell'apparato circolatorio
- 7) » » respiratorio
- 8) » » digerente
- 9) » » genito-urinario
- 10) Suicidi
- 11) Morti violente ed accidentali
- 12) Altre cause di morte e cause non specificate

Riguardo alla classificazione per professioni essa è stata fatta secondo le seguenti voci :
(vedi Statistica delle cause di morte del 1928 dell'I. C. di S. del Regno, parte I, pag. 195) :

- 1) Agricoltori di ogni specie
- 2) Industriali, commercianti
- 3) Venditori di derrate alimentari, merci varie o non specificate
- 4) Esercenti
- 5) Commissionari, rappresentanti
- 6) Minatori, cavatori, ecc.
- 7) Falegnami, verniciatori, ecc.
- 8) Addetti alla macellazione e conservazione delle carni, ai forni, ai pastifici, alla lavorazione del latte, alle industrie alimentari.
- 9) Conciatori, pellai, calzolari, guantai, ecc.
- 10) Metallurgici, meccanici, elettricisti, ecc.
- 11) Argentieri, orefici
- 12) Asfaltisti, fornaciai, ceramisti, vetrai, ecc.
- 13) Muratori, imbianchini, manovali, braccianti, ecc.
- 14) Addetti all'industria tessile ed alle manifatture tessili
- 15) » » del vestiario e dell'arredamento
- 16) » alle industrie chimiche, ai laboratori e manifatture tabacchi
- 17) » all'industria poligrafica e della carta
- 18) Operai non specificati
- 19) Cocchieri, carrettieri, ecc.
- 20) Ferrovieri, tramvieri, autisti, addetti ai trasporti aerei
- 21) Marinai, barcaioli, pescatori, ecc.
- 22) Addetti alla cura ed acconciatura della persona
- 23) » ai servivi domestici
- 24) Garzoni e camerieri addetti ai servizi pubblici
- 25) Facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti ecc.
- 26) Personale subalterno dello Stato ed altri Enti Pubblici
- 27) Esercito, marina, aeronautica (esclusi gli Ufficiali)
- 28) Guardie di Finanza e Milizia
- 29) Altri corpi armati dello Stato e di Enti Pubblici

- 30) Culto cattolico ed altri culti
- 31) Insegnanti e professioni liberali
- 32) Arti Sanitarie
- 33) » belle
- 34) Ufficiali di terra, di mare, di aria
- 35) Impiegati pubblici e privati
- 36) Pensionati e veterani
- 37) Proprietari e benestanti
- 38) Studenti
- 39) Disoccupati, invalidi, mendicanti
- 40) Professione ignota

Per poter ottenere i quozienti di mortalità specifica per le varie cause di morte nei vari gruppi professionali, bisognerebbe mettere in rapporto il numero dei morti per ogni causa, distinti secondo la professione, al numero totale degli individui viventi, della stessa categoria professionale; ma ciò nei riguardi della popolazione del Regno non è possibile fare, a causa dei criteri diversi secondo i quali vengono usualmente classificati secondo le professioni, e i viventi censiti e i morti denunziati in ogni anno. A difficoltà ancora maggiori si va incontro se si vuol calcolare i detti quozienti specifici di mortalità per il gruppo scelto degli assicurati, sia per il suddetto motivo, sia perchè non ci è possibile ancora avere con esattezza il numero delle teste esposte al rischio, per quello che riguarda i decorsi anni.

Pertanto per avere un'idea della frequenza con la quale si verificano le morti degli appartenenti ai vari gruppi professionali e alle varie condizioni non professionali, abbiamo, seguendo i dettami dell'Istituto Centrale di Statistica, esaminato la distribuzione delle varie cause di morte in ciascun gruppo, supposto uguale a cento il totale dei morti, per ogni causa, del gruppo stesso.

Questo abbiamo fatto per i maschi morti in Italia nel biennio 1933-34 e per gli assicurati maschi (del portafoglio con visita medica e del portafoglio popolare) morti nel periodo 1926-34.

E' bene finora avvertire che data la eseguità del numero degli assicurati morti appartenenti a talune categorie professionali, non possiamo dare valore alcuno o solo molto scarso alle cifre percentuali relative alle dette categorie: tali cifre risultano pertanto scritte in carattere corsivo.

I maschi morti in Italia per tutte le cause in età da 15 anni in su, nel biennio 1933-34 furono 406.298; gli assicurati maschi del portafoglio diretto, morti per tutte le cause nel periodo 1926-34 furono 12.518; quelli del portafoglio popolare 2805.

Nella tabella n. 1 sono riportate le distribuzioni percentuali secondo le categorie professionali degli individui oggetto del nostro studio, a prescindere per il momento dalle cause di morte.

Tra i maschi della popolazione del Regno morti nel 1933-34, gli agricoltori tengono il primo posto (45,65%), i muratori, inbianchini, manovali, braccianti ecc. il secondo posto (7,003%), i pensionati e veterani il terzo (5,437%), i proprietari e benestanti il quarto (4,163%), i disoccupati, invalidi ecc. il quinto (3,532%), i metallurgici, meccanici, elettricisti, ecc. il sesto (3,086%), gli industriali e commercianti il settimo (2,954%), i falegnami e verniciatori l'ottavo (2,715%), gli impiegati pubblici e privati il nono (2,541%); i conciatori, pellai, calzolai, ecc. il decimo posto (2,184%), ecc. ecc.

Tra gli assicurati con visita medica morti per tutte le cause il primo posto è tenuto dagli impiegati pubblici e privati (20,121%), il secondo dagli industriali e commercianti (16,847%), il terzo dagli insegnanti e professionisti (13,277%), il quarto dai venditori di derrate alimentari, ecc. (6,127%), il quinto dalle arti sanitarie (4,370%), il sesto dai proprietari e benestanti (3,946%), il settimo dagli agricoltori di ogni specie (3,695%), l'ottavo dai commissionari e rappresentanti (2,812%), il nono dai metallurgici, meccanici, elettricisti ecc. (2,668%), il decimo dal personale subalterno dello Stato ed Enti pubblici (2,596%), ecc. ecc.

Tra gli assicurati maschi del Portafoglio Popolare infine, il primo posto è tenuto dagli agricoltori (18,539%), il secondo dalle professioni ignote (10,019%), il terzo dagli operai non specificati (9,198%) il quarto dagli impiegati pubblici e privati (8,952%), il quinto dagli spazzini, facchini, cantonieri ecc. (7,201%), il sesto dai ferrovieri, tranvieri, autisti ecc. (5,419%), il settimo dai metallurgici, meccanici, elettricisti (4,920%), l'ottavo dai muratori, inbianchini, manovali ecc. (3,529%), il nono dagli industriali e commercianti (2,709%), il decimo dai venditori di derrate alimentari (2,567%), ecc. ecc.

Ci siamo posti il quesito se, almeno per quello che riguarda la classe scelta degli assicurati, fosse possibile dalla distribuzione secondo le professioni degli individui morti per tutte

le cause, ricavare qualche nozione circa la composizione professionale della popolazione degli esposti al rischio, alla quale i detti assicurati morti appartenevano.

A tale scopo abbiamo ripartito gli assicurati appartenenti al portafoglio con visita medica morti nel periodo 1926-34, in 12 classi professionali; le cifre percentuali relative alla

TABELLA n. 1.

| CATEGORIE PROFESSIONALI E CONDIZIONI | Maschi della popolazione generale del Regno morti in età da 15 in su, per tutte le cause nel 1933 e 1934 | Assicurati maschi dell'INA (Portafoglio diretto con visita medica) morti per tutte le cause nel periodo 1926-1934 | Assicurati maschi dell'INA (Portafoglio Popolare) morti per tutte le cause nel periodo 1926-1934 |
|--|--|---|--|
| Agricoltori di ogni specie | 45,653 | 3,595 | 18,539 |
| Industriali e commercianti | 2,954 | 16,847 | 2,709 |
| Venditori derrate alimentari | 1,714 | 6,127 | 2,567 |
| Esercenti | 0,532 | 0,807 | 0,392 |
| Commissionari e rappresentanti. | 0,893 | 2,812 | 0,606 |
| Minatori, cavatori, ecc. | 0,508 | 0,040 | 0,392 |
| Falegnami e verniciatori | 2,715 | 0,839 | 1,604 |
| Addetti ai macelli, forni, pastifici e industrie alimentari | 1,253 | 0,663 | 0,820 |
| Conciatori, pellai, calzolari, ecc. | 2,184 | 0,895 | 1,676 |
| Metallurgici, meccanici, elettricisti, ecc. | 3,086 | 2,668 | 4,920 |
| Argentieri, orefici, ecc. | 0,212 | 0,056 | 0,071 |
| Asfaltisti, ceramisti, fornaciai, vetrai, ecc. | 0,368 | 0,080 | 0,143 |
| Muratori, imbianchini, manovali, braccianti, ecc. | 7,003 | 1,550 | 3,529 |
| Addetti all'industria e manifattura tessile | 0,546 | — | — |
| » » del vestiario ed arredamento | 1,004 | 1,070 | 1,176 |
| » » chimica e manifat. tabacchi | 0,063 | 0,056 | 0,107 |
| » » poligrafica e della carta | 0,316 | 0,383 | 1,711 |
| Operai non specificati | 1,940 | 0,719 | 9,198 |
| Cocchieri, carrettieri, ecc. | 1,412 | 0,256 | 0,891 |
| Ferrovieri, tranvieri, autisti, ecc. | 0,986 | 2,253 | 5,419 |
| Marinai, barcaioi, pescatori, ecc. | 0,819 | 0,351 | 1,176 |
| Addetti alla cura ed acconciatura della persona » ai servizi domestici | 0,607 | 0,447 | 0,856 |
| Garzoni, camerieri, ecc. | 0,557 | 0,144 | 0,143 |
| Facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti, ecc. | 1,787 | 1,582 | 7,201 |
| Personale subalterno dello Stato ed altri Enti Pubblici | 0,389 | 2,596 | 2,424 |
| Esercito, Marina, Aeronautica (Ufficiali esclusi) Guardia di Finanza e Milizia | 0,337 | 1,686 | 1,854 |
| Altri corpi armati dello Stato ed Enti Pubblici | 0,061 | 0,359 | 0,606 |
| Culto Cattolico ed altri culti | 0,199 | 1,558 | 0,642 |
| Culto Cattolico ed altri culti | 0,714 | 2,029 | 0,357 |
| Insegnanti e professioni liberali | 1,134 | 13,277 | 2,531 |
| Arti sanitarie | 0,493 | 4,370 | 1,747 |
| Arti belle | 0,371 | 0,791 | 0,463 |
| Ufficiali di terra, di mare, d'aria | 0,114 | 2,021 | 0,463 |
| Impiegati pubblici e privati | 2,541 | 20,131 | 8,592 |
| Pensionati e veterani. | 5,437 | 2,245 | 1,426 |
| Proprietari e benestanti | 4,163 | 3,946 | 0,713 |
| Studenti | 0,496 | 0,184 | 2,317 |
| Disoccupati, invalidi, ecc. | 3,532 | — | — |
| Professioni ignote | 0,110 | 0,567 | 10,019 |
| | 100 | 100 | 100 |

detta distribuzione per professioni le abbiamo paragonate con le cifre ricavate da una tabella pubblicata in « L'Assistenza Sanitaria » del 15 agosto 1933 dal titolo: « Ripartizione degli assicurati con visita medica negli anni 1928-29-30 secondo l'età e la professione all'ingresso ».

Se esaminiamo i due prospetti che seguono non possiamo fare a meno di constatare la grande somiglianza dei dati contenuti nell'uno e nell'altro, il che porterebbe alla deduzione che la composizione professionale del gruppo degli assicurati morti, rispecchia abbastanza fedelmente la composizione professionale degli esposti al rischio.

*Ripartizione degli assicurati con visita medica del periodo 1928-30
secondo le professioni all'ingresso.*

| | | | |
|---|-------|---|------|
| Ufficiali e impiegati | 21,98 | Addetti ai servizi di trasporti e affini | 4,42 |
| Industriali e commercianti | 17,34 | Corpi armati dello Stato ed altri Enti pubblici | 3,98 |
| Culto, professioni ed arti liberali | 17,26 | Personale subalterno dello Stato ed altri Enti pubblici | 1,89 |
| Operai | 11,29 | Personale di servizio e di fatica | 1,52 |
| Venditori e rappresentanti | 9,18 | Condizioni non professionali | 0,58 |
| Agricoltori di ogni specie | 5,56 | | |
| Proprietari e benestanti | 5,00 | | |

*Ripartizione degli assicurati con visita medica morti nel periodo 1926-34
secondo la professione alla morte.*

| | | | |
|---|--------|--|-------|
| Ufficiali e impiegati | 24,397 | Corpi armati dello Stato ed altri Enti pubb. | 3,603 |
| Culto arti e professioni liberali | 20,467 | Agricoltori di ogni specie | 3,595 |
| Industriali e commercianti | 16,847 | Addetti ai servizi dei trasporti ed affini | 2,860 |
| Venditori e rappresentanti | 9,746 | Personale sub. dello Stato ed altri Enti p. | 2,596 |
| Operai | 9,019 | Personale di servizio e di fatica | 2,173 |
| Proprietari e benestanti | 3,946 | Condizioni non professionali | 0,751 |

Se ora per un momento vogliamo prescindere dalla distribuzione per categorie professionali e considerare solo le cause di morte nei tre gruppi di individui oggetto del nostro studio (V. tabella n. 2), vedremo che per i maschi appartenenti alla popolazione del Regno morti nel biennio 1933-34, le cause predominanti sono :

le malattie dell'apparato circolatorio (16,707 ‰), le malattie dell'apparato respiratorio (15,803 ‰), l'emorragia, trombosi ed embolia cerebrale (13,980 ‰), le altre cause e non specificate (12,715 ‰), ogni forma di tubercolosi (8,360 ‰), i tumori maligni (7,750 ‰) ;

nel gruppo degli assicurati maschi morti nel novennio 1926-34, la prima causa di morte è ancora rappresentata dalle malattie dell'apparato circolatorio (12,503 ‰), seguono le malattie dell'apparato respiratorio (10,689 ‰), le malattie dell'apparato digerente (10,497 ‰), le malattie infettive e parassitarie (10,473 ‰), ogni forma di tubercolosi (10,169 ‰), ecc. ecc. ;

tra gli assicurati maschi in forma popolare infine, morti nel novennio 1926-34, predominano : ogni forma di tubercolosi (22,673 ‰), le malattie dell'apparato respiratorio (13,761 ‰), le malattie dell'apparato digerente (10,019 ‰), le morti violente ed accidentali (8,520 ‰), le malattie infettive parassitarie (8,449 ‰), ecc.

TABELLA n. 2.

| CAUSE DI MORTE | Maschi della popolazione generale del Regno morti in età da 15 anni in su per tutte le cause dal 1933 al 1934. | Assicurati maschi (Portafoglio diretto C. V. M.) morti per tutte le cause nel novennio 1926-1934 (morti da 15 anni in su). | Assicurati maschi dell'INA (portafoglio Popolari) morti per tutte le cause nel novennio 1926-1934 (morti da 15 anni in su). |
|--|--|--|---|
| Ogni forma di tubercolosi | 8,360 | 10,169 | 22,673 |
| Altre malattie infettive e parassitarie | 4,606 | 10,473 | 8,449 |
| Tumori maligni | 7,750 | 9,434 | 6,096 |
| Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 13,980 | 8,076 | 4,207 |
| Malattie del sistema nervoso | 2,102 | 2,644 | 3,280 |
| » dell'apparato circolatorio | 16,707 | 12,503 | 9,483 |
| » » respiratorio | 15,803 | 10,689 | 13,761 |
| » » digerente | 7,305 | 10,497 | 10,019 |
| » » genito-urinario | 5,098 | 5,991 | 4,635 |
| Suicidi | 1,347 | 3,874 | 1,711 |
| Morti violente e accidentali | 4,227 | 5,776 | 8,520 |
| Altre cause di morte e cause non specificate | 12,715 | 9,874 | 7,166 |
| | 100 | 100 | 100 |

E passiamo finalmente ad esaminare le cause di morte secondo le professioni e condizioni. Questo studio è di notevole importanza per le deduzioni che se ne possono trarre ai fini della medicina preventiva, della medicina del lavoro, della medicina assicurativa. Noi però non faremo deduzione alcuna in quanto che il presente lavoro ha esclusivamente valore statistico e con tale intendimento è stato compilato.

TABELLA D. 4.

Assicurati maschi del portafoglio popolare morti durante il novennio 1926-34, distinti secondo le professioni o condizioni e le cause di morte. Cifre proporzionali a cento assicurati morti della stessa categoria professionale o condizioni

| CAUSE DI MORTE | Professioni e condizioni | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|---|-------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------------|---|----------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|----------------|------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------|--------------------|
| | Operai non specificati | Cocchieri e Carrettieri | Ferrovieri e Anziani | Martini o Barattoli | Adetti alla cura ed accoglienza della persona | Servizi domestici | Facchini Spazzini Cantonieri | Vend. ambulanti | Personale subalterno Stato e altri | Esercito Marina Aeronautica (Ufficiali esclusi) | Guardia di Finanze e M. V. S. N. | Altri Corpi Armati Stato e altri Enti Pubblici | Culto cattolico e altri culti | Insegnanti e professori liberali | Arti Sanitarie | Arti Belle | Ufficiali di terra, mare, aria | Impiegati pubblici e privati | Pensionati e Veterani | Proprietari e Beneficenti | Studenti | Professioni ignote |
| Ogni forma di tubercolosi | 17,84 | 32,00 | 15,13 | 9,09 | 41,68 | 25,00 | 17,81 | 23,54 | 23,08 | 17,65 | 33,33 | — | 12,68 | 12,24 | — | 7,69 | 23,65 | 25,00 | 40,00 | 40,00 | 24,61 | 20,63 |
| Altre malattie infettive e parassitarie | 7,75 | 12,00 | 7,24 | 9,09 | — | — | 7,43 | 16,18 | 9,62 | 11,76 | 5,55 | 30,00 | 16,90 | 12,24 | 7,69 | — | 7,88 | 5,00 | 5,00 | 20,00 | 16,92 | 8,19 |
| Tumori maligni | 9,30 | — | 7,24 | 22,12 | — | 25,00 | 8,91 | 1,47 | 1,92 | — | 5,55 | 10,00 | 5,63 | 8,16 | 7,69 | — | 1,54 | — | — | — | 1,54 | 6,05 |
| Emorragia, trombose, embolie cerebrali | 2,71 | 8,00 | 7,89 | 3,03 | 8,33 | — | 3,96 | 2,94 | 1,92 | — | — | 10,00 | 2,81 | 14,30 | 15,39 | — | 5,81 | 7,50 | 5,00 | — | — | 3,91 |
| Malattie sistema nervoso | 4,26 | 8,00 | 3,94 | 9,09 | 8,33 | 25,00 | 11,88 | 11,76 | 1,92 | 17,65 | — | — | 2,81 | 4,08 | 15,39 | — | 2,49 | 5,00 | 5,00 | 3,08 | 6,05 | |
| » apparato circolatorio | 8,91 | 8,00 | 7,89 | 9,09 | 8,33 | 25,00 | 12,38 | 13,24 | 11,54 | 17,65 | 5,55 | 10,00 | 14,08 | 14,30 | 7,69 | 15,39 | 11,62 | 15,00 | 5,00 | 9,23 | 6,76 | |
| » respiratorio | 13,57 | 16,00 | 16,45 | 15,15 | 20,83 | 25,00 | 12,38 | 8,82 | 11,54 | 17,65 | 5,55 | 10,00 | 16,90 | 12,24 | 7,69 | 23,09 | 8,71 | 15,00 | 5,00 | 9,23 | 12,46 | |
| » digerente | 12,02 | 8,00 | 8,55 | 9,09 | 8,33 | 25,00 | 14,85 | 5,88 | 7,69 | 5,88 | — | 10,00 | 5,63 | 6,12 | 7,69 | 15,39 | 15,35 | 7,50 | 5,00 | 10,77 | 9,61 | |
| » genito-urinario | 2,33 | 8,00 | 1,32 | 12,12 | — | — | 7,92 | 5,88 | — | — | 11,12 | 20,00 | 12,68 | 8,16 | 7,69 | 23,07 | 4,15 | 5,00 | 5,00 | 1,54 | 4,98 | |
| » Snicidi | 2,71 | — | 1,32 | 15,15 | — | — | 0,50 | 4,41 | 5,77 | 5,88 | 11,12 | 10,00 | 1,42 | 2,04 | — | — | 2,07 | — | — | — | 2,14 | |
| Morti violenti e accidentali. | 13,95 | 8,00 | 17,11 | 15,15 | 12,50 | — | 7,92 | 4,41 | 28,85 | 23,53 | 5,55 | 10,00 | 4,23 | 2,04 | 7,69 | 7,69 | 5,39 | 5,00 | — | 9,23 | 3,91 | |
| Altre cause non specificate | 4,65 | — | 5,92 | 3,04 | — | — | 4,95 | 4,41 | 1,92 | — | 22,23 | — | 4,23 | 4,08 | 7,69 | 7,69 | 6,66 | 12,50 | 5,00 | 13,85 | 15,31 | |
| Totale | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Nella tabella n. 3 si trovano gli assicurati maschi del portafoglio diretto con visita medica morti nel novennio 1926-34 distinti secondo le professioni o condizioni e le cause di morte: sono cifre proporzionali a cento assicurati maschi morti per tutte le cause appartenenti, alla stessa categoria professionale.

Nella tabella n. 4 sono le analoghe cifre degli assicurati maschi morti nello stesso periodo, appartenenti al portafoglio popolare.

Le cifre relative ai maschi della popolazione generale morti in età da 15 anni in su nel biennio 1933-34 saranno riferite a mano a mano che se ne presenterà l'occasione. Esamineremo dapprima brevemente le cause di morte degli individui appartenenti ai tre gruppi esaminati e ciò in riferimenti alle principali categorie professionali; in seguito passeremo in rassegna per ogni causa di morte le cifre relative alle varie categorie professionali, in ordine di importanza.

CAUSE DI MORTE DEGLI AGRICOLTORI

Riportiamo anzitutto le cifre proporzionali a cento agricoltori maschi della popolazione del Regno morti per tutte le cause, in età da 15 anni in su (in ordine decrescente):

| | | | |
|--|-------|---|------|
| Malattie dell'apparato respiratorio | 17,59 | Ogni forma di tubercolosi | 5,62 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 17,28 | Malattie infettive e parassitarie | 4,70 |
| Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 15,24 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 4,32 |
| Altre cause e non specificate | 14,92 | Morti violente ed accidentali | 3,62 |
| Tumori maligni | 7,03 | Malattie del sist. nerv. e degli org. dei sensi | 1,82 |
| Malattie dell'apparato digerente | 6,86 | Suicidi | 1,00 |

Come si vede il 1° posto è occupato dalle malattie dell'apparato respiratorio, il 2° delle malattie dell'apparato circolatorio, il 3° dalla emorragia trombosi ed embolia cerebrale; seguono le altre cause di morte con cifre sempre minori: agli ultimi posti stanno le malattie del sistema nervoso ed i suicidi.

Ed ecco in ordine decrescente le cifre percentuali relative alla distribuzione degli agricoltori assicurati con visita medica e quelle degli agricoltori assicurati in forma Popolare.

Cifre proporzionali a cento agricoltori maschi assicurati con visita medica morti, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato respiratorio | 16,67 | Tumori maligni | 8,22 |
| Malattie dell'apparato digerente | 11,56 | Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 7,11 |
| Ogni forma di tubercolosi | 11,33 | Morti violente ed accidentali | 6,44 |
| Malattie infettive e parassitarie | 10,44 | Suicidi | 3,33 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 9,33 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 3,33 |
| Altre cause e non specificate | 9,12 | Malattie del sist. nerv. ed org. dei sensi | 3,12 |

Cifre proporzionali a cento agricoltori maschi morti, assicurati in forma popolare distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Ogni forma di tubercolosi | 29,22 | Morti violente ed accidentali | 5,58 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 14,62 | Tumori maligni | 5,58 |
| Malattie infettive e parassitarie | 9,04 | Malattie dell'apparato genito urinario | 4,42 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 7,88 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 4,04 |
| Malattie dell'apparato digerente | 7,88 | Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 3,47 |
| Altre cause e non specificate | 7,50 | Suicidi | 0,77 |

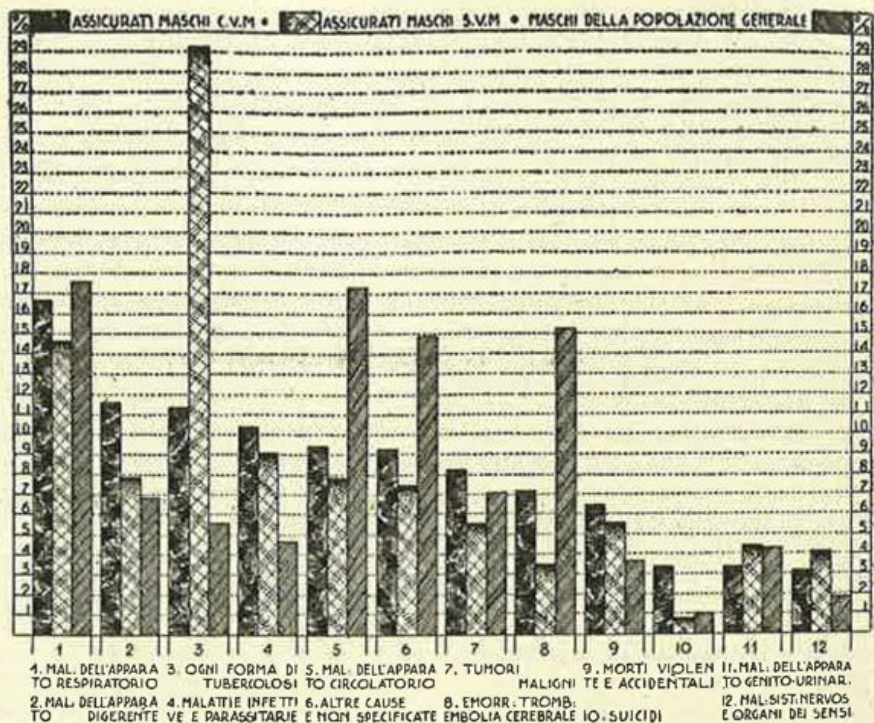
Anche tra gli agricoltori assicurati con visita medica il primo posto è occupato dalle malattie dell'apparato respiratorio, causa di morte questa che sta al secondo posto nel gruppo degli agricoltori assicurati in forma popolare. Tra questi ultimi vi è un forte numero di morti per tubercolosi nelle sue varie forme, e ciò è in rapporto con due fattori: il forte numero di mutilati ed invalidi di guerra assicurati in forma popolare e il fattore antiselezione al quale questa forma di assicurazione particolarmente si presta. Quanto abbiamo ora detto viene convalidato dal fatto che nel gruppo degli agricoltori assicurati con visita medica la tubercolosi occupa il terzo posto con l'11,33%, cifra questa ben lontana dal 29,22% degli assicurati in forma popolare.

L'emorragia, trombosi, embolia cerebrale, causa di morte piuttosto frequente fra gli agricoltori della popolazione generale (15,24) sta all'ottavo posto fra gli assicurati con visita medica con il 7,11% ed al penultimo posto tra gli assicurati in forma popolare con il 3,47%.

Cause di morte degli agricoltori.

Questi fatti si possono verosimilmente spiegare pensando che il portafoglio popolare è ancora molto giovane e quindi tra gli assicurati non sono molti quelli in età avanzata, e che, per quello che riguarda gli assicurati con visita medica, la maggior parte dei contratti (calcolando l'età media all'ingresso degli assicurati dai 25 ai 35 anni, e venti anni la durata media dei contratti) si viene ad esaurire per normale scadenza prima che gli assicurati raggiungano quelle età nelle quali è più frequente tale causa di morte.

Per quello che riguarda i suicidi, la cifra degli assicurati in forma popolare è molto vicina, ma inferiore a quella degli appartenenti alla popolazione generale, mentre è più che triplicata quella degli assicurati con visita medica.



(N. B. — Gli Assicurati S. V. M. appartengono al Portafoglio Popolare).

CAUSE DI MORTE DEI METALLURGICI, MECCANICI, ELETTRICISTI, :

Cifre proporzionali a cento metallurgici, meccanici ecc. maschi della popolazione generale morti, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|--|-------|--|------|
| Ogni forma di tubercolosi | 18,72 | Malattie dell'apparato digerente | 7,94 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 14,32 | Altre cause e non specificate | 7,30 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 11,65 | Malattie infettive e parassitarie | 4,84 |
| Emorragia, trombosì, embolia cerebrale | 8,99 | Malattie dell'apparato genito urinario | 4,40 |
| Tumori maligni | 8,56 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 2,89 |
| Morti violente ed accidentali | 8,44 | Suicidi. | 1,95 |

Cifre proporzionali a cento metallurgici, meccanici. ecc. assicurati maschi con visita medica morti, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Morti violente ed accidentali | 13,47 | Altre cause e non specificate | 8,68 |
| Malattie dell'apparato digerente | 12,56 | Malattie dell'apparato circolatorio | 7,19 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 11,68 | Emorragia, trombosì, embolia cerebrale | 5,99 |
| Malattie infettive e parassitarie | 11,68 | Malattie dell'apparato genito urinario | 4,49 |
| Ogni forma di tubercolosi | 10,48 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 2,10 |
| Tumori maligni | 10,48 | Suicidi. | 1,20 |

Cifre proporzionali a cento metallurgici, meccanici, ecc. assicurati maschi del portafoglio popolare morti, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato respiratorio | 16,68 | Tumori maligni | 5,80 |
| Morti violente ed accidentali | 15,94 | Malattie infettive e parassitarie | 5,07 |
| Ogni forma di tubercolosi | 15,94 | Suicidi. | 3,62 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 12,32 | Malattie dell'apparato genito urinario | 2,90 |
| Malattie dell'apparato digerente | 10,87 | Emorragia, trombosì, embolia cerebrale | 2,17 |
| Altre cause e non specificate | 6,52 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 2,17 |

Nei maschi appartenenti alla popolazione generale del Regno predominano la tubercolosi, le malattie dell'apparato respiratorio, le malattie dell'apparato circolatorio, la emorragia, trombosì ed embolia cerebrale; tra gli assicurati con visita medica il primo posto è occupato

dalle morti violente ed accidentali; questa causa di morte occupa anche il secondo posto tra gli assicurati in forma popolare mentre sta al sesto negli appartenenti alla popolazione generale del Regno.

Per gli assicurati in forma popolare il primo posto è tenuto dalle malattie dell'apparato respiratorio, causa di morte che occupa il secondo posto nella classifica degli appartenenti alla popolazione generale ed il terzo posto nel gruppo degli assicurati con visita medica.

Le malattie dell'apparato digerente che appaiono non molto frequenti negli appartenenti alla popolazione generale del Regno lo sono di più fra gli assicurati; lo stesso si dica per le malattie infettive e parassitarie.

CAUSE DI MORTE DEGLI OPERAI NON SPECIFICATI :

Cifre proporzionali a cento operai non specificati maschi morti della popolazione generale del Regno, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato respiratorio | 14,78 | Tumori maligni | 8,21 |
| Ogni forma di tubercolosi | 14,74 | Malattie dell'apparato digerente | 7,26 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 13,62 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 4,95 |
| Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale. | 10,71 | Malattie infettive e parassitarie | 4,58 |
| Altre cause e non specificate | 8,41 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 2,98 |
| Morti violente e accidentali | 8,28 | Suicidi. | 1,48 |

Cifre proporzionali a cento operai non specificati assicurati maschi morti del portafoglio con visita medica, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato circolatorio | 14,45 | Morti violente e accidentali | 7,78 |
| Ogni forma di tubercolosi | 13,33 | Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 6,67 |
| Altre cause e non specificate | 13,33 | Malattie dell'apparato digerente | 6,67 |
| Tumori maligni | 11,11 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 4,44 |
| Malattie infettive e parassitarie | 10,00 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 2,22 |
| Malattie apparato respiratorio | 10,00 | Suicidi. | — |

Cifre proporzionali a cento operai non specificati maschi morti assicurati del portafoglio popolare, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Ogni forma di tubercolosi | 17,84 | Malattie infettive e parassitarie | 7,75 |
| Morti violente e accidentali | 13,95 | Altre cause e non specificate | 4,65 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 13,57 | Malattie del sistema nervoso | 4,26 |
| Malattie dell'apparato digerente | 12,02 | Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 2,71 |
| Tumori maligni | 9,30 | Suicidi. | 2,71 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 8,91 | Malattie apparato genito-urinario | 2,33 |

Tra le cause di morte degli operai non specificati la tubercolosi nelle sue varie forme è ben rappresentata nei tre gruppi in esame in quanto sta al secondo posto nei maschi morti della popolazione del Regno con il 14,74 ‰, ancora al secondo posto negli assicurati con visita medica con il 13,33 ‰ ed al primo posto nel portafoglio popolare con il 17,84 ‰. Tra i maschi della popolazione generale la causa di morte che occupa il primo posto è « malattie dell'apparato respiratorio » mentre al terzo posto stanno le malattie dell'apparato circolatorio. Queste ultime occupano il primo posto nel gruppo degli assicurati con visita medica ed il sesto nel gruppo degli assicurati in forma popolare.

Le morti violente ed accidentali occupano il secondo posto nel gruppo degli assicurati in forma popolare con il 13,95 ‰, il sesto nei maschi della popolazione generale con l'8,28 ‰, il settimo nel gruppo degli assicurati con visita medica con il 7,78 ‰. Agli ultimi posti delle classifiche stanno per i maschi della popolazione generale le malattie del sistema nervoso ed i suicidi, per gli assicurati con visita medica le malattie dell'apparato genito-urinario e le malattie del sistema nervoso, per gli assicurati in forma popolare il suicidio e le malattie dell'apparato genito-urinario.

CAUSE DI MORTE DEI FERROVIERI, TRAMVIERI, AUTISTI ecc. :

Cifre proporzionali a cento ferrovieri, tranvieri, ecc. maschi morti, della popolazione generale del Regno distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Ogni forma di tubercolosi | 17,27 | Altre cause e non specificate | 7,16 |
| Morti violente e accidentali | 12,82 | Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 6,54 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 11,60 | Malattie infettive e parassitarie | 6,04 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 10,90 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 3,92 |
| Malattie dell'apparato digerente | 10,00 | Malattie del sistema nervoso | 3,07 |
| Tumori maligni | 8,33 | Suicidi | 2,35 |

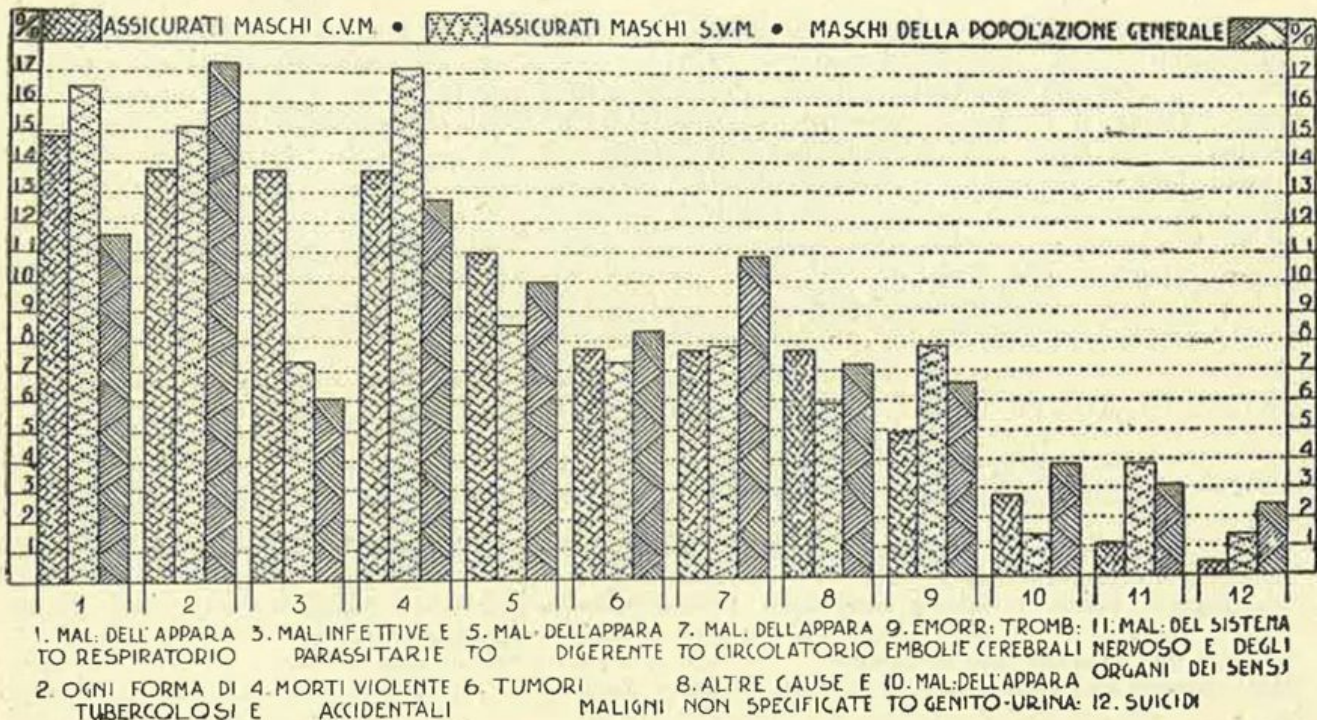
Cifre proporzionali a cento ferrovieri, tranvieri, ecc. morti assicurati nel portafoglio con visita medica, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato respiratorio | 14,89 | Malattie dell'apparato circolatorio | 7,80 |
| Ogni forma di tubercolosi | 13,84 | Altre cause e non specificate | 7,80 |
| Malattie infettive e parassitarie | 13,84 | Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 4,96 |
| Morti violente e accidentali | 13,83 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 2,84 |
| Malattie apparato digerente | 10,99 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 1,06 |
| Tumori maligni | 7,80 | Suicidi | 0,35 |

Cifre proporzionali a cento ferrovieri, tranvieri, ecc. assicurati del portafoglio popolare morti, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|--|-------|--|------|
| Morti violente e accidentali | 17,11 | Malattie infettive e parassitarie | 7,24 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 16,45 | Tumori maligni | 7,24 |
| Ogni forma di tubercolosi | 15,13 | Altre cause e non specificate | 5,92 |
| Malattie apparato digerente | 8,55 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 3,94 |
| Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 7,89 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 1,32 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 7,89 | Suicidi | 1,32 |

Cause di morte dei ferrovieri, tranvieri, autisti, ecc.



(N. B. — Gli Assicurati S. V. M. appartengono al Portafoglio Popolare).

Nei maschi della popolazione generale del Regno le quattro cause di morte più importanti sono: ogni forma di tubercolosi; morti violente ed accidentali; malattie dell'apparato respiratorio e malattie dell'apparato circolatorio. Tra gli assicurati con visita medica invece, al posto delle malattie dell'apparato circolatorio, troviamo le malattie infettive e parassitarie e tra gli assicurati in forma popolare, sempre al posto delle malattie dell'apparato circolatorio, troviamo le malattie dell'apparato digerente, restando invariate le altre tre cause di morte.

I tumori maligni occupano il sesto posto nella popolazione generale del Regno e nel gruppo degli assicurati con visita medica; l'ottavo posto nel gruppo degli assicurati in forma popolare.

I suicidi sono più frequenti tra i maschi della popolazione del Regno (2,35) che tra gli assicurati (con visita medica 0,35; forma popolare 1,35).

CAUSE DI MORTE DEGLI INDUSTRIALI E COMMERCianti:

Cifre proporzionali a 100 industriali e commercianti maschi morti della popolazione generale del Regno, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|--|-------|---|------|
| Malattie dell'apparato circolatorio | 17,84 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 7,29 |
| Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 13,54 | Ogni forma di tubercolosi | 6,07 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 12,76 | Malattie infettive e parassitarie | 4,66 |
| Altre cause e non specificate | 10,53 | Morti violente ed accidentali | 3,74 |
| Tumori maligni | 9,57 | Suicidi | 2,74 |
| Malattie dell'apparato digerente | 9,37 | Malattie sistema nervoso ed organi di senso | 1,93 |



Cifre proporzionali a 100 industriali e commercianti maschi assicurati del portafoglio con visita medica morti distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato circolatorio | 13,18 | Ogni forma di tubercolosi | 8,06 |
| Malattie dell'apparato digerente | 11,28 | Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 7,54 |
| Malattie infettive e parassitarie | 10,34 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 6,59 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 10,29 | Morti violente ed accidentali | 6,59 |
| Tumori maligni | 9,20 | Suicidi | 6,12 |
| Altre cause e non specificate | 8,58 | Malattie del sistema nervoso | 2,23 |

Cifre proporzionali a 100 industriali e commercianti maschi assicurati del portafoglio popolare morti, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Ogni forma di tubercolosi | 25,00 | Tumori maligni | 5,26 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 14,47 | Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 3,95 |
| Malattie dell'apparato digerente | 11,84 | Malattie infettive e parassitarie | 2,63 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 10,53 | Suicidi | 2,63 |
| Apparato genito-urinario | 10,53 | Morti violente ed accidentali | 2,63 |
| Altre cause e non specificate | 7,90 | Malattie del sistema nervoso ecc. | 2,63 |

Nei maschi della popolazione del Regno la causa di morte più importante è costituita dalle malattie dell'apparato circolatorio (17,84 %) e così tra gli assicurati con visita medica (13,18 %); per gli assicurati in forma Popolare invece questa causa di morte occupa il 2° posto, essendo il 1° tenuto dalla tubercolosi con il 25 %. La tubercolosi e le sue varie forme occupa il 7° posto nel gruppo degli assicurati con visita medica (8,06 %) e l'8° nei maschi della popolazione del Regno col 6,07 %. L'emorragia, trombosi ed embolia cerebrale sta al 2° posto nella classifica delle cause di morte dei maschi della popolazione del Regno ed all'8° posto in quella degli assicurati con visita medica ed in forma Popolare. Particolare importanza ha il suicidio in questa categoria professionale: per tale causa sono morti il 6,12 % degli assicurati con visita medica ed il 2,63 % degli assicurati in forma popolare; per la popolazione generale del Regno (maschi) la cifra relativa a questa causa è il 2,74 %.

CAUSE DI MORTE DEGLI INSEGNANTI E DEI PROFESSIONISTI:

Cifre proporzionali a 100 insegnanti e professionisti maschi morti della popolazione del Regno distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|---|------|
| Malattie dell'apparato circolatorio | 19,23 | Malattie dell'apparato digerente | 8,18 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 12,30 | Ogni forma di tubercolosi | 7,31 |
| Emorragia, trombosi e embolia cerebrale | 11,52 | Malattie infettive e parassitarie | 5,34 |
| Tumori maligni | 9,42 | Morti violente ed accidentali | 3,17 |
| Malattie dell'apparato genito-urinario | 9,18 | Malattie del sistema nervoso | 2,80 |
| Altre cause e non specificate | 8,99 | Suicidi | 2,56 |

Cifre proporzionali a 100 insegnanti e professionisti maschi assicurati del portafoglio con visita medica morti, distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato circolatorio | 14,26 | Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 8,84 |
| Malattie dell'apparato digerente | 11,13 | Ogni forma di tubercolosi | 8,00 |
| Malattie infettive e parassitarie | 11,01 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 7,46 |
| Altre cause e non specificate | 10,23 | Morti violente ed accidentali | 3,92 |
| Malattie apparato respiratorio | 9,87 | Suicidi | 3,79 |
| Tumori maligni | 8,84 | Malattie del sistema nervoso | 2,65 |

Cifre proporzionali a 100 insegnanti e professionisti maschi assicurati del portafoglio popolare morti distribuiti secondo le cause di morte.

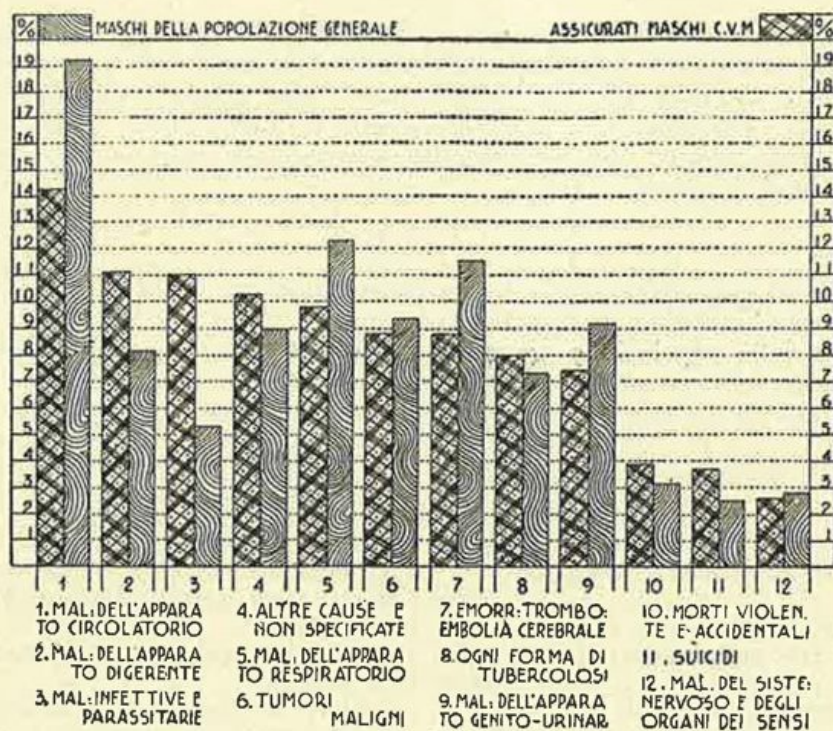
| | | | |
|--|-------|--|------|
| Malattie infettive e parassitarie | 16,90 | Tumori maligni | 5,63 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 16,90 | Morti violente ed accidentali | 4,23 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 14,08 | Altre cause e non specificate | 4,23 |
| Ogni forma di tubercolosi | 12,68 | Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 2,81 |
| Malattie dell'apparato genito-urinario | 12,68 | Malattie del sist. nerv. ed org. dei sensi | 2,81 |
| Malattie dell'apparato digerente | 5,63 | Suicidi | 1,42 |

Predominano in questa categoria professionale le malattie dell'apparato circolatorio che stanno al 1° posto nei maschi della popolazione del Regno (19,23 %) e tra gli assicurati con

visita medica (14,26 %) e al 3° nel gruppo degli assicurati in forma Popolare (14,08 %). Le malattie dell'apparato respiratorio occupano il 2° nei maschi della popolazione del Regno col 12,30 %, il 1° a la pari con le malattie infettive e parassitarie nel gruppo degli assicurati in forma Popolare con il 16,90 %, il 5° posto infine tra gli assicurati con visita medica (9,87 %).

I tumori maligni hanno il 4° nei maschi della popolazione del Regno con il 9,42 %, il 6° nel gruppo degli assicurati con visita medica con l'8,84 %, il 7° tra gli assicurati in forma Popolare.

Cause di morte degli impiegati e professionisti.



CAUSE DI MORTE DEGLI IMPIEGATI PUBBLICI E PRIVATI:

Cifre proporzionali a 100 impiegati maschi morti della popolazione del Regno distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|--|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato circolatorio | 15,73 | Altre cause e non specificate | 7,99 |
| Ogni forma di tubercolosi | 15,56 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 6,60 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 12,40 | Malattie infettive e parassitarie | 5,06 |
| Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 9,65 | Morti violente ed accidentali | 3,57 |
| Tumori maligni | 8,92 | Malattie del sistema nervoso | 2,86 |
| Malattie dell'apparato digerente | 8,83 | Suicidi | 2,83 |

Cifre proporzionali a 100 impiegati assicurati maschi morti del portafoglio con visita medica distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Malattie dell'apparato circolatorio | 12,42 | Malattie dell'apparato respiratorio | 9,72 |
| Ogni forma di tubercolosi | 11,47 | Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 7,86 |
| Tumori maligni | 10,52 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 5,56 |
| Malattie dell'apparato digerente | 10,28 | Suicidi | 4,52 |
| Malattie infettive e parassitarie | 10,16 | Morti violente ed accidentali | 4,33 |
| Altre cause e non specificate | 9,91 | Malattie del sistema nervoso | 3,25 |

Cifre proporzionali a 100 impiegati maschi morti, assicurati in forma popolare distribuiti secondo le cause di morte.

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Ogni forma di tubercolosi | 23,65 | Tumori maligni | 6,22 |
| Malattie dell'apparato digerente | 15,35 | Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 5,81 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 11,62 | Morti violente ed accidentali | 5,39 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 8,71 | Malattie dell'apparato genito-urinario | 4,15 |
| Malattie infettive e parassitarie | 7,88 | Malattie del sistema nervoso | 2,49 |
| Altre cause e non specificate | 6,66 | Suicidi | 2,07 |

Nei maschi della Popolazione del Regno la causa di morte che occupa il 1° posto è rappresentata dalle malattie dell'apparato circolatorio, cui segue ogni forma di tubercolosi; invece nel gruppo degli assicurati in forma Popolare la tubercolosi occupa il 1° posto ed al 2° stanno le malattie dell'apparato digerente. Queste ultime occupano il 4° posto nel gruppo degli assicurati con visita medica ed il 6° nei maschi della popolazione del Regno. I tumori maligni stanno al 3° posto nel gruppo degli assicurati con visita medica al 5° nei maschi della popolazione del Regno e al 6° tra gli assicurati in forma Popolare.

I suicidi, abbastanza frequenti tra gli assicurati con visita medica (4,52 %), lo sono un po' meno nei maschi della popolazione del Regno (2,83 %), e meno ancora tra gli assicurati in forma Popolare (2,07 %).

Analoghi raffronti potrebbero farsi per tutte le altre categorie professionali; occorre però tener presente che il numero degli assicurati morti è specialmente per alcune categorie piuttosto scarso rispetto a quello dei morti appartenenti alle stesse categorie della popolazione generale del Regno, per quanto le indagini intorno a questi ultimi siano state limitate ad un sol biennio. Se ne deduce che occorrerebbe essere molto cauti se si volessero trarre delle conclusioni sulla base di queste cifre.

* *

Passiamo ora ad esaminare per le varie cause di morte (a gruppi) le cifre relative alle varie categorie professionali in ordine di importanza.

Per i maschi della popolazione generale del Regno riportiamo qui appresso alcuni prospetti nei quali sono riferite per ognuna delle cause di morte le cifre proporzionali a 100 maschi morti in età da 15 anni in su, appartenenti ad ogni categoria professionale, relative al biennio 1933-34:

I. — *Ogni forma di tubercolosi.*

| | | | |
|---|-------|---|-------|
| Studenti | 40,65 | Asfaltisti, fornaciai, ceramisti, ecc. | 12,09 |
| Addetti alla cura ed alla acconciatura della persona | 21,48 | Addetti alle industrie e manifatture tessili. | 11,90 |
| Guardia di Finanza e Milizia | 19,84 | Altri corpi armati dello Stato ed Enti pubblici | 11,50 |
| Addetti alle industrie poligrafiche e della carta | 18,80 | Personale subalterno dello Stato ed Enti pubblici | 11,46 |
| Metallurgici, elettricisti, meccanici, ecc. | 18,72 | Addetti ai macelli, forni, pastifici, ecc. | 11,34 |
| Esercito, marina, aeronautica (esclusi gli ufficiali) | 17,96 | Venditori derrate alimentari | 9,74 |
| Ferrovieri, tramvieri, autisti, ecc. | 17,27 | Ufficiali di terra, mare ed aria | 9,70 |
| Garzoni e camerieri addetti a servizi pubblici | 16,62 | Commissionari e rappresentanti. | 9,59 |
| Arti belle | 16,43 | Facchini, spazzini, cantonieri, ecc. | 9,34 |
| Impiegati pubblici e privati | 15,56 | Marinai, barcaioi, ecc. | 8,45 |
| Addetti all'industria del vestiario e dell'arredamento. | 14,78 | Cocchieri e carrettieri, ecc. | 8,30 |
| Operai non specificati | 14,74 | Addetti alle industrie chimiche e alle manifatt. tabacchi | 8,17 |
| Falegnami verniciatori, ecc. | 14,65 | Insegnanti e professioni liberali | 7,31 |
| Minatori, cavatori, ecc. | 14,33 | Esercenti | 7,27 |
| Professione ignota | 14,29 | Industriali e commercianti | 6,07 |
| Muratori, imbianchini, manovali, ecc. | 13,26 | Agricoltori | 5,62 |
| Addetti ai servizi domestici | 13,25 | Culto cattolico ed altri culti | 5,31 |
| Argentieri, orefici, ecc. | 13,21 | Disoccupati e invalidi | 4,60 |
| Conciatori, calzolai, pellai, ecc. | 12,50 | Arti sanitarie | 4,39 |
| | | Pensionati e veterani | 3,93 |
| | | Proprietari e benestanti | 2,32 |

II. — *Malattie infettive e parassitarie.*

| | | | |
|--|-------|---|------|
| Studenti | 11,80 | Impiegati pubblici e privati | 5,06 |
| Esercito, marina, aeronautica (uff. esclusi). | 11,09 | Arti sanitarie | 5,04 |
| Professione ignota | 7,37 | Arti belle | 4,97 |
| Addetti alla cura ed alla acconciatura della persona | 7,26 | Culto cattolico ed altri culti | 4,93 |
| Ufficiali di terra, di mare, di aria | 7,11 | Argentieri ed orefici | 4,87 |
| Guardie di finanza e Milizia | 6,88 | Garzoni e camerieri addetti ai servizi pubblici | 4,86 |
| Ferrovieri, tramvieri e autisti | 6,04 | Metallurgici, elettricisti, meccanici, ecc. | 4,84 |
| Corpi armati dello Stato ed altri Enti pubblici | 5,44 | Addetti ai macelli, forni, pastifici, ecc. | 4,79 |
| Insegnanti e professioni liberali | 5,34 | Agricoltori | 4,70 |
| Muratori, imbianchini, manovali, ecc. | 5,10 | Asfaltisti, fornaciai, ceramisti, vetrai, ecc. | 4,68 |
| | | Industriali e commercianti. | 4,66 |

| | | | |
|--|------|--|------|
| Addetti ai servizi domestici | 4,63 | Cocchieri e carrettieri | 4,13 |
| Operai non specificati. | 4,58 | Venditori derrate alimentari | 4,11 |
| Personale subalterno dello Stato ed altri Enti Pubblici. | 4,56 | Conciatori, calzolai, pellai, ecc. | 4,08 |
| Falegnami, verniciatori, ecc. | 4,41 | Marinai, barcaioi, ecc. | 4,06 |
| Commissionari e rappresentanti. | 4,40 | Proprietari e benestanti | 3,94 |
| Addetti alle industrie ed alle manifatture tessili | 4,28 | Esercenti | 3,70 |
| Facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti | 4,24 | Addetti alle industrie poligrafiche e della carta | 3,67 |
| Addetti all'industria del vestiario e dello arredamento | 4,19 | Disoccupati e invalidi | 3,65 |
| | | Industrie chimiche e manifatture tabacchi. | 3,50 |
| | | Pensionati e veterani. | 3,14 |
| | | Minatori e cavatori | 2,95 |

III. — *Tumori maligni.*

| | | | |
|--|-------|---|------|
| Addetti alle industrie poligrafiche e della carta | 10,54 | Culto cattolico e altri culti | 8,38 |
| Addetti alle industrie chimiche e manifat- ture tabacchi. | 10,52 | Muratori, imbianchini, manovali, ecc. | 8,36 |
| Personale subalterno dello Stato e altri Enti pubblici. | 10,13 | Ferrovieri, tranvieri, autisti | 8,33 |
| Pensionati e veterani. | 9,80 | Operai non specificati | 8,21 |
| Venditori derrate alimentari ecc. | 9,75 | Arti belle | 8,03 |
| Argentieri ed orefici | 9,73 | Altri corpi armati dello Stato ed Enti pub- blici | 8,03 |
| Addetti ai servizi domestici | 9,64 | Proprietari e benestanti | 7,97 |
| Facchini, spazzini, cantonieri, ecc. | 9,61 | Cocchieri e carrettieri | 7,74 |
| Addetti alle industrie e manifatture tessili | 9,60 | Ufficiali terra, mare, aria | 7,54 |
| Industriali e commercianti. | 9,57 | Addetti all'industria del vestiario ed arre- damento | 7,48 |
| Insegnanti e professioni liberali | 9,42 | Garzoni e camerieri | 7,47 |
| Asfaltisti, fornaciai, ceramisti, ecc. | 9,35 | Conciatori, pellai, calzolai ecc. | 7,46 |
| Commissionari e rappresentanti. | 9,29 | Agricoltori | 7,03 |
| Arti sanitarie | 9,29 | Minatori e cavatori | 6,10 |
| Esercenti | 9,02 | Addetti alla cura ed acconciatura della persona | 5,59 |
| Addetti ai macelli, forni, pastifici, ecc. | 9,02 | Disoccupati, invalidi | 5,32 |
| Impiegati pubblici e privati | 8,92 | Guardie di Finanza e Milizia | 4,45 |
| Metallurgici, elettricisti, meccanici, ecc. | 8,56 | Professione ignota | 3,35 |
| Marinai, barcaioi, ecc. | 8,45 | Esercito, marina, aeronautica | 2,19 |
| Falegnami, verniciatori, ecc. | 8,39 | Studenti | 1,74 |

IV. — *Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale.*

| | | | |
|--|-------|--|-------|
| Pensionati e veterani | 17,67 | Garzoni e camerieri add. ai servizi pubblici | 11,58 |
| Disoccupati e invalidi | 16,79 | Insegnanti e professioni liberali | 11,52 |
| Proprietari e benestanti | 16,72 | Muratori, imbianchini, manovali ecc. | 11,40 |
| Culto cattolico ed altri culti | 15,62 | Addetti ai servizi domestici | 11,28 |
| Agricoltori | 15,24 | Addetti alle industrie chimiche e mani- fature tabacchi | 10,89 |
| Conciatori, pellai, calzolai ecc. | 14,51 | Operai non specificati | 10,71 |
| Marinai, barcaioi ecc. | 14,43 | Arti belle | 10,67 |
| Addetti all'industria del vestiario ed arred. | 13,92 | Addetti alle industrie poligrafiche e della carta | 10,37 |
| Esercenti | 13,60 | Addetti alla cura ed acconciatura della persona | 10,34 |
| Cocchieri e carrettieri | 13,58 | Minatori e cavatori | 9,20 |
| Industriali e commercianti. | 13,54 | Impiegati pubblici e privati | 9,65 |
| Arti sanitarie | 13,53 | Metallurgici, elettricisti, meccanici ecc. | 8,99 |
| Venditori di derrate alimentari | 13,16 | Professione ignota | 8,71 |
| Addetti alle industrie e manifatture tessili | 13,11 | Ufficiali terra, mare, aria | 7,11 |
| Asfaltisti, fornaciai, ceramisti ecc. | 12,89 | Altri corpi armati dello Stato ed Enti Pubblici. | 7,05 |
| Facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti | 12,70 | Ferrovieri, tranvieri, autisti | 6,54 |
| Addetti ai macelli, forni, pastifici, ecc. | 12,57 | Guardia di Finanza e Milizia | 2,83 |
| Commissionari, rappresentanti | 12,49 | Esercito, marina, aeronautica (uff. esclusi) | 1,39 |
| Personale subalterno dello Stato ed Enti Pubblici | 12,41 | Studenti | 0,30 |
| Argentieri, orefici | 12,28 | | |
| Falegnami, verniciatori ecc. | 12,27 | | |

V. — *Malattia del sistema nervoso ed organi dei sensi.*

| | | | |
|---|------|--|------|
| Professione ignota | 5,58 | Disoccupati e invalidi | 4,07 |
| Esercito, marina, aeronautica (Uff. esclusi). | 4,60 | Guardie di Finanza e Milizia | 3,64 |
| Studenti | 4,56 | Ufficiali di terra, mare, aria | 3,45 |

| | | | |
|--|------|--|------|
| Arti belle | 3,11 | Arti sanitarie | 2,30 |
| Ferrovieri, tramvieri, autisti | 3,07 | Commissionari e rappresentanti | 2,29 |
| Operai non specificati | 2,98 | Industrie poligrafiche e della carta | 2,26 |
| Metallurgici, elettricisti e meccanici. | 2,89 | Personale subalterno dello Stato ed altri enti pubblici | 2,22 |
| Impiegati pubblici e privati | 2,86 | Garzoni e camerieri servizi pubblici. | 2,20 |
| Insegnanti e professioni liberali | 2,80 | Muratori, imbianchini, manuali | 2,17 |
| Industrie chimiche e manifatt. tabacchi | 2,72 | Addetti industrie e manifatture tessili | 2,07 |
| Addetti ai servizi domestici | 2,59 | Asfaltisti, fornaciai, ceramisti e vetrai | 1,94 |
| Argentieri ed orefici | 2,54 | Industriali e commercianti. | 1,93 |
| Altri corpi armati Stato e altri enti pubbl. | 2,47 | Agricoltori | 1,82 |
| Addetti ai macelli, forni, panifici, ecc. | 2,38 | Venditori derrate alimentari | 1,75 |
| Addetti all'industria del vestiario e arreda- mento | 2,35 | Cocchieri e carrettieri. | 1,66 |
| Facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti | 2,33 | Proprietari e benestanti | 1,60 |
| Conciatori, pellai, calzolari, ecc. | 2,33 | Pensionati e veterani. | 1,58 |
| Addetti alla cura e acconciatura della persona | 2,31 | Culto cattolico ed altri culti | 1,55 |
| Falegnami, verniciatori | 2,30 | Marinai, barcaioli, ecc. | 1,44 |
| | | Minatori e cavatori | 1,40 |
| | | Esercenti | 1,30 |

VI. — *Malattie dell'apparato respiratorio.*

| | | | |
|--|-------|--|-------|
| Pensionati e veterani. | 21,18 | Conciatori, pellai, calzolari ecc. | 15,11 |
| Proprietari e benestanti | 20,00 | Addetti ai macelli, forni, pastifici ecc. | 14,77 |
| Arti sanitarie | 19,96 | Addetti alle industrie poligrafiche e della carta | 14,66 |
| Culto cattolico ed altri culti | 19,93 | Garzoni e camerieri addetti ai servizi pub- blici | 14,32 |
| Disoccupati ed invalidi | 19,71 | Addetti alla cura ed acconciatura della persona | 14,31 |
| Insegnanti e professioni liberali | 19,23 | Ufficiali terra, mare, aria | 14,23 |
| Argentieri, orefici | 18,08 | Asfaltisti, fornaciai, ceramisti, vetrai ecc. | 13,89 |
| Industriali e commercianti. | 17,84 | Operai non specificati | 13,62 |
| Arti belle | 17,69 | Muratori, imbianchini, manovali ecc. | 13,50 |
| Esercenti | 17,30 | Professione ignota | 12,50 |
| Agricoltori | 17,28 | Addetti industrie chimiche e manifatture tabacchi | 12,45 |
| Marinai, barcaioli ecc. | 17,22 | Minatori e cavatori | 12,35 |
| Addetti ai servizi domestici | 16,93 | Metallurgici, elettricisti, meccanici ecc. | 11,65 |
| Addetti alle industrie e manifatture tessili | 16,62 | Ferrovieri, tramvieri, autisti ecc. | 10,90 |
| Cocchieri e carrettieri | 16,42 | Altri corpi armati dello Stato ed Enti Pubblici | 10,63 |
| Venditori derrate alimentari | 16,32 | Studenti | 5,10 |
| Addetti all'industria del vestiario ed arred. | 16,04 | Guardie Finanza e Milizia. | 4,86 |
| Commissionari e rappresentanti | 15,99 | Esercito, marina, aeronautica (uff. esclusi) | 3,65 |
| Impiegati pubblici e privati | 15,73 | | |
| Facchini, spazzini, cantonieri, ecc. | 15,70 | | |
| Falegnami e verniciatori ecc. | 15,46 | | |
| Personale subalterno Stato ed altri Enti Pubblici | 15,26 | | |

VII. — *Malattie dell'apparato respiratorio.*

| | | | |
|---|-------|--|-------|
| Agricoltori | 17,59 | Personale subalterno dello Stato ed altri Enti Pubblici | 14,19 |
| Minatori e cavatori | 16,60 | Venditori derrate alimentari | 13,77 |
| Asfaltisti, fornaciai, ceramisti, vetrai | 16,44 | Garzoni e camerieri | 13,70 |
| Esercito, marina, aeronautica (Ufficiali esclusi) | 16,35 | Addetti ai servizi domestici | 13,62 |
| Addetti alle industrie chimiche e manifat- ture tabacchi | 16,34 | Esercenti | 13,51 |
| Facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti | 16,26 | Culto cattolico e altri culti | 13,45 |
| Cocchieri e carrettieri | 16,07 | Commissionari e rappresentanti. | 13,15 |
| Muratori, imbianchini, manovali | 15,61 | Arti sanitarie | 13,13 |
| Addetti ai macelli, forni, pastifici, ecc. | 15,54 | Marinai, barcaioli, ecc. | 13,04 |
| Altri corpi armati dello Stato ed Enti Pubblici | 15,45 | Addetti all'industrie del vestiario e arred. | 12,87 |
| Professione ignota | 15,40 | Industriali e commercianti | 12,76 |
| Disoccupati, invalidi | 14,98 | Addetti industrie poligrafiche e della carta | 12,56 |
| Operai non specificati | 14,78 | Impiegati pubblici e privati | 12,40 |
| Pensionati e veterani. | 14,68 | Insegnanti e professioni liberali | 12,30 |
| Proprietari e benestanti | 14,68 | Guardie di Finanza e Milizia | 12,15 |
| Addetti alle industrie e manifatture tessili | 14,60 | Arti belle | 11,93 |
| Conciatori, pellai, calzolari, ecc. | 14,51 | Addetti alla cura ed acconciatura della persona | 11,63 |
| Falegnami, verniciatori, ecc. | 14,33 | Ferrovieri, tramvieri e autisti | 11,60 |
| Metallurgici, elettricisti, meccanici, ecc. | 14,32 | Argentieri ed orefici | 10,78 |
| | | Studenti | 9,92 |
| | | Ufficiali di terra, mare e aria | 9,70 |

VIII. — *Malattie dell'apparato digerente.*

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Esercenti | 12,03 | Metallurgici, elettricisti e meccanici | 7,94 |
| Altri corpi armati dello Stato ed altri Enti Pubblici | 10,88 | Addetti industrie vestiario ed arredamenti | 7,80 |
| Ferrovieri, tramvieri ed autisti | 10,00 | Conciatori, pellai, calzolai, ecc. | 7,74 |
| Esercito, marina, aeronautica (ufficiali esclusi) | 10,00 | Marinai, barcaioli, ecc. | 7,72 |
| Personale subalterno Stato ed altri Enti Pubblici | 9,82 | Guardie di Finanza e Milizia | 7,69 |
| Addetti alla cura ed acconciatura della persona | 9,53 | Culto cattolico ed altri culti | 7,69 |
| Industriali e Commercialisti | 9,37 | Muratori, imbianchini, manovali, ecc. | 7,66 |
| Commissionari e rappresentanti | 9,37 | Professione ignota | 7,59 |
| Venditori derrate alimentari | 9,14 | Ufficiali di terra, mare ed aria | 7,54 |
| Impiegati pubblici e privati | 8,83 | Asfaltisti, fornaciai, ceramisti, vetrai | 7,41 |
| Addetti industrie e manifatture tessili | 8,70 | Studenti | 7,39 |
| Industrie poligrafiche e della carta | 8,42 | Industrie chimiche e manifatture tabacchi | 7,39 |
| Insegnanti e professioni liberali | 8,18 | Cocchieri e carrettieri | 7,37 |
| Addetti ai macelli, forni, pastifici, ecc. | 8,17 | Falegnami, verniciatori, ecc. | 7,27 |
| Garzoni e camerieri addetti ai servizi pubblici | 8,09 | Operai non specificati | 7,26 |
| Addetti ai servizi domestici | 8,03 | Argentieri ed orefici | 7,18 |
| Facchini, spazzini, cantonieri e venditori ambulanti | 8,00 | Proprietari e benestanti | 7,14 |
| | | Arti belle | 6,96 |
| | | Agricoltori | 6,86 |
| | | Arti sanitarie | 6,64 |
| | | Pensionati e veterani | 6,36 |
| | | Minatori e cavatori | 6,34 |
| | | Disoccupati e invalidi | 4,73 |

IX. — *Malattie dell'apparato genito-urinario.*

| | | | |
|---|------|---|------|
| Arti sanitarie | 9,64 | Operai non specificati | 4,95 |
| Insegnanti e professioni liberali | 9,18 | Facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti | 4,92 |
| Proprietari e benestanti | 8,25 | Falegnami, verniciatori ecc. | 4,84 |
| Culto cattolico ed altri culti | 8,14 | Personale subalterno dello Stato ed altri Enti Pubblici | 4,62 |
| Industriali e commercianti | 7,29 | Asfaltisti, fornaciai, ceramisti, vetrai | 4,54 |
| Pensionati, veterani | 7,26 | Muratori, imbianchini, manovali ecc. | 4,50 |
| Altri Corpi Armati dello Stato ed altri Enti Pubblici | 6,80 | Addetti alla cura ed acconciatura della persona | 4,42 |
| Ufficiali di terra, mare, aria | 6,68 | Metallurgici, elettricisti, meccanici, ecc. | 4,40 |
| Impiegati pubblici e privati | 6,60 | Garzoni e camerieri addetti ai servizi pubblici | 4,37 |
| Arti belle | 6,49 | Agricoltori | 4,32 |
| Esercenti | 6,25 | Addetti industria manifattura tessile | 4,28 |
| Addetti ai servizi domestici | 6,02 | Ferrovieri, tramvieri, autisti | 3,92 |
| Venditori derrate alimentari | 5,90 | Professione ignota | 3,79 |
| Commissionari e rappresentanti | 5,90 | Minatori e cavatori | 3,00 |
| Marinai e barcaioli | 5,72 | Studenti | 2,97 |
| Conciatori, pellai, calzolai ecc. | 5,42 | Addetti alle industrie chimiche e manifatture tabacchi | 2,72 |
| Industrie poligrafiche e della carta | 5,23 | Esercito, marina, aeronautica (uff. esclusi) | 2,55 |
| Argentieri, orefici | 5,21 | Guardie di finanza e Milizia | 2,03 |
| Addetti industrie vestiario ed arredamento | 5,20 | | |
| Addetti ai macelli, forni, pastifici ecc. | 5,13 | | |
| Disoccupati ed invalidi | 4,95 | | |
| Cocchieri e carrettieri | 4,95 | | |

X. — *Suicidio.*

| | | | |
|---|-------|---|------|
| Guardie di Finanza e Milizia | 12,15 | Arti belle | 2,25 |
| Esercito, Marina ed Aeronautica (Ufficiali esclusi) | 6,50 | Personale subalterno dello Stato ed altri Enti Pubblici | 2,04 |
| Altri corpi armati dello Stato ed altri Enti Pubblici | 4,70 | Venditori derrate alimentari | 2,03 |
| Professioni ignote | 4,02 | Addetti ai servizi domestici | 2,02 |
| Ufficiali di terra, mare ed aria | 3,66 | Metallurgici, elettricisti e meccanici | 1,95 |
| Studenti | 3,17 | Industrie chimiche e manifatture tabacchi | 1,95 |
| Impiegati pubblici e privati | 2,83 | Arti sanitarie | 1,90 |
| Commissionari e rappresentanti | 2,76 | Garzoni e camerieri addetti ai servizi pubb. | 1,72 |
| Industriali e commercianti | 2,70 | Industrie poligrafiche e della carta | 1,72 |
| Argentieri ed orefici | 2,67 | Facchini, spazzini, cantonieri e venditori ambulanti | 1,65 |
| Insegnanti e professioni liberali | 2,56 | Addetti ai macelli, forni, pastifici, ecc. | 1,61 |
| Addetti cura e acconciatura della persona | 2,55 | Asfaltisti, fornaciai, ceramisti e vetrai | 1,54 |
| Ferrovieri, tramvieri ed autisti | 2,35 | Falegnami e verniciatori | 1,53 |
| Esercenti | 2,27 | Muratori, imbianchini e manovali | 1,48 |

| | | | |
|---|------|---|------|
| Conciatori, pellai e calzolai | 1,48 | Agricoltori | 1,00 |
| Operai non specificati | 1,48 | Minatori e cavatori | 0,77 |
| Cocchieri e carrettieri | 1,43 | Pensionati e veterani | 0,61 |
| Addetti industrie vestiario e arredamento | 1,42 | Disoccupati e invalidi | 0,52 |
| Addetti industrie e manifatture tessili | 1,31 | Marinai e barcaioli | 0,48 |
| Proprietari e benestanti | 1,18 | Culto cattolico e altri culti | 0,21 |

XI. — *Morti violente e accidentali.*

| | | | |
|---|-------|--|------|
| Guardia Finanza e Milizia | 20,65 | Personale subalterno dello Stato e altri | |
| Esercito, marina, aeronautica | 19,78 | Enti pubblici | 4,43 |
| Industrie chimiche e manifatture tabacchi | 16,34 | Falegnami, verniciatori | 4,31 |
| Minatori e cavatori | 15,97 | Industriali e commercianti | 3,74 |
| Ufficiali terra, mare, aria | 14,23 | Agricoltori di ogni specie | 3,62 |
| Ferrovieri, tramvieri, autisti | 12,82 | Addetti alle industrie e manifatture tessili | 3,61 |
| Cocchieri e carrettieri | 8,47 | Impiegati pubblici e privati | 3,57 |
| Metallurgici, elettricisti, meccanici | 8,44 | Venditori derrate alimentari | 3,39 |
| Studenti | 8,28 | Insegnanti e professionisti liberali | 3,17 |
| Operai non specificati | 8,28 | Addetti alla cura e acconciatura persona. | 3,04 |
| Professioni ignote | 8,26 | » alle industrie vestiario e arreda- | |
| Altri corpi armati dello Stato e altri Enti | | mento | 3,02 |
| pubblici | 7,42 | Esercenti | 3,01 |
| Muratori, imbianchini, manovali | 7,19 | Argentieri ed orefici | 2,90 |
| Garzoni, camerieri ecc. | 6,14 | Conciatori, pellai, calzolai | 2,82 |
| Faochini, spazzini, cantonieri, venditori | | Addetti ai servizi domestici | 2,78 |
| ambulanti | 5,22 | Arti sanitarie | 2,70 |
| Marinai, barcaioli, ecc. | 4,87 | » belle | 2,65 |
| Commissionari e rappresentanti | 4,85 | Disoccupati e invalidi | 1,99 |
| Asfaltisti, fornaciari, ceramisti, vetrai | 4,54 | Proprietari e benestanti | 1,65 |
| Addetti industrie poligrafiche e della carta | 4,52 | Pensionati e veterani | 1,41 |
| » ai macelli, forni, pastifici | 4,52 | Culto cattolico e altri culti | 1,41 |

Per quello che riguarda gli assicurati con visita medica e quelli in forma Popolare ci limitiamo ad alcune osservazioni, rimandando il lettore per maggiori dettagli alle cifre contenute nelle tabelle n. 3 e 4. Avvertendo che nelle nostre osservazioni non abbiamo tenuto conto di quelle categorie professionali le cui cifre appaiono in dette tabelle scritte in carattere corsivo.

ASSICURATI CON VISITA MEDICA.

Ogni forma di tbc: la cifra più alta, 21,91 ‰, è quella dei falegnami, verniciatori ecc.; seguono gli addetti ai macelli, pastifici, forni ecc. con il 18,08 ‰; i conciatori, calzolai, pellai, ecc. con il 17,86 ‰; l'esercito, marina, aeronautica (Uff. esclusi) con il 17,06 ‰ ecc. ecc. Agli ultimi posti della graduatoria stanno gli ufficiali di terra, di mare e di aria con il 5,93 ‰; i pensionati e veterani con il 5,34 ‰; i proprietari e benestanti con il 5,26 ‰.

Le malattie infettive e parassitarie predominano negli appartenenti alle arti sanitarie (15,90 ‰ - cifra massima), nei ferrovieri, tramvieri, autisti (13,84 ‰), negli appartenenti ai culti (12,60 ‰), negli appartenenti alla categoria arti belle (12,12 ‰), ecc. Le cifre minori sono quelle delle seguenti categorie: personale subalterno dello Stato e di Enti pubblici (6,77 ‰), falegnami, verniciatori ecc. (6,67 ‰), professione ignota (5,63 ‰).

Le morti per tumori maligni sono più frequenti nei falegnami, verniciatori ecc. (16,20 ‰ - cifra massima), nei muratori, imbianchini, manovali, braccianti ecc. (14,43 ‰), negli esercenti (13,87 ‰), negli addetti alle arti belle (12,12 ‰) ecc. Agli ultimi posti della graduatoria, stanno: gli addetti all'industria del vestiario ed arredamento con il 6,72 ‰, l'esercito marina, aeronautica (Uff. esclusi) con il 6,62 ‰, gli addetti alla cura e alla acconciatura della persona con il 5,36 ‰, le professioni ignote con il 4,23 ‰.

Per l'emorragia trombotica ed embolia cerebrale il primo posto è occupato dalle arti belle (15,15 ‰); il secondo dai pensionati e veterani (12,81 ‰), il terzo dal culto cattolico ed altri culti (11,81 ‰), il quarto dai proprietari e benestanti (10,53 ‰), ecc. Agli ultimi posti stanno i muratori, imbianchini, manovali, braccianti con il 5,15 ‰, ferrovieri, tramvieri, autisti ecc. con il 4,96 ‰, i falegnami, verniciatori ecc. con il 3,81 ‰.

Per le malattie nervose e degli organi dei sensi il primo posto è tenuto dalla categoria: Esercito, marina, aeronautica, (Ufficiali esclusi) (6,16) il secondo per la categoria professione ignota (5,63), il terzo per quella falegnami, verniciatori, ecc. (4,76) ecc., agli ultimi posti stanno le categorie seguenti: culto cattolico ed altri culti (1,57), proprietari e benestanti (1,40), ferrovieri, tramvieri, autisti, (1,06), esercenti (0,90) conciatori, pellai, calzolai, (0,89) ecc.

Per le malattie dell'apparato circolatorio stanno al primo posto i pensionati e veterani (18,86), al secondo gli ufficiali di terra, di mare e d'aria (16,21), al terzo proprietari e benestanti (16,19), al quarto i commissionari e rappresentanti (14,48) ecc.; agli ultimi posti stanno le categorie: esercito, marina, aeronautica (esclusi ufficiali) (8,06), ferrovieri, tranvieri, autisti, ecc. (7,80), metallurgici, meccanici, elettricisti, (7,19).

Per le malattie dell'apparato respiratorio hanno il primo posto gli addetti ai macelli, pastifici, industrie alimentari (16,87), il secondo gli agricoltori (16,67), e alla pari i facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti, ecc. (16,67), il terzo i ferrovieri, tranvieri, autisti (14,89), il quarto di falegnami, verniciatori ecc. (13,33); stanno negli ultimi gradini le categorie: culto cattolico ed altri culti (8,47); addetti all'industria del vestiario e dell'arredamento (8,21), esercito, marina, aeronautica (Ufficiali esclusi) (8,06), arti belle (7,07).

Per le malattie dell'apparato digerente occupano il I° posto gli altri corpi armati dello Stato ed Enti pubblici (17,44), il II° i conciatori, pellai, calzolai, con il 16,97, il III° i venditori di derrate alimentari (13,43), il IV° il personale subalterno dello Stato (12,92); gli ultimi gradini sono occupati dagli operai non specificati (6,66); facchini, spazzini, cantonieri, venditori ambulanti, con il 6,06; arti sanitarie con il 6,03, muratori, imbianchini, manovali, braccianti con il 5,15.

Per le morti violente e accidentali il 1° posto è occupato dai ferrovieri, tranvieri, autisti, con il 13,83%, il 2° posto dai metallurgici, meccanici, elettricisti, con il 13,47%, il 3° dagli ufficiali di terra di mare e di aria con l'11,85%, il 4° dall'esercito, marina, aeronautica, (Ufficiali esclusi) con l'11,37%, il 5° dai muratori, imbianchini, manovali, braccianti, con l'8,75%, il 6° dagli operai non specificati con il 7,78%; gli ultimi posti invece sono occupati dalle seguenti categorie: insegnanti e professionisti (3,92%), addetti alla cura e acconciatura della persona (3,57%), addetti alle arti belle (2,02%), addetti al culto cattolico ed altri culti (1,97%), conciatori, pellai, calzolai, (0,89%).

Particolarmente degna di rilievo è la causa di morte per suicidio nelle varie professioni e condizioni: gli industriali e commercianti hanno il primato con il 6,12% il 2° posto i commissionari e rappresentanti con il 5,47%, il 3° gli addetti alla cura e acconciatura della persona con il 5,37%, il 4° il personale subalterno dello Stato e di altri Enti pubblici con il 4,92%, il 5° gli impiegati pubblici e privati con il 4,52%, il 6° gli addetti all'esercito, marina, aeronautica, (Ufficiali esclusi) con il 4,27%. Discendendo nella graduatoria troviamo che gli ufficiali di mare, di terra, di aria vi figurano con il 3,95%, i proprietari e benestanti con il 3,85%, gli insegnanti e professionisti con il 3,79%, gli agricoltori con il 3,33%, gli appartenenti alle arti sanitarie con il 2,56%, i metallurgici, meccanici, elettricisti con l'1,20%, i muratori, imbianchini, manovali, braccianti, con l'1,03%, ed infine i ferrovieri, tranvieri, autisti, con il 0,35%.

ASSICURATI IN FORMA POPOLARE.

Se consideriamo il contributo dato dalle varie categorie professionali (cifre proporzionali a 100 morti della stessa categoria) alle varie cause di morte, vediamo che per la tubercolosi il 1° posto è tenuto dagli agricoltori con il 29,22%, il 2° posto dai muratori, imbianchini, manovali, braccianti con il 25,25%; il 3° dagli industriali e commercianti con il 25,00%, il 4° dagli studenti con il 24,61%, e che agli ultimi gradini stanno i venditori di derrate alimentari con il 16,66%, i metallurgici, meccanici, elettricisti con il 15,94%, i ferrovieri, tranvieri, autisti con il 15,13% e infine gli insegnanti e professionisti con il 12,68%.

Per le malattie infettive e parassitarie, tubercolosi esclusa, il 1° posto è tenuto dagli studenti con il 16,92%, il 2° dagli insegnanti e professionisti con il 16,90%, il 3° dal personale subalterno dello Stato e di altri Enti pubblici con il 16,18%, il 4° dagli appartenenti all'esercito, marina, aeronautica (Ufficiali esclusi) con il 9,62%; le cifre più basse sono quelle relative ai commissionari e rappresentanti con il 5,88%, ai venditori di derrate alimentari con il 5,56%, ai metallurgici, meccanici, elettricisti con il 5,07%, agli industriali e commercianti con il 2,63%.

Per i tumori maligni stanno al 1° posto i venditori di derrate alimentari con il 9,72%, al 2° posto gli operai non specificati con il 9,30%; al 3° posto i facchini, spazzini, cantonieri venditori ambulanti con l'8,91%; al 4° i ferrovieri, tranvieri, autisti, con il 7,24%. Le cifre più basse sono quelle relative all'esercito, marina, aeronautica (Ufficiali esclusi) (1,92%), agli studenti (1,54%), al personale subalterno dello Stato e di altri Enti pubblici (1,47%).

Per l'emorragia, trombosi embolia cerebrale stanno al primo posto gli impiegati pubblici e privati con il 5,81%, al secondo i venditori di derrate alimentari con il 5,56%, al terzo gli industriali e commercianti con il 3,95%, e agli ultimi tre posti i metallurgici, meccanici, elettricisti col 2,17%, i muratori, braccianti, manovali, ecc. col 2,02%, l'esercito, marina, aeronautica, ufficiali esclusi coll'1,91%.

Per le malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi hanno il primo posto gli agricoltori di ogni specie col 4,04%, il secondo posto i ferrovieri, tramvieri ed autisti col 3,94%, il penultimo posto i venditori di derrate alimentari con l'1,39% e l'ultimo posto i muratori imbianchini, manovali e braccianti con l'1,01%.

Per le malattie dell'apparato circolatorio stanno al primo posto i venditori di derrate alimentari col 15,28%, al secondo posto gli industriali e commercianti col 14,47%, al terzo gli insegnanti e professionisti col 14,08%, al quarto i metallurgici, i meccanici ed elettricisti col 12,32%, al penultimo posto gli addetti all'esercito, marina aeronautica (ufficiali esclusi) col 5,77% ed all'ultimo posto i muratori, imbianchini, manovali e braccianti con il 3,03%.

Per le malattie dell'apparato respiratorio hanno il primo posto i muratori imbianchini, manovali e braccianti con il 20,20%, il secondo i venditori di derrate alimentari con il 18,05%, il terzo gli insegnanti e professionisti col 16,90%, il quarto i metallurgici, meccanici, elettricisti col 16,68%, l'ultimo gli impiegati pubblici e privati con l'8,71%.

Per le malattie dell'apparato digerente il primo posto è occupato dagli impiegati pubblici e privati col 15,35%, il secondo dai facchini, spazzini, cantonieri e venditori ambulanti col 14,85%, il terzo dagli operai non specificati con il 12,02%, il quarto dagli industriali e commercianti col 10,87%; le frequenze più basse sono quelle relative agli insegnanti e professionisti (5,63%) e ai venditori di derrate alimentari (4,17%).

Per le malattie dell'apparato genito-urinario il primo posto è occupato dagli industriali e commercianti col 10,53%, il secondo dai facchini, spazzini, cantonieri e venditori ambulanti col 7,92%, il terzo dai venditori di derrate alimentari col 6,94%, il quarto dal personale subalterno dello Stato ed altri enti pubblici col 5,88%, ecc..., il penultimo dai tramvieri ferrovieri e autisti con l'1,32% e l'ultimo dagli appartenenti agli altri corpi armati dello Stato ed altri enti pubblici con l'1,12%.

Per le cause di morte violente ed accidentali il primo posto è quello dell'esercito, marina ed aeronautica (Ufficiali esclusi) con il 28,85%, il secondo quello dei ferrovieri, tramvieri ed autisti col 17,11%, il terzo quello dei metallurgici meccanici elettricisti col 15,94%, il quarto quello degli operai non specificati col 13,95%, il quinto quello dei muratori, imbianchini, manovali e braccianti col 13,13%; le cifre più basse sono date dagli impiegati pubblici e privati col 5,39%, dal personale subalterno dello Stato ed altri enti pubblici col 4,41%, dagli insegnanti e professionisti col 4,23%, dai venditori di derrate alimentari col 4,17% e dagli industriali e commercianti col 2,63%.

Per il suicidio il primo posto è occupato dal personale subalterno dello Stato ed altri enti pubblici col 4,41%, il secondo dai metallurgici, meccanici, elettricisti col 3,62%, il terzo dai venditori di derrate alimentari col 2,78%, il quarto dagli operai non specificati col 2,71% ecc..., il penultimo dagli agricoltori di ogni specie col 0,77%, l'ultimo dai facchini, spazzini, cantonieri e venditori ambulanti col 0,50.

* * *

Quanto siamo venuto finora esponendo ha soltanto valore di nota e non di studio completo del complesso argomento esaminato.

Per questo non ci sentiamo autorizzati a trarre deduzione alcuna dalle cifre sopra esposte. E' tutto un programma di lavoro quello che abbiamo tratteggiato secondo le direttive indicate dal Romanelli in una nota pubblicata in *Assistenza Sanitaria* n. 6 del 1934, a proposito dell'XI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro: «Sin dal tempo in cui Ramazzini richiamò l'attenzione sulle alterazioni morbose dovute al lavoro, molte e notevoli ricerche hanno lumeggiato il problema. Ne è seguita tutta una legislazione sociale atta a prevenire e ad indennizzare i danni che dal lavoro possono derivare. Oggi ci permettiamo di additare ai cultori di questa benemerita branca della medicina, alcuni problemi che a nostro parere non hanno scarsa importanza. Sarebbe molto utile il contributo della Medicina del Lavoro che potesse dimostrare di quanto la vita umana viene abbreviata a causa dei vari lavori nei quali l'attività umana si esplica»

Pur rendendoci conto della difficoltà di ottenere dati statistici che possano permettere una risposta concreta a questi quesiti, riteniamo che un contributo delle varie Cliniche del lavoro in Italia, possa far delineare una soluzione che può avere una eco importante a favore dei lavoratori».

Confidiamo che stimolati dal nostro modesto lavoro, ma più ancora dalle incisive parole del Romanelli, che a bella posta abbiamo qui riportato, numerosi ricercatori si mettano all'opera in questo campo, che riteniamo fecondo di importanti ed interessanti risultati.

Varie**Decadenza senile e tentativi di profilassi**

(Conferenza culturale per il DOPOLAVORO organizzata dal Sindacato fascista provinciale dei medici. — Napoli).

Non vi è bisogno di sforzi retorici per mettere in evidenza l'attaccamento alla vita e l'incubo che turba i sogni all'idea dell'ignoto avvenire; pur nella lotta e nel dolore si afferma potente l'istinto di vivere: «La vita è così bella la vorrei eterna» scriveva il conte Greppi a 102 anni attraverso il prisma della salute e del benessere che gli cresceva l'ansia a prolungare il corso. Tale è pure il grido che l'umanità ripete in tutti i ritmi, ribellandosi alla malattia ed alla morte: Vivere e star bene nell'attività produttiva dell'organismo è la meta alla quale si drizzano tutti gli sforzi delle moderne vedute sanitarie e legislative del Regime; prevenire e provvedere è il motto d'ordine che scienza e Stato collaborando preparano alla felicità dei popoli; non vi è forse argomento che appassiona tanto i ricercatori ed acuisce nello stesso tempo le aspirazioni degli uomini, quanto quella di godere la vita e prolungarla nel tempo; eppure mentre scienza ed umanità convergono nel fine e curano con entusiasmo queste aspirazioni supreme dell'essere, non riescono a mettersi d'accordo nell'attuare i mezzi adatti a conseguirle: interferenze di scienza intesa come pratica e norma consuetudinaria di vita, o aberrazioni dell'umanità? la quale per una strana ingiustificabile colpa, pur sedotta dall'idea di bene, non si decide a praticarlo o segue addirittura vie opposte, sviata da istinti bassi, adescata da passioni morbose, adagiata su torpori psichici... ed infrange non senza disillusioni, le aspirazioni vagheggiate di spingere la vita quanto più lungamente sia possibile. Son da compiangere quelli che, ignorando le regole di sano vivere credono di essere nel vero per certe pratiche ritenute salutari solo perchè l'abitudine, il pregiudizio, l'empirismo li ha sempre guidati; ma non si può fare a meno di biasimare la condotta di coloro che per fatuo godimento sacrificano l'integrità funzionale e di tessuti, debilitano preziose energie e, solo quando è alle porte la minaccia della malattia o il pericolo imminente sovrasta inevitabile, li vedi affrettare passi verso la medicina e l'igiene chiedendone disperati i responsi salutari da essi calpestati per diffidenza o in curia. Molti ancora credono che giovinezza e salute siano la stessa cosa e nell'esuberanza giovanile non danno tutto quel valore che spetta a questa, prodighi anzi a barattare in modi inopportuni, dannosi per lo meno sterili, tesori di salute, sanno attenuarne la portata col nome di scappatelle dette di gioventù; ma, quando diminuito il capitale salute, ha facile addentellato l'alterazione morbosa, si avvedono che far macchina indietro è vano e cadono precocemente nei gorghi di una vecchiaia precoce o di malattie che ne precipitano l'avvento; allora la morte è un epilogo triste di devastazioni e degenerazioni organiche funzionali; ma la longevità non è fatta per i disordinati, i tarati, i violenti.

La vecchiaia è l'ultima fase di una parabola che involve ciò che è stato in precedenza evoluto: a funzioni sviluppate e perfezionate, che si affermano in esuberanze sessuali, in attività materiali e psichiche succedono funzioni in regresso, disturbi e ritardi di scambi, mineralizzazioni di ossa e cartilagini che riducono la sagoma somatica a scapito della parte organica. Tali fenomeni potrebbero rientrare nei limiti fisiologici, qualora simultanei e generali interessano tessuti ed apparecchi fino all'esaurirsi di singole attività; ma volgono al patologico e rendono la senilità temuta e penosa, quando si affermano, aggravati d'intensità dalla vita anteatta in lotta per l'esistenza, in preoccupazioni morali con la giunta di abitudini esagerate, tossicosi voluttuarie, stanchezza, malattia. Sono questi fattori personali ed ambientali che determinano vecchiezze disarmoniche e precoci travolgendo ad alterazioni morfologiche e funzionali gli organi maggiormente esposti e quelli di più grande attività, in modo che, infranto l'equilibrio trofico e di ricambio, vengono trascinati alla ruina altri organi e tessuti ancora in efficienza e capaci di continuare la vita; lo stesso avviene in modo più tumultuoso con le malattie acute intercorrenti, dove affezioni morbose limitate inducono a loro volta alterazioni in altri organi e tessuti con esito letale abbassando così ingiustamente i termini nei quali dovrebbe estendersi la vita naturale; e i termini della vita umana non costituiscono del tutto un'incognita, dopo gli studi di biologia e di statistica, che danno vita ai grandi Istituti Assicuratori. Le energie tutte che per l'universo si squadernano son governate da leggi definite e la vita che rientra nell'orbita delle energie non è abbandonata al capriccio

del caso ; certo esistono oscillazioni impreviste e cause occulte e di forza maggiore, le quali formano le eccezioni alla regola, il caso sporadico, che aberra dalla norma ; ma è pur vero che molte malattie ed infortuni, i quali si affermavano con fatalità ineluttabile, sono oggi sotto il dominio di una bene organizzata tecnica, di una profilassi appropriata, di cure energiche e sicure per i progressi della diagnostica e della terapeutica ; molte malattie sono anzi sparite o diminuite d'intensità e numero. Così il problema della vecchiaia sana rientra anch'esso a proposito in quelli sociali-demografici non solo dal lato biologico, che tende a prolungarne termini, ma pur anche dal lato della previdenza, in quanto le leggi del Regime con l'Assicurazione obbligatoria a favore dell'invalidità e della vecchiaia, han fatto sparire quella zavorra sociale gravante passivamente sui familiari, quando non si ammassava, (spettacolo miserando) in ospedali e mendicicomi.

Varie le teorie emesse a spiegare la causa della senescenza : tra le più accreditate vi è quella che intende far risalire la colpa ad un'invasione di tessuto connettivale, il quale infiltrandosi nella trama di altri più nobili e resistenti, ne intralcia la vitalità e vi si sostituisce ; consecutivamente l'eccesso di detriti organici e sali terrosi circolanti turbano l'equilibrio del ricambio organico inducendo incrostazioni, intossicazioni umorali, distruzioni cellulari, da cui il decadimento e la morte. Altri riferisce l'invecchiamento all'azione dell'ossigeno ed alle ossigenazioni che alimentano la vita in continua reazione ; processi che rigenerano e distruggono i tessuti, fino a che la prevalente distruzione, non reintegrata dalla rigenerazione, determina il tracollo : in proposito il Finot afferma che senza la coesistenza della creazione e l'equivalente distruzione organica, non si può concepire espressione di vita : noi aggiunge, non arriviamo a separare queste forze che nel nostro spirito, mentre le molecole costitutive delle cellule viventi si agitano nell'organismo in continuo ricambio senza ledere quella unità ed identità materiale e spirituale che formano l'Io. Un'altra teoria molto accreditata è quella delle glandole così dette a secrezione interna : tiroide, surrene, ipofisi, glandola interstiziale ecc. : per cui si ritiene che la sindrome caratteristica della vecchiaia con le alterazioni di organi e tessuti, le invasioni connettivali, le prevalenti ossidazioni distruttive, a cui abbiamo accennato, siano secondarie ad alterazioni e disfunzioni di dette glandole, di misteriose dinamiche secrezioni, che versano direttamente in circolo, secondo il bisogno, linfe, succhi ormoni, generando tono, energie, stimoli di vita. Finalmente il Metchinicoff, genialmente occupandosi delle cause fisiologiche della vecchiaia in relazione ai prodotti secondari tossici del ricambio e specialmente di quelli elaborati dalla flora batterica intestinale ritenne essere i veri fattori che accumulandosi, non eliminati convenientemente dagli organi epuratori, finiscono coll'avvelenare lentamente l'organismo. Recentemente le ricerche di Cijevsky e Vasiliev portano al concetto di cariche elettriche tra i colloidi del sangue e quelle dei tessuti in continuo scambio ed aggruppamento, per cui la morte dei tessuti sarebbe determinata da uguaglianza e neutralizzazione del potenziale elettrico tra i colloidi del sangue e quella delle cellule. Per conto mio ritengo che il turbini degli elementi vitali, nel ritmo incessante di scambi gassosi, idrici, alimentari in concorrenza con l'ambiente, obbedisce all'influsso di una finalità occulta che lo porta ad operare in modo diverso nelle differenti età iniziando con l'accrescimento ed il vigore per arrivare all'equilibrio, a cui fa seguito la fase regressiva di rallentamento e debolezza fino alla distruzione ; in una parola l'uomo invecchia per opera delle stesse cose che son destinate a mantenerlo in vita e farlo star bene. La scuola Salernitana ribadendo questo concetto aveva detto : « *Per quae vivimus et sani sumus, per eadem aegrotamus* ».

Di altre numerose teorie più o meno originali non fo cenno, perchè di poca consistenza critica ; mentre da quelle cennate qualche utile illazione si può trarre specie nel portare la massima cura all'organo più debole, in modo che non avesse a trascinare nella precoce sua fallenza il resto dell'organismo. E si forniranno succhi ormonici deficienti od antagonisti contenuti nelle glandole a secrezione interna e si seguiranno i dettami contenuti nelle altre teorie con un regime di vita appropriato alla costituzione ed all'ambiente ; così il desiderato ritardo della vecchiaia sarebbe presto e sicuramente raggiunto, e, dico sarebbe, perchè non sempre con questo trattamento in pratica si hanno risultati plausibili, per cui le ipotesi emesse, per quanto seducenti, non si elevano alla vera causa efficiente, sulla quale aleggia ancora il mistero.

La vecchiaia è nella natura stessa delle cose per cui un complesso di ragioni si oppongono alle aspirazioni dell'umanità in opposizione a quelle della Natura, la quale tende a consumare e spegnere con leggi inesorabili la fiaccola della vita per riaccenderla incessantemente sotto altra forma. D'altra parte conservarsi bene, godere della salute anche negli anni inoltrati in rapporto alla potenzialità della propria costituzione, senza quel corteo di fastidi odiosi che si dicono acciacchi, non inficia le leggi della natura in ordine alla decadenza ed alla morte, nè s'intende forzare dall'assurdo uno stato permanente di longevità con quella ferragine di suggerimenti da tutti conosciuti. Noi vogliamo coll'elevamento igienico morale delle collettività portare la canizie veneranda e venerata al premio che una vita di lavoro e di lotte

le danno diritto, premio di felicità e sanità insieme; e, se la gioventù si gode una sola volta in vita, la salute crediamo possa e debba godersi in tutte le età, anche nella vecchiezza. L'arte salutare, spazzando la via dalle malattie, snoda la vita dalle difficoltà che possano incepparne il cammino verso lo vecchiezza inoltrata, chiusa dal rallentamento graduale delle funzioni, per volontà di quella forza che l'ha sorretta, forza incoercibile, che con le successive scomposizioni, si appresta a ricomporre in nuovi infiniti cicli la vita stessa, rinnovellando gli elementi disfatti ed insufficienti alla conservazione attuale dell'essere; la morte quindi non potrà mai affermarsi sulla materia vivente, poichè questa si serve dei prodotti del proprio disfaccimento per creare dall'informe il formato e viceversa, sicchè l'apparente distruzione è stimolo alla creazione sempre in atto di maggior numero di viventi.

Nella vita dei longevi ci appaiono lagune e disparità inconciliabili in ordine alle abitudini, alle attività, alle condizioni sociali, per cui non possiamo con certezza affermare di chi sia privilegio la longevità; ma per la legge dei contrari non ci è ignoto a chi è riserbato un accorciamento di anni: Il conte Greppi vive 103 anni, ma nella sua vita troviamo regola equilibrio, calma, giocondità; nelle relazioni sociali, negli aventi: filosofia, bontà e poi semplicità nei gusti, nei bisogni intercalando equamente il riposo con l'attività delle funzioni e delle facoltà, senza privarsi del moto, della conversazione, delle compagnie piacevoli. Una recente statistica segnava in Italia 10.522 individui che avevano passati i 90 anni; mentre i longevi da 100 anni in sù erano 63 con preponderanza del sesso femminile; la maggior parte di questi centenari vive in campagna, mena vita sobria e relativamente attiva con discreta lucidità mentale. Il decano dei centenari il vecchio PARR, il quale con regime frugale riusciva a portare nella più perfetta salute i suoi 152 anni, riassumeva i precetti della longevità col dire « conservate la testa fresca con la temperanza ed i piedi caldi con l'esercizio, alzatevi presto, andate a letto presto, e, se tendete alla pinguedine tenete gli occhi aperti e la bocca chiusa ».

La vecchiaia che subentra naturalmente e senza stacchi netti è armonica come le altre età; i mutamenti gradualmente si vanno delineando stabiliscono la sagoma speciale del corpo del vecchio, e non del corpo soltanto, per cui mentre le manifestazioni fisiologiche e patologiche assumono aspetti caratteristici, il morale, depositario d'immensa esperienza e reminiscenza del passato, va reclinando nell'incoordinazione dei movimenti, nell'indebolimento delle facoltà psichiche, e, per il subcosciente, fatti e date remote sono rievocate con vivacità e colorito, in ragione diretta della loro distanza cronologica ed in contrasto con l'amnesia in atto. Nè all'età che s'inoltra tien dietro il razionale adattamento del vecchio non ancora persuaso del suo equilibrio divenuto instabile, ragione di maggiore prudenza nei movimenti. Egli non ammette che i suoi desideri e sentimenti sono ora in opposizione alla potenzialità dei suoi organi, che segnano stati regressivi di insufficienze e deficienze vitali; e non si persuade che il logorio del tempo ha trasformato il dinamismo vivo nell'impotenza e nell'inerzia, che pur avendo Egli comandato, deve ora rassegnarsi ad obbedire per non cadere in errori ed imprudenze nel governo del suo corpo. Per converso il carattere oscilla dandoci il tipo bonario ed il permaloso, l'irrequieto ed il calmo, il critico ed il testardo, forse in seguito alla diversa irrorazione dei centri nervosi, a disfunzioni varie, a rallentamento d'influssi benefici, che Natura va negando quasi a disfarsi dell'essere. Ma l'arte salutare è sempre pronta a contrapporre consigli e norme di profilassi anche per la vecchiaia, tutto sta a concretizzare nella pratica tali suggerimenti. Pur troppo non tutti i mezzi che la scienza prospetta rispondono agli effetti desiderati; alcuni non dipendono dalla nostra volontà, altri ne dipendono in parte, altri esclusivamente; è su questi ultimi che s'intende richiamare l'attenzione, giacchè la profilassi della vecchiaia alacre ed efficace si prepara negli anni freschi della vita, con il corpo immune da lesioni organiche e da tare morbose: una fanciullezza gracile, una gioventù viziata, quale vecchiezza aspetta? se almeno nell'età matura non ha saputo acquistare il capitale salute, colmare le deficienze, schivare i postumi di malattie intercorrenti e le altre condizioni sfavorevoli alla vita?

E' così che la vecchiaia fisiologica con la pleiade di malanni, che d'ogni parte l'addentano, diviene quel tale morbo nel senso che l'intendevano i nostri padri « *Senectus ipsa est morbus* » e nella sua patologia rientra la lunga serie di alterazioni organiche-strutturali, di manifestazioni morbose che ne accorciano i giorni; aggiungasi la ridotta vitalità, i poteri di reazione e di difesa indeboliti che realizzano a loro volta maggiori probabilità ad ammalare. Certo il fattore costituzionale ed ereditario è l'esponente base, sul quale deve necessariamente poggiare la lotta per ricacciare la vecchiaia aldilà della media normale: sono tare ataviche e costituzionali favorevoli all'agente morbo, alle alterazioni organiche con certa tendenza ad anticipare la vecchiaia; e per contrario refrattarietà originarie, fibre resistenti che offrono la massima opposizione agli agenti vulneranti interni ed esterni, fortunato retaggio di ghiandole endocrine non inficiate da sifilide, tubercolosi, alcoolismo, malaria ecc. Ma, ripeto, l'arte salutare sovrasta con tenace intervento a difetti ed eccessi, a cause soggettive ed oggettive

e, dallo studio del singolo individuo, arriva perfino a modificare costituzioni difettose, ereditate contenendo l'età in limiti strettamente fisiologici fino al termine che Natura pone. E' inutile farsi illusioni su metodi di ringiovanimento prospettati da Woronoff, Steinach, Protti, Zucchi, Cavazzi, Doppler, ancora un'aureola di esagerazione li circonfonde con l'ossigeno di di una reclame che si preoccupa troppo di quello che, con gergo teatrale suole denominarsi successo. Non mi permetto di illustrarli come tentativi di profilassi della vecchiaia per non destare velleità morbose, infondate di ringiovanire; bisogna d'altra parte ammettere che oggi nel campo della biologia siamo di fronte ad una serie di trionfi sulla materia organizzata, ma molte sono le incognite e la via percorrere, lunga e scabrosa. Accanto ad influenze benefiche, risultati parziali, molte disillusioni e complicitanze funeste han fatto abbassare i vantati entusiasmi. Natura non fa salti per cancellare stimate sistematizzate od invertire reazioni e metabolismi per conservare l'individuo, dopo che da esso ha tratto quanto basta a lei per ringiovanire e rinnovarsi attraverso la riproduzione della specie i suoi passi sono lenti e gradualmente nelle concessioni di salute, semprechè si sia costante nè si contrarii nel lavoro benefico al quale attende per la *restitutio ad integrum*.

E così dopo il fattore costituzionale ed ereditario dobbiamo rivolgere la massima attenzione ai grandi apparati funzionali ed annessi; cuore, cervello, reni ecc. come quelli che con la loro incessante attività mantengono la vita. Molto spesso si arriva all'insufficienza, all'esaurimento, alla malattia senza che l'interessato se ne avvede ignorando l'alterazione che si è insinuata nel proprio organismo, e, nell'illusione di star bene non si cura di attuare quei riguardi, che lo metterebbero in grado di liberarsi; e seguita nel ritmo esagerato delle occupazioni non più consentite dagli anni e dallo stato patologico ignorato. Il primo movente occasionale fa esplodere in tutta la sua eclatanza la sindrome inaspettata, molte volte irreparabile e si ricorre al medico perchè questi concretizzi in prescrizioni, non molto complesse e di facile attuazione per giunta a dirimere dallo stato molesto che si è venuto a stabilire; intanto il suggerimento amichevole del compare frustra la cura iniziata sostituendovi un rimedio che si afferma essere portentoso e già provato per lo stesso disturbo; così l'ignoranza e l'incoscienza alleate compiono le loro gesta ai danni della salute e senza alcuna responsabilità, mentre la malattia, quasi favorita da queste pratiche incongrue si afferma e si aggrava con tarda respiscenza per potere stabilire la cura appropriata al caso, certamente efficace in primo tempo. Purtroppo, fatte poche eccezioni, l'uomo in fatto di credulità e senso critico per la sua salute non ancora si è liberato dalle pastoie dell'empirismo, del preconetto, del pregiudizio e la lodevole accortezza di prevenire e di ricorrere al medico non si è ancora affermata nelle abitudini delle masse, per cui l'opera del tecnico si richiede tardi e spesso si giudica con diffidenza solo perchè non ha saputo operare il miracolo della guarigione, quando la guarigione costituiva veramente un miracolo. Oggi abbiamo armi e mezzi terapeutici che adoperati a tempo e coadiuvati da norme igieniche e dietetiche si affermano di alto valore curativo e profilattico che non trovano riscontro nella terapia ordinaria fatta di estratti, di erba, di sali.

Essi sono rappresentati in massima parte dai prodotti opoterapici provenienti cioè da organi freschi di animali sani, da prodotti vitaminici, fermenti, ormoni, quest'ultimi dati da ghiandole a secrezione interna, dalla cui correlazione sinergica vengono neutralizzate sostanze tossiche regressive, armonizzate le funzioni della vita vegetativa, stimoli di vita. Anche per le diete abbiamo liste adeguate alla digeribilità, ai bisogni ed a singole malattie; l'uomo in generale introduce più di quanto gli è necessario, nè sa rinunciare a certe esigenze per errate che siano: spesso non siede a tavola senza l'aperitivo, la salsa, il bicchierino, il gelato e tutto il contorno male assortito per turbare i processi biochimici della digestione. Molte volte il pasto viene distribuito male 24 ore, per cui i rompi-digiuno, le colazione, i pranzi, le merende, le cene si succedono senza il regolare intervallo di 5-6 ore, quante ne occorrono per una buona digestione; l'esagerata funzione, (è legge di fisiologia) finisce con la stanchezza dell'organo, che solo il riposo può ristorare, mentre un lavoro proporzionato e confacente contribuirà alla buona conservazione dell'organo stesso con maggior rendimento ed apporto di energia. Io credo di essere nel vero affermando che non si dovrebbe avere diritto ad introdurre nuovi alimenti nello stomaco, quando non sono ancora eliminati i residui di quelli antecedentemente ingeriti: come infatti si può pretendere che la combustione sia perfetta in un fornello dove si accumulano carboni e carboni, mentre le scorie, le ceneri, i gas ingombrano? Ho voluto calcare un po' quest'argomento, perchè sono convinto che gli errori dietetici possono più facilmente condurre alla malattia ed alla decadenza precoce; mentre la temperanza nel mangiare e bere limita il fa-bisogno eccessivo e con la crapula l'accumolo di prodotti regressivi « *Parcite saepe cibis et sic annosior ibis* » è sempre la Sapienza Salernitana che parla.

Anche l'igiene del riposo e del sonno deve essere oggetto di attenzione nella vecchiaia, come quello che contribuisce a rinfrancare l'organismo dal lavoro materiale e spichico; vi

sono ancora liete espressioni di attività tanto simpatiche nella tarda età, che non deve marciare nell'ozio, nella impotenza assoluta, nel torpore dell'inerzia: coadiuvare in occupazioni lievi, esercizi e passeggiate all'aria aperta consigliando, istruendo, diversivi e conversazioni piacevoli che sollevano lo spirito. Il segreto sta a saper guidare senza scosse il timone che regola le funzioni tutte in perfetta armonia, controllando quelle che sono maggiormente in difetto, meritevoli certo di attenzione. Lungi quindi gli scatti forzati, le intraprese imprudenti, le esagerazioni, gli eccessi che si risolvono in reazioni depressive ed esaurimenti accorciando nell'intensità, quello che la vita poteva ancora dare nella continuità pacata, senza inutili sprechi di energie residuali; ma purtutto negli anni della esuberante gioventù non si hanno soverchie apprensioni per la salute, molto meno per la vecchiaia lontana, e gli stimoli potenti, che battono con fare maliardo alla porta dei sensi, trovano sempre condiscendenza all'effimero godimento, che fiacca la fibra valida e prepara la vecchiaia innanzi tempo. I precetti sì, sempre simpatichi quelli che parlano di salute, ma fino a che non sorge l'impellente bisogno non v'è che li metta in attuazione e le alterazioni da carenza, i rallentamenti ed esaurimenti organici, le degenerazioni dei tessuti, il logorio delle forze, le malattie intercorrenti penetrano e si affermano subdolamente nella vecchiaia con carattere di particolare gravità, mancando nell'età quelle spiccate resistenze e reazioni, il potere plastico rigenerativo, di cui natura è prodiga in gioventù: chi non conosce il carattere di cronicità che sogliono assumere le malattie dell'apparecchio respiratorio? Vecchi tossicologici, asmatici, trascinano la loro affezione nella tomba e le malattie urinarie e la ipertrofia della prostata e la gotta proprie dell'età avanzata... Ma la maggiore importanza viene assorbita da quella speciale alterazione che subiscono le arterie: l'arteriosclerosi. Il complesso lavorio a cui sono sottoposti cuore ed arterie in relazione a disfunzioni di organi e tessuti, il genere di alimentazione e di lavoro, le escandescenze e le depressioni di animo, i disordini, gli eccessi, le diatesi vengono ora a concretarsi sotto questa speciale forma morbosa, caratterizzata da alterazioni delle tuniche vasali e delle cellule parenchimali di vari organi, da cui atrofia della fibra elastica, disposizione serpigginosa con durezza delle vene appariscenti, specie alle tempie e poi pressioni esagerate, torpori funzionali, emorragia per fragilità dei capillari, incrostazioni di sali, qualche cosa di analogo a quello che si avvera nel tempo nel caucciù, che diviene inelastico duro, fragile. Si comprende di leggieri, venendo a mancare con la permeabilità dei vasi nutritizi l'apparato sostanziale occorrente, gli scambi cellulari si effettuano molto male, per cui scorie e veleni endogeni si accumulano e gli organi epuratori restano inerti o quasi.

Riassumendo: Dei compiti semplici e facili con un minimo sforzo di volontà s'impongono ad una certa età per difendersi in qualche modo dall'invadente vecchiaia: 1° evitare le cause ed i pericoli che possono indurre alterazioni nell'organismo, non escluse le malattie evitabili; 2° Eliminare i prodotti regressivi e le sostanze tossiche che si vanno formando, non permettere che si accumulano nella trama dei tessuti per effetto di agenti esogeni ed endogeni; ricordarsi che i principali depurativi sono rappresentati dall'acqua, dal digiuno e dai purganti; 3° Mantenere l'efficienza di tutti gli organi e glandole a secrezione interna ed esterna controllando con l'intervento del proprio sanitario le funzioni ed il complesso armonico dell'organismo in ordine al modo di vivere, di lavorare, di alimentarsi; 4° Dacchè il complesso delle funzioni vitali non può scindere l'influenza psichica dal fatto organico, non è da trascurare il lato spirituale e morale che s'ispira alle regole di sobrietà e prudenza, alla tranquillità ed ottimismo negli eventi, senza riuscire apata o beffardo; 5° Coadiuvare in fine con correttivi igienici e medicamentosi, suggeriti dall'arte salutare, le eventuali deficienze ed alterazioni che venissero a determinarsi in agguado.

Quanti vecchietti vivaci ed arzilli con integrità degli organi dei sensi e delle facoltà psichiche ineggiano ancora alla vita, consci del loro stato costituzionale perfetto, vigili sulle cause occasionali, sugli errori, che possono inficiare in certo qual modo la salute; e per converso giovinezze sfiorite e vecchieggianti trascinano le loro sofferenze fino alla morte liberatrice, robuste false nascoste tra lardelli di grasso, volti subizzi, aspetti da atleta, che si risolvono in vere affezioni morbose, anticipando di molto la vecchiaia non desiderabile.

Se l'Umanità sulla guida dell'arte salutare e della... logica rendesse la vita più confacente alle possibilità fisiologiche, i termini della vita stessa sarebbero di molto prorogati, la vecchiaia più sopportabile; ma l'opera oculata del medico per la visita periodica, detta di salute, non è entrata nella convizione dei più e, solo quando il disturbo premonitorio diventa un fatto morboso, si pretende il miracolo che la scienza non può dare. Così le parole di vita nella loro gravità si disperdono a modo delle sentenze fatidiche di Sibilla scritte sulle foglie

lievi e non vi è chi sappia veramente a tempo far tesoro del prezioso monito in esse contenuto, prima ancora che diventino sentenze di morte.

Sparanise, Aprile 1936-XIV.

Dott. FRANCESCO GRANDE
Medico Fiduciario dell'I. N. A.

AUTO-RIASSUNTO

Alla gioia di vivere a lungo, fa riscontro l'oscitanza di coloro che per fatuo godimento barattano in gioventù la salute, preparandosi una vecchiaia patologica e precoce. Le varie teorie della senescenza illustrano il perchè della decadenza senile e danno lo spunto ad una profilassi, che tende a prorogare i termini della vita umana, lungi dalle velleità di ringiovanire.

L'arte salutare sorregge e ripara le alterazioni prodotte dagli anni studiando il carattere del vecchio, la vita dei centenari per trarre precetti che dalla originaria buona costituzione, dalla revisione periodica di organi ed apparecchi funzionali, vanno al controllo del metabolismo e delle secrezioni endocrine, a regole di comportamento, di dietetiche, di cure che si riassumono nella sobrietà, nella prudenza, in armonia tra soma e psiche.

I Congresso Balcanico per la protezione dell'infanzia

Questo Congresso, tenutosi sotto nell'aprile u. s. l'alto patronato di S. M. il Re di Grecia, ha avuto più che altro un carattere informativo allo scopo di renderci edotti delle condizioni in cui vive l'infanzia negli Stati balcanici e di discutere i provvedimenti per migliorare, nel fisico e nella mente, l'infanzia e la gioventù dei Balcani.

Le conclusioni cui è giunto il Congresso sono di grande importanza. La prima Sezione si è occupata della questione della protezione dell'infanzia sana. Conclusione: la protezione dell'infanzia deve poggiare su una base legale. I poveri e gli orfani troveranno asilo nelle famiglie e non più negli Istituti; l'assistenza sanitaria sarà sviluppata la protezione dell'infanzia nei centri rurali.

La seconda sezione si è occupata della pro-

tezione dell'infanzia dal punto di vista sanitario per cui verrà istituito un personale medico e medico-sociale. Sarà aumentato il numero degli Ospedali per i bambini, dei Sanatori ecc. L'igiene troverà largà divulgazione nelle scuole e saranno create particolari scuole e internati per bimbi anormali.

La terza sezione ha trattato la questione della protezione dei fanciulli ed adolescenti che lavorano. E' stato pertanto deciso di favorire una legge abbracciante tutte le categorie dei giovani lavoratori. L'impiego della mano d'opera sarà di esclusiva pertinenza degli Organi Statali. Saranno adottati provvedimenti per i fanciulli venditori ambulanti e per i mietitori.

In pari tempo il Governo ha organizzato una mostra riguardante la protezione dell'infanzia ed un'altra del libro greco, dopo di che il Congresso si è chiuso.

Prof. Dott. BASILIADES

La pagina del Medico fiduciario**LE SOSTANZE RIDUCENTI, CONTENUTE NELLE URINE NORMALI,
CAUSA DI ERRORE NELLA RICERCA DEL GLUCOSIO**

La ricerca del glucosio nell'urina non presenta abitualmente alcuna difficoltà se la glicosuria è intensa; ma se l'urina contiene solo piccole quantità di glucosio la ricerca diventa delicata e può qualche volta mettere in imbarazzo il medico. Infatti i metodi, più usati nella pratica, per svelare la presenza del glucosio nelle urine sono basati sulla proprietà, posseduta dal glucosio, di ridurre, in soluzione alcalina ed a temperatura di ebullizione, i sali metallici negli ossidi rispettivi. Il comune metodo di Fehling è appunto basato sulla riduzione del solfato di rame in ossidulo di rame (od ossidulo rameoso Cu_2O) e conseguente formazione di un precipitato polvirulento di color rosso mattone; il metodo di Böttger e quello di Nylander sono invece basati sulla riduzione del sottonitrato di bismuto in ossido di bismuto con formazione di un precipitato nero.

Ma di fronte ad un'urina che riduca uno dei reattivi sopraccennati noi non possiamo senz'altro ammettere in essa la presenza di glucosio, ma solo la presenza di sostanze riducenti, perchè anche nelle urine normali sono contenute sostanze che hanno in comune col glucosio la proprietà di ridurre questi reattivi e possono perciò simulare la presenza del glucosio nell'urina in esame.

Queste sostanze riducenti che possono essere presenti anche in una urina normale, appartengono a due gruppi principali e cioè:

- 1) Sostanze riducenti del gruppo degli idrati di carbonio (glucosio, levulosio, pentosio, acido glicuronico, ecc.);
- 2) Sostanze non riducenti non appartenenti al gruppo degli idrati di carbonio (acido urico, urati, acido ossalico, creatina, creatinina, basi xantiniche, ecc.).

Come possiamo noi distinguere se il potere riducente presentato dall'urina in esame è dovuto soltanto a sostanze riducenti non patologiche o se invece è dovuto alla presenza del glucosio?

Bisogna innanzi tutto tener presente che i metodi di ricerca del glucosio nelle urine, basati sul potere riducente del glucosio stesso, hanno valore solo se la riduzione ottenuta è molto intensa ed immediata. Infatti non potranno sorgere dubbi sulla presenza di glucosio nell'urina in esame se ci troviamo di fronte ad una pronta ed evidente riduzione del reattivo di Fehling con scoloramento del liquido ed immediata comparsa di un abbondante precipitato polverulento rosso mattone di ossidulo di rame, o ad una pronta riduzione del reattivo di Nylander con abbondante precipitato nero di ossidulo di bismuto.

Ma se invece la riduzione del reattivo di Fehling è poco evidente manca il precipitato e si ha solo un cambiamento di colore del liquido che da azzurro diviene giallo sporco e solo dopo raffreddamento si ha la comparsa di un precipitato gialliccio, oppure usando il Nylander l'annerimento si verifica solo tardivamente e dopo raffreddamento. Dovremo andar cauti prima di ammettere la presenza di tracce minime di glucosio perchè questa debole riduzione può facilmente esser prodotta unicamente dalle sopra accennate sostanze riducenti presenti anche nelle urine normali; infatti queste sostanze mantengono in soluzione colloidale le piccole quantità di ossiduli formatosi per poi dare un precipitato solo se lasciate raffreddare e dopo lungo tempo.

Possiamo quindi ritenere che il solo cambiamento di colore, da azzurro a giallo sporco, della soluzione cupropotassica senza precipitato polverulento rosso mattone, o un lieve imbrunimento del reattivo di Nylander senza precipitato nero, non è dimostrativo per la pre-

senza di glucosio nell'urina. Questi casi di dubbia riduzione sono più frequenti col Fehling perchè l'acido urico e la creatinina che sono le principali sostanze riducenti contenute nelle urine normali, mentre riducono il Fehling non riducono il Nylander.

Per evitare l'azione riducente sul Fehling dei composti normali dell'urina, si è consigliato di lasciar raffreddare l'urina a 60°-70° prima di aggiungere il Fehling, perchè a questa temperatura l'urina normale non ha più potere riducente mentre la riduzione si produce immediatamente in presenza di glucosio.

Altro accorgimento di tecnica avente lo scopo di eliminare tutte le sostanze riducenti senza perdere nemmeno una traccia di glucosio, è la defecazione dell'urina effettuata nel modo seguente:

A 50 cc. di urina acida (od eventualmente acidificata con acido acetico) si aggiungono 5 cc. della soluzione seguente: Acetato neutro di piombo gr. 150, acqua fino a gr. 500 e acido acetico quanto basta per rendere la reazione neutra. Si mescola, si filtra e si pratica la ricerca del glucosio sul liquido filtrato.

Concludendo, per risolvere i casi di dubbia riduzione del Fehling sarà utile ricorrere ad altri reattivi, specie al Nylander o alla prova di Bottger che sono molto sensibili (svellando quantità di glucosio del 0,25 ‰) e quindi se danno un risultato negativo ci permettono di escludere con sicurezza la presenza di glucosio nell'urina in esame, e presentano inoltre di fronte al Fehling il grande vantaggio di non presentare che eccezionalmente quelle false riduzioni che possono indurre in errore.

Dott. BIASIOTTI.

Ricordiamo ai Medici fiduciari che il rapporto della visita fatta deve essere consegnato all'Agente Generale o Locale in busta chiusa e soprafirmata non più tardi delle 24

ore dall'invito ricevuto a visitare l'assicurando.

All'atto della consegna del rapporto il medico dovrà ricevere l'onorario, secondo la tariffa nota, e rilasciare regolare ricevuta.

Dai Libri e dai Periodici

Biotipologia delle aristocrazie.

Marcello Boldrini ha raccolto nel nono volume delle pubblicazioni della Università Cattolica del S. Cuore di Milano (serie 8ª: statistica) alcuni studi pubblicati in occasione del 12° Congresso dell'Istituto Internazionale di Sociologia (Bruxelles 25-29 agosto 1935). È una raccolta di lavori veramente interessante e riteniamo far cosa gradita ai nostri lettori riferendo brevemente su di essa.

Aprè il volume uno studio di Marcello Boldrini intitolato: «Tipi e attitudini costituzionali e sostituzione delle aristocrazie». In esso è dimostrato il legame fra tipi costituzionali e funzioni sociali che emerge dallo studio dello stato, del movimento e delle tendenze secolari nell'abito fisico delle varie aristocrazie della società moderna. Per mezzo delle indagini compiute nel Laboratorio di statistica della Università Cattolica, l'Autore ha accertato quanto segue:

1) sotto l'aspetto statico, nelle aristocrazie at-

tive prevalgono i tipi costituzionali stenici, per lo più brevi ma talora anche lunghi, in quelle contemplative i tipi longilinei astenici;

2) sotto l'aspetto dinamico i ceti aristocratici delle società attive sono costituzionalmente molto prolifici, ma logoratori di uomini. Essi diventano invece relativamente sterili, ma impiegano con parsimonia la loro limitata prole quando la società si trasforma nel tipo contemplativo;

3) sotto l'aspetto evolutivo, in passato e al presente, alla trasformazione di determinate funzioni sociali si accompagna regolarmente un mutamento biotipologico dello stato maggiore a cui sono affidate.

A questo lavoro sono allegate due appendici: nella prima Albino Uggé riferisce in via preventiva i primi risultati di una più vasta indagine in corso sul tipo morfologico degli atleti. Risulta da queste ricerche che i campioni dello sport sono prevalentemente individui del tipo brevelineo stenico.

La seconda appendice è l'elenco dei lavori di

demografia costituzionalistica del Laboratorio di Statistica dell'Università Cattolica di Milano.

Il secondo lavoro della raccolta tratta «La costituzione degli attori dello schermo» e ne è Autore Raffaello Maggi. Egli dopo aver ricordato l'importanza sociale del cinematografo nella vita moderna riferisce intorno alla costituzione degli attori e delle attrici dello schermo, i quali risultano più alti delle rispettive popolazioni di controllo. Sulla base del rapporto peso: statura, egli ha constatato che gli attori americani sono in media longilinei stenici, le attrici invece appaiono longilinee asteniche.

Amintore Fanfani («I mutamenti economici nell'Europa moderna e l'evoluzione costituzionalistica delle classi dirigenti») si è proposto, nel terzo studio di questo volume, di vedere di qual tipo fossero le classi dirigenti italiane dal XV al XVII secolo. Dall'esame di oltre 250 individui, ritrattati da pittori, egli ha rilevato che a mano a mano che si procede nel tempo, si fa più accentuata la prevalenza del tipo longilineo. Questo fatto in base alle teorie costituzionalistiche potrebbe essere — secondo l'A. — un elemento per la spiegazione della decadenza economica dell'epoca.

Segue uno studio di Carlo Mengarelli intitolato: «I caratteri costituzionali delle aristocrazie italiane». In esso sono riportati i risultati più notevoli di una ricerca già pubblicata in volume e della quale abbiamo parlato nello scorso numero di questa Rivista.

Il quinto lavoro è di Marcello Boldrini e Aldo Alberti ed ha per argomento: «Il patriziato italiano nelle categorie dirigenti. Gli autori hanno dedicato la maggiore loro attenzione allo studio sui Senatori tra i quali sono esistiti quasi in ogni tempo abbastanza numerosi i membri del patriziato. Ricerche di completamento hanno eseguite prendendo in esame i deputati, i generali, gli ammiragli, gli amministratori di grandi società. Dalla ricerca emerge che dal risorgimento italiano in poi, la percentuale dei nobili è diminuita in tutte queste categorie dirigenti.

Segue uno studio di Carlo Mengarelli intorno ai caratteri fisici della nobiltà. Ne fanno oggetto due gruppi di nobili: Il primo è composto di 177 individui maschi in età superiore ai 20 anni, appartenenti all'ordine di Malta ed alle famiglie principesche e ducali italiane; il secondo è costituito da 308 maschi appartenenti alla nobiltà milanese, i quali furono soggetti alla visita di leva tra il 1870 e il 1913. Dalla ricerca emerge quanto segue: Il ceto patrizio è caratterizzato da una struttura corporea sottile ed alta (tipo longilineo), dai lineamenti delicati e ben definiti. Questo tipo fisico si differenzia alquanto dalla costituzione delle classi sociali più elevate e nettamente da quella della popolazione generale.

Chiude il volume un lavoro di Marcello Boldrini dal titolo: «La stratificazione sociale dei difetti fisici». Ne riportiamo in sunto le conclusioni. I ceti superiori ed i medi posseggono dei caratteri recessivi svantaggiosi non indifferenti; essi comprendono elevate percentuali di individui non idonei al

servizio militare e sono affetti più di altri ceti da malattie ed imperfezioni le quali per la maggior parte hanno ricevuto più o meno direttamente in eredità. Di ciò è da tener conto nei riguardi della politica eugenica per quanto riguarda la partecipazione dei vari ceti alla formazione della generazione prossima.

F. V.

L'assicurazione contro le malattie per gli addetti al commercio in Italia.

— Dott. FRANCESCO LO GIUDICE, S. T. A. M. P. A., Ancona, luglio XIII E. F.

Tra gli Istituti costituiti per l'assicurazione contro le malattie dei lavoratori, è senza dubbio il più importante «La Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al commercio» sorta per volontà delle due Confederazioni del commercio allo scopo di provvedere alla assistenza dei prestatori d'opera in caso di malattia. La Cassa iniziò la propria attività il primo gennaio 1930, e si andò rapidamente affermando nel campo assistenziale ed in quello della organizzazione scientifica del lavoro.

L'autore di questa interessante monografia illustra la organizzazione amministrativa e la organizzazione medica della Cassa; le modalità ed i limiti della iscrizione; i contributi dovuti alla Cassa; le sanzioni per i datori di lavoro in caso di inadempienza degli obblighi verso l'assicurazione.

Sono iscritti alla Cassa i prestatori d'opera legalmente rappresentati dalla Confederazione dei Sindacati Lavoratori del commercio, e dipendenti da datori di lavoro legalmente rappresentati dalla Confederazione Nazionale del commercio.

A seconda della mansione di lavoro esplicata, i prestatori d'opera vengono distinti in quattro categorie: 1) operai, 2) viaggiatori e piazzisti 3) personale tecnico amministrativo, 4) personale addetto alla vendita. Queste categorie di operai prestano la loro attività lavorativa presso le aziende commerciali così classificate:

- 1° Commercio di animali vivi materie prime ecc.
- 2° Commercio di generi alimentari.
- 3° Commercio di articoli per l'abbigliamento.
- 4° Commercio di articoli per l'arredamento.
- 5° Commercio di metalli, macchine, ecc.
- 6° Commercio di oggetti d'arte.
- 7° Commercio di prodotti chimici farmaceutici.
- 8° Alberghi, trattorie, caffè, servizi igienici, ecc.
- 9° Attività ausiliare del commercio.
- 10° Gestioni diverse.

Le prestazioni assistenziali di cui beneficiano gli iscritti alla Cassa sono:

a) Assistenza medico farmaceutica fino a 270 giorni consecutivi o complessivi per ogni periodo di dodici mesi.

b) Concessione di una indennità giornaliera uguale al salario, per la durata di detto periodo.

c) Facoltà di libera scelta del medico curante.

d) Organizzazione e concessione della assistenza sanitaria diretta, quando l'assicurato voglia avvalersene.

e) Estensione della assistenza ostetrica e farmaceutica ai casi di parto fisiologico e concessione delle indennità uguali al salario durante l'ultimo mese di gravidanza ed il primo di puerperio.

f) Estensione della assistenza medico farmaceutica e delle indennità ai casi di tubercolosi, invalidità e infortuni sul lavoro.

g) Concessione della assistenza ambulatoriale gratuita anche quando le alterazioni di salute non comportano incapacità specifica al lavoro.

Molto interessanti sono il capitolo VI ed il VII intitolati: « Il campo medico-legale e medico-sociale » e « Cenni sulla morbilità degli addetti al commercio ».

L'A. esamina il concetto medico-legale di malattia per il diritto alle prestazioni, i casi di inefficacia della denuncia di iscrizione alla Cassa, l'epoca in cui inizia il diritto alla assistenza; tratta quindi delle malattie a carattere cronico, delle esclusioni dalle prestazioni in caso di malattie dipendenti da abuso di alcoolici o da uso di stupefacenti, dei casi di dolo e delle procedure nelle controversie di carattere sanitario. Insiste quindi sulla utilità delle visite preventive all'atto della assunzione al lavoro e delle visite periodiche ed accenna al problema dell'orientamento e della selezione professionale nell'assicurazione malattie.

Dopo aver definito i termini « coefficiente di morbilità », « frequenza di malattia » e « durata media delle malattie », l'A. riporta i dati relativi alla morbilità relativi agli anni 1930-31-32-33. Da essi si rileva che la frequenza di malattia è più alta nella categoria operai e nel sesso maschile, mentre la durata media di malattia risulta più elevata nel sesso femminile.

La Cassa per la statistica delle malattie usa una nomenclatura nosologica propria:

Malattie (grandi gruppi).

- 1° Malattie infettive e parassitarie.
- 2° Tumori e granulomi.
- 3° Malattie reumatiche, della nutrizione e delle ghiandole a secrezione interna.
- 4° Malattie del sangue e degli organi emopoietici.
- 5° Malattie mentali, del sistema nervoso e degli organi dei sensi.
- 6° Avvelenamenti e intossicazioni — Anafilassi.
- 7° Malattie dell'apparato respiratorio.
- 8° Malattie dell'apparato circolatorio e linfatico.
- 9° Malattie dell'apparato digerente.
- 10° Malattie dell'apparato uro-genitale:
 - a) Gravidanza, malattie della gravidanza, parto, stato puerperale.
 - b) Malattie della pelle e del cellulare, dei muscoli, delle ossa e delle articolazioni.
 - c) Malattie da causa violenta.
 - d) Malattie da cause non specificate o maldefinite.

Ogni gruppo è suddiviso in generi e specie.

Nel periodo considerato, la frequenza maggiore di malattia, si riscontra nel 1° gruppo: Malattie infettive e parassitarie; l'influenza concorre prin-

cipalmente ad elevare la frequenza del gruppo; seguono: la tbc. dell'apparato respiratorio, altre forme di tbc., la blenorragia ed oltre malattie veneree, la malaria, la sifilide. Riguardo al sesso, l'influenza si presenta con maggiore frequenza negli uomini, la tbc. nelle donne. Al gruppo 1° segue per maggiore frequenza il gruppo 9° (malattie dell'apparato digerente) e quindi il gruppo c, malattie da causa violenta. Il coefficiente di morbilità in giornate di incapacità lavorativa per ogni esposto al rischio è più alto nel gruppo: malattie infettive e parassitarie; seguono le malattie dell'apparato digerente. La durata media di malattia è più alta nel gruppo a: gravidanza, malattie della gravidanza ecc.; segue il gruppo 2°: Tumori e granulomi, il gruppo 10°: Malattie apparato uro-genitale, il gruppo 8°: Malattie dell'apparato circolatorio e linfatico. Il costo medio di ogni caso di malattia è più alto nel gruppo 2°: Tumori e granulomi; segue il gruppo a: gravidanza ecc., il gruppo 8: Malattie apparato circolatorio ecc. Riguardo al sesso il costo è sempre più alto negli uomini.

La frequenza di malattia è più elevata nella categoria commerciale « Gestioni diverse », cui fa seguito la categoria « Commercio di metalli, macchine ecc. » e quindi nella categoria « Alberghi, trattorie, caffè ecc. ». Il coefficiente di morbilità in giornate di incapacità lavorativa è più elevato nelle categorie commerciali delle « Gestioni diverse »; seguono le due categorie: « Commercio di metalli, macchine ecc. » e « Alberghi, trattorie, caffè ecc. ». La durata media di malattia è quasi costantemente in proporzioni opposte alla frequenza di malattia. Questa ultima inoltre è più elevata nella classe di età dai 25 ai 29 anni; seguono le classi: 20-24, 30-34, 35-39, 15-19, 40-44 ecc.

L'A. poscia passa ad esaminare i dati sulla morbilità nelle singole Regioni del Regno e nelle singole stagioni dell'anno. Pone infine il quesito se esistono malattie professionali nelle categorie addetti al commercio. Pur non presentando le statistiche della Cassa una speciale morbilità che possa considerarsi professionale — egli dice — tuttavia alcune categorie di prestatori d'opera del Commercio sono soggette a malattie professionali. Le più comuni di esse sono: Malattie per eccesso di lavoro fisico, nella categoria operai, facchini ecc.: ernie, arteriosclerosi, enfisema polmonare, ipertrofia di cuore, sciatiche ecc.; Malattie per eccesso di lavoro intellettuale, nella categoria personale tecnico-amministrativo: arteriosclerosi cerebrali, nevrastenia; Malattie per atteggiamento o posizione di lavoro (piede piatto e varici nei camerieri, fattorini, commessi); Malattie per compressione da lavoro, per movimenti di lavoro, da ambiente di lavoro, da materiale di lavoro, ecc.

Riguardo alle malattie dell'apparato digerente che sono quelle che presentano una maggiore frequenza dopo, le malattie infettive, l'A. ritiene che appunto per questa loro grande diffusione fra gli addetti al Commercio indipendentemente dalla azione deleteria del lavoro, possano considerarsi malattie da lavoro della categoria.

F. V.

Codice del medico del lavoro. — A. ALTARELLI.

Sotto questo titolo è uscito un bel volumetto della Casa Hoepli contenente le varie disposizioni legislative che interessano il medico di fabbrica ed ogni sanitario che sia chiamato ad esercitare la propria funzione professionale a contatto con i lavoratori.

La pubblicazione può riuscire molto utile ai medici degli istituti assicuratori, delle Casse Mutue di malattia e delle organizzazioni sanitarie istituite per l'assistenza dei lavoratori.

Il volume è integrato da un'appendice contenente i testi completi del Regolamento generale per l'igiene del lavoro e del testo unico delle leggi sanitarie.

F. M.

10 Convegno Nazionale di Medicina Scolastica.

Sono stati pubblicati in questi giorni per conto dell'Ente Nazionale Fascista Mutualità Scolastica gli atti ufficiali dei lavori presentati al Convegno di Medicina Scolastica, tenuto il 2 Marzo c. a. in Torino.

Le cinque sezioni in cui era distribuito il Convegno hanno presentato le seguenti relazioni dovute a valenti professori universitari di speciale competenza nelle singole branche:

Prof. O. NUZZI, *Organizzazione e funzione dei centri terapeutici.*

Prof. V. ACCARDI, *Malattie degli occhi nelle scuole.*

Prof. A. PERNA, *Carie dentarie nell'età scolastica.*

Prof. R. PERGOLANI, *Assistenza igienico-sanitaria nell'età pubere.*

Prof. C. RAGAZZI, *Propaganda igienico-sanitaria per i maestri elementari.*

Numerose ed interessanti comunicazioni nelle singole sezioni hanno arricchito questo Convegno che valorizza per desiderio del regime un'importante branca della medicina sociale.

St.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Prof. G. JANNONI SEBASTIANI — *I vizi di refrazione in medicina legale* — Atti del Congr. Prev. Sociale, Bologna, 1935-XIV.

In questa comunicazione l'A. studia la valutazione del danno da infortuni oculari che hanno causato vizi diottrici o diminuzione di vista in soggetti ametropi e la valutazione dell'idoneità al lavoro nei soggetti portatori di vizi diottrici. L'A. rileva infine la sperequazione tra i requisiti richiesti per il personale ferroviario e quello della marina mercantile, e l'importanza che potrebbe assumere in medicina legale l'uso delle lenti adesive.

Il Convegno nazionale di Medicina Scolastica — Atti ufficiali — Editr. Ente Naz. Fasc. Mutualità scolastica.

V. recensione in altra rubrica.

Conferenze sulla malaria — Edito per conto dell'Istituto di Malariologia, suppl. alla « Rivista di Malariologia », 1935, n. 6.

Tali conferenze vennero tenute al corso internazionale di malariologia in collaborazione con

l'Istituto di Sanità e con l'Organizzazione d'Igiene della Soc. delle Nazioni, dai seguenti Prof.: Ciuca di Bucarest, Hackett, Kikuth, Lutrario e D. O. Ottolenghi.

F. Lo Giudice — *L'assicurazione contro le malattie per gli addetti al commercio* — Edit. Stab. Tip. Art. Marchigiano, Ancona, 1935.

Di tale interessante volume v. recensione in altra rubrica.

S. Galloro — *Il lavoro a domicilio a Napoli* — Estr. da Folia Medica, N. 5, 1930.

L'A. riferisce all'VIII Congresso di Medicina del Lavoro le condizioni igieniche, sanitarie ed economiche degli operai a domicilio per la confezione della biancheria, richiamando l'attenzione sulla necessità di provvide disposizioni legislative per la tutela di questa classe.

S. Galloro — *Lavorazione della tartaruga* — Estr. da Folia Medica, N. 3, 1931.

L'A. ha creduto utile indagare sulla lavorazione della Tartaruga allo scopo di conoscere i vari metodi, l'ambiente di lavoro, le condizioni di salute degli operai addetti e le eventuali ripercussioni che sul loro organismo induce il materiale di lavoro.

S. Galloro — *Il Tasso ammoniacale del sangue durante il lavoro e con le varie alimentazioni* — Estr. da Folia Medica, N. 1, 1932.

L'A. riporta i risultati delle sue indagini sperimentali esaminando il comportamento delle varie alimentazioni a base di proteine grassi e carboidrati, in rapporto al lavoro muscolare.

S. Galloro — *Su alcune alterazioni delle vie respiratorie negli operai che lavorano la galalite* — Estr. Folia Medica, N. 7, 1932.

L'A. riferisce su alcune alterazioni delle vie respiratorie riscontrate negli operai che lavorano la galalite. Egli riporta alcuni casi di riniti, farangiti e bronchiti che riconoscono nel loro determinismo la protratta inalazione di fine polvere di questo materiale da lavoro.

S. Galloro — *Su di una sindrome di Fröhlich postinfettiva* — Estr. da Folia Medica, N. 18, 1932.

L'A. illustra un caso di distrofia adiposa genitale da lui riscontrata in un soggetto ove la sindrome verosimilmente era da rapportare ad una inferiore Tifica.

S. Galloro — *Idragirismo professionale per impiego di bicloruro di mercurio nella fusione dell'oro* — Estr. da Folia Medica, N. 22, 1932.

L'A. descrive un raro caso d'idragirismo riscontrato in un operaio che nella fusione dell'oro adoperava, quale purificante, del bicloruro di mercurio.

S. Galloro — *Su di una fonte ignorata di Saturnismo* — Estr. da Folia Medica, N. 23, 1932.

È riportato un caso di intossicazione professionale da piombo in un soggetto che adoperava questo metallo nella fusione di vari residui metallici per selezionare l'oro frammisto con essi.

S. Galloro — *Variazioni ematologiche nell'intossicazione da Tetracloruro di carbonio e da Tetracloroetano* — Estr. Folia Medica, N. 24, 1932.

Dagli esperimenti fatti l'A. conclude che questi avvelenamenti si ripercuotano sulla crasi sanguigna con alterazioni a carico della formula ematologica oltre a lievi fatti anemici.

S. Galloro — *La curva glicemica alimentare nell'oscurità e con le varie irradiazioni* — Estr. da Folia Medica, N. 21, 1933.

Dalle esperienze eseguite su vari gruppi di conigli l'A. è indotto a ritenere che il fattore Mec si ripercuote sul metabolismo dei carboidrati con

un'azione sensibilmente acceleratrice, sia che agisca sotto forma di raggi luminosi che ultravioletti. L'oscurità viceversa ritarda tali processi.

S. Galloro — *Influenza dell'oscurità e delle irradiazioni ultraviolette sulla lipemia alimentare* — Estr. da *Folia Medica*, N. 22, 1933.

Dai risultati ottenuti in tali indagini l'A. crede di poter attribuire all'azione dei raggi ultravioletti una proprietà stimolante il normale ricambio delle lipine, il quale risulta invece alquanto ritardato sotto l'influsso dell'oscurità.

S. Galloro — *L'influenza della lavorazione di cromatura elettrolitica sul sangue* — Estr. da *Folia Medica*, N. 14, 1934.

Dai protocolli riportati in questo lavoro sperimentale si può constatare che assieme con delle deviazioni a carico dei monociti vi sono anche dei lievi fatti anemici maggiormente apprezzabili nei dosaggi eseguiti nell'ultimo periodo. Sicché le protratte inalazioni di acido cromico dalle vasche di placcatura elettrolitica non sono affatto indifferenti per il sangue degli operai addetti a questa lavorazione.

S. Galloro — *Il lavoro dei palombari* — Estr. da *Folia Medica*, N. 21, 1934.

In questo lavoro vengono esaminate la spirometria, la portata respiratoria con la maschera di Pech e la pressione sanguigna dopo l'immersione a varie profondità.

S. Galloro — *Alterazioni dell'apparato respiratorio nei pulitori di metalli nell'industria della cromatura* — Estr. da *Folia Medica*, N. 1, 1935.

L'A. illustra coi reperti radiografici le alterazioni dell'apparato respiratorio nei lavoratori pulitori di metalli nella industria della cromatura galvanica.

S. Galloro — *Ricerche sulla pressione arteriosa media dei diabetici* — Estr. da *Folia Medica*, N. 13, 1935.

Queste ricerche riguardano un gruppo di pazienti affetti da diabete mellito. Dalle indagini eseguite con l'oscillometro del Boullite si è potuto rilevare che la PMd nella maggioranza di questi soggetti tende a valori alquanto superiori ai normali, anche quando i valori estremi non oltrepassano i limiti fisiologici.

S. Galloro — *Il lavoro nell'industria guantaria napoletana* — Estr. da *Folia Medica*, N. 24, 1935.

In questa pubblicazione vengono esaminati i metodi di lavorazione nell'industria guantaria e le condizioni igienico, sanitarie della massa operaia impiegata, richiamando l'attenzione sulla necessità di provvide leggi per la tutela di questa classe.

Relazioni e Bilanci di Società di assicurazioni.

Le Assicurazioni d'Italia.

È stata pubblicata la relazione per l'anno 1935 di questa società specializzata nel ramo infortuni e collegata con l'I.N.A. Da essa rileviamo come sia stato favorevole in complesso l'andamento dell'Assicurazione incendi ed infortuni, ancora migliore quello dei furti, ottimo quello della grandine. Meno soddisfacente quello della responsabilità civile, ma le provvidenze attuate nel corso dell'anno 1935, fanno sperare che un miglioramento sia finalmente in atto. Il ramo trasporti è gravato dall'onere della perdita totale dell'Ausonia: prescindendo da questo evento, che ha carattere eccezionale, l'andamento del ramo deve essere considerato soddisfacente. Nel complesso, tuttavia, la

situazione industriale valutata nel suo saldo attivo fra premi, sinistri e provvigioni appare favorevole e il rapporto delle spese generali ai premi in progressiva diminuzione.

Società Cattolica di Assicurazione. — Relazioni e bilanci per l'Esercizio 1935.

• *Daugava*, Riga. — Resoconto dell'anno 1935.

• *Elbe*, Praga. — Resoconto dell'anno 1935.

• *The Life Association of Scotland.* — Annual Report for the year ending 31 December 1935.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Cavallirio (Novara) il Dott. Zanetta Attilio.

A Bra (Cuneo) il Dott. Tesio Giovanni.

A Orosei (Nuoro) il Dott. De Murtas Efsio.

A Casale Corte Cerro (Novara) il Dott. Borgna Giovanni.

A Compiano (Parma) il Dott. Marchi Filippo.

A San Vito dei Mormanni (Brindisi) il Dott. Lapresa Francesco.

A Aulla (Massa Carrara) il Dott. Gagliardi Galileo.

A Feroleto Antico (Catanzaro) il Dott. Donato Francesco.

A Milano il 20 Luglio c. a. è morto nel pieno fervore della sua attività scientifica e del suo apostolato di bene il Senatore **Prof. Luigi Devoto** consulente straordinario dell'I. N. A.

Con lui scompare una magnifica figura di maestro e di scienziato, che tenne sempre alto il nome d'Italia con i suoi studi e le sue ricerche originali specie nel campo delle malattie professionali.

Dopo brevissima malattia è deceduto il 3 agosto corr. ad Anzio il **Prof. Arcangelo Ilvento** ben noto scienziato, Vice Direttore Generale della Sanità Pubblica e Vice Presidente della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la Tuberculosis. Egli lascia numerose ed apprezzate pubblicazioni. Fece parte della Commissione giudicatrice del Concorso per le due pubblicazioni di igiene e medicina preventiva pubblicati dall'I. N. A.

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, 1936-XIV — Tipografia «Unione Arti Grafiche» — Telefono 87.



Corporate Heritage
& Historical Archive