

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



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

Anno VI
Numero 3
15 giugno
1937 - XV
Spedizione in abbonamento postale - Roma



Corporate Heritage
& Historical Archive

QUALITÀ CHIMICO-FISICHE DELLE ACQUE TERMALI

per cui vengono concesse facilitazioni ai nostri assicurati

ABANO (Padova): Stabilimento Hotel Trieste e Vittoria. - Acque cloruratesodosolfocalciche a 87°C.; Fanghi naturali vulcaniciminerali.

ABANO-TERME (Padova): Stabilimenti termali « Due Torri e Morosini ». - Acque cloruratesodosolfocalciche a 87°C.; Fanghi naturali vulcaniciminerali.

AGNANO (Napoli): Acque solfuree calde, acque solfuree clorurato-sodiche calde, acque solfuree 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 radioattive.

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

CARAMANICO (Pescara): Acque solfo-rose.

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

CASTELLAMMARE DI STABIA (Napoli): Acque clorurato sodiche. Bagni e bibite.

CASTROCARO (Forlì): Acque salsobromiodiche.

FIUGGI (Frosinone): Oligometalliche radioattive.

LEVICO (Trento): Acque arsenico-ferruginose 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 vegeto-minerali. Bagni.

MONTEGROTTO - TERME (Padova): Acque cloruratesodosolfocalciche a 85°C. Fanghi naturali vulcanici.

PORRETTA (Bologna): Acque salsobromiodiche e clorurate sodiche solfuree.

RECOARO (Trento): Acque ferruginose carbocalciche.

SALSOMAGGIORE (Parma): Acque salsobromiodiche.

SAN CASCIANO BAGNI (Siena): Acqua solfato calcio carbonica da 30 a 45°C. Fanghi vegeto minerali caldi.

SANGIULIANO (Pisa): Acqua solfato carbocalcica a 52°C.

SAN PELLEGRINO (Bergamo): Acqua bicarbonato sodico - calcico - magnesiacca a 22°C.

SANTA CESAREA (Lecce): Acqua solfocarbonato calcica a 33°C. Fanghi vegeto-minerali.

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

SCRAJO EQUENSE (Napoli).

TRESCORE BALNEARIO (Bergamo): Acqua clorurata sodico calcica, bibite e bagni.



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 consultori:

ROVERETO (Trento) - presso l'Agenzia principale.

- a) *Consultorio di Igiene*
- b) *Consultorio per il collaudo della salute degli assicurati*
- c) *Visite consultive per la idoneità della vita coloniale*
- d) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati*

Facilitazioni presso gli Stabilimenti termali "Due Torri e Morosini", di Abano (Padova).

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 gratuito.*
- D) *Consultorio per il collaudo dell'organo della vista.*
- E) *Consultorio per gli organi dell'udito, della gola e del naso.*
- F) *Gabinetto per cure odontoiatriche.*
- G) *Consultorio gratuito d'igiene.*
- H) *Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.*
- I) *Facilitazioni presso medici specialisti per cure oculistiche, otorinolaringoiatriche ed odontoiatriche.*
- L) *Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura.*
- M) *Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori Materni.*
- N) *Facilitazioni per cure termali.*
- O) *Pubblicazioni di medicina preventiva.*

a) *Visite mediche periodiche gratuite.*

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.

Per tutti indistintamente gli assicurati funzionano i **Consultori di medicina preventiva** in:

Ancona, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, tutti i giorni.

Bolzano, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, tutti i giorni.

Trento, Via Belenzani, 14, primo e quarto lunedì del mese.

Cagliari, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, tutti i giorni.

Messina, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, tutti i giorni.

Agrigento, Via Roma, 291, primo mercoledì del mese.

Catania, Via A. Mussolini, 16, tutti i sabati.

Catanzaro, Scesa Leone, secondo martedì del mese, ore 15-17.

Cosenza, Corso Mazzini, secondo martedì del mese, ore 9-11.

Palermo, Via Maqueda, 200, primo lunedì del mese.

Ragusa, Via M. Coffa, 12, primo venerdì del mese.

Reggio Calabria, Corso Garibaldi, secondo e quarto mercoledì del mese.

Rovereto, presso l'Agenzia principale, terzo lunedì del mese nel pomeriggio.

Trapani, Via Torrearsa, primo martedì del mese.

Milano, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, tutti i giorni.

Padova, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, tutti i giorni.

Trieste, Via Carducci, 2, primo mercoledì del mese.

Treviso, Piazza Vittorio Emanuele n. 29, terzo martedì del mese.

Verona, Via Anfiteatro, 10, secondo martedì del mese.

Roma, Servizio Sanitario della Direzione Generale (Via Sallustiana, 51).

Roma, Via Tritone, 142, tutti i giorni.

Frosinone, Via XX Settembre, 19, secondo giovedì del mese.

Terni, Corso Tacito, primo e terzo giovedì del mese.

Viterbo, presso l'Agenzia Generale.

Torino, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, tutti i giorni.

Alessandria, Via Roma, 14, secondo e quarto lunedì del mese.

Asti, Piazza Medici, 16, primo e terzo mercoledì del mese.

Nei Consultori di medicina preventiva si praticano:

a) visite mediche per il collaudo periodico della salute di tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di cui sopra;

b) Visite gratuite per la idoneità alla vita coloniale.

c) prelevamento di campioni per gli esami di laboratorio.

d) misurazione delle pressione arterie;

e) controllo del peso e dell'altezza;

c) Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuite.

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;

h) Esame del sangue: per la reazione di Meinicke;

i) Elettrocardiogramma;

l) Misurazione della pressione arteriosa;

m) Teleradiografia del torace;

n) Controllo del peso e dell'altezza.

Presso i Centri Sanitari:

Ancona, Via della Loggia, n. 6;

Bolzano, Via Rosmini, n. 20;

Cagliari, Via Roma, n. 73;

Messina, Via C. Colombo;

Milano, Piazza Diaz, n. 6;

Padova, Piazza Spalato, n. 1;

Roma, Via Sallustiana, 51.

Torino, Via Maria Vittoria, n. 1

ove i detti esami si eseguono gratuitamente.

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 Ancona, Cagliari, Messina, Milano, Pa-

dova, Roma, Torino, col mezzo più celere, campioni:

per l'esame delle urine: 60-70 cc. di urine aggiuntevi 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 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 Medici della Direzione Generale dell'I. N. A. in Roma, Via Sallustiana, n. 11);

per la reazione di Meinicke: 4-5 cc. di sangue o meglio 1-2 cc. di siero centrifugato.

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) Consulteri per il collaudo dell'organo della vista.

Torino, Via Maria Vittoria, 1;
Roma, Via Sallustiana, 51.

e) Consulteri per il collaudo dell'orecchio, naso, gola.

Roma, Via Sallustiana, 51.

f) Gabinetto per cure odontoiatriche.

Roma, Via Sallustiana, 51.

g) Consultazioni gratuite di igiene.

Igiene personale, igiene della casa, igiene del lavoro, consigli per la prevenzione delle malattie, specie infettive, presso i Consulteri d'igiene: in **Agrigento** (Via Roma, n. 291); **Alessandria** (Corso Roma, n. 14); **Asti** (Piazza Medici, n. 16); **Bolzano** (Via Duca D'Aosta, n. 2); **Cagliari** (Via Roma, n. 73); **Catania** (Via della Lettera, n. 7); **Catanzaro** (Scesa Leone); **Cosenza** (Corco Mazzini, Palazzo Pilotta); **Frosinone** (Via XX Settembre, n. 19); **Messina** (Via Calombo, n. 40); **Padova** (Piazza Spalato); **Palermo** (Via Maqueda, n. 200); **Ragusa** (Via Mariannina Coffa, n. 12); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via del Tritone, n. 142); **Rovereto** (presso l'Agenzia principale); **Terni** (Corso Tacito, n. 2); **Torino** (Via Maria Vittoria, n. 1); **Trapani** (Via Torrearsa, n. 77); **Treviso** (Piazza Vittorio Emanuele, n. 29); **Trieste** (Via Carducci, n. 2); **Verona** (Via Anfiteatro, n. 10).

h) Prestiti senza interesse.

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.

i) Facilitazioni presso medici specialisti.

Per cure oculistiche; per cure otorinolaringoiatriche; per cure odontoiatriche.

I sanitari di cui all'elenco che segue concedono agli assicurati con polizze ordinarie e collettive la riduzione del 30% sugli onorari individuali fissati dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici.

- l) **Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura.** (V. *elenco annesso*).
- m) **Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori Materni.** (V. *elenco che segue*).
- n) **Facilitazioni presso Stabilimenti termali.** (V. *elenco che segue*).
- o) **Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene.**
 1° *Vivere Sani* del Dr. E. DELLA SETA.
 2° *Salute, Tesoro della Vita*, del Dr. O. BELLUCCI.
 3° *Rivista bimestrale, d'igiene e di medicina preventiva L'Assistenza Sanitaria.* Edizione speciale.

MEDICI SPECIALISTI

che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

Piemonte

ALESSANDRIA

Odontoiatri

Alessandria.

- Dr. MOTTA Luigi, Piazzetta della Lega, 7.
 Dr. OSIMO Guido, Via Mazzini, 1.
 Dr. PICCINI Alessandro, Via Umberto, 25.
 Dr. PICCIONE Antonio Giovanni, Via Venezia, 3.

Casale Monferrato.

- Dr. GAUDINA Umberto,
 Dr. REDOGLIA Agostino.
 Dr. PINOLINI Giovanni.

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. AJMONE Modesto, Via Faà di Bruno, 18.
 Dr. BADINO Francesco, Via Trotti, 12.
 Dr. BORTOLOTTI Lorenzo, Via S. Giacomo della Vittoria, 25.

Casale Monferrato.

- Dr. GUASCHINO Giovanni.

AOSTA

Odontoiatri

Aosta.

- Dr. CHIAMPO Arnaldo.
 Dr. SPIRITO Tito.

Ivrea.

- Dr. MAUTINO Giuseppe.
 Dr. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti

Ivrea.

- Dr. GARZINO Mario Casimiro, Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri

Ivrea.

- Dr. MAGGIOROTTI Ugo.

ASTI

Odontoiatri

Cuneo.

- Dr. MANFREDI Francesco.

Oculisti

Alba.

- Dr. VARALDI Giovanni.

Otorinolaringoiatri

Cuneo.

- Prof. Dott. DONADEI Giovanni, Via Gallo, 5.

Saluzzo.

- Dr. RACCA Ugo, Via Gualtieri, 5.

NOVARA

Odontoiatri

Novara.

- Dr. BORRINI Francesco.
 Dr. SCENDRATI Daniele.

Oculisti

Novara.

Dr. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale Maggiore.

TORINO

Odontoiatri

Torino.

Dr. BUJATTI Giovanni, Corso Vinzaglio, 104.

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

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

Dr. MARAZZINA C., Via Volpiano, 5.

Dr. OTTOLENGHI Renato, Via Sacchi, 58.

Dr. TOMMASSINELLI Antonio, Via Mercati, 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 Lamar-mora, 28.

Dr. GARZINO M., Via Mazzini, 2.

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

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

Dr. MORINI Egidio, Via Carlo Alberto, 18.

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

Dr. ORSI Luigi, Via XX Settembre, 17.

Dr. PECCHIO Teobaldo, Corso Vittorio Emanuele, 19.

Prof. Dr. PICCALUGA Sirio, Via XX settembre, 60.

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

Prof. TIRELLI Gaspere, 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. VERDERAME 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. PALLESTRINI Ernesto, Corso Roe-ro 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.

Liguria

GENOVA

Odontoiatri

Genova.

Dr. MORIANI Giuseppe, Via Milano, 18-a.

Cornigliano.

Dr. TRAVAGLINI Guido, Vai Garibaldi, 13.

Genova.

Dr. PUPPO Francesco, Salita S. Caterina, 1/2.

IMPERIA

Odontoiatri

Imperia.

Dr. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 18.

Dr. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.

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

Dr. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.

Dr. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.

Bordighera.

Dr. BUFFA Ermanno, Via S. Antonio.

Dr. DEL BOCA Isidoro, Via Vitt. Emanuele.

Sanremo.

Dr. GERBOLINI Andrea, Via Vittorio Emanuele, 15.

Dr. GERBOLINI Giuseppe, Via Vitt. Emanuele, 17.

Dr. GISMONDI Emanuele, Via Vitt. Emanuele, 11.

Dr. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.

Ventimiglia.

Dr. BUONSIGNORE Giuseppe, Via Roma, 7.

Dr. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti

Imperia.

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

Oneglia.

Dr. GRIVA Giuseppe.

Sanremo.

Dr. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.

Dr. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri

Imperia.

Dr. DURAND Gaspare, Via Giardini.

Bordighera.

Dr. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 8.

Sanremo.

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

Ventimiglia.

Dr. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 18.

SAVONA

Odontoiatri

Savona.

Dr. Cav. Uff. GASTI Giuseppe, Corso Principe Amedeo, 2-5.

Dr. Comm. PAGGI Poggio, Via Paleocapa, 3.

Dr. VEIRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

Otorinolaringoiatri

Savona.

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

Lombardia

BERGAMO

Odontoiatri

Bergamo.

Dr. AVETTA Enzo.

Dr. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dr. CALDEROLI Guido.

Cav. Dr. CASTELLI Carlo.

Prof. Dr. CAVAZZENI Giovanni.

Dr. DAL LAGO Vittorio.

Dr. GATTI Giovanni.

Oculisti

Bergamo.

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

Prof. Dr. SEGUINI Arminio.

Dr. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri

Bergamo.

Dr. CALDEROLI Innocente.

Dr. PALVIS Giuseppe.

BRESCIA

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.

COMO

Odontoiatri

Como.

Dr. GORIN Vittorio, Via Garibaldi, 19.

Dr. PADERI Antonio.

Dr. TORI Luigi.

Lecco.

Dr. HEUMANN Martino, Via Stoppani, 28.

Oculisti

Como.

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

Otorinolaringoiatri

Como.

Dr. BECCHERLE Ferdinando, Via Volta, 33.

Dr. TORLASCHI Giovanni, Via Rezzonico, 7.

CREMONA

Odontoiatri

Cremona.

Dr. BERTOLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.

Dr. IRITZ Giuseppe.

Dr. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.

Dr. ZANNINI Roberto.

Casalmaggiore.

Dr. BOLES Oreste.

Oculisti

Cremona.

Dr. COSSÙ Alberto, Via Damiano Chiesa, 9.

Prof. Dr. MARGOTTA Giuseppe, Corso Stradivari, 8.

Otorinolaringoiatri

Cremona.

Dr. BOCCHI Ferruccio, Via G. Tibaldi, 3.

MANTOVA

Odontoiatri

Mantova.

Dr. CONSOLO Giuseppe.
Dr. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.
Dr. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.
Dr. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Fernel-
li, 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 Bat-
tisti, 14.

Otorinolaringoiatri

Mantova.

Dr. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.
Dr. FUCCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.
Dr. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vittorio Ema-
nuele, 103.

MILANO

Oculisti

Milano.

Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Foro Bona-
parte, 46.
Dr. CASTRIGNANI Giuseppe, Passaggio agli
Osii, 2.

Odontoiatri

Milano.

Dr. BIAGINI Giovanni, Via Aversa, 17.

Monza.

Dr. BONSAGLIO Elia, Via Vittorio Emanue-
le, 1.
Dr. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.
Dr. SAVIO Piero, Via B. Luini, 1.

SONDRIO

Odontoiatri

Sondrio.

Dr. OTTANI Leone, Via XXVIII Ottobre, 8.

VARESE

Odontoiatri

Varese.

Dr. BERTOLI Alessandro.
Dr. BERTOLI Romeo.

Dr. FRANZI Cesare.
Dr. GUSCETTI Severo.
Dr. MINGARELLI Lido.
Dr. RIVA Gian Pietro.
Dr. BARBEDO 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 Umber-
to I, 18.

Otorinolaringoiatri

Varese.

•Dr. ROVERA Santo.
Dr. SIOLI Giulio.

Somma Lombarda.

Dr. BURATTI Pasquale Achille.

Tre Venezie

BOLZANO

Odontoiatri

Bolzano.

Dr. GRONES Ernesto, Piazza Erbe, 12.
Dr. TRANQUILLI Ferdinando, Piazza Vittorio
Emanuele, 8.

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.
KEISER Giulio, Corso Principe Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri

Bolzano.

Dr. BRIANI Alfredo, Via Duca d'Aosta, 2.
Dr. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.

Merano.

Dr. DIESBACHER Matteo, Corso Principe Umberto, 20.
Dr. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

GORIZIA

Odontoiatri

Gorizia.

Dr. NETZBANDT Paolo Ugo.

Otorinolaringoiatri

Gorizia.

Dr. COMEL Giuseppe.
Dr. RUZZATI Sandro.

POLA

Odontoiatri

Pola.

Dr. STOCO Francesco.

Oculisti

Pola.

Dr. DE PIERA Mauro.

Otorinolaringoiatri

Pola.

Dr. MAZZARO Elvino.

ROVIGO

Odontoiatri

Rovigo.

Dr. BENATTI Boris.
Dr. BORELLINI Alberto.

Adria.

Dr. FERRONI Giuseppe.
Dr. GIORDANI Nazzareno.

TRENTO

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. CALIRI Federico.

Rovereto.

Dr. SOMMADOSSI Mario.
Dr. ZANNINI Gino.

Oculisti

Trento.

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

Otorinolaringoiatri

Trento.

Dr. Cav. BANFICHI Tullio, Via Roma, 33.
Prof. Dr. GARBINI Giuseppe, Via S. Maria Maddalena, 10.
Dr. MAESTRANZI Dario, Via Rosmini, 25.
Dr. Cav. MAFFI Giuseppe, Via Oss. Muzzurana, 16.

TREVISO

Oculisti

Treviso.

Dr. BIFFIS Andrea, Via F. Filzi, 12.

TRIESTE

Odontoiatri

Trieste.

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

Otorinolaringoiatri

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.

VERONA

Odontoiatri

Verona.

Dr. BRIVIO Giano, Via Marsala.
Dr. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.

Dr. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.
 Dr. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.
 Dr. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.

Bardolino.

Dr. PEDUZZI P.

Legnago.

Dr. BONFANTE Ugo.

VICENZA

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.

Emilia

BOLOGNA

Odontoiatri

Bologna.

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

Oculisti

Bologna.

Dr. CAPRA Leonida, Via l'indipendenza, 2.
 Dr. MARIOTTI Cesare, Via Castiglioni, 5.
 Dr. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.
 Dr. PALMIERI Domiziano, Via Righi, 34.
 Prof. Dr. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 43.
 Prof. Dr. NAPOLEONE Xilo, Via Guerra.

Otorinolaringoiatri

Bologna.

Prof. Dr. CANEPELE Adelson, Viale XII Giugno, 12.

Dr. FACCHINI G. Battista, Via Cartoleria, 16.
 Prof. Dr. VIGI Ferruccio, Via d'Azeglio, 21.

FERRARA

Odontoiatri

Ferrara.

Dr. BARUFFALDI Tommaso, Via Terranova, 9.
 Dr. CAVALLARI Augusto, Largo Castello.
 Dr. FINI Giuseppe, Corso Giovacca, 3.
 Dr. MORI Davide, Via Cortevecchia, 3.
 Dr. TESI Alfredo, Via Palestro, 21.
 Dr. TESI Gastone, Via Palestro, 21.

Otorinolaringoiatri

Ferrara.

Dr. MANFREDI Angelo, Via Borgoleoni, 122.
 Dr. MURATORI Enzo, Via Palestro, 62.

Oculisti

Ferrara.

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

FORLÌ

Odontoiatri

Forlì.

Dr. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi.
 Dr. MOLINAR Geza, Via M. Missirini.
 Dr. CASALI Alvaro, Corso Garibaldi.

Rimini.

Dr. LAZZAROTTO Eugenio.
 Dr. PEDRAZZI Luigi.
 Dr. PELOSI Romano.

Oculisti

Forlì.

Dr. MARCHINI Paolo, Corso A. Diaz.

Otorinolaringoiatri

Forlì.

Dr. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

MODENA

Otorinolaringoiatri

Modena.

Gr. Uff. Dr. SILLINGARDI Gino, Piazza Muratori, 31.

PARMA

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.

PIACENZA

Odontoiatri

Piacenza.

Dr. CAVANNA GOBBI Ettore, Via San Marco, 5.
Dr. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

Castelsangiovanni.

Dr. PATRIOLI Giuseppe.

Toscana

AREZZO

Odontoiatri

Arezzo.

Dr. MICHELINI Mario, Via Francesco Crispi, 2.

Oculisti

Arezzo.

Prof. Dr. ALIQUÒ MAZZEI Alessandro.

FIRENZE

Odontoiatri

Firenze.

Dr. ARNONE Vincenzo, Via Pandolfini, 26.
Dr. CITELLI Alessandro, Lung'Arno Acciaio-
li, 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.

GROSSETO

Odontoiatri

Grosseto.

Dr. ANGELINI Armando.

LIVORNO

Livorno.

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

Portoferraio.

Dr. LAGHI Augusto.

Oculisti

Livorno.

Prof. Dr. BAQUIS Elia, Via Marradi, 35.
Dr. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri

Suvereto di Livorno.

Dr. CHERICI Luigi.

LUCCA

Odontoiatri

Altopascio.

Dr. PIEGAIA Giovanni Leo.

MASSA - CARRARA

Odontoiatri

Carrara.

Dr. LODOVICI G. Battista, Via Lunense.

PISA

Odontoiatri

Pisa.

Prof. Dr. CARRERAS Roberto, Via San Lo-
renzo, 19.
Dr. DELLE SEDIE Francesco, Piazza S. Fre-
diano, 5.
Dr. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.
Dr. SERRI Scipione, Via Vitt. Emanuele, 4.

Bientina.

Dr. MARCHIANI Pilade.

PISTOIA

Otorinolaringoiatri

Pistoia.

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

SIENA

Odontoiatri

Sienna.

Dr. MARZANO Pasquale, Via di Città, 3.

Umbria

PERUGIA

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.

Marche

ANCONA

Odontoiatri

Ancona.

Dr. PANAREO Luigi.

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.

Lazio

ROMA

Odontoiatri

Roma.

Dr. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.

Prof. Dr. DE VECCHIS Beniamino, Via Cornelio Celso, 1.

Dr. BONCRISTIANI-NEMES, Via Arenula, 53.

Dr. PIERLUIGI Antonio, Corso Trieste, 141.

Dr. ERCOLANI Alberto, Largo Magnagrecia, 3.

Oculisti

Roma.

Prof. Dr. COLANGELI Armando, Via A. Canova, 12.

Prof. Dr. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.

Prof. Dr. NEUSCHÜLER Ignazio, Via Regina Elena.

Prof. Dr. STRAMPELLI Benedetto, Corso Italia, 33.

Otorinolaringoiatri

Roma.

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

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

VITERBO

Odontoiatri

Viterbo.

Dr. BAGEDDA Baingio.

Abruzzi e Molise

AQUILA

Odontoiatri

Aquila.

Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

Otorinolaringoiatri

Dr. CIPOLLONI Silvio, Via S. Marciano, 31.

CAMPOBASSO

Odontoiatri

Campobasso.

Dr. MARTINO Angelo.

Dr. SANTORO Manfredi.

Oculisti

Campobasso.

Dr. BARBATO Nunzio.

Comm. Dr. GRIMALDI Eugenio.

Agnone.

Dr. SAVASTANO Silvio.

CHIETI

Odontoiatri

Chieti.

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

Oculisti

Prof. Dr. COZZOLI Giulio, Corso Marrucino, 104.

TERAMO

Odontoiatri

Teramo.

Dr. BIANCO Giuseppe.
Dr. SACCONI Agostino.

Campania

NAPOLI

Odontoiatri

Napoli.

Dr. COPPOLA Antonio, Via Cesario Conso-
le, 3.
Dr. DE NOTARIS Ferdinando, Via Cappella
Vecchia, 6.
Dr. DONATO Carlo, Via R. De Cesare, 7.
Dr. GIUFFRÈ Vincenzo, Via Santa Brigi-
da, 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 Pa-
lazzo, 9.
Dr. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio
Emanuele, 400.
Dr. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.
Prof. Dr. ZONA Alberico, Piazza Bellini, 68.

Meta di Sorrento.

Cav. Uff. Dr. RUSSO Valerio, Corso Litto-
rio, 113.

Sparanise.

Dr. GRANDE Francesco.

Otorinolaringoiatri

Sparanise.

Prof. Dr. DI LAURO Espedito, Riviera di
Chiaia, 84.
Prof. Dr. JANNUZZI Silvio, Via S. Spirito di
Palazzo, 31.

Puglia

BARI

Odontoiatri

Andria.

Dr. SARDANO Francesco.

FOGGIA

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.

TARANTO

Odontoiatri

Taranto.

Dr. BARBARO Vincenzo, Corso Umberto.
Dr. MONTANARI Francesco, Piazza G. Bru-
no, 33.
Dr. SANTOSTASI Carlo.
Dr. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

Oculisti

Taranto.

Dr. CARDUCCI Vincenzo, Via d'Aquino.
Prof. Dr. MARICOSCI Alessandro, Via di
Palma.
Dr. MARINOSCI Raffaele, Via Regina Ele-
na, 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.

Lucania

MATERA

Odontoiatri

Matera.

Dr. MARINARO Domenico.
Dr. LO RUSSO Stefano.

Calabria

COSENZA

Odontoiatri

Cosenza.

- Dr. ANDREASSI Giuseppe.
Dr. CERBELLI Oreste.
Dr. CHIMENTI Achille.
Dr. LOFFREDO Ferdinando.

REGGIO CALABRIA

Odontoiatri

Reggio Calabria.

- Dr. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti

Reggio Calabria.

- Dr. DE LOGU Antonio.
Dr. Prof. LAGANÀ Domenico.
Prof. Dr. STILO Antonio Gallico.

Otorinolaringoiatri

Reggio Calabria.

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

Sicilia

AGRIGENTO

Odontoiatri

Agrigento.

- Dr. CUCURULLO Antonio.

Canicatti.

- Dr. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

CALTANISSETTA

Oculisti

Caltanissetta.

- Prof. Dr. CAVALLARO Erminio.
Prof. Dr. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri

- Dr. RESTIVO Pietro.

CATANIA

Odontoiatri

Catania.

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

Oculisti

Catania.

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

Otorinolaringoiatri

Catania.

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

MESSINA

Odontoiatri

Messina.

- 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.

PALERMO

Odontoiatri

Palermo.

- Dr. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.
Dr. CIMINO Giuseppe, Via Villafermosa, 6.
Dr. DI CARLO Giovanni, Via Roma.
Dr. GARLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.
Dr. MILAZZO Carmelo, Piazza G. Verdi, 22.
Dr. NICOSIA Antonio, Piazza Aragona, 4.
Dr. PEZZOLI Renato, Piazza Castelnuovo, 11.
Dr. PIAZZA GARGANO Giovanni, Piazza S. Domenico, 23.
Dr. PIZZUTO Francesco, Via Villareale, 32.
Dr. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, 12.
Dr. TEMPESTINI Elio, Via Maqueda, 200.

Oculisti

Palermo.

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

Otorinolaringoiatri

Palermo.

- Prof. Dr. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 471.

Dr. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.
 Dr. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.
 Prof. Dr. ZANOLA Aurelio, Via Rodi, 1.

TRAPANI

Otorinolaringoiatri

Trapani.

Dr. SAMMARTANO Mario, Via Mercè,

Sardegna

SASSARI

Odontoiatri

Sassari.

Dr. FENU Antonio, Vicolo Bartolinis.

Dr. NIEDDU Giovanni, Via Manno.

Dr. TOCCO Raffaele, Piazza Castello.

OSPEDALI, CASE DI CURA, ecc. che concedono facilitazioni ai nostri assicurati

Piemonte

CUNEO

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

NOVARA

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

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

TORINO

1. *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.

2. *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.

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

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

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

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

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.

Liguria

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 Oxilia, 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.*

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.*

Lombardia

BERGAMO

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

2. *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.*

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-Te-aria 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.*

COMO

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

2. *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione, del Prof. Giovanni Galli, in Como, Via Volta 46, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali che per tutte le cure che ivi si praticano.*

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

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

CREMONA

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

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

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 leconsultazioni cliniche che ivi verranno praticate.

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.

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 curachirurgica prof. Masnata in Stradello*, 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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

3. *Ospedale Policlinico di 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.

SONDRIO

1. *Primo Sanatorio italiano « A. Zubiani » in Pineta di Sortenna*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riserva fino a dieci posti, e concede:

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

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

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

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

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

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 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.

Tre Venezie

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.

GORIZIA

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

PADOVA

1. *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 idroscopiche ed eventualmente la visita del consulente.

2. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazio-

nale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

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.

TRENTO

1. *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.

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.

VENEZIA

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

2. *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.

VERONA

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

Emilia

BOLOGNA

1. *Ospedale « Benito Mussolini »* dell'I.N.F. A.I.L. agli assicurati che abbiano bisogno di cure chirurgiche, ortopediche ed oculistiche, oppure per applicazioni sia ambulatorie che in degenza, di terapia fisica, Raggi X e Radium, riduzione del 20 % se usufruiranno della 1^a e 2^a classe, e del 10 % se usufruiranno della 3^a classe, sia per le rette che per gli onorari medici. Sono escluse dalla riduzione solo la spesa per il riscaldamento e quella per i bagni di pulizia.

2. *Casa di salute « Policlínica »*, Piazza Umberto I, n. 9, a tutti gli assicurati — « *Villa Verde* », Via Mamolo, n. 45 — « *Villa Rosa* », Via Castiglione, n. 193, 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.

3. *Consultorio Materno in Bologna* dell'Istituto Naz. Fascista, *Residenza Sociale*: tutte le assicurate pagheranno L. 5 ogni volta.

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

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, Roentgen-diagnostica e Roentgen Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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.

Toscana

AREZZO

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

FIRENZE

1. *Casa di Salute « Villa Savoia »*, Via Andrea del Castagno, n. 6, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per le applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, Roentgen-diagnostica, che verranno praticate nella clinica.

2. *Convalescenziario « Regina Margherita »* in Firenze, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

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

LIVORNO

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

SIENA

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

Umbria

PERUGIA

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

TERNI

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

Marche

ANCONA

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

Lazio

ROMA

1. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori, tutti gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Roentgen-terapia anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operativi o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35 — per l'Istituto Regina Elena e di L. 30,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e roentgenterapia, ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50 % dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e roentgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50 % va applicata alla tariffa più bassa.

2. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno al Policlinico del Lavoro nell'anno in corso, 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 oppor-

tuni; potranno inoltre usufruire gratuitamente in ogni tempo, durante il periodo suddetto delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro.

3. *Clinica Odontoiatrica della R. Università di Roma*, gli assicurati con polzze popolari che si recheranno per la cura e la protesi dentaria presso l'ambulatorio di detta Clinica, usufruiranno di una riduzione del 20 % sui prezzi stabiliti per i meno abbienti.

4. *Ospedali Sanatoriali « C. Forlanini » e « B. Ramazzini »* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

5. *Casa di cura per malattia orecchio, naso e gola* già Prof. TOMMASO MANCIOLI, Via Ferruccio, n. 7, concede:

riduzione del 50 % agli assicurati con polizza scolastica popolare e del 30 % a tutti gli assicurati, in qualunque forma, e loro figli, sugli onorari sia per la diagnosi e la cura dell'adenoidismo che per quella delle affezioni otorinolaringoiatriche, la terapia inalatoria e per tutti gli esami e cure di radiologia, elettro e fototerapia che ivi si praticano.

Campania

NAPOLI

1. *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.

2. *Sanatorio C. Forlanini di Napoli*, S. Rocco di Capodimonte, 62; a tutti gli assicurati: diaria ridotta di L. 20 per gli ammalati comuni, comprensiva, oltre che del trattamento dietetico appropriato, di tutte le eventuali competenze professionali; per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura, interventi operativi, ecc. Gli ammalati invece che intendono usufruire di un alloggio riservato, godranno di una riduzione del 30 % sulle rette stabilite.

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

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

Puglia

BARI

1. *Clinica privata del prof. Florenzo d'Erchia per le Malattie Ginecologiche*, Via M. Signorile, n. 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 %, sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopica, per le applicazioni di terapia fisica, Roentgen-diagnostica, Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella clinica.

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.

LECCE

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

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

Calabria

CATANZARO

1. *Istituto Clinico Diagnostico e Fisioterapico del Dr. Giuseppe Mazza*, Via Duomo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore per la diagnostica radiologica e per cure Roentgen, elettriche e terapia fisica, che verranno praticate nell'Istituto Clinico.

2. *Casa di salute Catalani « Villa Amelia »*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche

di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

REGGIO CALABRIA

1. *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 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di Terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate in detti ospedali.

Sicilia

CALTANISSETTA

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale 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.

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.

MESSINA

1. *Istituto di Terapia Fisica del prof. dott. Giuseppe Spagnolio*, Piazza Stazione, a tutti

gli assicurati riduzione del 30 % (trenta 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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nell'Istituto di Terapia Fisica, nonchè per eventuale degenza in casa di cura.

PALERMO

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

RAGUSA

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

SIRACUSA

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

Sardegna

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

2. *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 microscopia, per applicazioni di Terapia fisica e Roentgen-diagnostica e Roentgen-radium-terapia 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.

SASSARI

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

STABILIMENTI TERMALI

che concedono facilitazioni ai nostri assicurati

Piemonte

NOVARA

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

Lombardia

BERGAMO

1. *Stabilimenti Termali di S. Pellegrino*; a tutti gli assicurati: riduzione del 25 % su tutte le tariffe in vigore.

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

Tre Venezie

PADOVA

1. *Stabilimento Hôtel 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.

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

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

4. *Stabilimenti Termali « Due Torri » e « Morosini » in Abano*, a tutti gli assicurati: « Due Torri », riduzione del 50 % sull'importo visita medica per l'inizio della cura; riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, riduzione del 20 % sull'importo della pensione e cura del fango, escluso servizio e tassa di soggiorno - « Morosini »: riduzione del 18 % sull'importo della pensione e cura del fango escluso servizio e tassa di soggiorno, tariffa unica della visita medica per l'inizio della cura L. 10 (categoria B).

TRENTO

1. *Stabilimenti Termali di Levico Vetriolo*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 10 % sulle tariffe in vigore.

VICENZA

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

Emilia

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.

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 15 giorni.

2. *RR. Terme di Castrocaro*, a tutti gli assicurati riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore. (Categoria B).

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.

Toscana

PISA

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

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.

SIENA

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

2. *Stabilimenti Termali di San Casciano (Siena)*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore per la 1^a classe e del 50 % per la 2^a classe, per le cure di bagni e fanghi. Inoltre è concessa gratuitamente la cura della bibita per le malattie di fegato. La tassa di visita e ammissione alle cure è stabilita in L. 25.

Lazio

FROSINONE

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

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

Abruzzi e Molise

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).

Campania

NAPOLI

1. *Stabilimenti Termali di Agnano (Napoli)*, a tutti gli assicurati: riduzione del 50 % sull'importo del diritto di ammissione, e del 25 % sull'importo degli abbonamenti alle cure termali (bagni, stufe e fanghi).

2. *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.

3. *Terme dello Scrajo di Vico Equense (Napoli)*; a tutti gli assicurati le seguenti riduzioni sui prezzi base della tariffa vigente:

Riduzioni del 25%, 20%, 15%, per gli abbonamenti bagni rispettivamente di N. 15-10 (classi distinta e prima).

Puglia

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.

Sardegna

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

Possedimenti Italiani

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.

IMPORTANTE. — 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, poichè 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, la indicazione del tipo di cura più conveniente al soggetto stesso e che l'assicurato è esente da malattie infettive, o comunque trasmissibili, o da sindromi nervose.*

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.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70.409

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI

Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE — VIA SALLUSTIANA, 51 — ROMA

SOMMARIO

- | | |
|--|--|
| <p>1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati 1-XXIV</p> <p>2. Consigli agli assicurati:</p> <p>a) Prof. Dott. A. VELE, Un disturbo della vista: le mosche volanti 162</p> <p>b) La lotta contro le mosche in Italia 163</p> <p>c) Rassegna di articoli d'igiene 164</p> <p>3. Notiziario 166</p> <p>4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. P. CIATTI, La funzionalità epatica e le rispettive prove d'indagine in Assicurazioni Vita 171</p> <p>b) Dott. OTTO MAY, La tubercolosi in rapporto all'Assicurazione Vita 182</p> <p>5. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. S. FIANDACA, Il giudizio di invalidità nella demenza precoce 190</p> | <p>6. Indagini di statistica medica:</p> <p>a) Dott. E. MONTEVERDE, L'esame nei sinistri di morte per tbc presso l'I.N.A. 196</p> <p>b) Alcuni dati di statistica medica 208</p> <p>7. Dalle riviste che riceviamo in cambio 212</p> <p>8. La pagina per il medico fiduciario:</p> <p>a) Dott. T. CICU, I riflessi cutanei 219</p> <p>b) Dott. M. BIASIOTTI, I sintomi della piccola insufficienza epatica 221</p> <p>9. Varie:</p> <p>Dott. G. OTTANI, L'assicurazione degli sportivi 224</p> <p>10. Dai Libri e dai Periodici 231</p> <p>11. Pubblicazioni ricevute 238</p> <p>12. Nuptialia 240</p> <p>13. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 240</p> |
|--|--|

NORME PER I COLLABORATORI:

Si pubblicano lavori brevi (massimo venti pagine dattilografate), che trattano argomenti di medicina preventiva ovvero diagnostica e prognostica medica, con speciale riguardo alla durata della vita umana, o altri problemi di medicina delle Assicurazioni Vita. — Agli autori di lavori originali si concedono gratuitamente cinquanta estratti. — Gli originali non si restituiscono.

Consigli agli assicurati

Un disturbo della vista: Le mosche volanti

Prof. Dott. MARIA VELE

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

Spesso sorridiamo quando delle persone ci dicono che dinanzi ai loro occhi compaiono delle macchioline scure a forma di ragno, di capelli, di fumo di sigaretta, ecc. Forse pensiamo che le persone che ci parlano così siano affette da qualche fissazione.

Che cosa sono dunque questi piccoli corpicciuoli che disturbano la visione? Esse sono le così dette mosche volanti.

Dove si formano? Da che cosa si formano? E quale sensazione danno?

Il luogo di formazione è costituito dal corpo vitreo, massa gelatinosa trasparente e incolore che riempie la cavità oculare posteriore. Esso prende parte passivamente alle infiammazioni dei tessuti vicini. Si può paragonare ad un recipiente il cui contenuto è costituito dal corpo vitreo e il contenente dalla retina, coroide e sclera.

Allorchè i prodotti dei tessuti suddetti cadono nel vitreo danno luogo a delle opacità, le quali, quando sono percepite dal paziente, costituiscono quel fenomeno detto miodesopsia, cioè piccole ombre, a forma assai svariata che vagano nello spazio.

In condizioni normali queste macchioline sono prodotte dalle ombre proiettate sulla retina dalle cellule del vitreo.

Quando noi fissiamo il sole, una superficie chiara o guardiamo al microscopio, compaiono dinanzi ai nostri occhi una ridda di questi corpicciuoli che do-

po qualche momento di riposo a occhi chiusi scompaiono.

Per quanto queste mosche volanti possano darci fastidio e preoccuparci, tuttavia non hanno importanza veruna e l'acutezza visiva rimane normale. A volte possono essere in rapporto alle funzioni digestive, a sovraccarico o ad anemia. In questi casi possono essere anche ostinate (nonostante tutti i mezzi di cura), e persistenti. Nei soggetti nervosi danno una vera ossessione mentre nelle persone calme il distogliere da esse l'attenzione, finisce col far dimenticare la loro presenza.

Si potrebbe compilare addirittura un album, per la ricchezza e la variabilità delle forme che queste mosche volanti presentano. Oltre quelle citate, ricordo quelle a filamenti, a filza di perline, piccoli ammassi, gomitoli, ecc. Una caratteristica di questi corpicciuoli è di essere mobili e i loro movimenti sono sincroni a quelli dell'occhio; si possono però muovere anche indipendentemente dai movimenti di questo.

Se poi domandiamo a queste persone, quando specialmente sono affette da questo disturbo, esse ci risponderanno che al mattino (forse per il riposo della notte) i corpicciuoli compaiono meno, mentre durante il giorno vagano innanzi a loro le più strane piccole ombre.

La miopia di alto grado è quasi sempre accompagnata da un numero più o

meno grande di opacità di varia densità. Se noi pensiamo alla distensione che subisce il guscio oculare nella miopia, comprendiamo come si possano avere lacerazioni di fibrille e rammollimenti del corpo vitreo. Questo fluidificandosi riceve più facilmente i prodotti delle infiammazioni dei tessuti vicini. E quanto più grande è la fluidificazione e l'abbondanza delle mosche volanti, tanto più dobbiamo pensare ad alterazioni gravi delle membrane profonde dell'occhio.

In certe persone di età avanzata si vedono all'esame oftalmoscopico, oscillare nel vitreo una moltitudine di corpuscoli scintillanti, i quali, quando l'occhio si ferma, scendono in basso come tanti fiocchetti di neve lucenti. Questo fenomeno chiamato, *sinchisi scintillante*, è do-

vuto ad innumerevoli cristalli di colesterina e di acidi grassi che hanno il potere di rifrangere molto la luce. Non è ancora conosciuta l'origine di questa *sinchisi*, però essa non dà nessun disturbo.

Questi intorbidamenti si possono riscontrare tanto negli strati anteriori come nei posteriori del vitreo e darci la più svariata apparenza, come, per esempio, polvere sollevata dal vento; o ad intorbidamento a fiocchi, a lamine o a grosse masse.

In tutti i casi su citati sarà bene che l'individuo che accusa la presenza di mosche volanti ricorra al consiglio dello specialista il quale potrà mediante la cura, far diminuire o scomparire la presenza di esse.

La lotta contro le mosche in Italia

Ritorniamo su questo argomento che merita l'interesse non solo degli igienisti ma anche delle buone massaie che hanno a che fare, nella cura della casa, con questo incomodo ospite estivo. Si comprende come la lotta moschicida, promulgata dalla Direzione Generale di Sanità alcuni anni fa presso le Autorità locali non possa aver felice coronamento senza la collaborazione di quanti procedono alla pulizia ed alla igiene della casa.

Un esito lusinghiero, che può giungere fino alla demuscazione, è l'uso del metodo Berlese che ormai incontra il più largo favore presso privati.

Tale metodo fu concepito nel 1923 da un insigne entomologo italiano, il compianto prof. Antonio Berlese, al quale hanno procurato fama mondiale gli studi sulla biologia di numerosi parassiti e titolo di imperitura benemerita i metodi da lui indicati per la distruzione di due altri flagelli, la cocciniglia del gelso e la mosca dell'ulivo.

Queste notizie che troviamo nel n. 4 del c. a. degli « Annali d'Igiene » in un articolo del dott. Ruata, sono accompagnate dai risultati ottenuti in piccoli e medi centri ove con serietà

e mezzi adeguati si è proceduto a questa bonifica.

La miscela usata dal Berlese è composta fondamentalmente da melassa, sottoprodotto di zuccherifici, mista ad arsenite di sodio; tale miscela l'A. ha chiamato *miafonina* ed in conveniente diluzione serve ad irrorare i luoghi ed i materiali favoriti dalle mosche.

La soluzione di melassa arsenicale, di cui le mosche sono avidissime, possiede l'enorme vantaggio di uccidere queste in tutte le fasi della loro esistenza. Negli immondezzai, nelle letamaie, nelle stalle, in qualsiasi raccolta o deposito di residui organici irrorati con la *miafonina*, le larve schiuse dalle uova, le ninfe, le mosche alate appena uscite dal pupario sughono golosamente la *miafonina* e ne muiono attossicate. Nè vi sfuggono le mosche adulte, attratte sicuramente ad essa ovunque si trovi cosparsa. Servono all'uopo fascetti di frasche a foglie resistenti, ramoscelli di piante sempre verdi, pezzi di tela di sacco spruzzati con la soluzione ed anche bacinelle ove la miscela è contenuta insieme a residui di frutta.

STARNA.

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Viva Cien Anos, N. 7, Aprile 1937 — Buenos Ayres.

Dott. MARIO ALZÙA, *Deve o non deve la donna sviluppare la sua forza?*

Per il passato, parlare di forza, di esercizi fisici, di resistenza nei riguardi della donna, sarebbe stata un'eresia. Si concepiva la femminilità solo sotto un aspetto fragile e languido, ma attualmente si è visto che la forza non contrasta con le più pregiate qualità femminili. L'A. in questo articolo spiega ciò che una donna deve fare se aspira ad acquistare bellezza, forza, salute.

Dott. C. L. ETCHEVARNE, *La forfora.*

L'A. descrive la forfora, le cause che la producono e come da essa si possa passare con gran facilità alla pitiriasi seborroica, che a sua volta può trasformarsi in seborrea fluente. Dai 10 ai 30 anni si sviluppa il processo che porta quasi sempre alla calvizie. E suggerisce vari metodi di cura.

Dott. O. RUEDA, *Autunno.*

L'autunno, con il rinfrescarsi della temperatura e con il sopraggiungere delle prime piogge, è apportatore di tosse, raffreddori ed influenze. L'A. dà consigli igienici per mantenersi sani durante la detta stagione ed il seguire tali norme è molto più utile che coprirsi eccessivamente o di vivere in ambienti chiusi e surriscaldati.

Dott. G. B. PALANTI, *Disprezzatori della propria vita.*

Il più grande peccato che si possa commettere è quello di non saper difendere a tempo il tesoro della propria esistenza. L'A. prende lo spunto dalla morte di Pirandello, avvenuta per un semplice raffreddore, e con una serie di interessanti riflessioni, insegna ad aver cura del proprio organismo per evitare che l'opera di millenni possa essere distrutta in un sol giorno.

Dott. J. M. PEREZ, *La strana storia dell'uomo che non poteva aprire gli occhi.*

L'A. ci descrive la storia di E. Servey, onesto impiegato, che essendosi lasciato convincere da un amico a compiere un'azione disonesta, e sembrandogli poi che tutti lo guardassero, cominciò a tener gli occhi chiusi, volontariamente, per non incontrare quegli sguardi che gli sem-

bravano indagatori, e dopo qualche giorno non gli fu più possibile aprirli, senza che fosse intervenuta alcuna alterazione organica.

Dott. B. BOSIO, *L'America fu la culla della lues?*

La sifilide, portata a Napoli dai soldati di Carlo VIII, si sparse in Italia ed in tutta l'Europa. Per questo venne chiamata col nome di « male napoletano », mentre in Italia veniva più spesso indicata col nome di « male francese ».

La sifilide, portata in Europa dall'America, fece la sua apparizione dopo la scoperta del nuovo continente. Effettivamente i marinai di Cristoforo Colombo al ritorno dal loro primo viaggio, giunsero affetti da questa malattia fino allora sconosciuta, che però era molto comune tra gli Indi.

Dott. P. A. SUAREZ, *Il dolore di spalla.*

La cattiva posizione durante il lavoro origina quasi sempre questa sgradevole molestia, frequente tra gli operai e i lavoratori. L'A. enuncia le cause che lo producono, conclude sperando che venga richiamata dalle autorità scientifiche l'attenzione dei governi sulle condizioni di lavoro delle classi operaie.

Dott. J. POU, *La tubercolosi è contagiosa?*

Ricercatori francesi hanno dimostrato che la tubercolosi coniugale non attacca più del 10 % degli esposti al contagio durante lunghi anni e che si tratta sempre di persone predisposte a contrarre il male.

Dott. A. CASSINELLI, *Alimenti specifici.*

La nostra salute esige che quello che mangiamo sia in rapporto alla stagione in cui viviamo, invece la moda ha portato che l'uomo ingerisca alimenti esotici non sempre convenienti alla sua salute; anche per i vestiti l'uomo si è molto discostato dalle leggi della natura. L'A. dà consigli igienici in proposito.

Dott. L. C. FERRUSI, *Quali sono le glandole della virilità?*

L'A. definisce le caratteristiche delle qualità virili e dice come le qualità della personalità umana non dipendono dalla normale funzione di un determinato organo di un sistema ma dall'armonia delle funzioni di tutti gli organi.

Dott. E. RUIZ CASAL, *Dove va l'aria che respiriamo?*

L'A. descrive il delicato e meraviglioso apparato respiratorio e il funzionamento di esso.

Dott. M. B. BENNER, *La perversione del senso del gusto.*

L'A. passa in rivista gli elementi necessari alla nutrizione ed i cibi nei quali detti elementi sono contenuti. Descrive le varie alterazioni organiche e le malattie che possono derivare dalla mancanza di qualcuno degli elementi naturali, non esistendo alcuna sostanza artificiale capace di rimpiazzare realmente il valore alimentare dei cibi naturali.

Dott. R. ALBORNOZ, *Il maté ha protetto la salute del campagnolo.*

In tale articolo l'A. fa gli elogi del maté del quale descrive la composizione chimica ricca di vitamine e ne consiglia l'uso anche alla popolazione della città.

Im Dienste der Gesundheit (Numero pedagogico), Marzo 1937 — Basilea.

Dott. SCHOHAUS, *Piccolo catechismo per i genitori degli scolari.*

E' suggerita una serie di consigli ai genitori affinché col loro comportamento assennato possano rendere efficace e completa l'istruzione e l'educazione che i figliuoli apprendono a scuola.

BERSOT, *I fanciulli bugiardi.*

Molte sono le cause per cui i fanciulli sono portati a dir bugie: essi possono mentire per vanità, per mettersi cioè in evidenza rispetto agli altri, per un bisogno di affermarsi, per un istinto di dominare, per il desiderio d'una ricompensa o per timore d'una punizione.

L'antidoto a queste bugie consiste nell'ispirare al fanciullo i sentimenti del dovere morale, dal quale egli non possa più allontanarsi: a tal uopo è altresì indispensabile che anche l'ambiente familiare e sociale, nei quali egli vive, siano esemplari.

Dott. ERNST PROBST, *La pigrizia dei bambini.*

Essa è di varia origine; così la pigrizia totale per ogni lavoro dipende generalmente da processi morbosi (come affezioni polmonari specifiche) o da debolezza psichica; la pigrizia parziale invece da speciale indisposizione ad un determinato genere di lavoro.

Gesundheitsdienst, Febbraio 1937 — Stettin.

(Ancora sugli) *Esercizi respiratori.*

Son descritti i vantaggi procurati specialmente da una espirazione il più possibile completa.

Prevenzione del diabete.

I metodi di terapia del diabete, modificati dopo la scoperta dell'insulina, permettono di suggerire consigli ai predisposti alla malattia per prevenirla.

Essi debbono evitare i pasti molto abbondanti; nutrirsi con una alimentazione mista di albumine, grassi e carboidrati; non ingerire, come si suggeriva tempo fa, grandi quantità di grassi, i quali ricchi di colesterina, facilitano l'arteriosclerosi ed altre manifestazioni frequenti nel diabete.

Essi debbono anche coltivare l'attività fisica.

Carie dentaria.

La carie dentaria è connessa non solo a cause locali ma anche ereditarie e costituzionali (avitaminosi): occorre quindi oltre la cura locale anche l'alimentazione appropriata.

Gesundheit und langes Leben, N. 37, Aprile 1937 — Dresda.

HANS HOSKE, *Come utilizzare le ore di ricreazione per il bene della salute.*

L'A. raccomanda uno svago fisico o intellettuale a seconda che il lavoro sia intellettuale o manuale.

MARTIN VOGEL, *Un capitolo sull'igiene del corpo. Efficacia e valore del massaggio con la spazzola asciutta.*

Sono enumerati i vantaggi del massaggio a mezzo della comune spazzola da bagno, ma asciutta. Va eseguito tutte le mattine appena alzati, tonifica i muscoli, rafforza la resistenza e tutti i poteri funzionali dell'organismo.

ALEXANDER PAUL, *L'avvenire della Germania non ancora assicurato.*

L'A. combatte i matrimoni sterili e con scarsa figliolanza.

HANS BARTMANN, *In te vive il sangue dei tuoi avi.*

Per la scelta del coniuge è da preferirsi colui che si presenti immune da tare ereditarie, poiché nei figli si trasmette la costituzione dei genitori e degli avi.

Notiziario**Premi dell' I. N. A. per ricerche di medicina del lavoro.**

L'I.N.A. ha messo a disposizione della Società Italiana di Medicina del Lavoro la somma di lire 5.000 da assegnarsi in premi ai lavori pubblicati nell'anno XV E. F. che « DIMOSTRINO DI QUANTO LA VITA UMANA VIENE ABBREVIATA A CAUSA DEI VARI LAVORI NEI QUALI L'ATTIVITA' DELL'UOMO SI ESPLICA E LA FREQUENZA E LE CAUSE CHE DETERMINANO LA INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DOVUTA AI VARI LAVORI DELL'UOMO ».

Il Presidente della Società di Medicina del Lavoro Prof. Luigi Ferrannini Clinico Medico nella R. Università di Bari ha accettato formulando l'augurio che « questa iniziativa valga a promuovere uno studio interessantissimo sotto ogni riguardo e che sia anche di esempio per altre iniziative del genere ».

Per informazioni rivolgersi al Prof. Luigi Ferrannini Direttore della Clinica Medica della R. Università di Bari.

Contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1936-XIV.

Con antidurata superiore a 5 anni, 3659, di cui:	
Ordin. con visita	N. 1950
Ordin. senza visita »	362
Popolari »	541
Cessioni e riassic. »	806
Totale	N. 3659

Con antidurata inferiore ai 5 anni, 4153, di cui:	
Ordin. con visita	N. 750
Ordin. senza visita »	550
Popolari »	2117
Cessioni e riassic. »	736
Totale	N. 4153

Totale contratti sinistrati per morte esaminati nell'anno	N. 7812
---	---------

Contratti sinistrati per invalidità esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1936-XIV.

Invalidità permanente	N. 107
Invalidità temporanea »	30

Argomenti che hanno formato oggetto di richieste, da parte degli assicurati, di consigli d'igiene, presso i diversi consultori.

Alimentazione.
 Igiene della casa.
 Igiene del lavoro.
 Profilassi malattie infettive.
 Igiene personale.
 Igiene del vestiario.
 Igiene del fumatore.
 Igiene del bambino.
 Igiene sessuale.
 Villeggiatura montana e marina.
 Norme profilattiche da adottare nell'Impero.
 Consigli prematrimoniali.

Un concorso per medici bandito dall'Istituto Nazionale Fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

E' bandito un concorso per esami e per titoli a 25 posti di Medico di 2^a classe. Le domande di ammissione corredate dei documenti prescritti, devono essere presentate entro il 31 maggio 1937-XV. Il bando di concorso può essere ritirato alla Direzione Generale dell'Istituto in Roma e alle sedi esistenti in ogni Provincia.

Concorsi per medici all' "Istituto Regina Elena" in Roma.

E' aperto il concorso per « titoli » e per « esami » congiuntamente, per la nomina del Capo servizio di biologia sperimentale, di un assistente chirurgo e di un assistente del reparto fisioterapico dell'Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori.

I sanitari, che intendono prendere parte al concorso, devono presentare alla Segreteria dei Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri (Viale Regina Margherita, 295) non più tardi delle ore 12 del giorno 31 luglio 1937-XV, la domanda di ammissione al concorso, specificando il posto al quale aspirano, stesa su carta da bollo da L. 4 e corredata dei documenti di rito.

Gli aspiranti, che risiedono nelle Colonie, potranno presentare, ai fini dell'ammissione al concorso, entro il 31 luglio 1937-XV, la sola domanda, con l'obbligo però di produrre tutti gli altri documenti prescritti successivamente e non oltre il 31 agosto 1937-XV.

Le norme per l'ammissione e il metodo del concorso, gli obblighi degli eletti, la durata del servizio ecc. risultano dal Regolamento speciale per il personale sanitario e dal Regolamento interno in vigore. Detti Regolamenti sono ostensibili presso la Segreteria dei Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri.

L'attività del Comitato medico consultivo.

Riportiamo il testo dell'Ordine del giorno che si discuterà il 2 giugno p. v.

Ordine del giorno.

1) Proposta di modulo « unico » per le assicurazioni senza visita medica di rischi normali e di moduli « speciali » per le assicurazioni senza visita medica di rischi tarati. (Relatori: prof. Winternitz e dott. Trottarelli).

2) Revisione del modulo unico per rapporti di visite agli assicurandi. (Relatore: prof. Romanelli).

3) Modulo per gli assicurandi affetti da « glicosuria » ed introduzione allo studio delle Glicosurie. (Relatore: prof. Boni).

4) Arteriosclerosi ed assicurazioni vita. (Relatore: prof. Winternitz).

5) La valutazione dei postumi delle affezioni tubercolari: la valutazione dei postumi delle affezioni tbc. polmonari. (Relatore: prof. Malan).

6) Rassegna delle affezioni nervose ai fini dell'assicurazione vita. (Relatore: prof. Pilotti).

7) Organizzazione medica. (Relatore: dott. Trottarelli).

8) Varie.

La nuova legge infortuni sul lavoro.

Col 1° aprile corrente anno è andato in vigore il nuovo ordinamento della assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, disciplinato dalle norme del R. D. 17 agosto 1935 n. 176, dalle disposizioni integrative del R. D. L. 15 dicembre 1936 n. 2276 e dal Regolamento approvato con R. D. 25 gennaio 1937 n. 200.

Parecchie importanti modificazioni sono state apportate alla vecchia legge che aveva circa un quarantennio di vita e che ha avuto il grande merito di creare, per la sua interpretazione e applicazione nel campo dottrinario e pratico, tutta una letteratura scientifica, di impronta puramente italiana, molto apprezzata ed ammirata anche all'estero.

Accennerò alle modifiche più importanti, che segnano un notevole perfezionamento della legge stessa, giusta quanto era stato annunciato nella dichiarazione XXVII della Carta del Lavoro.

Il beneficio dell'assicurazione è stato este-

so a molte categorie di lavoratori prima esclusi, essendosi ampliata la cerchia dei datori di lavoro sottoposti all'obbligo assicurativo ed essendosi abolito il numero minimo di sei operai, al quale era subordinato, per alcune imprese, tale obbligo.

La definizione dell'infortunio è rimasta sostanzialmente quella di prima, caratterizzata dai due elementi essenziali *della causa violenta e della occasione di lavoro*.

Una modifica importante è quella apportata nelle prestazioni assicurative, sia per quanto riguarda la riparazione del danno economico (indennizzo), sia per quanto riguarda la reintegrazione del patrimonio biologico (cure).

L'Istituto assicuratore ha l'obbligo di prestare all'assicurato tutte le cure di cui possa aver bisogno e l'assicurato non può rifiutarle senza giustificato motivo. Nelle cure sono comprese quelle chirurgiche e anche gli atti operativi. Si sono così superate tutte le difficoltà che in passato sono state fraposte nel nome della libertà individuale e si è applicato il principio del dovere da parte dell'operaio di riacquistare la sua capacità lavorativa nell'interesse superiore della nazione.

Per l'indennità per inabilità temporanea è stato stabilito un periodo di carenza di tre giorni per gli infortuni e di dieci giorni per le malattie professionali. Decorso tale periodo si corrispondono i due terzi della paga anziché la metà, come era prima, per tutta la durata dell'invalidità temporanea.

Circa l'indennizzo per inabilità assoluta è stata abolita la corresponsione del capitale ed è stato stabilito il sistema della rendita, corrispondente a metà del salario per il caso di inabilità permanente totale e proporzionalmente ridotta, in rapporto al grado, per le invalidità parziali permanenti.

Sono stati aboliti gl'indennizzi per invalidità parziali permanenti inferiori al 10 %.

Nella nuova legge si è tenuto conto delle esigenze famigliari seguendosi anche in ciò le sane direttive demografiche del Regime, stabilendo un aumento della rendita di un decimo per la moglie e di altrettanto per ciascun figlio a carico, fino ad un massimo del 50% della rendita base.

La rendita è soggetta a revisione, sia a domanda dell'assicurato che dell'Istituto assicuratore. Per intervenute modificazioni nello stato fisico-psichico dell'assicurato, sempre in dipendenza del subito infortunio o della malattia professionale denunciata, si può far luogo ad aumento o a diminuzione della rendita, o anche a soppressione, nel caso di ricupero completo dell'attitudine lavorativa o di riduzione al di sotto del minimo indennizzabile del 10%. Nei primi quattro anni la revisione può aver luogo dopo trascorso un anno dall'infortunio e quindi sempre a distanza di un anno. Dopo il quarto anno la revisione può aver luogo solo due volte alla fine del primo e del secondo triennio. Poscia la rendita diventa definitiva.

Come organo giurisdizionale per le controversie sul diritto alle indennità è stata mantenuta la magistratura ordinaria integrata, per ciascuna sede di tribunale o di Corte di Appello, da due esperti medici scelti fra gli iscritti in Albo speciale, giusta l'art. 51 della Legge e l'art. 14 del R. D. 15 dicembre 1936 n. 2276.

La tutela e l'assistenza dei lavoratori infortunati e dei loro aventi causa è stata affidata alle associazioni professionali che rappresentano giuridicamente i lavoratori stessi. Da dette associazioni vengono compilati elenchi di avvocati e procuratori, fra i quali gli infortunati possono scegliere i professionisti cui affidare il patrocinio dei loro interessi (art. 66 della legge).

All'Istituto assicuratore è stato assegnato il compito di provvedere al ricovero e rieducazione professionale e in genere all'assistenza materiale e morale dei grandi invalidi del lavoro, ritenendosi per tali quelli la cui capacità lavorativa sia stata ritenuta permanentemente ridotta in misura dell'80% ed oltre.

Al Regolamento è stata allegata una tabella delle valutazioni del grado percentuale di inabilità permanente che è molto più dettagliata di quanto già faceva l'art. 95 del vecchio Regolamento infortuni.

Dott. FABIO MARSELLA.
Medico-capo dell'INA.

Assicurati e medici fiduciari hanno espresso il desiderio di visitare le terme che concedono facilitazioni ai nostri associati ed i Centri Sanitari dell' I. N. A.

La "Turisanda,, ha progettato il seguente viaggio in autopullman:

1° settembre: Roma, S. Casciano, Chianciano.

Partenza da Roma (Piazza di Spagna) alle ore 7, ed attraversando Viterbo, Montefiascone ed Acquapendente, si giungerà prima di mezzogiorno a San Casciano, dove verrà servita la seconda colazione. Dopo un breve riposo pomeridiano verrà effettuata la visita degli Stabilimenti. Indi partenza per Chianciano, dove l'arrivo è previsto per le ore 18 circa. Inizio della visita agli Stabilimenti. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

2 settembre: Chianciano, Montecatini.

Prima colazione in albergo. Continuazione della visita agli Stabilimenti, poi partenza per Siena, dove si giungerà in tempo per la seconda colazione che verrà servita in albergo. Breve riposo e partenza per arrivare a Montecatini verso le ore 18. Inizio della visita agli Stabilimenti Termali. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

3 settembre: Montecatini, Porretta, Bologna.

Prima colazione in albergo. Continuazione della visita agli Stabilimenti ed in mattinata escursione alle Grotte di Monsummano. Ritorno a Montecatini per la seconda colazione. Partenza nel pomeriggio per giungere a Porretta Terme verso le ore 16,30. Visita agli Stabilimenti e continuazione alla volta di Bologna. Arrivo in serata. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

4 settembre: Bologna, Salsomaggiore.

Prima colazione in albergo. Nella matti-

nata visita della città. Ritorno in albergo per la seconda colazione. Partenza nel pomeriggio per arrivare a Salsomaggiore verso le ore 18. Inizio della visita degli Stabilimenti. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

5 settembre: Salsomaggiore, Voghera, Torino.

Prima colazione in albergo. Continuazione della visita agli Stabilimenti. Partenza per Voghera, dove si giungerà verso le ore 13. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio partenza per Torino. L'arrivo avverrà in serata. Sistemazione in albergo. Pranzo e pernottamento.

6 settembre: Torino.

Pensione completa in albergo. La mattina, visita al « Centro di Assistenza Sanitaria per gli assicurati del Piemonte ». Nel pomeriggio avrà luogo la visita agli Stabilimenti della F.I.A.T. ed alla Tomba di Don Bosco.

7 settembre: Torino, Bognanco.

Partenza da Torino alle ore 7, per giungere a Bognanco verso le ore 13. Assegnazione delle camere. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio avrà luogo la visita degli Stabilimenti Termali. Ritorno in albergo. Pranzo e pernottamento.

8 settembre: Bognanco, Milano.

Prima colazione in albergo. Partenza alle ore 8, alla volta di Milano, dove l'arrivo è previsto per le ore 13. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio verranno visitati i Centri Sanitari. Ritorno all'albergo in serata. Pranzo e pernottamento.

9 settembre: Milano, S. Pellegrino, Trescore, Brescia.

Prima colazione in albergo. Partenza alle ore 8. Verso le ore 10,30 si giungerà a San Pellegrino, dove verranno visitati gli Stabilimenti. Seconda colazione in albergo. Partenza nel pomeriggio e, passando per Trescore Balneario per la visita ai Bagni, si giungerà nella serata a Brescia. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

10 settembre: Brescia, Bolzano.

Prima colazione in albergo. Partenza in mattinata. Il viaggio si svolgerà attraverso la Gardesana, Madonna di Campiglio e le pittoresche strade dolomitiche del Brenta. La seconda colazione verrà servita durante il viaggio in una località a scelta. Arrivo a Bolzano in serata. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

11 settembre: Bolzano, Vetriolo.

Prima colazione in albergo. Nella mattinata si visiterà il Centro Sanitario. Ritorno in albergo per la seconda colazione. Partenza nel pomeriggio alla volta di Vetriolo, dove si giungerà nel tardo pomeriggio. Visita degli Stabilimenti. Pranzo e pernottamento.

12 settembre: Vetriolo, Levico, Recoaro, Vicenza.

Prima colazione in albergo. Partenza alle ore 9 per giungere dopo circa mezz'ora a Levico. Visita degli Stabilimenti. Seconda colazione in albergo. Breve riposo pomeridiano, poi si partirà per Recoaro, dove avrà luogo la visita degli Stabilimenti e si partirà nel tardo pomeriggio per giungere in serata a Vicenza. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

13 settembre: Vicenza, Venezia.

Prima colazione in albergo. Partenza da Vicenza alle ore 8 per giungere a Venezia prima di mezzogiorno. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio avrà luogo la visita della città. Ritorno in albergo. Pranzo e pernottamento.

14 settembre: Venezia, Abano, Padova.

Prima colazione in albergo. Partenza da Venezia verso le ore 10 per arrivare ad Abano prima di mezzogiorno. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio avrà luogo la visita degli Stabilimenti ed in serata, partenza per Padova. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

15 settembre: Padova, Ravenna, Castrocaro, Ancona.

Prima colazione in albergo. Partenza da Padova alle ore 7 alla volta di Ravenna, dove si giungerà prima di mezzogiorno. La seconda colazione verrà consumata « al sacco » nell'interno della Pineta. Dopo un breve riposo pomeridiano avverrà la partenza alla volta di Castrocaro. Sosta di un'ora e mezza circa, poi proseguimento per Ancona, dove si arriverà in serata. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

16 settembre: Ancona, Foligno, Roma.

Prima colazione in albergo. Partenza da Ancona in mattinata. Arrivo a Foligno in tempo per la seconda colazione, che verrà servita in albergo. Dopo un breve riposo pomeridiano, proseguimento per Roma, dove si giungerà in serata (fine del viaggio).

La quota di partecipazione è stabilita con Lit. 1330 per persona (premessi un numero di 30 partecipanti) e comprende:

- a) trasporto in autopullman di lusso su tutto il percorso;
- b) vitto ed alloggio in alberghi di prim'ordine e buoni ristoranti;
- c) trasporto del bagaglio a mano e facchinaggio;
- d) visita della città (mezza giornata) a Milano e Venezia;
- e) ingressi, tasse, mancie, servizio;
- f) assistenza di un funzionario « Turisanda » per tutto il viaggio.

Per informazioni rivolgersi: « Turisanda », Ufficio di Viaggi e Turismo - Piazza di Spagna, n. 20, 21, 22, Roma.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**La funzionalità epatica e le rispettive prove d'indagine in Assicurazione Vita**

Dott. CIATTI PIETRO

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

Fra i continui tentativi tendenti a raffinare i nostri mezzi diagnostici per poter giungere ad una diagnosi quanto più precoce è possibile sull'inizio di eventuali stati morbosi che possono colpire gli organi, certamente il problema dell'esplorazione funzionale del fegato e la ricerca di metodi sempre più sensibili e pratici per scoprire un'eventuale alterazione di quest'organo può essere considerato come uno dei compiti che più hanno richiamato l'attenzione degli studiosi.

Si comprende chiaramente l'importanza, anche per i medici di Istituti di Assicurazione, di poter conoscere tempestivamente i piccoli segni della insufficienza funzionale precedenti l'insufficienza grave.

Il Mann per il primo si dedicò allo studio delle funzioni del fegato dimostrando la posizione preminente che spetta a quest'organo nel ricambio dei carboidrati. Si sono aggiunti, in seguito, studi sulla funzione deaminante, ureogenica, sul ruolo spettante al fegato nel mantenimento della composizione colloidale del siero, dell'equilibrio acido basico, sulla funzione biligenetica, termo-regolatrice, emocrasica, ecc.

Il fegato, che da Fischler è ritenuto come la principale ghiandola del ricambio, da Roger come il grande chimico dell'organismo e da Antonelli « l'organo principe dell'economia, nel quale si con-

vogliono, si accentrano, interferiscono, si snodano quasi tutti i processi biochimici della nutrizione generale » non gode di un automatismo funzionale, non è cioè indipendente nella estrinsecazione delle sue funzioni, ma è in collegamento del sistema endocrino e neurovegetativo; influenza ed è influenzato.

Da ciò ne segue che il quadro dovuto alla deficienza di una funzione del fegato non può essere ben circoscritto ma si modifica per le variazioni funzionali che in altri distretti dell'organismo si manifestano, variazioni dovute, in via riflessa, all'alterata funzione della ghiandola epatica.

Non si può ammettere che un fegato alterato in una delle sue molteplici funzioni, debba possedere le altre integre, essendo lecito sospettare che i mezzi di indagine a nostra disposizione per lo studio delle rimanenti non siano talmente perfezionati da svelare le loro pur piccole deviazioni dalla norma.

In altre parole si può affermare allo stato attuale delle conoscenze, che il danneggiamento di una sezione della funzionalità epatica (per es. la glicogenetica) porta in via diretta o indiretta, a una deviazione, sia dalla norma pur piccola delle altre sezioni (per es. la proteica, la lipidica).

Non possiamo affermare neppure che vi sia un diretto rapporto tra lesione anatomica ed intensità del deficit fun-

zionale della ghiandola, potendo lesioni epatiche iniziali accompagnarsi ad una grave alterazione funzionale e viceversa.

Partendo dal concetto della molteplicità delle funzioni del fegato alcuni AA. sono giunti a classificare due tipi di insufficienza funzionale della ghiandola, la insufficienza epatica totale e l'insufficienza epatica parziale. Chauffard ritiene che si debba sempre tendere alla individualizzazione di queste forme parziali che quasi sempre confondono i loro limiti per le interdipendenze che le diverse funzioni epatiche hanno fra loro.

Dobbiamo poi notare, come opportunamente affermano Fiessinger e Walter, che in individui colpiti dallo stesso processo morboso le diverse sezioni della funzionalità epatica possono essere colpite in misura differente, come può verificarsi il caso che lo stato funzionale della ghiandola vari nei diversi momenti della malattia essendo sempre diverso da se stesso.

Le molteplici funzioni del fegato possono essere variamente classificate. Possiamo dividerle ammettendo, come ammettono alcuni AA. che ad alcune di esse questo partecipi esclusivamente, in funzioni a cui il fegato non partecipa da solo ma in collaborazione con altri organi o sistemi, ed in funzioni alla cui estrinsecazione, almeno fino ad ora, risulta che il fegato prende parte in modo esclusivo.

Considerando invece il fegato come ghiandola a secrezione mista e cioè a funzione esocrina ed endocrina possiamo attribuire ad esso, come ghiandola a funzione esocrina, la funzione biligenetica, mentre come ghiandola a funzione endocrina possiamo dire che gli spettino, se non esclusivamente, almeno in modo preponderante, la funzione glicogenetica, la funzione proteopessica l'an-

titossica, l'emopoietica, la termogenetica, la lipopessica, l'ureogenetica, ecc.

Non starò in questa breve esposizione, a riportare le modalità di tecnica per l'esame delle più importanti funzioni del fegato che verrò a prendere in considerazione, ma, cercando di svolgere brevemente i principi di fisiologia su cui queste si basano, cercherò, trattando del metodo più in uso per l'esame di ciascuna di esse, di mettere in fuoco la bontà, gli inconvenienti e le obiezioni che possono essere mosse ai metodi di ricerca più importanti.

Diversi sono stati fino ad oggi i pareri degli studiosi circa il ruolo tenuto dal fegato nella funzione biliare. Prima di addentrarmi ulteriormente nella questione debbo premettere che la cellula epatica è stata, almeno in parte, diminuita della sua importanza fisiologica per quanto riguarda la biligenesi, avendo gli studiosi riconosciuto il valore della partecipazione a questa funzione del sistema mesenchimale, degli elementi fissi del connettivo, dell'endotelio capillare, delle cellule di Kupfer, in altre parole del sistema reticolo endoteliale che nel fegato sarebbe abbondantemente rappresentato.

Mentre secondo alcuni al fegato spetterebbe il compito di elaborare ed eliminare la bile, per altri invece la funzione elaboratrice del pigmento biliare spetterebbe esclusivamente al reticolo endotelio, mentre la cellula epatica avrebbe il ruolo di organo semplicemente escretore come la cellula renale per l'urea.

Tra i sostenitori della prima concezione posso citare Marchiafava e Greppi che appoggiano il loro modo di vedere ad interessanti esperienze di bloccaggio del reticolo endotelio; fra i sostenitori della teoria della biligenesi anepatocellulare posso citare Froin e Brulé.

Makino ed altri, abbracciando una

concezione eclettica, dicono che pur non essendo il fegato l'esclusivo produttore della bilirubina, in condizioni normali ne è il fabbricatore per i 4/5.

Le cellule di Kupfer, a cui si attribuisce il ruolo più importante nella biligenesi, elaborerebbero i pigmenti ematici già modificati, trasformati in bilirubina o biliverdina in altre parti del corpo; passerebbero questi pigmenti alle cellule del fegato propriamente dette, da cui venendo ulteriormente elaborati, verrebbero trasformati in cromogeni incolori.

Questa concezione viene convalidata dal diverso modo di reagire dei sieri di infermi di diverse forme morbose del fegato e delle vie biliari ai sali di diazonio (reazione di Hymans v. Den Bergh), con cui è possibile differenziare nel siero la bilirubina da stasi o diretta, in altre parole bilirubina completa e cioè che ha già subito il trattamento della cellula epatica e la bilirubina funzionale o indiretta e cioè la bilirubina elaborata dal solo reticolo endotelio.

Non sto a dilungarmi sulle diverse distinzioni che si fa a carico sia della bilirubina diretta che indiretta cioè bilirubina a reazione pronta, ritardata e difasica non esistendo ancora accordo sul meccanismo di produzione di essa (Winternitz).

Alcuni AA. attribuiscono al dosaggio della bilirubina del sangue un valore non disprezzabile come indice di funzionalità epatica (esclusi i casi di fattori meccanici di ritenzione). A tal proposito cito il metodo « indice biliare del plasma » di Walter, la curva del tasso bilirubinamico ottenuta in seguito a iniezioni in circolo di bilirubina, studiata da Bergmann e Eilbott, la ricerca dell'aumento della bilirubina del sangue dopo ingestione di zucchero d'uva studiata dall'Arnoldi negli epatici.

Non credo però che a questi metodi ci si possa affidare per giudicare la fun-

zionalità di un fegato essendo ancora troppo incerta la parte che ha la cellula epatica nel ruolo della biligenesi ed essendo ormai nota la preponderante importanza che il reticolo endotelio ha nella trasformazione della emoglobina. Si andrebbe al rischio di attribuire alla cellula epatica una alterazione, sia pur funzionale, che invece è a carico esclusivo del diffuso sistema reticolo endoteliale.

Non posso tacere una modalità di tecnica entrata nella pratica e cioè il sondaggio duodenale col quale possiamo studiare i caratteri della bile delle diverse sezioni delle vie di escrezione del fegato. Però questo metodo non ci può interessare, perchè usato in genere in casi in cui già clinicamente è palese una alterazione della ghiandola e delle sue vie escrettrici.

Alcuni AA. hanno dato molta importanza, come indici di disfunzione epatica, alla urobilinuria.

Sappiamo come l'urobilina, per il circolo entero epatico ritorni, per vie diverse (sanguigne e linfatiche) al fegato. Avendo però questo perso l'attitudine ad arrestarla e a trasformarla in bilirubina, l'urobilina viene eliminata per il rene (Hildebrandt e Fischler). Filinski e Tonietti ascrivono molta importanza rispettivamente alla urobiligenuria da ingestione da zucchero e di bile. Il primo parte forse dal concetto dell'Arnoldi di affaticare il fegato e renderlo così relativamente insufficiente.

Io credo che data la costanza con cui è reperibile nell'orina sia l'urobilina sia il suo cromogeno, l'urobilinogeno, in casi di lesioni epatiche, specie nella cirrosi e più particolarmente nella cirrosi incipiente, prescindendo dalla discussione di una genesi del pigmento ematogena, istogena o renale, possa questa prova essere adottata sistematicamente almeno per mettere in guardia il medico su di una disfunzione epatica. Ciò dico riportan-

domi anche al fatto che la tecnica di ricerca è relativamente semplice, rapida ed alla portata del pratico. (Vedi prova di Schlesinger con l'acetato di zinco al 10%; vedi reazione di Ehrlich con la dimetilaminobenzaldeide).

Per ciò che riguarda il ricambio proteico sappiamo che al fegato giungono tutti gli amino-acidi derivanti dalla scomposizione finale delle proteine da parte dei succhi digerenti, amino-acidi che vengono desaminati, vale a dire il cui gruppo aminico viene distaccato sotto forma di ammoniaca, mentre contemporaneamente il gruppo non azotato, subendo una parziale ossidazione, si trasforma in cheto-acido.

Il fegato inoltre ha il compito di fissare ed elaborare i proteidi non ancora sufficientemente scomposti dal tubo digerente, cioè gli albumosi ed i peptoni che eventualmente possono passare in circolo.

Sulla presenza e sull'azione di questi ultimi prodotti i quali non venendo trasformati e scissi provocherebbero uno choc anafilattico si basa la nota prova della emoclasia digestiva studiata da Widal, Abrami e Iancovesco, la quale ci svela la incapacità proteopessica del fegato. Tale prova, della cui utilità diagnostica non tutti gli AA. sono concordi, consistente nella diversità di comportamento del numero e della qualità dei globuli bianchi, della pressione sanguigna, dell'indice refrattometrico del siero, della coagulabilità del sangue, della velocità di sedimentazione delle emazie, dopo somministrazioni di latte, nel sano e nell'ammalato di fegato, nel quale ultimo si verificherebbe l'eucopenia, caduta della pressione, diminuzione dell'indice retrattometrico, aumento della coagulabilità e della velocità di sedimentazione, tale prova, dico, viene da taluni AA. criticata obiettando che nel meccanismo della produzione dei fenomeni so-

pra citati prende parte non piccola il sistema nervoso vegetativo per cui sarebbe necessaria la conoscenza dello stato neuro-vegetativo del soggetto in esame per non attribuire per esempio un eventuale leucopenia da eccitamento del parasimpatico a emoclasia (Glaser, Engelmann).

Ciaccio obietta che nel meccanismo di produzione dell'emoclasia digestiva possono intervenire disturbi gastrici, quali l'ipercloridria e l'anacloridria, per cui secondo questo A. il fenomeno emoclasico deve essere ritenuto segno piuttosto di insufficienza funzionale dello stomaco che del fegato.

Benchè la prova vada perdendo d'importanza per le critiche sopra esposte, credo però che in unione ad altre, per esempio alla curva glicemica da carico, possa, praticamente, essere utilizzabile in alcune sue parti, quali la leucopenia, l'abbassamento della pressione arteriosa, l'abbassamento dell'indice refrattometrico, data la semplicità di esecuzione di queste ricerche.

Sono da citare pure, quali prove di insufficienza funzionale del fegato, l'albumosuria, la peptonuria e la polipeptidemia.

Molto si è discusso e si discute tuttora se al fegato, in modo esclusivo, spetti la funzione deaminante sugli amino-acidi, sostenendo alcuni AA. che anche i muscoli e la milza partecipano a questo compito (Falkenauer e Simon). Altri studiosi invece come Folin, Denis, Van Slyke ed altri, attribuiscono sia ai muscoli sia alla milza una semplice funzione di deposito. Nelle insufficienze epatiche diminuirebbe il potere amino-cidolitico dell'organo da cui ne seguirebbe amino-aciduria (cistina, lisina, arginina, ecc.) e talora un aumento dell'aminoacidemia.

Non sono da ritenere probative sia l'amino-aciduria (prova di Glassner, Ja-

strowitz, Matsudo e Labbé e Bith), sia l'amino-acidemia, potendo la prima riscontrarsi nella cachessia, nelle malattie infettive, nel coma diabetico, mentre l'amino-acidemia, o meglio l'aumento di essa, non è costante negli epatici.

Una delle prove più recenti e di cui ho avuto occasione di fare larga esperienza è la curva amino-acidemica del Bufano. Tale metodo di esplorazione della funzionalità epatica credo sia attualmente il più sensibile. Purtroppo ritengo che non sarebbe applicabile nel nostro campo in quanto che richiede, nell'intervallo di un'ora, un'iniezione endovenosa di glicocola (cosa del tutto priva di pericoli) e quattro salassi di 5 o 6 cc. di sangue ciascuno. Tale curva, eseguita da me parallelamente alla curva glicemica, alla curva chetonemica del De Flora, alla prova emoclasica, ha sempre concordato con queste ricerche. Posso dire anche che tale metodo è sensibilissimo, come esperienze di altri AA. lo dimostrano.

Cristal, Puech e Trivas propongono la ricerca del così detto coefficiente di desaminazione, che nelle affezioni epatiche si eleverebbe sopra il 30-35%. Però al fegato, oltre un potere amino-acidolitico, spetterebbe pure un potere di sintesi degli amino-acidi e delle proteine (Roger).

Ultimamente gli studi si sono rivolti alla composizione delle proteine del siero, essendo ormai convinzione generale che il fegato sia la sede principale di formazione delle varie frazioni proteiche. Adler, Strauss, Barat descrissero un'alterazione del rapporto albumine globuline a svantaggio di queste ultime nelle alterazioni del parenchima epatico. Secondo Govaerts, Abrami, Robert, Wallich, Cionini, nelle cirrosi aumenta la frazione globulinica mentre diminuisce la frazione albuminica.

Al Congresso di Medicina Interna del 1932 D'Amato riferì che l'inversione del

quoziente proteico va di pari passo e talvolta precede le altre prove di funzionalità epatica. Mea, poco dopo, ha affermato che l'inversione del rapporto albumine-globuline è direttamente proporzionale alla funzionalità della ghiandola tanto da asserire di anteporre la predetta determinazione a qualsiasi altro mezzo di indagine per lo studio della funzionalità dell'organo.

Essendo ormai accertata l'importanza del fegato nella produzione del fibrinogeno, fu proposto da Whipple e Hurwitz il dosaggio di esso come misura di più o meno buona funzionalità epatica. Ciò anche in considerazione della così detta sindrome di insufficienza emocrasica che è possibile riscontrare nelle epatopatie.

Però, secondo alcuni AA. fra cui Kisch anche il reticolo endotelico ha parte non piccola alla formazione del fibrinogeno stesso.

Varie sono le ipotesi tendenti a spiegare il meccanismo delle variazioni del Q. P. nelle epatopatie. Fra le più recenti citerò l'ipotesi di Cionini secondo il quale « il fegato versa in circolo proteine formate dai materiali che ha a disposizione. Però la frazione albuminica verrebbe prodotta nella quantità doppia della globulinica. Nelle epatopatie invece il fegato continuerebbe a produrre la stessa quantità di proteine ma siccome la produzione della frazione albuminica richiederebbe una elaborazione che per essere più lunga, potrebbe richiedere maggior dispendio di attività, l'organo epatico provvederebbe, allorchè ha esaurito la sua energia di riserva ed i suoi poteri di auto compensazione ricorrendo alla produzione di una maggiore quantità di globulina a scapito dell'albumina ».

Da questi studi sul quoziente albumine-globuline del siero in rapporto alle affezioni epatiche ha preso spunto Takata per la sua reazione la quale, per la semplicità e la rapidità di esecuzione,

sarebbe attuabile nella medicina pratica corrente se non difettesse di specificità.

Debbo citare a questo punto la siero coagulazione di Weltmann, da me studiata in parallelo a molteplici altre prove di funzionalità del fegato nei post-encefalitici e nei luetici. Non credo però che tale reazione corrisponda come saggio di funzionalità della ghiandola non avendola riscontrata positiva in casi di assoluta deficienza funzionale dell'organo e non essendo essa specifica.

Partendo da ciò che abbiamo detto sulla formazione dai gruppi aminici di ammoniaca e da questa di urea da parte del fegato è stato proposto il così detto coefficiente di imperfezione ureogenetica

$$\frac{\text{N. ammoniacale}}{\text{N. Ureico} + \text{N. ammon.}}$$
 che aumenterebbe nell'insufficienza epatica.

E' stata proposta pure la ricerca dell'ammoniuria, ricerca però non probativa in quanto che è piuttosto indice di acidosuria che di ammoniuria propriamente detta. Infatti secondo Nash e Benedict il rene produrrebbe in prevalenza ammoniaca per neutralizzare gli acidi abnormi del ricambio, per cui l'ammoniuria delle grandi insufficienze del fegato non dovrebbe essere considerata come conseguenza diretta di esse, ma un mezzo di difesa contro l'intossicazione da corpi chetonici messo in opera dal rene. Ciò può pure essere riferito al coefficiente azoturico, all'ammoniemia e all'ammoniuria che è inoltre impossibile trovare anche nell'acidosi uremica. (Maillard, Lautzenberg, Labbé, Henderson e Palmer, Nash e Benedict, Ambard, Schmidt ecc.).

Per l'ureogenesi, fondandoci sulle ricerche di Perroncito-Nauninn, dimostranti che lasciando intatta una parte piccola del fegato l'ureogenesi si compie in modo normale e fondandoci anche sul fatto ormai accertato che una

parte dell'ammoniaca può essere sottratta per neutralizzare gli acidi, anziché essere utilizzata per la formazione di urea, possiamo dire che mediante il tasso ureico non possiamo valutare l'ampiezza in senso anatomico e assoluto di una lesione del fegato.

Questa considerazione unita anche all'altra che non tutti sono concordi nell'attribuire la funzione ureopoietica esclusivamente al fegato ci fa rinunciare a questa ricerca come indice precoce di ipofunzionalità, come ci fa rinunciare alla ricerca del rapporto azoto-ureico/azoto-totale proposto da Robin ed al coefficiente di Maillard, di Latzenberg e di Derrien-Clogne (questi ultimi influenzati dall'alimentazione e dal grado di acidosi).

Parecchi AA. ritengono che l'aumento del tasso dell'acido urico sia nel sangue sia nell'urina, abbia qualche rapporto con l'insufficienza funzionale del fegato. Ciò per le esperienze (eseguite però su gli animali) dimostranti un potere uricolitico del fegato (uricasi) e un potere uricopessico. Non possiamo tuttavia ancora ascrivere l'uricemia patologica a insufficienza epatica per il fatto che nell'uomo non è stato ancora dimostrato un potere uricolitico della ghiandola (Roger), sembrando l'acido urico l'ultimo prodotto di trasformazione delle nucleine (al contrario di ciò che accade negli animali, scimmie inferiori, cane, gatto, topo, in cui questo viene trasformato in allantoina).

Questo argomento credo sarebbe degno di ulteriori e più profondi studi in quanto che potrebbe dare, con la sua soluzione, un contributo non indifferente alla spiegazione della patogenesi della uricemia, della gotta ed in genere di tutte le affezioni dipendenti da un alterato ricambio intermedio dei nucleoproteidi.

Quanto al metabolismo dei grassi al

fegato spetta la funzione lipopessica e la funzione lipodieretica che però non gli sono esclusive ma sono esercitate fra gli altri organi anche dal polmone.

Per queste due funzioni il fegato fissa nei propri protoplasmici, come grassi neutri, gli acidi grassi e la glicerina a lui giunti dal circolo portale e da lui previamente uniti, o inversamente attacca la molecola dei grassi includendo in vari punti della catena degli atomi di carbonio dei doppi legami, rendendola così più facilmente attaccabile.

Spetta pure al fegato la funzione di desintegrazione, fino all'acqua ed all'anidride carbonica, degli acidi grassi e la funzione fissatrice e disintossicante sui saponi.

L'aumento degli eteri colesterinici, rispetto al tasso della colesterina libera, può servire, secondo il Bufano, a svelare l'insufficienza dell'organo, avendo il fegato anche il compito della scissione degli eteri colesterinici in acidi grassi e colesterina. Di questi due prodotti di scissione la colesterina viene eliminata per la bile, mentre gli acidi grassi o sono disintegrati o sono utilizzati previa trasformazione in altre sostanze.

Non credo però di poter dare una importanza fondamentale a tale ricerca tenuto conto del fatto che al ricambio della colesterina partecipano altri organi quali la milza, l'ovaio, le capsule surrenali ecc. Galdi ha studiato a questo proposito un metodo che da lui prende il nome. Questo metodo però da ciò che mi risulta, non è molto diffuso, per quanto abbastanza semplice.

Quanto al ricambio idrocarbonato, benchè il fegato abbia in esso una parte non piccola, pur tuttavia non vi presiede da solo. I muscoli e le ghiandole a secrezione interna collaborano con esso al ricambio suddetto. Partendo dal fatto ormai noto ed accertato che tutti gli esosi vengono dal fegato prima tra-

sformati in glucosio e poi polimerizzati in glicogene, si sono adottate, a scopi diagnostici, la prova della galattosuria e della levulosuria alimentare ecc. (Strauss, Lepin, Bauer) che io per mia esperienza ritengo superiori alle altre prove di indagine sulla funzione glicogenetica (per es. curva glicemica da carico), non avendo la secrezione interna del pancreas influenza alcuna sul metabolismo di questi due zuccheri che verrebbero fissati, previa trasformazione in glucosio, quasi in modo esclusivo dal fegato. Però, anche a proposito di queste prove, si deve riconoscere che danno dei risultati incostanti sia per le variabili condizioni di assimilazione degli zuccheri nell'organismo, sia per la permeabilità renale per il glucosio mutabile da individuo a individuo. A proposito della glicosuria alimentare, da taluni ritenuta come indice di alterata funzionalità epatica, oltre alle obiezioni che si possono muovere alla galattosuria ed alla levulosuria, oltre a riscontrarsi nel morbo di Basedow, nelle pancreatiti croniche, in alterazioni dell'assorbimento del tubo gastro-enterico ed in altre affezioni quali quelle del sistema nervoso extra piramidale, in cui si ha insufficienza funzionale del fegato (Bufano-Beretta) si può obiettare che essa può essere espressione sia di deficiente glicogenogenesi, sia di eccessiva glicogenolisi, ossia di una ipoepatia o di una iperepatia.

Pure la curva glicemica da carico è stata presa come prova di funzionalità epatica. Tale prova però, che pure da me è stata adottata a questo scopo, in alcuni lavori, credo sia di difficile interpretazione, interferendo nella conformazione della curva diversi fattori extraepatici quali ghiandole a secrezione interna e S. N. V. Ritengo buona perciò tale prova qualora sia usata, insieme ad altre quali la curva amino-acidemi-

ca, la curva chetonica, la bilirubinemia, la galattosuria, ecc.

Si distinguono, grosso modo, due tipi di curva, il diabetico e l'epatico fra loro differenti perchè nei diabetici la curva sale rapidamente all'acme, decorrendo poi ad un livello più elevato che nei sani, mentre negli epatici la curva decorre ad un livello più basso del normale raggiungendo lentamente l'acme e presentando, ciò che è caratteristico, un decorso spiccatamente lungo. Bisogna dire, e questo è il punto debole, che il primo tipo lo possiamo trovare nei simpatico-tonici, mentre il secondo nei vago-tonici. Non credo, a questo proposito, che neppure sia utilizzabile a questo scopo la superficie del così detto triangolo di Labbé e Nepveux dipendendo anch'essa da fattori neuro vegetativi.

Neppure grande valore sembra abbia l'indice glicemico post-alcoolico di Pawlowski cioè l'abbassamento della glicemia in seguito a somministrazione di alcool in epato-insufficienti.

Una prova che ha assunto una notevole importanza e che potrebbe essere citata sia parlando della funzione glicoregolatrice sia della funzione svenetrice, è la prova della glicoronuria, provocata facendo ingerire grammi 0,5 di canfora e che avrebbe, secondo Roger che ne è l'ideatore, un notevole valore diagnostico. Infatti la mancata sintesi in forma di esteri di questo acido con sostanze aromatiche sia endogene (prodotti di putrefazione intestinale) che esogene, ci indica o che il fegato è povero in glicogeno oppure che la funzione fissatrice della ghiandola è diminuita o mancante. Questa sintesi protettiva ci spiega come in alcuni casi riescano utili sussidi terapeutici le soluzioni glucosate perchè si viene così a favorire la glicorono-coniugazione.

Sappiamo che la carenza dei carbo-

idrati nell'organismo, comunque determinata, porta alla formazione di corpi chetonici provenienti da una incompleta scissione e combustione dei grassi e degli amino-acidi che vengono vivacemente metabolizzati dal fegato nel tentativo compensatorio di glicogenesi lipidica e proteica. Possiamo dire, basandoci su severe esperienze di Embden e di Fishler, che la presenza del fegato è condizione indispensabile alla formazione dei corpi chetonici.

De Flora, della Clinica Medica di Genova, in un suo lavoro, confutando l'ipotesi sinora accettata che l'iperchetonemia sia espressione di ipofunzionalità epatica, citando esperienze di diversi AA., dimostra che il fegato insufficiente non è capace di formare corpi chetonici venendo a confermare ciò che Pende talvolta ha detto nelle sue lezioni e che cioè la chetogenesi deve essere considerata come espressione di iperattività compensatoria del fegato di fronte alla carenza di idrati di carbonio.

Anche il Bufano afferma che « è infondato e completamente illogico seriversi dell'aumento della chetonomia dopo digiuno come indice della insufficienza epatica essendo la chetogenesi una funzione parziale attiva del fegato.

Ciò secondo De Flora è confermato pure dalla Clinica che dimostra che in epato-insufficienti all'avvicinarsi dell'epatargia completa, con intervento del coma epatico, la chetosi diminuisce fino a scomparire.

Il De Flora, in pazienti digiuni da più di 18 ore, ha potuto stabilire che dopo la somministrazione di zucchero, stimolante in primo tempo la funzione chetogenica, i corpi chetonici, in individui dal fegato sano, aumentano, mentre negli ipoepatici diminuiscono. Questo autore ha potuto così studiare una curva da carico di glucosio, curva, che anche per mia personale esperienza corrisponde,

avendola pure io eseguita in parallelo ad altre prove di funzionalità epatica. Non credo però possa essere adottata nella pratica per il numero di salassi necessario, per il tempo in cui il paziente deve essere tenuto a digiuno e per la delicatezza della tecnica di ricerca.

Ghenard ha attribuito al fegato la proprietà di innalzare il Ph sanguigno qualora esista una tendenza all'acidosi; però non è stato riscontrato un parallelismo tra acidosi ed insufficienza epatica, per cui poca importanza possiamo dare alla riserva alcalina come indice di funzionalità dell'organo.

Scarsa è pure l'importanza del metabolismo basale e dell'esame della funzione termogenetica a cui il fegato prende parte.

Grande valore invece è stato dato alla funzione svenatrice. Sappiamo che i prodotti derivanti dalla putrefazione intestinale quali l'indolo, lo scatolo, il fenolo, il cresolo, vengono dal fegato ossidati per poi essere eliminati sotto forma di eteri solfo-coniugati e glicoroni-coniugati. A tal proposito Dehon ha suggerito il metodo dell'indossilemia provocata per il saggio funzionale del fegato. Può pure ascriversi alla funzione svenatrice dell'organo il compito di trasformare il carbonato di ammonio ed il carbammato di ammonio in urea. A questo proposito la scuola russa di Pawlow ha dimostrato che nella così detta intossicazione da carne, nei cani operati con fistola di Eck, si ha un forte aumento di carbammato di ammonio nel sangue in confronto della piccolissima quantità che normalmente vi si trova. Se ne arguisce che in questo caso all'organismo è venuta meno la protezione del fegato, organo disintossicante per eccellenza. Oltre ai prodotti ammoniacali è dimostrato che il fegato arretra anche l'idrogeno solforato. Come controprova della funzione antitossica

dell'organo può essere citata la constatazione dell'aumento della tossicità urinaria in alcune affezioni epatiche.

A spiegare lo stato di anergia di fronte alla tbc., creato dagli stati di insufficienza epatica e la frequenza della tbc. miliare nelle gravi affezioni del fegato, si è invocata pure una funzione antimicrobica e neutralizzante delle tossine batteriche (Fiessinger e Brodin).

Sorvolando sulla funzione marziale del fegato, sorvolando sulla azione ematopoietica di esso tanto studiata in questi ultimi tempi a proposito della terapia delle anemie, sorvolando sulla prova del lattato di sodio dopo la cui somministrazione, nei casi di insufficienza epatica, si ha un aumento più duraturo dell'acido lattico del sangue che nei sani, non essendo il fegato più capace di produrre glucosio e glicogeno dall'acido lattico (Mann e Magath), sull'indacaneaemia sulla reazione di Abderaldein, sorvolando sulla funzione regolatrice del circolo sanguigno forse posseduta dal fegato in virtù della contrazione delle fibre muscolari circolari delle vene sopraepatiche descritte nei carnivori da Arey e Simons, passerò ad accennare alla funzione del fegato nel metabolismo idrico. Sono da citare a tal proposito le ricerche di Conheim e di Hanot riguardo alla genesi di alcuni edemi, di Pick, Ludwig, Starling e Asher, Molitor e Pick provanti come il fegato sia un importante centro di regolazione della composizione fisico-chimica del sangue (pressione osmotica, idrofilia tissurale), di formazione della linfa e di regolazione della diuresi (opsiuria di Gilbert).

Kühn a questo proposito sostiene che questa prova dell'acqua, eseguita secondo il procedimento il Volhard, può assurgere a saggio di funzionalità dell'organo (rallentamento della diuresi).

Accennerò inoltre brevemente ai metodi cromo-diagnostici per il saggio del-

la funzionalità epatica, metodi però non strettamente fisiologici e però da alcuni AA. rigettati. Fu adoperata per la prima la tetraclorofenoltaleina per via venosa ricercandola poi nelle feci e nelle urine. Successivamente fu introdotto l'indaco carminio per via intra-muscolare, il salicilato di sodio per via endovenosa, il rosa bengala, l'azobilirubina S. per via endovenosa, il bleu di metilene sottocute e la bromosolfouftaleina per via endovenosa.

Tali sostanze vengono poi ricercate ora nella bile ora nel sangue ora nelle urine. Nessuna di queste prove credo sia tale da essere introdotta nella nostra pratica professionale richiedendo spesso manualità di tecnica tali che non sempre sono bene accette all'individuo da sottoporsi a visita medica.

Per ultimo accennerò agli studi di Akira Sato tendenti a dimostrare che nel fegato un ormone disintossicante di fronte al cloruro di ammonio, al clorofornio, al fenolo, al fosforo ecc. Tale ormone che avrebbe pure una azione regolatrice sul tasso glicemico, è stato denominato dall'Autore yakriton.

CONCLUSIONI.

Cercando di riportare quanto ho detto al campo assicurativo in cui sarebbe necessaria una diagnosi di alterazione funzionale del fegato quanto più possibile è precoce, cioè quando la clinica ancora nulla ci rivela su eventuali alterazioni sia semplicemente funzionali, sia organiche di questa ghiandola, campo assicurativo in cui sarebbe necessario l'uso di metodi di esplorazione semplicissimi, credo che non ancora i nostri mezzi siano adeguati allo scopo.

Sarebbe interessante poter, attraverso prove funzionali, riconoscere non solo una lesione incipiente ma anche quella particolare suscettibilità ad ammalare, a cui eventualmente può essere sottoposto il fegato, come in altri campi

lo sono gli altri organi, cioè quella particolare vulnerabilità, quella minore resistenza che va sotto il nome di insufficienza epatica latente a cui possono predisporre l'organo eventuali itteri catarali sofferti nel passato e non denunciati (sappiamo che oggi si tende a riportare l'ittero catarrale a lesioni nel parenchima stesso), la t. b. c., la sifilide, la polmonite, le malattie infettive in genere, le intossicazioni intestinali, l'alcolismo ecc.

Sarebbe desiderabile la conoscenza di un mezzo di indagine che ci potesse svelare quello stato particolare di insufficienza funzionale del fegato che dal Glenard fu battezzato col nome di epatismo, insufficienza che può essere oltre che acquisita anche ereditaria e presentabile (se assente il subittero) sintomi soggettivi che possono essere taciuti dal soggetto (dispepsie, modica dolenzia all'ipocondrio destro, digestioni laboriose, sonnolenza post-prandiale).

Quanto ai diversi metodi di esplorazione passati in rassegna, le prove migliori, quali la curva amino acidemica, la galattosuria la levolusuria ed altre che ho citato sono troppo lunghe ed indaginose per essere applicate nel nostro campo; richiedono una manualità ed una tecnica che può essere sgradita all'assicurato o non può essere alla portata del pratico.

Le prove più semplici, quali la Takato-Ara la reazione emoclasica, la ricer-

ca del $Q = \frac{A}{G}$ ecc, o non sono specifici

che o sono dipendenti da troppi fattori extraepatici per potere fare in loro qualche affidamento.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMI, Citato da VIGADA e MONTANARI, *Riforma Medica*, 1934, pag. 208.
ADLER, Citato da VIGADA e MONTANARI, *Riforma Medica*, 1934, pag. 208.

- AKIRA-SATO, *Proc. of the Imper. Acad.*, p. 518, 1926; *The Tonoku Journ. of exp. Med.*, p. 232, 1926; p. 351, 1927; p. 265 e 272, 1928; p. 195 e 502, 1929.
- ANTONELLI, *Insufficienza epatica*. — Bollettino ed Atti dell'Accademia Lancisiana di Roma, 1930.
- ARNOLDI, *Munch. Med. Woch.*, pag. 1414, 1925.
- BAUER R., *Deutsch. Med. Woch.*, pag. 1505, 1908.
- BORAT, Citato da VIGADA e MONTANARI.
- BUFANO, *Rivista di Clinica Medica 1928. Fisiopatologica della lipemia*. — Ist. Ed. Scientifico, Milano, 1928.
- DRUÉÉ, Citato da ANTONELLI.
- CHAUFFARD, *Presse medicale*, pag. 1073, 1922.
- CIATTI, *Annali dell'Osp. Psichiatrico di Quarto dei Mille*, 1936.
- CIONINI, *Minerva medica*, 1933, 19.
- CRISTAL, Duech, Trivas- C. R. de la Soc. Biol. 73, pag. 676, 1927.
- D'AMATO, *Atti del Congresso di Medicina*, 1932.
- DE FLORA, *La Riforma Medica*, 1934.
- EMDEN, *Hofmeister Beitr.*, 6-II, 1925.
- ENGELMANN, *Mediz. Klinik H.*, 10, 1924.
- FIESSINGER e WALTER, *Presse Médicale*, pag. 1073, 1922.
- FIESSINGER e BRODIN, Citato da ANTONELLI.
- FILINSKI, *Presse Médicale*, pag. 236, 1922.
- FOLIN e DENIS, *Jour. of Biol. Chem.*, t. XI-XII.
- FALKENAUER und SIMON, *Arch. f. Exper. Path. und Pharm.*, 117, 1926.
- FISCHLER, *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, pag. 330, 1924. — *Munch. Med. Woch.*, pag. 1907 e 1970, 1925. — *Physiol. u. Pathol. der Leber*, Springer, Berlin.
- FROIN, *Hématolyse et hématogénèse Steinheil*, Paris. 1910.
- GALDI, *La Riforma Medica*, n. 18, 1923.
- GLASER, *Munch. Med. Woch.*, pag. 674, 1924.
- GLÉNARD, *Bull. de l'Acad. de Medic.*, 1890.
- GOVAERTS, Citato da VIGADA e MONTANARI.
- GREPPI, *Hematologica di P. FERRARI*, fasc. 6, 1933.
- HILDEBRANDT, *XII Intern. Congress. of Medicine general*, vol. 53. London, 1913.
- LABBÉ e BITH, *C. R. Soc. Biol.*, pag. 676, 1927.
- LÉPINE, *C. R. Soc. de Biol.*, t. 28, pag. 54, 1876.
- LUDWIG, Citato da ANTONELLI.
- MAKINÓO, Citato da ANTONELLI.
- MANN, Citato da VIGADA e MONTANARI, *Riforma Medica*, 34, 208.
- MARCHIAFAVA, *Policlinico Sezione Pratica*, n. 48, 1931.
- MANN e MAGATH, *Arch. of Intern. Medic.*, 30-33, 1922.
- MOLITOR e PICK, Citati da ANTONELLI.
- PICK, Citato da ANTONELLI.
- ROBERT, Citato da VIGADA e MONTANARI.
- ROGER G. H., *Traité de Physiologie normale et Pathologique*, Tome III. — *Physiologie du foie et de l'appareil urinaire*, Masson, 1928.
- STARLING e ASHER, Citati da ANTONELLI.
- STRAUSS, *Deutsch. Med. Woch.*, 1901.
- TONIETTI, *Policlinico Sezione Medica*, pag. 75, 1928.
- VAN SLYKE, *Arch. of Intern. Medic.*, 1936.
- WALLICH, Citato da VIGADA e MONTANARI.
- WHIPPLE und HURWITZ, *Journ. exp. Med.*, 13, pag. 136, 1911.
- WIDAL, ABRAMI, IANCOVESCO, *Presse Médicale*, 91, 1920.

La tubercolosi in rapporto all'Assicurazione Vita

OTTO MAY M. D. Camb. F. R. C. P. Londra.

Medico Principale della Compagnia Assicurazioni « Prudential », Londra.

Nell'essenza l'Assicurazione Vita è un sistema di raccogliere fondi da parte di un gruppo di persone per potere pagare una somma alla morte o dopo un certo periodo. I premi annui vengono calcolati in base a certe tavole di mortalità che indicano quante persone nel gruppo possono morire ogni anno.

La maggioranza delle tavole attualmente in uso sono delle « Tavole selezionate » basate su gruppi di persone particolarmente scelte da una accurata ispezione di un formulario di proposta compilato, e generalmente completato da un esame medico.

L'ultima tavola di questo tipo compilata dall'Istituto degli Attuari, e conosciuta come « A 1924-29 Ult. » è basata sulla mortalità entro quegli anni di persone accettate da varie compagnie britanniche come rischi di I^a classe. Essa mostra per ciascuna età la percentuale di mortalità per ciascuno dei primi tre anni dopo l'entrata in assicurazione e successivamente per età raggiunte senza considerare l'età dell'entrata. La grafica P 196 mostra qual'è quest'ultima percentuale per le età dai 30 anni in su (linea punteggiata). Nel primo anno è circa il 0,25% e poi aumenta solo gradualmente finchè dopo 23 anni essa raggiunge l'1 %. La linea nera continua B indica la mortalità (maschi) secondo il censimento inglese del 1921 ed è di poco più elevata, sebbene pressochè parallela alla prima.

Tipi di Tare

Supponiamo ora che noi avessimo da considerare il modo di trattare con un gruppo di assicurandi in cui vi sia una tara ben definita, qualche condizione capace di spostare la curva di mortalità. Tali condizioni sono di vari tipi che si possono classificare nel modo seguente:

- 1) Rischi professionali, dei quali il più importante in assicurazione vita è il commercio al minuto di liquori alcoolici.
- 2) Rischi climatici.
- 3) Tare famigliari.
- 4) Tare personali per malattie progressive.
- 5) Deficienze della salute personale.

Naturalmente lo stesso individuo può presentare tare in più di una di queste categorie p. es. un oste con tara famigliare per tubercolosi e con passato personale di cattiva salute.

Dal punto di vista attuariale, il modo ideale di fissare l'extra rischio in un caso particolare, sarebbe di costruire una curva di mortalità in base a una esperienza di un grande numero di casi simili e di calcolare da questa, il modo migliore di trattare l'extra rischio così dimostrato.

Sfortunatamente per un gran numero delle tare i dati necessari sono troppo scarsi per permettere l'uso di questo metodo e in tali casi il metodo di trat-

tare il rischio deve essere in gran parte empirico. Vi sono vari modi in uso per accettare i rischi tarati a condizioni speciali, i principali sono:

1) Aggiungere alcuni anni all'età reale all'atto dell'entrata in assicurazione, di modo che l'assicurando paga un soprapremio uguale alla differenza tra il premio alla sua età reale e quello all'età fissata.

2) Similmente si può aumentare il premio di una data somma sia per un periodo limitato sia per la durata della polizza, senza il bisogno di riferirsi ad alcuna età.

3) Si impone un debito o ipoteca che corrisponde a una percentuale della somma assicurata, che viene ridotto ogni anno fino ad estinzione. Per esempio, nel caso di una polizza di sterline 1000, il debito imposto potrebbe essere di sterline 500, riducibile ogni anno p. es. a sterline 25 finchè dopo 20 anni, il debito viene estinto.

In quanto al metodo più adatto dal punto di vista attuariale, molto dipende sulla natura dell'extra rischio. Alcuni sono decisamente *crescenti*, come la presenza di disturbi cardio-vascolari o il peso eccessivo o un'anamnesi familiare tarata per disturbi cardiovascolari; alcuni sono più o meno *costanti*, come i rischi professionali o climatici, mentre altri sono decisamente *decrescanti*, come nel caso di precedenti personali di tubercolosi polmonare, sottopeso ecc. Un rischio crescente o costante è meglio coperto da un premio addizionale o aumentandó l'età reale al momento dell'entrata in assicurazione, mentre un rischio decrescente è bene trattarlo con una ipoteca riducibile che gradualmente sparisce col diminuire del rischio.

Dal punto di vista dell'assicurando, questo metodo non incontra difficoltà quando lo scopo dell'assicurazione è semplicemente protezione, cioè, quando la

copertura viene chiesta nel caso di morte prematura. Quando invece il fattore importante è l'investimento, come nel caso di una previdenza per l'età, avanzata, egli considererà l'ipoteca come la via preferibile perchè non pagherebbe alcun soprapremio e se sopravviverà, a un certo periodo, riceverà l'intero valore della polizza.

Rischio da tubercolosi

Avendo dato questo schema preliminare dell'Assicurazione Vita in generale, desidero ora indicare come il problema della tubercolosi viene considerato nell'odierna pratica della Assicurazione Vita. Non discuterò alcune delle questioni sulla diagnosi, prognosi o trattamento, solamente indicherò come l'industria dell'Assicurazione Vita considera i vari aspetti di questo problema.

I nostri metodi possono sembrare grossolanamente empirici e non scientifici, ma bisogna bene fissare in mente che i premi imposti permettono solo un piccolo margine per spese mediche, e che la concorrenza tra le compagnie è molto forte e tende ad impedire una ricerca troppo scrupolosa dei segni apparentemente non importanti. Per queste ragioni i casi debbono essere tassati sull'informazione, spesso frammentaria, riguardo l'anamnesi familiare e personale remota, e sulla quale spesso si può fare poco affidamento anche sulla questione dell'esame personale dell'assicurando. A meno che la proposta non sia, per una forte somma, non è ordinariamente pratico avere un esame fatto da uno specialista; il problema delle spese e le competenze spesso sconsiglia una radiografia dei polmoni o anche un esame di sputo nei casi in cui queste ricerche possono essere considerate indispensabili nella pratica clinica. Nei casi in cui nell'anamnesi remota figura una tubercolosi

polmonare che viene segnalata sulla proposta, un rapporto del medico personale dell'assicurato è spesso senza valore, poichè l'assicurato può avere ricevuto un trattamento ospedaliero e il medico sembra inabile o riluttante di dare alcuna informazione utile alla Compagnia.

Certamente è possibile a quest'ultima di insistere presso l'assicurato di dare il nome del Sanatorio, col permesso di chiedere un rapporto alla direzione medica, ma, a meno che la proposta non sia per una grossa somma, il costo dell'esame e del rapporto medico, già in corso, unito all'ulteriore ritardo occorrente, può indurre la Compagnia di tarare il caso sull'informazione già in suo possesso, invece di indagare più oltre la cosa.

Anamnesi personale.

Due estese ricerche attuariali sull'influenza dell'anamnesi familiare nella tubercolosi polmonare sono meritevoli di essere riferite, la prima da Rusher e Kenchington (1913) e la seconda dalla American Medico - Actuarial Investigation Committee (1914). Senza entrare in dettagli, ambedue hanno confermato il fatto della influenza nociva sulla mortalità di un'anamnesi familiare tarato per uno o più casi di tubercolosi polmonare, specie su giovani assicurandi sottopeso. Se i giovani candidati sono per di più anche alti di statura (m. 180 in su) l'eccesso di mortalità è superiore a quello dei sottopeso di bassa statura. Incidentalmente la ricerca americana ha fatto rilevare chiaramente in questo gruppo un fatto interessante, cioè la proporzione decrescente di morti per tubercolosi col crescere del peso e dell'età. Questo è rilevato dalla Tabella I.

In America dove è in uso quasi esclusivo il « sistema numerico proporzionale » la sopra-mortalità per tara familiare viene valutata con la guida

TABELLA I
Effetto del peso e dell'età.

Peso deviazione dalla norma in libbre	Età all'entrata 15 - 25 anni			Età all'entrata 30 - 44 anni		
	Morti totale	Morti per tisi	%	Morti totale	Morti per tisi	%
	- 45 a - 25	59	31	53	302	93
- 20 a - 5	658	254	45	911	198	22
+ 20	475	134	28	670	65	10
+ 25 a + 45	71	5	7	216	4	2

della tabella II, in rapporto all'età, all'entrata e al grado di deviazione dal peso medio in rapporto all'età. A proposito si può ricordare un altro fatto.

TABELLA II

Tassazione in base alla costituzione con o senza Tara familiare tubercolare.

Età	N. di casi di T. B.	Libbre di sotto o sopra peso						
		- 41 a	- 25 a	- 9 a	- 8 a	+ 9 a	+ 25 a	+ 41 a
		- 56	- 40	- 24	+ 8	+ 24	+ 40	+ 50
		più	più	più	più	più	più	più
15-17	0	50	30	10	0	0	0	10
	1	120	90	60	40	40	30	30
	2	R	R	110	75	60	40	40
	3	R	R	R	R	120	90	75
18-22	0	40	20	0	0	0	0	20
	1	100	60	40	30	25	20	30
	2	R	120	75	60	40	30	30
	3	R	R	R	110	90	60	60
23-27	0	30	15	0	0	0	10	20
	1	70	50	20	20	20	20	30
	2	120	90	60	40	30	25	30
	3	R	R	100	80	60	50	50
28-32	0	20	10	0	0	0	20	20
	1	50	30	20	10	10	20	30
	2	100	60	40	30	20	20	30
	3	R	100	70	60	40	35	50
33-37	0	15	0	0	0	0	20	
	1	30	15	10	0	0	20	
	2	70	40	30	20	10	25	
	3	110	70	50	40	25	40	
38-42	0	5	0	0	0	0	25	
	1	15	10	0	0	0	25	
	2	50	30	20	20	10	25	
	3	75	50	30	20	20	30	
43-47	1	10	0	0	0	0	25	
	2	30	20	20	0	0	25	
	3	50	30	20	20	10	30	
48	1	0	0	0	0	0	25	
	2	0	0	0	0	0	25	
	3	20	0	0	0	0	25	

Più significa la mortalità di 150 contro un previsto di 100. R = rifiutato.

Per lo specialista in tubercolosi, l'interesse della tara familiare sta principalmente nella domanda: fino a che punto è la malattia ereditaria, se lo è affatto? Per la Compagnia d'Assicurazione il punto interessante è: un'anamnesi familiare tarato per t-b-c. tende a diminuire la durata della vita. Cioè, aumenta il rischio di mortalità?

Esse non sono particolarmente interessate sulle cause delle sopramortalità, siano esse tubercolosi, diabete o altre, ma solo nel fatto della supermortalità nel gruppo in esame.

Contagio.

Qui arriviamo sul punto controverso. I problemi dell'infezione coniugale e simili rischi nel cerchio familiare sono stati vivamente discussi. Attualmente sembra esserci una opinione predominante che la convivenza in ambiente anti-igienico sia un rischio definito. Una recente pubblicazione di Lloyel e Mac Pherson (1936) conferma questo nelle storie di alcuni giovani adulti con tubercolosi polmonare, sebbene nella gran maggioranza dei casi ricercati da essi, la convivenza fosse con dei membri tubercolosi della loro famiglia, così che il problema del contagio viene complicato da quello dell'eredità o dalla predisposizione familiare. Questo punto è stato segnalato sin dal 1908 dal Pope. Egli trovò che la probabilità di infezione tra marito e moglie era notevolmente minore che tra genitori e figli o tra fratello e sorella; un risultato che fa pensare che la « diminuita resistenza » ereditaria giuochi una parte importante in molti dei casi di apparente infezione diretta. Qualunque sia la verità teorica riguardante il contagio e la predisposizione ereditaria, molte Compagnie di assicurazione impongono un soprapremio se l'assicurando ha abitato nella stessa casa con un ammalato con tubercolosi

aperta, l'entità del soprapremio dipende sulle condizioni igieniche del caso e su vari altri fattori ovvi come lo stato fisico dell'assicurando e l'anamnesi familiare. Nella mia Compagnia è usanza imporre un debito riducibile piuttosto gravoso se vi è stato contatto entro 12 mesi dalla proposta, con l'invito di riesaminare le condizioni contrattuali dopo un anno previo esame medico. In America « la convivenza » viene usualmente considerata agli scopi assicurativi come equivalente a una tara familiare per t.b.c.

Anamnesi Personale

Quando, se mai, è consigliabile accettare l'assicurazione dei candidati con precedenti personali di tubercolosi polmonare? Occorre appena segnalare che la mortalità nei primi anni dopo il trattamento è alta, anche tra i casi sottoposti al trattamento in uno stato relativamente iniziale della malattia.

Tra coloro che chiedono una assicurazione sulla vita con precedenti di tubercolosi polmonare, la maggioranza appartiene a questo gruppo, almeno tale è l'ottimismo del sofferente o forse dell'agente, che noi non molto raramente riceviamo proposte da pazienti tubercolosi in uno stato avanzato della malattia.

Due ricerche inglesi medico-attuariali, delle dopo-storie dei pazienti che sono stati in una sanatoriale, sono molto istruttive per gli uffici assicurativi, e desidero riportarle in questa occasione: sono quelli di Mudhurst e Frinley. I rapporti annuali eccellenti di Mudhurst (1935) contengono un rapporto statistico di tutti i casi dimessi dal Sanatorio sin dal 1906, disposti in vari gruppi a seconda lo stato all'ingresso e la presenza o assenza dei bacilli tubercolari nello sputo durante la degenza. Il numero complessivo dimesso è 6.451 e solo 224 (3-4 %) non sono state rintracciate.

La carta indica l'esperienza sulla mortalità di tutti i casi dimessi (curva *E*) e dei soli casi lievi (curva *D*) che comprende il gruppo I (Turhan-Gerhardt) T-B positive — casi con i bacilli riscontrati — che presentano « malattie di lieve grado, limitate a piccole aree di un lobo di un lato che nel caso dell'affezione di ambedue gli apici, non si estende al disotto della spina della scapola o della

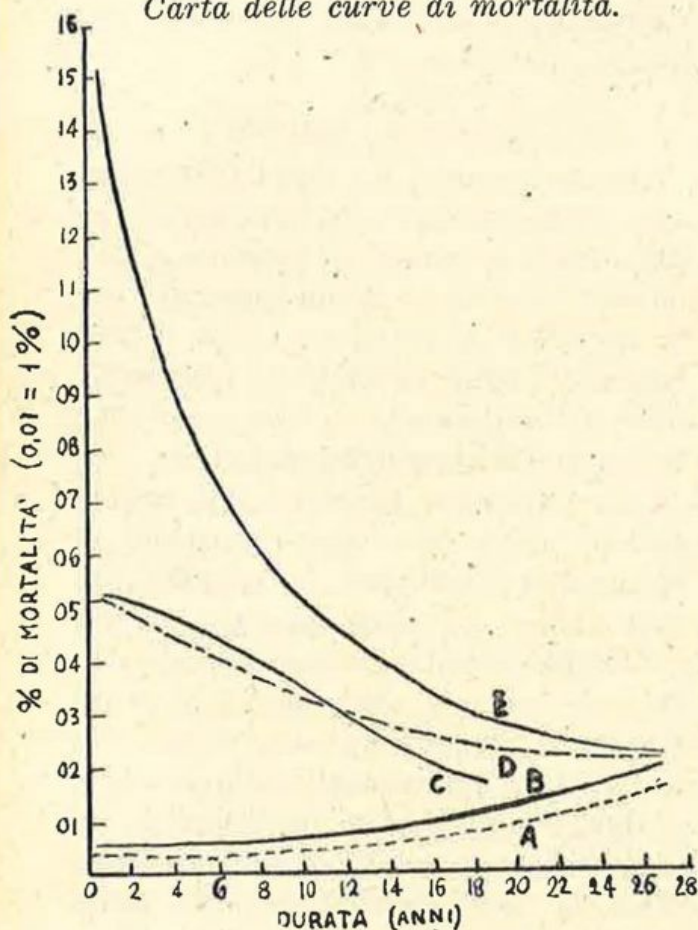
I^a classe (A 1924-29 e E. L. T. 9) in maschi dai 30 anni in su, mostra l'enorme eccedenza di mortalità nei primi anni. Nel primo anno dopo la dimissione la curva *E* indica una mortalità di circa 50 volte e anche dopo 5 anni è ancora circa 25 volte quella prevista da A. (A 1924-29); dopo 10 anni è approssimativamente 12 volte, dopo 20 anni circa 4 volte, e solo dopo 25 anni le due curve mostrano segni di approssimazione. La curva *D*, dei casi lievi, mostra come si prevedeva, una mortalità piuttosto meno sfavorevole. Nel I° anno è circa 17 volte, dopo 5 anni circa 12 volte, dopo 10 anni circa 8 volte e dopo 20 anni circa 3 volte.

L'esperienza di Fremby tratta con i pazienti ammessi tra 1905-1931 e comprende 8.766 pazienti. (Hartby, Winsfield e Bunowin, 1935). Per confronto con l'esperienza di Mudhurst ho preso il gruppo « Grado B I », maschi:

« Essendo tutti casi di T-B positiva con lievi lesioni organiche, i segni obiettivi fisici sarebbero limitatissimi come segue: 1) o presenti in un solo lobo e nel caso di una lesione apicale, di un lobo superiore, non estendendosi sotto la seconda costola in avanti, e non eccedendo un'area uguale in qualsiasi altro lobo; 2) dove questi segni fisici fossero presenti in più di un lobo, essi sarebbero limitati agli apici dei lobi superiori e non dovrebbero estendersi sotto la clavicola e le spine delle scapole. Nessuna complicanza (tubercolare o altro) di gravità prognostica deve essere presente. Una piccola area di pleurite secca non dovrebbe escludere un caso da questo gruppo ».

Si vedrà che questo Gruppo è molto simile al Gruppo I nella classificazione di Midhurst e la tabella di mortalità qui espressa nella curva C, dimostra una rassomiglianza a quella mostrata per Midhurst (Curva D).

Carta delle curve di mortalità.



clavicola, nel caso dell'affezione dell'apice di un polmone, non si estende sotto la seconda costola in avanti ».

Le cifre attuali producono delle linee irregolari, dovute necessariamente a dati relativamente scarsi. Ho invece segnato le linee con dolci curve che per l'attuario sono una approssimazione di ciò che potrebbero essere se i dati fossero numerosi abbastanza. Il paragone di queste con le curve A e B dei rischi di

Noi possiamo perciò dedurre di avere una visione abbastanza chiara della mortalità di un considerevole gruppo di casi che hanno tutti queste caratteristiche: 1) tutti T-B positive; 2) tutti già sottoposti a un trattamento sanatorio; 3) segni fisici come spiegati sopra, cioè, limitati a infiltrazione o catarro di un lobo o piccole parti di due; 4) senza gravi complicanze. Queste costituiscono ciò che si è disposti a considerare come un tipo favorevole di casi e tuttavia la mortalità paragonata con quella della popolazione generale mostra un enorme, per quanto decrescente eccesso per almeno 20-25 anni dopo la dimissione.

Effetto sull'Assicurazione

Supposto vi fosse uno schema di Assicurazione obbligatoria per questo gruppo, è ovvio che i premi per coprire i rischi sarebbero talmente enormi da renderli fantastici: è la precoce maturazione del rischio che rende questo inevitabile — invertire la sopra-mortalità in un rischio decrescente e il problema sarebbe di più facile soluzione.

Se però invece di soprapremi si considera il metodo del debito decrescente si vedrà che la situazione è più promettente. Anche due anni dopo la dimissione i casi di questo tipo potrebbero essere accettati con un fortissimo debito riducibile, diciamo dell'80-90%, specialmente se la proposta è per un'assicurazione dotale.

Naturalmente la copertura di morte è troppo piccola al principio e una tale polizza ha poco valore come protezione per i dipendenti, ma i pazienti di tubercolosi polmonare non possono pretendere, se essi desiderano una polizza che sia soprattutto un investimento, questo può essere ottenuto con l'offerta di una dotale con una forte ipoteca. La mia

compagnia ha emesso molte di tali polizze, ordinariamente con l'invito di riesaminare l'ammontare dell'ipoteca, dopo trascorsi alcuni anni, e non posso fare a meno di pensare che queste polizze siano assai utili anche dal punto di vista psicologico. Certamente un paziente tubercoloso ha più fiducia nel suo avvenire se egli trova che una compagnia è disposta a offrirgli un contratto di assicurazione anche se il beneficio ricavato in caso di morte sia scarso.

Recentemente la mia compagnia ha fatto ricerche nella sua esperienza su un gruppo di entrati 1921-1923 (tre anni) che avevano un'anemmesi personale di tubercolosi (circa la metà di forme polmonari) e che erano stati accettati nelle condizioni su accennate. Essi erano 894, dei quali 353 erano casi polmonari. Degli 894, 79 morirono nei primi 12 anni dell'assicurazione contro un previsto di 42: dei 353 polmonari, 47 morirono contro un previsto di 17. Questo dimostra che la selezione dei casi era stata fatta con buono giudizio. Le somme pagate in questo gruppo ammontarono a sterline 11.506; le previste, secondo A. 1924-29 sarebbero state sterline 11.017, un risultato che indica come questo metodo sia un giuoco onesto tra assicurati e la compagnia.

Casi Speciali

Voi avrete certamente notato che io ho discusso l'assicurazione di questi casi in blocco e non ho detto nulla dei metodi di selezione individuale. Come ho sopra indicato, a meno che le proposte non siano per somme discretamente forti sarebbe poco pratico di esaminarle così accuratamente come si vorrebbe, sebbene personalmente io non accetterei mai una proposta con un'anamnesi positiva per tubercolosi durante i primi cinque anni senza un premio forte, per quan-

to la persona possa sembrare esente da sintomi o segni fisici.

Pneumotorace Artificiale

Sarei contento di sentire dall'opinione medica fino a che punto un trattamento con pneumotorace artificiale debba essere considerato come un fattore prognostico favorevole. Giudicando dal rapporto di F. Mirley, questo metodo è appena usato nei casi lievi (Gruppo B). E' stato usato principalmente (in 80 % dei casi) nel Gruppo B-3: Casi con gravi lesioni del sistema o grave deperimento organico, con marcata deficienza funzionale sia locale che generale, con poca o nessuna speranza di guarigione. Questi casi paragonati con altri gruppi dello stesso sesso, gruppo di età e lo stesso grado medico all'ammissione, mostrarono una mortalità minore, suggerendo che in questi casi relativamente avanzati, il pneumotorace abbia migliorato il periodo di sopravvivenza. Noi riceviamo proposte da un numero considerevole di pazienti, alcuni avevano avuto in passato trattamento con pneumotorace, altri con rifornimenti periodici in corso, ma non posso dare cifre di paragone con altri casi. Noi raramente troviamo che sia pratico considerare questi a condizioni più favorevoli, giacchè la dimostrazione di una prognosi decisamente migliore sia ancora piuttosto scarsa. Riguardo altri mezzi di terapia come la frenicotomia, toracoplastica e oliotorace, il numero di proposte è scarso e certamente i casi sono usualmente quelli in cui la malattia è stata grave, così che si può difficilmente sperare che le condizioni di accettazione possano essere più favorevoli.

Tubercolosi extra-polmonare

Ho discusso l'accettazione dei casi di TBC polmonari con qualche dettaglio

e ciò che è stato detto a quel proposito si applica più o meno da vicino alla tubercolosi uro-genitale. Nessun caso sarebbe accettato entro cinque anni dalla malattia, se non con un'ipoteca massima, e da cinque o dieci anni l'ipoteca dovrebbe essere molto forte.

Nella tubercolosi articolare ossea e nell'adenite noi, come regola, non consideriamo questi casi, con la stessa gravità delle forme urogenitali e polmonari; ciascun caso viene trattato a parte considerando l'anamnesi familiare, l'età, il fisico, il mestiere e certamente l'estensione dell'infezione originale e il tempo trascorso da allora.

Pleurite

Una pleurite primitiva, sia secca che essudativa, viene sempre considerata a scopi assicurativi, come di probabile origine tubercolare. E' mia abitudine imporre un'ipoteca in ogni caso, con tale anamnesi, finchè non siano passati almeno sette anni, l'ammontare dell'ipoteca varia a seconda il tempo, l'anamnesi familiare, il fisico e così via. Potrebbe essere così bassa come il 20 % (nostro minimo). Nella nostra ricerca di 2040 casi accettati nel 1921-23 i morti erano 209 contro un previsto (A. 1924-29) di 159, in quanto all'ammontare delle somme pagate, è stato di sterline 37.400 contro un previsto di sterline 46.475, un utile sostanziale, che viene largamente distribuito come abbuono ai sopravvivenenti.

Nel *Medical Impairment Mortality Rating* usato in America per il loro sistema numerico di tassazione, nessun caso è considerato prima di un anno dalla malattia. Il soprapremio imposto dopo quel periodo varia a seconda che la forma è stata secca o essudativa e a seconda la durata della malattia (secca) cioè se più o meno di due settimane e in rapporto al tempo trascorso dalla malat-

TABELLA III.

Pleurite secca

(durata minore di due settimane).

Deviazione del peso medio,

2° e 3° anno

ETÀ	- 20 %	- 15 %	10 %	- 5 %	0	+ 5 %	+ 10 %
20	+70	+50	+40	+30	+20	+15	+15
25	+60	+45	+35	+25	+15	+10	+10
30	+50	+40	+30	+20	+15	+10	+10
35	+40	+35	+25	+15	+10	+ 5	+ 5
40	+45	+30	+20	+15	+10	+ 5	+ 5
45	+35	+25	+15	+10	+ 5	+ 0	+ 0
50	+30	+20	+10	+10	+ 5	+ 0	+ 0
55	+25	+15	+ 5	+ 5	+ 0	+ 0	+ 0

4° e 5° anno

ETÀ	- 20 %	- 15 %	- 10 %	- 5 %	0	+ 5 %	+ 10 %
20	+50	+35	+20	+25	+20	+15	+10
25	+40	+30	+25	+20	+15	+10	+10
30	+30	+25	+20	+15	+10	+10	+ 5
35	+25	+20	+15	+10	+10	+ 5	+ 5
40	+20	+15	+10	+10	+ 5	+ 5	+ 0
45	+15	+10	+10	+ 5	+ 5	+ 0	+ 0
50	+10	+10	+ 5	+ 5	+ 0	+ 0	+ 0
55	+10	+ 5	+ 5	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0

6° al 10° anno incluso

ETÀ	- 20 %	- 20 %	- 10 %	- 5 %	0	+ 5 %	+ 10 %
20	+25	+25	+20	+20	+15	+15	+10
25	+20	+20	+15	+15	+10	+10	+ 5
30	+20	+15	+15	+10	+10	+ 5	+ 5
35	+15	+15	+10	+10	+ 5	+ 5	+ 0
40	+15	+10	+10	+ 5	+ 5	+ 0	+ 0
45	+10	+10	+ 5	+ 5	+ 0	+ 0	+ 0
50	+15	+ 5	+ 5	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0
55	+ 5	+ 5	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0	+ 0

Si fa notare che le percentuali qui espresse sono indipendenti e in aggiunta a quelle normalmente applicate a seconda la corporatura dell'assicurato.

tia, l'età del proposto e l'indice tra peso e altezza.

La tabella III è un esempio del loro metodo di tassazione di un caso di pleurite secca, della durata inferiore a due settimane. Si vedrà che i premi di sopra-mortalità variano da 70 per giovani sottopeso nel primo o terzo anno dopo la malattia a zero in persone più mature di peso normale o inferiore. Per una malattia a decorso inferiore alle due settimane il massimo corrispondente è di 140.

Conclusione

In conclusione desidero segnalare ancora una volta che il comportamento dell'Assicurazione vita verso la tubercolosi è inevitabilmente quella di raggruppare in classe i casi per i quali sia stata calcolata una tavola di mortalità, ovvero possa essere presunta, piuttosto che considerarli come individualità cliniche.

E' probabile, anzi certo, che alcuni casi vengono trattati troppo severamente e altri troppo leggermente, ma non vedo il mezzo di evitare questo stato di cose. Se qualcuno può indicare un mezzo semplice per una prognosi più esatta in casi individuali, io, per conto mio, gradirei l'informazione e l'userei per quanto sia possibile per una più giusta fissazione delle condizioni di accettazione in questi casi.

Publicato in *The Lancet*, 1937, n. 27, febr., pag. 493 e segg.

(Trad. del dott. G. Restivo della Direzione dell'I. N. A.)

Medicina Legale della Assicurazione Vita

Il giudizio di invalidità nella demenza precoce

Dott. SALVATORE FIANDACA

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

L'invalidità nel campo delle assicurazioni vita ha un significato ben diverso di quello che ad essa si attribuisce nel campo dell'infortunistica. La differenza sostanzialmente consiste nel fatto che nelle assicurazioni vita, conformemente agli scopi che questa si prefigge, la caratteristica principale è rappresentata dal grado di invalidità, in quanto questa viene riconosciuta solo nel caso in cui sia totale e permanente; mentre nel campo dell'infortunistica, non solo vengono riconosciuti e valutati i vari gradi di invalidità, ma viene tenuta in particolare considerazione la causa che ha determinato l'incapacità al lavoro.

La differenziazione dei due concetti di invalidità corrisponde esattamente agli scopi che si sono intesi perseguire nell'uno e nell'altro caso.

Nelle assicurazioni vita il riconoscimento dell'invalidità mira a garantire l'integrità del contratto di assicurazione stipulato e la sua naturale evoluzione anche nel caso in cui l'ass. pervenga, senza la sua volontà, in condizioni fisiche tali da non poter continuare ad esplicare una attività che gli consenta dei guadagni sufficienti.

Appare evidente il fine altamente sociale al quale l'istituto assicuratore si ispira: l'ass. infatti come parte integrante di una grande famiglia viene ad usufruire degli stessi benefici dei componenti di essa anche quando per ra-

gioni di salute non abbia potuto adempiere ai suoi doveri.

S'intende così come in conformità della finalità e del significato, anche le questioni medico-legali inerenti al giudizio di invalidità in medicina assicurativa assumono degli aspetti particolari che possono allontanarsi, ed anche di molto, da quelli segnalati nel campo dell'infortunistica.

Se si considera anche la diffusione sempre maggiore del beneficio della esenzione del pagamento dei premi in caso di invalidità, concesso sotto forma di un allegato alla polizza di assicurazione vita, gratuitamente o dietro corresponsione di una piccola somma, sarà facile comprendere quanta importanza va assumendo lo studio dei vari quesiti medico-legali e come essi non sempre si presentino di facile risoluzione.

Due recenti osservazioni riguardanti due casi di demenza precoce, sui quali (per incarico dell'on. Direzione) ho dovuto esprimere il mio giudizio, mi offrono l'occasione di portare sul tappeto il problema dell'invalidità totale permanente intesa nel senso ed agli effetti dell'assicurazione vita in alcune forme nervose ed in particolare nella schizofrenia.

E' opportuno premettere che in linea generale il problema dell'invalidità negli infermi di mente offre particolari difficoltà. Le ragioni di tali difficoltà in parte sono legate alla natura stessa

delle affezioni da giudicare ed a tale riguardo basterà ricordare la variabilità di decorso e di prognosi di alcune psicopatie, la poco netta delimitazione di alcune sindromi, qualche volta anche le difficoltà inerenti all'esame clinico quando esso non è preceduto o seguito da un lungo periodo di osservazione. A queste difficoltà vanno aggiunte quelle derivanti dalla valutazione della infermità mentale in rapporto alle varie forme del lavoro umano.

Non vi è dubbio che il coefficiente psichico ha un'importanza di primo ordine sia nel lavoro intellettuale che in quello manuale. L'importanza però varia secondo il genere di lavoro nel senso che è minima nel lavoro manuale, maggiore nel lavoro intellettuale, massima in quello di concetto. La capacità psichica residua negli infermi di mente deve essere pertanto valutata in rapporto con l'occupazione dell'assicurato, con le sue abitudini e con le sue attitudini.

Nel caso delle assicurazioni vita, poichè l'invalidità per essere riconosciuta deve essere totale e permanente, la capacità psichica residua deve essere tale che non consenta all'infermo l'esercizio del suo mestiere o di quelli simili; pertanto varierà in rapporto diretto del mestiere esercitato dall'invalido. Così ad es. per un professionista il riconoscimento dell'invalidità può essere propugnato per una alterazione mentale di minor grado rispettivamente a quella che necessiterebbe per riconoscere la stessa invalidità in un bracciante.

Tutto ciò premetterebbe in altri termini la conoscenza esatta del coefficiente psichico in rapporto alle varie attività umane. Poichè tale conoscenza è lungi dall'essere esatta, nè d'altra parte sarebbe possibile, il giudizio di invalidità per gli infermi di mente resta sempre un problema che va con particolare cautela ed accorgimento esaminato in

ogni singolo caso o gruppi di casi facenti capo ad una sindrome mentale più o meno definita.

Considerando particolarmente la psicopatia alla quale si riferiscono i casi che qui appresso riporto, il problema della valutazione della invalidità può essere reso più difficile dal fatto che la demenza precoce non può essere considerata una entità clinica definita, ma una sindrome nella quale rientrano varie forme cliniche simili, ad etiologia e decorso molte volte differenti.

I casi osservati riguardano:

Il primo un assicurato di a. 32, nativo di un paesello del Piemonte, di professione agricoltore. Egli contrasse una polizza di assicurazione, in uno con l'allegato di invalidità, nel 1931. Nel novembre 1936 chiede il riconoscimento dell'invalidità per sopravvenuta infermità. Dalla visita medica è risultato che i primi disturbi ebbero inizio nel 1932; essi consistevano in astenia profonda, disturbi della sfera affettiva (ilarità o malinconia senza causa giustificativa) e della volontà (prevalentemente abulia). Tali disturbi in un primo tempo si presentarono ad intervalli separati da periodi di relativo benessere, durante il quale il soggetto poteva riprendere regolarmente il suo lavoro; successivamente divennero sempre più frequenti ed infine a carattere persistente. Nell'ultimo periodo sono comparsi inoltre disturbi sensoriali e cioè allucinazioni prevalentemente visive. Nulla di rilevante nell'anamnesi familiare; nella personale remota alcoolismo di modico grado e sospetto, non convalidato da dati precisi, di pregressa infezione luetica.

Il soggetto si presenta serio, triste, ricurvo, assente; con maschera facciale rigida, con lo sguardo fisso nel vuoto, cammina a passi lenti. Invitato a sedersi ha assunto una posizione artificiosa

e poco comoda, che ha mantenuto finchè non gli si è ordinato di cambiarla. Alle domande risponde a monosillabi, faticosamente; le risposte il più delle volte non corrispondono alle domande, bensì sembra che siano in relazione con dei pensieri elaborati nella sua mente; esse d'altra parte non hanno alcun senso compiuto. Assume docilmente la posizione che gli viene data, anche quando essa non è comoda; eseguisce i movimenti che gli vengono comandati e li mantiene fino a comando contrario. E' proclive al pianto: si è visto prorompere in pianto diretto, ma di breve durata, in seguito a domande futilissime. La memoria è perfettamente conservata.

All'esame somatico non si è riscontrato nulla di patologico, ove si eccettui una lievissima accentuazione dei riflessi tendinei.

L'ass., che prima esercitava il mestiere di agricoltore gestendo insieme ai fratelli un'azienda agricola, da qualche anno viene soltanto adibito per lavori grossolani (aratura ecc.) sempre sotto vigile controllo, in misura limitata e discontinua.

Il secondo caso riguarda una donna di a. 36, di professione operaia, anch'essa nativa e residente in un paesetto del Piemonte. Essa stipulò un contratto di assicurazione, compreso il rischio invalidità, nel 1933.

La sintomatologia attuale esordì nel febbraio 1936 bruscamente: l'ass. fu colpita da delirio di persecuzione, per cui abbandonò il lavoro e incominciò a compiere degli atti inconsulti. Fu ricoverata in un manicomio dove rimase degente circa due mesi e dal quale uscì contro il parere sanitario e sotto responsabilità dei familiari. Durante la degenza in manicomio il delirio scomparve, l'inferma divenne taciturna, abulica, rifiutò per un certo periodo il cibo, non parlò più, fu colpita frequentemente

da allucinazioni visive ed uditive. Successivamente dopo la dimissione dal manicomio, migliorò sensibilmente. In quest'ultimo periodo la paziente è apparsa di umore prevalentemente triste, assolutamente priva di ogni iniziativa. Essa non compie spontaneamente neppure i più elementari atti della vita: non mangia se non quando i familiari la obbligano, non si veste nè si pulisce da sè, non parla, rimane immobile nella posizione che le viene imposta per parecchie ore.

Nulla di rilevante nell'anamnesi familiare e personale remota; l'inferma è stata modica bevitrice (circa 1/2 litro di vino al giorno).

Si presenta alla nostra osservazione accompagnata dal marito, del quale segue ogni movimento. Ha un aspetto smarrito, lo sguardo senza espressione, si muove lentamente e soltanto se ripetutamente invitata. Assume facilmente la posizione che le viene data ed è capace di mantenerla per lungo tempo rimanendo immobile. Non risponde ad alcuna domanda, ma dimostra con lo sguardo di avere compreso il significato di essa; qualche volta risponde con un cenno a scatto della testa. Ripete, dietro invito, le parole pronunziate da altri e risponde a monosillabi se la risposta le viene suggerita ad alta voce; in tale caso soltanto quando essa è esatta; scrive sotto dettato con una certa esattezza ma dimostra di distrarsi facilmente; riesce a copiare con relativa correttezza; invitata a leggere ad alta voce, legge esattamente qualche rigo, poi incomincia a biasciare parole senza alcun senso e che non corrispondono a quelle effettivamente scritte sul testo; invitata a scrivere il suo nome e cognome, età e paese di origine, ha scritto esattamente il nome e cognome, mentre al posto della età e del paese di origine ha scritto dei segni inintelligibili.

Ogni atto dell'inferma è compiuto con evidente sforzo; l'attenzione è scarsa e si esaurisce facilmente.

All'esame obbiettivo somatico non si riscontra nulla degno di rilievo.

La diagnosi nei due casi in esame è identica: demenza precoce a tipo prevalentemente catatonico; ma la gravità del morbo è diversa, nel senso che il secondo caso mostra una sintomatologia molto più pronunziata.

Dal lato medico-legale per il giudizio sull'invalidità essi offrono lo spunto a varie considerazioni.

Premettiamo che « per invalido », ai sensi e per gli effetti del contratto stipulato con l'I. N. A., si intende colui che per sopravvenuta malattia o lesione fisica qualsiasi, purchè l'una e l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della sua professione o mestiere ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini e abitudini ».

I casi osservati rientrano nella descritta definizione per quanto riguarda l'epoca di inizio della malattia, l'indipendenza della propria volontà, l'accertabilità obbiettiva della sintomatologia. Resta a considerare la presunzione della perdita totale e permanente della capacità all'esercizio del mestiere o del lavoro confacente alle attitudini ed abitudini del paziente.

Facendo momentanea astrazione dei due casi citati, analizziamo se la demenza precoce può considerarsi affezione da togliere in modo presumibilmente permanente e totale la capacità al lavoro. Il problema è intimamente legato al decorso ed agli esiti eventuali della malattia.

Come è noto, il decorso della demenza precoce può essenzialmente assumere

due aspetti: continuo o intermittente con riprese dopo soste anche di parecchi anni. Continuo è in genere nelle forme paranoiche e nella maggior parte delle ebefreniche, intermittente in quelle catatoniche. Gli esiti probabili sono: la demenza o la guarigione con o senza difetto psichico.

Assai discusso è l'esito in guarigione completa. Kraepelin afferma che essa rappresenta una rarità e ritiene che debbano considerarsi errori di diagnosi (in genere psicosi maniaco-depressiva) quelle forme che finiscono in guarigione od assumono un andamento periodico.

Bleuler parla di « guarigione pratica »; egli ritiene che la regressione completa dei sintomi non si ha in nessun caso, in quanto nei casi cosiddetti guariti con analisi accurate o con esperimenti sulle associazioni è sempre possibile riscontrare i residui del processo dissociativo caratteristico della demenza precoce. I casi guariti debbono intendersi tali soltanto dal punto di vista pratico dell'utilizzabilità sociale e del ritorno alla convivenza domestica e civile.

Staerus e Mitchael hanno riscontrato miglioramenti sensibili nel 10 % dei casi su 495 osservazioni. Knapp parla di guarigione nell'8 % dei casi per le forme ebefreniche e nel 13 % dei casi per le forme catatoniche.

Malgrado ciò dal nostro punto di vista la guarigione completa, pur considerandola un'eventualità relativamente rara, deve essere ammessa; infatti o sotto forma di guarigione vera o « pratica », nel senso di Bleuler, riporta l'infermo alla primitiva capacità lavorativa. All'affermazione di Kraepelin che i casi guariti siano errori di diagnosi con la psicosi maniaco depressiva, si potrebbe obiettare che in effetto non vi è una vera sostanziale differenza tra questa malattia e la demenza precoce,

essendo entrambe non delle entità cliniche definite, bensì due sindromi artificialmente delimitate ed a sintomatologia molto simile.

La guarigione con difetto consiste nel fatto che taluni infermi raggiungono una forma minima di dissociazione mentale che tende a sistematizzarsi ed a stabilizzarsi.

In genere scompaiono gradatamente i sintomi più tumultuosi, l'agitazione intensa e le allucinazioni, persistono viceversa le note a carattere apatico.

Gli infermi nell'esplicazione quotidiana del loro lavoro possono, mediante l'automatismo che in essi si stabilisce, acquistare un comportamento abitudinario di una certa regolarità, malgrado in essi continui a persistere ad es. la noncuranza di qualsiasi relazione intellettuale con gli altri uomini.

Il giudizio prognostico in ogni caso è difficile. Non si può essere ottimisti perchè il pericolo di una ricaduta o dello stabilirsi di una decadenza mentale progressiva sono eventualità possibili in ogni forma di demenza precoce; non si può essere pessimisti perchè anche le forme più avanzate possono essere suscettibili di miglioramenti stabili o di guarigione.

L'età può essere un criterio di probabilità, nel senso che più giovane è il soggetto più facile è la guarigione delle forme catatoniche ed ebefreniche (ad eccezione della varietà prepubere di quest'ultima), più anziano è il soggetto meno grave è l'esito nelle forme paranoiche. Dal lato sintomatologico si può, in linea generica, dire che riveste significato sfavorevole la presenza di taluni sintomi che allontanano stranamente dalla norma il contegno dei malati in contrasto con la lucidità e l'ordine delle abitudini normali residue della loro volontà.

Così hanno significato meno sfavore-

vole i deliri vaghi e mutevoli, disordini a tipo confusionale, le oscillazioni affettive, i fenomeni di intoppo, di negativismo e di catatonìa; significato più sfavorevole ha la grave apatia, l'incoerenza, la stolidità del contegno con orientamento lucido, le allucinazioni frequenti ed abituali senza confusione mentale, i deliri fantastici persistenti, quelli di persecuzione, quelli ipocondriaci, i manierismi nell'atteggiamento, nella parola e nella scrittura, i neologismi, l'incoerenza verbale stabile con lucidità mentale.

Per il giudizio sulla capacità lavorativa dei dementi precoci occorre ancora, oltre i dati sul decorso e gli esiti eventuali della malattia tener presente il fatto che in tali soggetti col tempo si stabilisce un certo automatismo al lavoro, nel senso che individui menomati da qualche decadimento mentale possono svolgere attività abitudinarie con relativa esattezza e con profitto. Infatti non infrequentemente si vedono utilizzati dei dementi sia per lavori manuali sia per lavori mentali di lieve entità. S'intende che per questi ultimi potranno essere utilizzati soltanto quei soggetti con modico decadimento mentale.

Nei manicomi, nei quali esistono particolari condizioni di ordine, di tranquillità, di disciplina è possibile osservare la utilizzazione di dementi anche con gravi deficienze mentali.

In pratica però le indicate considerazioni vanno valutate con molta prudenza. Innanzi tutto non è facile che nella vita libera individui menomati intellettualmente possano trovare condizioni adatte di quiete, di ordine ecc. che permettano loro l'esplicazione di una attività proficua, in secondo luogo bisogna tener presente che tali soggetti il più delle volte sono incapaci a procurarsi il lavoro perchè inadatti alla convivenza. In tal caso non si avrebbe l'in-

capacità al lavoro per deficienza di energia produttiva ma per condizioni di non utilizzabilità del lavoratore (Biondi). Inoltre perchè il soggetto guarito con difetto psichico possa esplicare attività utile, devono verificarsi determinati rapporti tra il decadimento mentale ed il genere di lavoro per cui egli ha attitudine; in altri termini il difetto mentale deve essere proporzionato al mestiere che può, per le sue attitudini ed abitudini, esercitare.

Infine è opportuno ricordare la menomazione derivante dalla degenza in un manicomio agli effetti dell'assunzione al lavoro.

Da quanto esposto appare chiaro come nelle assicurazioni vita non possa adottarsi un criterio generico per la valutazione della invalidità dei dementi precoci; ogni caso deve essere giudicato particolarmente sulla scorta di molti dati.

Il giudizio del medico deve tendere alla valutazione delle possibilità di lavoro residue e non può essere che di presunzione.

Basi per tale giudizio potranno essere l'età del soggetto, il decorso della malattia, la sintomatologia in atto, il mestiere esercitato dal soggetto, le circostanze relative allo svolgimento della malattia e all'ambiente nel quale il soggetto dovrà vivere.

In tutti i casi (ed in particolare nelle forme recenti) date le difficoltà di giudizio, è prudente consigliare il riesame dell'invalidità a distanza di uno o più anni. Ciò rientra nel diritto dell'Istituto assicuratore conformemente alle condizioni di polizza accettate dall'assicurato.

Ritornando ai due casi in esame, essi, sulla scorta delle considerazioni sopra riferite, possono essere meglio valutati.

Nel primo caso l'età, il decorso progressivo della malattia con remittenze

di breve durata, la comparsa successiva di alcuni sintomi più gravi (allucinazioni, un certo manierismo dell'atteggiamento, l'incoerenza verbale) rispettivamente a quelli iniziali, depongono sfavorevolmente. Considerando il mestiere dell'assicurato — agricoltore — si potrebbe pensare che, ove si verificasse una benchè minima regressione della sintomatologia o la stabilizzazione di essa, l'assicurato mediante quell'automatismo al lavoro, a cui si è accennato, potrebbe essere in grado di esplicare una attività confacente alle sue attitudini.

Allo stato degli atti però non è possibile una valutazione esatta.

L'assicurato invero è già in grado di seguire qualche lavoro grossolano riguardante la coltivazione della terra. Esso però non può considerarsi utile se, come si è detto, per eseguirlo occorre il vigilante controllo di un'altra persona e se esso è discontinuo.

A volere pertanto giudicare, sulla base dei dati rilevabili finora, sulla perdita della capacità lavorativa del caso in esame, non può, a nostro avviso, considerarsi che presumibilmente totale e permanente. Il riesame dell'invalidità a qualche distanza di tempo potrebbe anche modificare il giudizio.

Il secondo caso presenta una sintomatologia più grave. In esso infatti sono già manifesti segni di significato più sfavorevole quali ad es. la grave apatia, i neologismi ecc. E' da osservare però che la malattia ha avuto inizio circa un anno fa (data relativamente recente), che malgrado l'esordio violento mostra una certa tendenza al miglioramento. Pertanto, e considerata la professione dell'ass., è probabile che la malattia possa pervenire ad una parziale guarigione. In questo secondo caso quindi, più che nel primo, è opportuna una revisione a distanza di tempo dell'invalidità.

Studi e ricerche di Statistica Medica

L'esame dei sinistri di morte per tbc presso l' I. N. A.

(decennio 1926-1935)

Dott. E. MONTEVERDE

Medico della Dir. Gen. dell' I. N. A.

Sulla tubercolosi in generale è stato scritto indubbiamente molto, ed anche sui suoi rapporti con l'assicurazione vi- ta esistono numerosi studi, tuttavia data la vastità dell'argomento si può dire che esso sia ben lungi dall'essere esaurito, e che ancora molto resta da ricercare e osservare e che molti problemi restano ancora da risolvere.

Il presente lavoro non ha naturalmente la pretesa di dire la parola definitiva in proposito ma si limita a portare un contributo modesto da servire allo studio di tali problemi, contributo soprattutto di cifre, che per essere state desunte dall'Ufficio Statistica del Servizio Sanitario di un grande Istituto come l'I. N. A. assurgono di per se stesse a notevole importanza.

Limitiamo la trattazione alla sola tubercolosi polmonare, sia perchè i casi di tubercolosi extra-polmonare sono poco numerosi, sia perchè la forma polmonare della malattia è quella che per i suoi caratteri e per i suoi rapporti, ha la maggiore importanza sociale ed assicurativa.

Prenderemo in esame gli assicurati del portafoglio diretto dell'I. N. A. nel decennio compreso tra gli anni 1926-1935.

Dobbiamo omettere la trattazione degli assicurati in forma popolare, senza visita medica, perchè di essi possediamo solo scarsi dati, a causa appunto della speciale forma assicurativa; ci serviremo peraltro di qualcuno di questi dati per stabilire opportuni termini di confronto.

Tralasciamo anche la trattazione delle donne perchè il loro scarso numero (142 decessi per t. b. c. polmonare su 1617 sinistri avvenuti per tutte le cause) non ci darebbe valori probativi. Sarebbe davvero interessante vedere quanta importanza abbiano le gravidanze e l'allattamento sullo sviluppo della t. b. c., ma di questo argomento bisognerà fare eventualmente oggetto di una particolareggiata trattazione a parte.

Considereremo quindi soltanto i maschi assicurati in forma ordinaria; tra questi nel decennio in esame noi troviamo 14.002 sinistri, dei quali 1150 per t. b. c. polmonare, cioè a dire una percentuale dell'8,21%.

Riportiamo qui un quadro in cui figurano, ripartiti nei singoli anni i sinistri avvenuti per tutte le cause e quelli avvenuti per t. b. c. polmonare, con le relative percentuali:

L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

ANNO	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	TOTALE
Sinistri per tutte le cause	987	1197	1232	1495	1322	1520	1609	1574	1523	1543	14002
Sinistri per t. b. c. polmonare	116	122	119	131	135	118	110	121	92	86	1150
Percentuale	11,75	10,19	9,66	8,76	10,21	7,76	6,83	7,67	6,11	5,57	8,21

dall'esame delle cifre si rileva una diminuzione della percentuale di mortalità per tubercolosi polmonare, che scende progressivamente con due soli arresti, o meglio, rialzi, uno nel 1930 l'altro nel 1933, nei 10 anni, della metà.

Ad un esame superficiale la spiegazione che più prontamente si affaccia di tale fenomeno, è quella di una più rigo-

rosa cernita nell'assunzione dei rischi, per quel che riguarda la t. b. c. polmonare. Ebbene se ciò si dovesse ammettere, noi dovremmo trovare per riflesso tra i rifiuti un proporzionale progressivo aumento delle percentuali di quelli per t. b. c. polmonare, invece dai dati che riportiamo possiamo escludere tale evenienza.

A N N O	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	TOTALE
Rifiuti per tutte le cause	319	452	435	436	499	480	350	297	3268
Rifiuti per t. b. c. polmonare	40	38	52	32	54	53	35	24	328
Percentuale	12,54	8,41	11,95	7,35	10,82	11,04	10,00	8,08	10,04

Benchè i dati che possediamo partano dal 1928 e riguardino quindi soltanto otto dei dieci anni presi in esame, mentre, se teniamo presente che i rifiuti si riflettono sui 2-5 anni successivi (per l'antidurata, vedi appresso), sarebbe necessario ad un più completo raffronto poter risalire almeno al 1923 o al 1924, tuttavia essi sono sufficienti a mostrarci che le percentuali dei rifiuti presentano bensì differenze discrete nei singoli anni, ma senza peraltro nessuna tendenza ad aumentare.

Possiamo respingere quindi senz'altro tale spiegazione troppo semplicista.

Dovremo invece invocare il concorso di due fattori.

Il primo di essi che è certamente il più importante è dovuto alla influenza delle stesse cause benefiche che hanno

tanto favorevolmente influito sulla mortalità per tubercolosi polmonare nella popolazione generale del Regno ed ugualmente hanno agito nei riguardi dei nostri assicurati.

Il secondo fattore non meno importante è dovuto ad uno spontaneo orientamento degli assicurandi sospetti di una lesione specifica verso le forme di assicurazione senza visita medica specialmente le Assicurazioni Popolari che sfuggono ad ogni controllo di visita medica. Una tale possibilità è stata anche prospettata dallo Starna nella comunicazione fatta al 1° Congresso delle Assicurazioni Popolari a Venezia nell'ottobre 1935.

Esaminiamo il seguente quadro dei sinistri avvenuti nel decennio nelle assicurazioni popolari, senza visita medica:

L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

A N N O	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	TOTALE
Sinistri per tutte le cause	58	68	118	154	192	280	252	226	325	334	2016
Sinistri per t. b. c. polmonare	4	11	19	18	21	37	34	34	38	35	251
Percentuali	6,90	16,18	16,10	11,69	10,94	13,21	13,49	15,04	11,69	10,20	12,45

Se tra i nostri assicurati in forma ordinaria la mortalità per t. b. c. fosse discesa soltanto in virtù del primo fattore, noi dovremmo riscontrare anche tra gli assicurati in forma popolare una uguale e parallela discesa delle percentuali, se viceversa la discesa fosse dovuta soltanto al deviamiento verso l'assicurazione popolare dei tarati, noi dovremmo vedere le percentuali di morte per t. b. c. in tale quadro, salire tanto quanto le osserviamo discendere nell'altro.

Noi le vediamo invece con irregolari e notevoli variazioni nei singoli anni, mantenersi sopra una linea indipendente, alla quale appunto contribuiscono, agendo nei due sensi opposti, da un lato la progressiva diminuzione della mortalità per tubercolosi in generale, dall'altro un progressivo orientamento di elementi tarati verso la forma assicurativa senza visita medica.

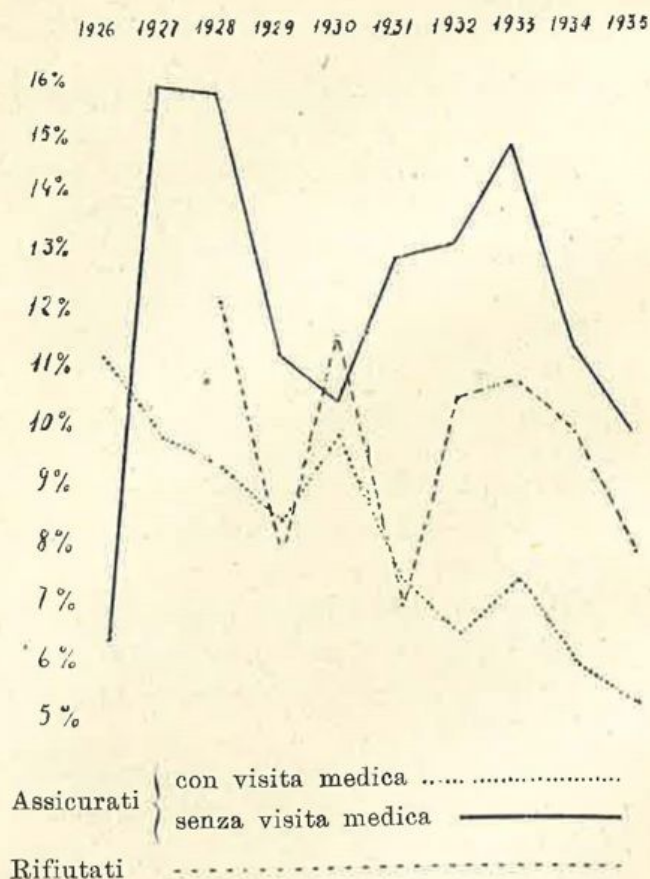
Riportiamo in un grafico le curve di mortalità per tubercolosi polmonare tra gli assicurati in forma ordinaria, tra gli assicurati senza visita medica e la curva dei rifiutati.

Dal confronto diretto, appare ancor più chiara la completa indipendenza tra loro.

Cominciamo ora ad esaminare l'anamnesi familiari dei nostri morti per t. b. c. polmonare. E' noto quanta importanza si sia sempre data al fattore eredi-

tario nella tubercolosi. Quando pure non si voglia seguire chi ammette senz'altro la trasmissione della malattia dai genitori alla prole, malattia che poi si svilupperebbe o meno a seconda di condizioni di ambiente, di malattie sopravvenienti ecc., è universalmente riconosciuto tuttavia, che da genitori tubercolotici nascono figli con predisposizione ad ammalare.

Sarebbe quindi logico in un numero così rilevante di morti per t. b. c., tro-



vare un fattore elevato di t. b. c. negli ascendenti. Ebbene dalla tabella che riportiamo e che rispecchia tutte le tare riscontrate nell'anamnesi familiare ri-

sulta invece che solo 12 tra gli ascendenti dei nostri 1150 deceduti per t. b. c. polmonare presentavano tare specifiche, cioè l'1,04 %.

t. b. e negli ascendenti	t. b. c. nei collaterali	Tumori maligni	Gotta Reumatismo Artrite	Diabete	Alcoolismo	Sifilide	Malattie nervose Del circolo Cerebrali Apoplessia	Suicidi Malattie mentali	Ulcera gastrica	Nefriti Malattie dei reni Uremia	Malattie del cuore Arteriosclerosi Sincope, ecc.
12	22	40	1	2	4	1	54	4	3	21	111

Cifre un po' più alte troviamo tra i rifiutati, qui su 328 elementi rifiutati per t. b. c. polmonare in atto, troviamo

tare specifiche in 8 degli ascendenti, il 2,44 %.

t. b. e. negli ascendenti	t. b. c. nei collaterali	Tumori maligni	Gotta Reumatismo Artrite	Diabete	Alcoolismo	Sifilide	Malattie nervose Del circolo Cerebrali Apoplessia	Suicidi Malattie mentali	Ulcera gastrica	Nefriti Malattie dei reni Uremia	Malattie del cuore Arteriosclerosi Sincope, ecc.
8	19	15	1	3	0	0	17	0	2	7	43

Per quello che riguarda poi la t. b. c. nei collaterali e nei discendenti, osserviamo anche qui, che le cifre non sono molto elevate; esse rappresentano rispettivamente l'1,91% per gli assicurati, ed il 0,57 % tra i rifiutati

A spiegazione di tali cifre, contrarie ai concetti comunemente accettati, si potrebbe invocare che molto spesso gli assicurandi nascondono le vere cause di morte e le malattie dei genitori e dei parenti e che quindi le cifre statistiche potrebbero in realtà essere notevolmente superiori. Non è escluso che ciò sia vero, ma ove dovessimo addentrarci in considerazioni di questo genere dovremmo allora anche tener conto che il numero di 1150 morti dichiarate avvenute per t. b. c. polmonare, dovrebbe essere aumentato di tutti quei casi in cui i medici, qualche volta per compiacenza, più spesso per mancanza di sicuro accertamento diagnostico, non hanno di-

chiarato causa di morte la t. b. c., e dovremmo ancora considerare quanti individui sono venuti a morte apparentemente o realmente per altra malattia, ma già affetti da t. b. c. polmonare. Queste ed altre considerazioni farebbero di nuovo oscillare i piatti della bilancia dopo aver complicato la questione; è quindi meglio attenersi soltanto alla realtà delle cifre.

Consideriamo i deceduti per tutte le cause, che avevano la tubercolosi polmonare nell'anamnesi familiare ascendente, troviamo un totale di 68 su 14.002; 15 di questi 68, sono morti per tubercolosi di tutte le forme (12 per t. b. c. polmonare = al 17,65 %), gli altri 53 sono morti per tutt'altra malattia; nei collaterali troviamo sopra un totale di 138 su 14.002 cifre rispettivamente di 26 (22 per t. b. c. polmonare = al 18,05 %) contro 112.

CAUSA DI MORTE ASSICURATI	T. b. c. polmonare	T. b. c. extra polmonare	Malattie infettive	Tumori	Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	Malattie nervose e degli organi di senso	Malattie apparato circolatorio	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Malattie apparato genito-urinario	Suicidi	Morti violente e accidentali	Altre cause di morte	Non precisate	TOTALI
Morte con t. b. c. negli ascendenti	12	3	5	11	5	1	6	4	6	2	2	4	6	1	68
Morti con t. b. c. nei collaterali.	22	4	11	17	6	4	12	10	19	6	5	6	7	9	138

Queste cifre ci dicono che se la presenza di tare tubercolari nell'anamnesi familiare può avere un certo valore, nulla si può invece dedurre dalla loro assenza.

Passiamo a considerare l'anamnesi personale.

Qui troviamo che sui 14.002 individui sinistrati, 10 soltanto avevano t. b. c. polmonare nella propria anamnesi, di essi 3 sono morti per t. b. c. polmonare, uno per t. b. c. peritoneale e 6 per altre cause (2 per malattie infettive, 1 per malattia dell'apparato circolatorio, 1 per malattia dell'apparato digerente, 1 per malattia dell'apparato genito-urinario, 1 per malattia imprecisata). Anche sulla veridicità di queste cifre si possono fare le stesse riflessioni che per quel-

le riguardanti le tare nel gentilizio, con questo in più peraltro, che dei tre morti per t. b. c. polmonare, due, volendo, avrebbero anche potuto tacere i loro precedenti poichè all'esame clinico praticato all'ingresso in assicurazione, uno solo fu trovato affetto da t. b. c.

Da questo si dovrebbe dedurre, se i casi considerati non fossero troppo scarsi per trarne qualche illazione, che con una anamnesi personale di t. b. c. polmonare si avrebbe solo il 30% di probabilità di morire per t. b. c. polmonare, ed il 40% per t. b. c. in generale.

Omessi i gruppi di malattie che non hanno alcun rapporto con l'apparato respiratorio o con la tubercolosi esaminiamo la seguente tabella riflettente le anamnesi personali dei 1150 morti per tubercolosi polmonare:

T. b. c. Polmonare	T. b. c. Extra-polmonare	Malattie del naso ed annessi	Malattie della laringe	Bronchiti	Bronco-polmoniti acute	Polmoniti lobari	Polmoniti non specificate	Pleuriti	Congestioni edema embolia del polmone	Asma	Enfisema polmonare	Altre malattie dell'apparato respiratorio
3	1	0	3	30	13	4	29	62	1	0	0	1

Nulla ci dicono le cifre riguardanti le bronchiti, le bronco-polmoniti, e le polmoniti, essendo queste tra le malattie a più larga diffusione e delle quali si fa maggior uso, se non abuso, diagnostico. Grandissima è invece l'importanza della cifra che riguarda la pleurite: qui una percentuale di 5,30%, convalidata dal-

la percentuale di pleuriti che abbiamo osservato nella anamnesi dei soggetti rifiutati per t. b. c. polmonare pari al 16,77% (55 su 328) ci parla del conto in cui si deve tenere tale dato anamnestico degli assicurandi, ben maggiormente risalta tale importanza, se noi osserviamo che sul totale dei sinistri

(14.002) 240 individui avevano sofferto di pleurite (1,71 %) e di questi, 62, cioè il 25,83% sono morti per t. b. c. polmonare.

Come si vede la nostra percentuale è ancora maggiore di quella riferita dai vari autori. (Cfr. STARNA: *La prognosi lontana della pleurite* - « Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I. N. A. », n. 2, anno III).

Per quanto riguarda il periodo di tempo di cui la pleurite aveva preceduto la morte, (dobbiamo considerare il momento del decesso, poichè non possediamo i dati sull'insorgenza della malattia) vediamo, sottraendo il periodo presuntivo di durata della malattia, che pur non mancando i lunghi periodi di tempo, la tubercolosi ha seguito generalmente la pleurite dopo pochi anni.

ANNI	1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10	10-15	15-20	20-più	Ignota	TOTALE
Assicurati morti.	0	0	1	4	1	18	11	10	5	12	62
Percentuale	0	0	1,61	6,45	1,61	29,04	17,74	16,13	8,06	19,36	100

A far risaltare meglio questo dato riportiamo per contrasto anche i dati che si riferiscono al tempo di cui la pleurite

aveva preceduto il sinistro nei morti per tutte le altre cause.

ANNI	1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10	10-15	15-20	20-più	Ignota	TOTALE
Assicurati morti.	0	0	0	0	3	20	18	27	79	31	178
Percentuale	0	0	0	0	1,67	11,67	10,56	15,00	43,89	17,22	100

Dalle cifre riportate si rileva anche un dato molto importante; la notevole percentuale di casi in cui non si è potuto precisare quando l'assicurato fosse stato affetto da pleurite. Nello spoglio delle cartelle si trovano infatti in molti casi indicazioni generiche come « ha sofferto di pleurite » che ci dicono che l'individuo, ed il medico stesso, non avevano dato alcun peso a questo dato anam-

nestico, che ha invece portato a morte per tubercolosi polmonare un quarto degli assicurati.

Circa i rapporti tra pleurite, tubercolosi, ed età, riportiamo i quadri con l'età all'ingresso e con l'età alla morte dei tubercolotici che avevano avuto la pleurite.

Età all'ingresso in assicurazione	- 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-60	+ di 60	TOTALE
Numero degli assicurati	3	9	12	12	14	6	5	1	0	0	62
Percentuale	4,84	14,52	19,36	19,36	22,57	9,68	8,06	1,61	0	0	100

L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

Età alla morte	-- 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-40	45-49	50-54	55-60	+ di 60	TOTALE
Numero degli assicurati	0	5	9	9	14	12	5	5	3	0	62
Percentuale	0	8,06	14,52	14,52	22,58	19,36	8,06	8,06	4,84	0	100

Da esse peraltro non si può ricavare nulla di notevole; i gruppi di età più numerosi corrispondono a quelli dei tubercolotici considerati in complesso.

Nulla di notevole risalta dal quadro delle professioni, poichè le cifre alte corrispondono appunto alle classi che danno il maggior numero di assicurati.

PROFESSIONI	Agricoltori di ogni genere	Industriali, commessi, padroni, direttori di industrie	Venditori in genere e rappresentanti	Operai addetti a mestieri più pericolosi	Personale speciale delle ferrovie e addetti ai trasporti	Persona e di fatica e di servizio	Personale subalterno dello Stato ed Enti pubblici	Aeronautici, Esercito, Corpi armati	Ufficiali, impiegati pubblici e privati, pensionati e diplomatici	Professionisti liberi, culto, artisti	Proprietari e benestanti	Condizioni non professionali	Imprecisata	Totali
Assicurati morti per t. b. c. polmonari .	54	147	115	84	49	29	45	70	288	173	22	69	5	1.150
Percentuali	4,70	12,78	10	7,30	4,26	2,52	3,91	6,09	25,01	15,04	1,91	6	0,43	100

Circa la distribuzione regionale vediamo nel quadro riportato che le percentuali più forti spettano: alle Venetie, alle Marche, alla Toscana, alla Sardegna. Non ci meravigliano le percentuali delle Venetie e della Sardegna poichè in queste Regioni si riscontra la

più alta mortalità per t. b. c. polmonare anche tra la popolazione generale, ma è rilevabile invece la percentuale della Toscana e delle Marche poichè quivi, specialmente in quest'ultima la mortalità per tbc. tra la popolazione generale è molto bassa.

Piemonte	Liguria	Lombardia	Venetie	Emilia	Toscana	Marche	Lazio	Umbria	Abruzzi	Campania	Puglie	Lucania	Calabria	Sicilia	Sardegna	Colonie	Estero	Totale
1.161	563	2.075	1.461	1.191	1.008	357	1.151	172	340	1.340	710	208	484	1.335	229	32	185	14.002
92	49	168	186	104	112	42	81	14	20	86	38	10	29	74	26	2	17	1.150
7,92	8,70	8,10	12,73	8,73	11,11	11,76	7,04	8,14	5,88	6,42	5,35	4,81	5,99	5,54	11,35	6,25	9,19	8,21

Nella prima riga sono riportati i sinistri per tutte le cause, nella seconda quelli per tbc. polmonare, nell'ultima le percentuali.

Esaminiamo in quale età i nostri morti per t. b. c. s'erano assicurati.

Noi sappiamo che l'età in cui più comunemente gli individui stipulano contratti di assicurazione va dai 30 ai 40 anni, e questo per ovvie ragioni che sa-

rebbe qui fuor di luogo ricordare, ora osserviamo il quadro che qui riportiamo degli assicurati morti per t. b. c. polmonare, divisi per gruppi di età all'ingresso:

Anni fra:	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-oltre	Totale
Numero di assicurati . .	36	133	262	235	216	135	69	44	18	2	0	1150
Percentuale . .	3,13	11,57	22,78	20,43	18,75	11,74	6	3,83	1,57	0,17	0	100

Troviamo una tendenza alle età più giovani, che acquista maggior rilievo se si tiene presente che appunto la gran massa degli assicurati è più anziana di circa un decennio; il 57,91 % si era assicurato prima del 35^a anno d'età.

Una spiegazione banale del fenomeno, potrebbe essere che la t. b. c. è malattia che predilige la età giovanile e che quindi avendo falciato tra la popolazione più giovane dei nostri assicurati un riflesso si trova appunto nei gruppi di età all'ingresso. Se questa spiegazione

del fenomeno fosse la vera, noi dovremmo riscontrare gli stessi dati anche tra gli assicurati in forma popolare e tra gli elementi rifiutati, invece dai quadri che riportiamo si può vedere che le cifre nei gruppi per età non si corrispondono, e che anche rispetto a questi, gli assicurati in forma normale mostrano un discreto anticipo nelle età all'ingresso, così fra gli assicurati senza visita medica, troviamo che prima del 35^a anno di età si era assicurato il 47,12 %.

Anni tra i:	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-oltre	Totale
Numero di assicurati	9	24	28	58	56	40	19	14	3	0	0	251
Percentuale . .	3,59	9,56	11,16	23,11	22,31	15,94	7,57	5,58	1,20	0	0	100

E tra i rifiuti troviamo che prima del 35^a anno aveva chiesto di entrare in assicurazione il 46,69 %.

Anni tra i:	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-oltre	Totale
Numero dei rifiutati	1	21	44	87	79	47	25	13	8	3	0	328
Percentuale . .	0,30	6,40	13,41	26,25	24,09	14,33	7,62	3,96	2,44	0,19	0	100

Non possiamo quindi accettare tale spiegazione, e tutt'al più possiamo ammettere che la maggior morbilità e quindi mortalità per t. b. c. tra i giovani, se anche ha contribuito, è stato in minima parte. La spiegazione è invece tutt'altra, come vedremo in appresso.

* * *

Passiamo all'esame somatico: dai quadri che riportiamo si trova la conferma che la t. b. c. predilige i longilinei, oltre la metà (627 su 1150) avevano una statura tra i 165 e i 175 cm.

Statura cm.:	Imprecisate	145-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	181-185	186-190	Totale
Numero dei sinistrati:	21	5	23	87	227	368	259	129	25	6	150
Percentuale . . .	1,83	0,43	2,00	7,57	19,74	32,00	22,52	11,22	2,17	0,52	100

cifre che possono essere convalidate da quelle dei rifiuti.

STATURA cm.	Imprecisate	145-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	181-185	186-190	TOTALE
Numero dei rifiutati.	14	2	11	23	63	90	78	32	12	3	328
Percentuale	4,27	0,61	3,35	7,01	19,21	27,44	23,78	9,76	3,35	0,91	100

Per quello che riguarda la costituzione, troviamo che una metà circa era costituita da individui normali, e per il resto si aveva una prevalenza di sotto-

pesi. Facciamo rilevare peraltro che fra individui normali, sottopesi lievi e sovrappesi lievi costituivano una percentuale del 73,99 %.

TIPO DI COSTITUZIONE	Tipo normale	Sottopeso lieve	Sottopeso medio	Sottopeso notevole (a)	Sottopeso notevole (b)	Sovrappeso lieve	Sovrappeso medio	Sovrappeso notevole (a)	Sovrappeso notevole (b)	Imprecisate	TOTALE
Numero dei sinistrati	536	220	227	22	3	95	10	2	0	35	1150
Percentuale	46,60	19,13	19,74	1,91	0,26	8,26	0,87	0,17	0	3,04	100

Fra gli stessi elementi rifiutati, per tubercolosi polmonare, vediamo che gli individui di tipo normale, sottopesi lie-

vi e sovrappesi lievi nel loro complesso costituivano sempre, oltre la metà (57,62 %).

TIPO DI COSTITUZIONE	Tipo normale	Sottopeso lieve	Sottopeso medio	Sottopeso notevole (a)	Sottopeso notevole (b)	Sovrappeso lieve	Sovrappeso medio	Sovrappeso notevole (a)	Sovrappeso notevole (b)	Imprecisate	TOTALE
Numero dei rifiutati.	103	50	88	30	2	36	2	3	0	14	328
Percentuale	31,40	15,24	26,83	9,15	0,61	10,98	0,61	0,91	0	4,27	100

Dall'esposizione di queste cifre, si ritrae, che se un notevole sottopeso può indurre in sospetto, ed orientare verso la ricerca accurata di una forma tubercolare questa non può essere esclusa, anche in presenza di un individuo di costituzione normale o quasi.

Quanto all'esame obbiettivo non poca

sorpresa reca vedere che su 1150 tbc. uno soltanto alla visita medica praticata all'ingresso in assicurazione era stato riconosciuto affetto dalla malattia specifica mentre tutti gli altri, tolta una piccola percentuale di tarati per malattie di altra natura erano stati trovati sani.

Deviiazione colonna vertebrale non di natura t. b. c.	1
Esiti aff. tub. ossea e art. compreso il morbo di POH.	
Esiti lesioni ossea e art. di natura flogistica esclusa t. b. c.	
Eczema psoriasi malattie della pelle esclusa la t. b. c. cutanea	1
T. b. c. cutanea e del sistema linfatico	
Esiti di t. b. c. polmonare e ogni forma di t. b. c.	1
Esiti di pleurite	3
Catarro bronchiale	1
Enfisema polmonare	1
Altre malattie apparato respiratorio	2
Malattie del naso	
Malattie della laringe	
Insufficienza mitralica	
Stenosi mitralica	
Vizio composto della mitrale	
Insufficienza aortica	
Vizio combinato aortico-nutrale	
Aritmia extra sistolica	1

Arteriosclerosi	2
Esiti di varici, emorroidi, febbiti	
Malattie apparato circolare - Cardiopatia, Taolucardia	3
Morbo di Eleiani - Basesedow	1
Glicosuria	1
Albuminuria	1
Epatomegalia	
Splenomegalia	
Enteriti, colit., appendicitte cronica	
Malattie apparato digerente - Ernia	15
Fistola anale	
Nevrast, isterismo, spasmi, aff. funz. sistema nervoso	
Paresi e paralisi	2
Malattie sistema nervoso e delle ghiandole a secrez. interna	
Malattie apparato urinario	1
Malattie apparato genitale	
Cecità e malattie degli occhi	5
Malattie dell'orecchio	1

Ci limiteremo per ora a constatare il fatto riservandoci di ricercarne la spiegazione più oltre.

Consideriamo ora a che età sono morti i nostri tubercolotici:

Anni da i	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 oltre	Totale
Assic. morti	8	56	143	188	218	178	148	121	55	24	11	1150
Percentuale	0,70	4,87	12,43	16,35	18,96	15,48	12,87	10,52	4,78	2,09	0,96	100

Dal quadro, si vede che la maggior parte di essi è morta giovane. Questo non ci stupisce perchè sappiamo che mentre i tumori preferiscono le età avanzate, la tbc. costituisce il triste privilegio della giovinezza.

Esaminando infatti le percentuali di morte per tbc. polmonare nei vari gruppi di età, in rapporto ai morti per tutte le altre cause, vediamo che le cifre più alte si trovano prima del 30° anno.

Età alla morte	0-10	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 oltre	Totale
Morti per tutte le cause. .	44	188	590	1103	1596	1984	2211	2227	1905	1266	888	14002
Morti per tbc. polmonare .	8	56	143	188	218	178	148	121	55	24	11	1150
Percentuale .	18,18	29,79	24,24	17,04	13,66	8,97	6,69	5,43	2,89	1,90	1,24	8,21

Se ora facciamo il confronto tra le età all'ingresso e le età alla morte, scaturisce il periodo di permanenza degli in-

dividui in assicurazione, cioè l'antidurata del contratto al momento del decesso.

Antidurata da:	0-6 m.	6m.-1 a.	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10	10-15	15-20	20-25	Totale
Assicurati	28	52	142	141	137	88	356	149	52	5	1150
Percentuale . . .	2,43	4,52	12,35	12,26	11,95	7,65	30,96	12,96	4,52	0,43	100

Dalle cifre che riportiamo, risulta che la maggiore percentuale di morti si è avuta tra un anno e quattro anni, e che comunque dopo 5 anni di assicurazione, oltre la metà degli assicurati, esattamente il 51,12 % era già morta.

Ora se noi osserviamo che il massimo dei sinistri si è verificato esattamente dentro questi limiti, dovremmo dedurre che, essendo entrati perfettamente sani in assicurazione, la maggior parte dei nostri tubercolotici si sia ammalata immediatamente dopo la stipulazione del contratto.

Non essendo tutto ciò logico si deve piuttosto ammettere che se non la maggior parte, almeno molti di essi, erano entrati in assicurazione già ammalati, e diremo anzi di più, che parecchi di essi sapevano di essere malati, e dalla tavola delle età all'ingresso ci risulta la notevole fretta dimostrata da molti di questi individui per assicurarsi.

Se si tiene presente che la totalità o quasi di essi era stata giudicata sana all'accertamento sanitario, non vorrem-

mo per questo che si fosse indotti a gettare un'ombra, sia pure lieve, sullo scrupolo e sulla competenza con cui il servizio di accertamento sanitario ha corrisposto alla fiducia dell'Ente. Bisogna considerare quanto sia notevole l'afflusso di malati di tbc. verso l'assicurazione e che appunto il loro grande numero fa sì che una parte riesca ad infiltrarsi attraverso le maglie dell'accertamento medico, malgrado l'oculatezza di questo. Negli otto anni che vanno tra il 1928 ed il 1935 ad un numero di 812 sinistri per tbc. polmonare ha infatti corrisposto un numero di 328 rifiuti, motivati dopo l'accertamento della stessa malattia da parte dei sanitari. Bisogna inoltre considerare la difficoltà della diagnosi della tbc. nelle sue forme iniziali, difficoltà sempre grande ma che aumenta ancora quando il soggetto in esame non solo non collabora col medico ma anzi cerca di trarlo in inganno. Che si trattasse di forme iniziali se ne ha la riprova dal periodo stesso di antidurata dei contratti.

L'efficienza del controllo medico, risulta già al semplice confronto delle percentuali di morte per tbc. nel complesso del decennio: 8,21 % negli assicurati in forma ordinaria, 12,45 % negli assicurati senza visita medica. Anche maggiore risulta l'efficacia, se si considera che nell'ultimo anno del decennio nella forma ordinaria i sinistri per tbc. polmonare sono scesi al 5,65 % progressivamente, mentre nella forma senza visita medica le percentuali, pur oscillando notevolmente, non mostrano nè lasciano

sperare progressive diminuzioni: abbiamo già visto che a mantenere alte le cifre di morte per tbc. in questa ultima forma di assicurazione concorrono precisamente i tarati che in maggior numero affluiscono verso di essa deviando dalla forma normale per non affrontare i rigori della visita medica.

Se poi confrontiamo le antidurate dei contratti, vediamo quanto maggiore sia il danno riportato dall'Istituto nell'assicurazione senza visita medica anche a prescindere dalla percentuale di morte.

ANTIDURATA	0-6 m	6m-1a	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10	10-15	15-20	20-25	TOTALE
Assicurati deceduti .	16	27	57	39	37	25	45	4	1	0	251
Percentuali	6,37	10,76	22,71	15,54	14,74	9,96	17,93	1,59	0,39	0	100

Abbiamo visto nel corso del decennio che la mortalità è scesa di oltre la metà indipendentemente dall'indiscutibile grado di efficienza dell'accertamento medico. Questa percentuale deve peraltro e può essere ancora abbassata.

Abbiamo parlato della difficoltà di diagnosi nelle forme iniziali di tubercolosi polmonare; sarebbe di grandissimo ausilio in questi casi un più largo uso della radiologia.

La radiologia ha fatto in pochi anni tali progressi, che, uscita dal rango di branca speciale è ormai entrata nella clinica come mezzo sussidiario di dia-

gnosi, e per nessun apparato o sistema essa si è dimostrata, forse, di tanto prezioso aiuto come negli organi del respiro.

Di essa si dovrebbe, nei limiti imposti dalle difficoltà dell'attuazione pratica della teoria, fare il più largo uso.

Inoltre si dovrebbe propagandare in mezzo alle masse per elevare il concetto di assicurazione della vita; per far comprendere che questa non deve costituire che una azione previdenziale, e ciò nell'interesse non solo dell'Istituto assicuratore ma anche per quello della più gran parte degli assicurati.

Contratti appartenenti agli assicurati dell' I. N. A. sinistrati per decesso (Portafoglio diretto C. V. M.)

Alcuni dati di Statistica medica

QUINQUENNIO 1928-1930										GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	QUINQUENNIO 1981-1985									
ANTIDURATA								Totale	%		ANTIDURATA								Totale	%
0-6 m.	6 m.- 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.	4-5 a.	5-10 a.	oltre 10 a.				0-6 m.	6 m.- 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.	4-5 a.	5-10 a.	oltre 10 a.		
34	55	157	114	110	85	262	132	949	10,87	Ogni forma di t. b. c.	13	35	64	94	98	61	302	189	856	7,77
74	80	118	119	97	67	266	219	1040	11,91	Altre malattie infettive	59	54	114	105	82	79	325	304	1.122	10,18
24	44	73	69	56	60	208	217	746	8,55	Tumori	14	52	94	72	77	88	354	437	1.188	10,78
22	28	49	51	54	65	194	227	690	7,90	Emorrag. trombosi, embolie	27	23	51	47	60	57	259	410	984	8,47
13	9	26	30	24	17	80	53	252	2,89	Mal. sist. nervoso e dei sensi	11	6	17	17	12	17	81	79	240	2,18
32	26	81	77	84	67	297	343	1007	11,53	Malattie app. circolatorio	23	44	101	73	87	91	416	700	1.535	13,92
50	53	103	89	81	70	238	193	877	10,05	Malattie app. respiratorio	44	65	103	93	100	86	347	394	1.232	11,18
51	53	101	98	80	65	223	195	866	9,92	Malattie apparato digerente	56	60	98	71	92	83	344	358	1.162	10,54
20	17	58	63	59	44	160	157	578	6,62	Mal. app. genito urinario	17	29	43	53	47	43	222	254	708	6,42
1	2	7	4	12	4	8	2	40	0,46	Malattie della gravidanza	2	5	3	4	6	4	10	4	38	0,34
14	9	43	53	48	37	98	73	375	4,30	Suicidi	10	25	50	41	38	44	158	133	499	4,53
55	42	56	54	49	46	108	56	466	5,34	Morti violente e accidentali	41	25	61	40	53	50	151	126	547	4,96
11	13	27	23	35	27	90	86	312	3,57	Altre cause di morte	9	18	33	38	22	30	137	152	429	3,89
27	25	66	50	46	44	156	118	532	6,09	Cause non precisate	36	21	51	41	29	25	138	193	534	4,84
428	456	965	894	885	698	2.883	2.071	8.730			362	462	883	779	803	758	3.244	3.733	11.024	
4,90	5,22	11,05	10,24	9,57	7,99	27,30	23,73	100,00	100,00		3,28	4,19	8,01	7,07	7,28	6,88	29,43	33,86	100,00	100,00

208

Contratti appartenenti agli assicurati dell' I. N. A. sinistrati per decesso (Portafoglio diretto S. V. M.)

QUINQUENNIO 1926-1931										GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	QUINQUENNIO 1931-1935									
ANTIDURATA								Totale	%		ANTIDURATA								Totale	%
0-6 m.	6 m.- 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.	4-5 a.	5-10 a.	oltre 10 a.				0-6 m.	6 m.- 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.	4-5 a.	5-10 a.	oltre 10 a.		
11	21	34	16	10	2	9	4	107	12,56	Ogni forma di t. b. c.	11	21	44	44	40	27	54	7	248	11,96
5	8	10	8	7	4	11	3	56	6,57	Altre malattie infettive	25	18	28	11	11	18	27	14	147	7,09
5	2	10	20	7	3	5	5	57	6,70	Tumori	7	7	26	11	15	21	41	11	189	6,70
4	4	10	4	6	—	4	4	36	4,22	Emorrag. trombosi, embolie	2	4	8	8	10	7	22	9	70	3,38
4	2	7	6	4	1	4	2	30	3,52	Mal. sist. nervoso e dei sensi	1	6	5	2	5	6	15	4	44	2,12
3	2	8	6	7	4	7	3	40	4,70	Malattie app. circolatorio	9	16	14	26	18	28	56	16	183	8,82
6	7	19	8	5	—	3	9	57	6,70	Malattie app. respiratorio	27	18	15	20	17	22	43	10	172	8,29
10	7	6	11	6	3	7	8	58	6,80	Malattie apparato digerente	19	19	31	18	15	12	41	12	157	7,57
6	3	6	3	1	2	12	6	39	4,58	Mal. app. genito urinario	4	6	7	6	7	10	14	6	60	2,89
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Malattie della gravidanza	—	—	—	1	—	—	—	—	1	0,06
1	2	5	1	1	1	4	1	16	1,88	Suicidi	2	3	11	6	2	1	11	2	38	1,83
9	11	6	5	1	6	1	3	42	4,92	Morti violente e accidentali	46	41	71	34	38	26	31	2	289	13,93
3	1	5	5	—	—	2	3	19	2,23	Altre cause di morte	48	6	11	11	12	3	10	4	105	5,06
124	36	31	20	21	19	31	13	295	34,62	Cause non precisate	110	49	98	32	24	18	61	29	421	20,30
191	106	157	113	76	45	100	64	852			311	209	359	230	214	199	426	126	2.074	
22,41	12,44	18,43	13,26	8,92	5,28	11,74	7,52	100,00	100,00		15,00	10,08	17,31	11,09	10,32	9,59	20,54	6,07	100,00	100,00

L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.



Corporate Heritage
& Historical Archive

Contratti appartenenti agli assicurati dell'I. N. A. sinistrati per decesso (Assicurazioni Popolari)

QUINQUENNIO 1926-1930									GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	QUINQUENNIO 1931-1935								
ANTIDURATA							Totale	%		ANTIDURATA							Totale	%
0-6 m.	6 m.- 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.	4-5 a.	oltre 5 a.				0-6 m.	6 m.- 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.	4-5 a.	oltre 5 a.		
29	24	35	23	11	7	3	192	19,61	Ogni forma di t. b. c.	106	171	286	186	113	72	66	1.000	19,97
16	19	18	14	11	6	1	80	11,89	Altre malattie infettive	79	75	180	61	45	23	44	457	9,13
3	7	11	8	3	3	—	35	5,20	Tumori	55	73	136	78	47	22	37	448	8,95
7	6	11	7	4	3	—	38	5,65	Emorrag. trombosi, embolie	34	36	61	37	25	12	26	291	4,61
7	2	9	7	4	—	—	29	4,31	Mal. sist. nervoso e dei sensi	16	35	40	32	14	6	9	152	3,04
8	11	14	9	8	3	1	54	8,02	Malattie app. circolatorio	61	83	149	97	60	36	43	529	10,56
22	12	21	10	7	1	—	73	10,85	Malattie app. respiratorio	112	137	209	97	67	39	55	716	14,30
17	14	14	13	7	11	2	78	11,59	Malattie apparato digerente	85	83	127	59	49	33	41	477	9,53
9	7	7	4	6	3	—	36	5,35	Mal. app. genite urinario	27	37	69	28	23	14	27	225	4,49
2	—	—	1	—	—	—	3	0,45	Malattie della gravidanza	4	3	10	2	3	1	3	26	0,52
2	—	7	1	1	—	—	11	1,64	Suicidi	4	8	7	15	10	3	5	52	1,04
19	7	10	6	2	3	1	48	7,13	Morti violente e accidentali	89	56	104	41	23	18	28	359	7,17
3	3	3	2	—	—	—	11	1,64	Altre cause di morte	28	26	48	24	14	8	14	162	3,24
21	9	8	2	3	1	1	45	6,69	Cause non precisate	52	34	38	19	12	10	8	173	3,45
165	121	163	107	67	41	9	673			752	857	1.414	776	505	297	406	5.007	
24,51	17,98	24,22	15,90	9,96	6,09	1,34	100,00	100,00		15,02	17,12	28,23	15,50	10,09	5,93	8,11	100,00	100,00

L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ASSICURATI DELL'I. N. A.



Corporate Heritage
& Historical Archive

Contratti pervenuti all' I. N. A. per cessioni legali sinistrati per decesso

QUINQUENNIO 1926-1930										QUINQUENNIO 1931-1935												
ANTIDURATA					GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA					Totale	ANTIDURATA					Totale	%				
0-6 m.	6 m.- 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.		4-5 a.	5-10 a.	oltre 10 a.	Totale	%		0-6 m.	6 m.- 1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-4 a.			4-5 a.	5-10 a.	oltre 10 a.	Totale
25	38	70	76	44		40	98	31	422	10,23		Ogni forma di t. b. c.	13	37	85	79			87	63	200	79
48	51	65	41	44	37	94	51	431	10,45	Altre malattie infettive	55	61	94	51	44	53	178	103	639	9,46		
8	15	29	43	33	40	81	54	303	7,35	Tumori	21	24	61	62	51	52	196	139	606	8,97		
17	15	29	20	17	16	69	61	244	5,91	Emorrag. trombotici, embolie	14	27	32	46	39	36	116	128	438	6,48		
11	5	18	13	7	10	24	17	105	2,54	Mal. sist. nervoso e dei sensi	9	9	17	7	11	11	48	38	150	2,22		
14	14	52	57	41	32	134	92	436	10,57	Malattie app. circolatorio	27	25	56	58	47	65	264	241	783	11,59		
41	54	76	61	39	29	85	51	436	10,57	Malattie app. respiratorio	48	69	86	58	56	71	234	126	748	11,07		
31	29	53	46	32	23	90	43	347	8,41	Malattie apparato digerente	41	62	86	66	63	55	214	116	703	10,41		
7	18	26	31	19	21	54	34	210	5,09	Mal. app. genito urinario	11	15	41	32	36	26	141	91	393	5,82		
—	3	3	5	3	2	—	—	16	0,39	Malattie della gravidanza	1	4	3	—	—	—	2	—	10	0,15		
16	20	48	31	22	14	57	22	230	5,58	Suicidi	16	16	49	40	27	23	107	44	322	4,77		
35	26	46	40	27	33	56	17	280	6,79	Morti violente e accidentali	50	52	69	51	43	41	107	58	471	6,97		
10	10	23	22	15	15	37	30	162	3,93	Altre cause di morte	15	10	21	21	18	25	83	57	250	3,70		
69	90	62	53	47	28	92	62	503	12,19	Cause non precisate	68	50	74	62	45	36	154	110	599	8,87		
332	388	600	539	390	340	971	565	4.125			389	461	774	638	567	557	2.044	1.330	6.755			
8,05	9,41	14,55	13,07	9,45	8,24	23,53	13,70	100,00	100,00		5,76	6,83	11,46	9,37	8,39	8,25	30,26	19,68	100,00	100,00		

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Annali di medicina navale e coloniale, N. 1-2,
Gennaio 1937. Roma.

Magg. Medico PIETRO CUSCIANA, *Manifestazioni infiammatorie dello apparato genitale maschile da profilassi impropria.*

L'A. pubblica 36 osservazioni di casi presentanti uretriti, cistiti, epididimiti e prostatiti, mettendo in evidenza il valore causale della profilassi nel loro determinismo, distinguendo le forme puramente chimiche dalle forme miste chimico-batteriche ed enunciando la possibilità della diffusione di dette flogosi all'uretra posteriore ed agli organi annessi. Richiama l'attenzione sul valore d'una esatta anamnesi e nel decorso, prevalentemente benigno.

Magg. Medico L. ANDRENELLI, dalla Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Pisa, *Contributo allo studio della formula leucocitaria e dello schema di Arneth nei parkinsoniani encefalitici.*

L'A. ha praticato la ricerca della formula leucocitaria e dello schema di Arneth in 53 parkinsoniani encefalitici di differente età e gravità. Ecco le sue conclusioni: a) nella maggior parte esiste linfocitosi e diminuzione dei monociti e dei granulociti neutrofilii; b) gli eosinofili sono spesso diminuiti ed in qualche caso assenti — i basofili in parecchi casi mancano; c) lo schema di Arneth è quasi sempre spostato a destra; l'indice di Velez negativo.

Prof. G. ACANFORA, Ten. Med. C., *Sui tumori sperimentali da succo di pomodoro.*

L'A. conclude, in perfetto accordo con le ricerche precedenti, che le iniezioni di succo di pomodoro danno soltanto origine a granulami da corpo estraneo. L'aggiunta di sali di otario rende il granuloma di più larga durata, forse per la difficile eliminazione del metallo.

Dott. T. ANGIUS, Sottot. Medico, *Scintillatio nivea corporis vitrei.*

L'A. descrive un caso da lui osservato che gli offre occasione di portare un contributo in favore di coloro i quali sostengono che a base del processo vi sia uno squilibrio chimico-fisico del vitreo, determinato dalla compartecipazione di fattori generali e locali.

Ten. Col. Med. ACHILLE TALARICO, *Aneurisma artero-venoso post-traumatico della femorale. Intervento.*

L'A. descrive un caso di aneurisma traumatico artero-venoso, espone la tecnica dello intervento ed in base alle osservazioni precedenti, discute la nomenclatura degli aneurismi, riservando al caso in questione il nome di aneurisma meta-emorragico (Banti).

Ten. Col. Med. E. LA TERZA, *Ricerche sulla elettività organotropica sperimentale di stafilococchi coltivati in terreni con organi.*

L'A. conclude che: rimane confermata la interessante osservazione di Miller e Boyarskaya, che, cioè, si possa conferire ad alcuni germi, mediante successivi passaggi in terreni contenenti un dato organo, la proprietà di localizzarsi elettivamente in esso. Unica eccezione sarebbe lo stafilococco coltivato in terreni contenenti midollo osseo.

Prof. G. ACANFORA, *Il « Bacillus ramnosifermentans ».*

L'A. studia il comportamento morfologico e biologico di tale bacillo, che ha la proprietà di sviluppare gas nei terreni contenenti ramnosio (isodulcite).

Magg. Med. Dott. A. SPALLUTO, *Papilla da stasi unilaterale da sifilide ignorata.*

L'A. descrive un caso di papilla da stasi unilaterale da meningite gommosa in soggetto 24enne che ignorava l'infezione; rileva la rarità dell'osservazione (la II in letteratura), mette in evidenza la scomparsa, *post-terapica*, dello ingrandimento del canale ottico omolaterale, radiologicamente riscontrato.

S. Ten. Medico G. CONTI, *Comportamento della secrezione acida dello stomaco nel passaggio dai climi temperati a quelli tropicali.*

L'A. in sei individui giovani e sani ha studiato le modificazioni della acidità gastrica nel passaggio dai climi temperati ai tropicali; ha notato in questi ultimi un aumento dell'H₂CO₃ libero e della acidità totale sì a digiuno che dopo pasto di Ewald od istamina.

Annali di medicina navale e coloniale, n. 3-4,
marzo-aprile 1937.

Atti e Memorie della Società Lombarda di Medicina, N. 3, Febbraio-Marzo 1937.

MALAN A., *Diagnostica e terapia endoscopica nelle affezioni delle vie uree inferiori.*

L'A. descrive il metodo broncoscopico, ormai perfezionato e ne mette in evidenza le più svariate possibilità diagnostiche, terapeutiche, nonché il valore del metodo come esame funzionale del polmone.

VILLA L. e SALA A., *Sul contenuto nel sangue sopraepatico di un fattore stimolante la reticolocitosi in circolo, con riferimento alla funzione del fegato nella regolazione della crasi sanguigna.*

Gli AA. hanno ottenuto una evidente reticolocitosi iniettando nel ratto bianco piccole quantità di plasma ottenute da sangue sopraepatico di cane di cane o di coniglio. Il fenomeno, che non si è ripetuto con sangue portale e della cava inferiore, dimostra ancora una volta l'importanza del fegato nella regolazione della crasi sanguigna.

SANSONE L., *Sindromi allergiche respiratorie in soggetti con lesioni appendicolari e turbe funzionali dell'apparato digerente.*

L'A. in base all'osservazione di quattro casi di asma bronchiale, si sofferma a considerare l'influenza che le turbe digestive e le lesioni appendicolari possono svolgere nel determinismo della sindrome allergica respiratoria.

ALICE CARLO, *Sul funzionamento dell'Ambulatorio per Asmatici durante il quinquennio 1932-1936.*

L'A. espone i dati ricavati dalla osservazione di 640 asmatici e indaga l'eventuale influenza esercitata sull'asma dalle malattie precedenti o concomitanti e ricorda i numerosi sussidi terapeutici.

BARCETTI A., *Sindrome Emorragica Gastro-Intestinale e Aneurisma del Cuore.*

Viene riferita la storia di un ammalato di 52 anni con sindrome emorragica gastrica con orientamento diagnostico verso una lesione ulcerosa della piccola curva dello stomaco. L'autopsia ha fatto rilevare un aneurisma perforato della parete Post del Vent. S. su base aterosclerotica e una gastrite emorragica aterosclerotica.

Biochimica e Terapia Sperimentale, N. 2, Febbraio 1937.

Dott. F. M. CHIANCONE, *Ulteriori contributi alla conoscenza dell'acido xanturenico.*

L'A. ha studiato l'influenza della gestazione dell'età del digiuno e della luce nei ratti albin, per quanto riguarda l'eliminazione di acido xanturenico, con somministrazione di triptofano. Non ha riscontrato alcuna differenza d'eliminazione fra i ratti normali e quelli sottoposti alle suddette condizioni.

Dott. G. DELLO JOJO, *L'influenza del potere rotatorio dell'asparagina sullo sviluppo del bacillo di Koch.*

L'A. mette in evidenza la notevole influenza che il potere rotatorio dell'asparagina esplica sulla moltiplicazione e meno sulla virulenza del bacillo Koch.

Dott. G. D'ALESSANDRO, *Nuove conoscenze sul rapporto tra lipoidi ed immunità.*

L'A. traccia una breve rivista sintetica sulla specificità dei lipoidi considerati come acetigeni disponibili (« apteni ») nei neoplasmi sperimentali.

Biochimica e Terapia Sperimentale, N. 3, Marzo 1937.

M. CALABRASI e G. VANZETTI, *Nuove tecniche di dialisi applicate alle soluzioni proteiche.*

Gli AA. descrivono una nuova tecnica di dialisi rapida attraverso membrane di cellofano. Nelle prove eseguite, tale tecnica si è dimostrata assai adatta per la purificazione rapida delle soluzioni proteiche.

F. VACIRCA e A. BERTOLA, *La lecitina ed il ricambio degli idrati di carbonio nell'uomo.*

Gli AA. hanno osservato che la lecitina non altera il ricambio basale che nell'uomo normale non modifica la glicemia, mentre nel diabetico produce una ipoglicemia con diminuzione della glicosuria ed in alcuni casi rende il soggetto meno sensibile alla insulina.

Dott. F. ROMEO, *Influenza della milza sui processi ossido-riduttivi del sangue e dei tessuti.*

L'A. ha osservato che dopo la splenectomia si verifica abbassamento generale dei processi ossido riduttivi, tranne nel fegato, forse come azione vicaria e mette in evidenza le regola-

zione splenica dei normali processi d'ossidazione e riduzione.

Il Consorzio Antitubercolare, N. 1, Gennaio 1937.

Prof. F. RUBINI, *Sulla scelta dei bambini da inviare alle colonie estive del Partito.*

L'A. insiste sulla necessità di operare una accurata selezione fra bambini infettati e bambini indenni, per rendere il relativo accoglimento nelle colonie più che mai adatto alle varie esigenze. Indica altresì i metodi della scelta.

Dott. GIUSEPPE CARABELLESE, *Inchiesta geografica su ricoverati del Preventorio.*

Dalle indagini compiute dall'A. risulta che nell'Italia meridionale, nelle abitazioni di minori ricoverati al Preventorio «Eduardo Germano» di Molfetta, si verifica un affollamento che comporta la coabitazione dei tbc. con una media di persone, con le quali il soggetto infettante divide il letto e la camera. Si ferma alquanto sulla necessità di solleciti provvedimenti.

Prof. G. NISIO, *Tbc. renale medica (non follicolare) e tbc. renale chirurgica (follicolare).*

L'A. esamina ampiamente dal punto di vista clinico, anatomopatologico e terapeutico questo importante capitolo di patologia. Traccia un'ampia rassegna degli esami di laboratorio ed insiste sulla necessità d'avere diagnosi precoce, basata sulla collaborazione dell'internista e dell'urologo.

Il Consorzio Antitubercolare, N. 2, Febbraio 1937.

Prof. R. DE TULLIO, *Mortalità e sopravvivenza dei tbc. ricoverati in Sanatorio.*

Dall'esame delle cifre dei ricoverati nei Sanatori a cura del Consorzio antitubercolare di Bari, l'A. deduce la necessità d'una diagnosi precoce quale mezzo per evitare le lunghe degenze e per abbassare l'alta percentuale di decessi a pochi giorni di distanza dal ricovero.

Dott.ssa ACQUAFREDDA G., *Caratteri ed aspetti più comuni della infezione tbc. nella prima e seconda infanzia.*

L'A. compie una indagine clinico-biologico-radiologica su 565 bambini di ambo i sessi; conclude ritenendo necessaria una netta separazione fra soggetti cutipositivi e cutinegativi nel 1° anno di vita, consiglia il ricovero di sog-

getti anche semplicemente sospetti o di soggetti che, clinicamente muti, mostrino all'esame Röntgen il minimo segno di processi non perfettamente guariti.

Prof. A. CAMPANI, *Criteri per la ospedalizzazione di malati nel Consorzio Antitubercolare, opportunità d'una intesa.*

L'A. discute gli attuali criterî d'ospedalizzazione e sulla scorta della propria esperienza, traccia delle modificazioni animate soprattutto dallo spirito di una più larga accettazione.

Dott. F. ROBUSCHI, *Contributo casistico alla conoscenza del « situs inversum viscerum totalis » — rapporti fra l'eterotasia e l'infezione tbc.*

L'A. descrive un caso di tbc. grave e rapidamente evolutiva in individuo portatore di *situs inversum viscerum totalis*, escludendo però che la tbc. possa trovare nell'anomalia in questione un elemento favorevole o capace d'influenzarne il decorso.

La Cultura Medica Moderna, N. 1, Gennaio 1937.

M. STASSI, *Su un caso di pseudocalcolosi ureterale.*

L'A. riferisce su un caso di linfoghiandole calcificate simulanti calcoli dell'uretere ed espone diverse considerazioni riguardanti la necessità di ricerche accurate per accertare la diagnosi, prima di eventuali interventi.

S. MARINO, *Sulla lussazione traumatica della spalla.*

L'A., richiamate in breve sintesi le nozioni sulla suddetta affezione, mette in rilievo alcune indicazioni sui metodi di riduzione e consiglia di alternare, nei casi di lussazione inveterata, i due metodi di Kocher e di Moshe, citando alcuni casi da lui studiati.

1937,

La Cultura Medica Moderna, N. 2, Febbraio 1937.

M. PAVONE, *Morfina o atropina nelle coliche renali espulsive?*

L'A. ribatte sulla guida di proprie esperienze e sui pareri di altri ricercatori, l'affermazione che l'atropina ecciti le contrazioni ureterali mentre la morfina le deprime; dimostra anzi in contrario e conferma la indicazione della morfina nelle coliche renali espulsive.

Difesa Sociale, N. 2, Febbraio 1937 — Roma.

Dott. GIACOMO BATTIGELLI, *Possibilità di lavoro dei pneumotoracizzati in cure ambulatorie.*

L'A. espone le osservazioni personali sugli ammalati che in corso di cura di pneumotorace in sede ambulatoria, ripresero il lavoro. Confrontando 54 enti della cura in questi con quelli che non ritornarono al lavoro rileva l'efficacia del pneumotorace terapeutico nei primi.

Dott. GAETANO ROSSI, *Profilassi antitubercolare e colonie climatiche.*

L'A. esamina la possibilità di contagio di T.b.e fra bimbi nelle colonie climatiche e l'aggravamento dei bimbi affetti, proponendo dei mezzi per evitare simili danni.

Folia Medica, N. 2, 30 Gennaio 1937 — Napoli.

Dott. ORAZIO CARERE COMES, *Sulla patogenesi delle ossificazioni muscolari circoscritte.*

L'A. descrive un caso di ossificazioni muscolare circoscritta ed espone in base alle sue osservazioni ed alle teorie più recenti il probabile meccanismo di formazione dell'osso eterotopico.

Dott. MISTAL M. D., *L'Interpretazione Radiologica dell'Ilo polmonare e l'Adenopatia tracheobronchiale.*

L'A. dopo avere ricordato la topografia della regione tracheobronchiale e la sede dei vari gruppi gangliari richiama l'attenzione sull'importanza dell'esame radiologico, oltre che chimico, per poter distinguere una tubercolosi gangliare da altra malattia.

Folia Medica, N. 3, 15 Febbraio 1937.

Dott. EM. ROSSETTI, *Il sondaggio duodenale e la prova di Meltzer-Lyon nella diagnosi delle affezioni della cistifellea e delle vie biliari.*

L'A. esamina i risultati della prova di Meltzer-Lyon, sui 23 casi di affezione della cistifellea e delle vie biliari in gran parte sottoposte a controllo operatorio e incoraggia l'estensione di questa ricerca a scopo diagnostico e terapeutico.

Prof. PIETRO CASTELLINO, *Dermatosi professionale. Le affezioni cutanee dei lavoratori del corallo.*

L'A. descrive le lesioni osservate negli ope-

rai addetti alla lavorazione del corallo e richiama l'attenzione sulla loro importanza industriale.

Dott. D. CALTABANO, *Effetti del pretrattamento con calcio nella Ipotermia passiva.*

Il pretrattamento con cloruro di calcio (50-200 mg.-kg.) influenza sfavorevolmente il decorso dell'assideramento. La durata della vita è accorciata, le attività degli organi discendono rapidamente a livelli più bassi rispetto ai controlli non trattati.

Folia Medica, N. 4, 28 Febbraio 1937.

Dott. S. CACCUCI e Dott. C. A. VESCE, *Sull'Isoglicemica da Iusuline (prova di Sendrail) nei soggetti normali e diabetici.*

Gli AA. hanno studiato il comportamento della curva glicemica dopo iniezione endomuscolare di Iusulina secondo Sendrail (1 unità per kg. di peso) in 9 soggetti normali e in 35 diabetici e richiamano l'attenzione sull'importanza della tangente della linea di assimilazione che ha costantemente presentato valori più elevati nelle forme più gravi di diabete.

Dott. F. MOLFINO e Dott. R. BISAGNO, *La reazione alla dietilammina per la ricerca dello zinco nelle urine degli intossicati professionali.*

Gli Autori propongono per la ricerca dello zinco nelle urine di soggetti intossicati, il metodo alla dietilammina. Espongono la tecnica del metodo ed i risultati di alcune ricerche istituite per saggiarne la sensibilità e la specificità.

Folia Medica, N. 5, 15 Marzo 1937.

Dott. A. FERRARINI, *Contributo clinico allo studio delle Endocrinopatie famigliari. Sindromi Ipofisarie famigliari.*

L'A. dopo aver accennato all'eredità nel campo della patologia endocrina descrive una famiglia nella quale si presentavano tre casi e avanza delle ipotesi sul meccanismo eziopatogenetico di queste sindromi ipofisarie famigliari.

Prof. Dott. GENNARO CASELLA, *Azione del glucosio nella sepsi stafilococciche: Variazioni del quadro ematologico.*

L'A. ha studiato il comportamento della formula ematica sotto l'opera del glucosio somministrata per via sottocutanea, in ammalati infettati con stafilococco virulento; e ha dimo-

strato l'utilità del glucosio nel fare risolvere il processo settico in quanto si produce una notevole ematosi neutrofila, con spostamento a destra della formula di Arneth.

Dott. BIAGIO MAGULD, *Esiti a distanza di Omotrapianti testicolari nella milza.*

L'A. tratta in semplice sintesi l'argomento dei trapianti testicolari, riferisce alcuni suoi esperimenti di omotrapianti nella milza del cane e fa dei commenti circa l'operazione di Voronoff.

Giornale di Medicina Militare, Fasc. II, Febbraio 1937 — Roma.

Dott. R. IMPALLOMENE, *Di 22 casi di Bilhaziosi uro-Bilharziosi vescicale osservati in Libia.*

L'A. discute a ricerche fatte in 22 casi di Bilhaziosi uro-vermeale nel Fezzan Tripolino relativamente a sintomi clinici, radiologici e il trattamento terapeutico.

D. G. BENINCASA, *Se le violenze morali e materiali possono cagionare una amenorrea definitiva e delle emottisi vicarianti.*

L'A. ha dimostrato che le violenze morali e materiali non possono cagionare una amenorrea definitiva e conferma che i traumi toracici determinano spesso emottisi traumatiche.

La Cultura Medica Moderna, N. 3, Marzo 1937.

G. PARRINO, *Influenza del gluconato di calcio e di alcune proteine eterogenee sulla produzione di anticorpi.*

L'A., in base ai risultati delle esperienze conclude che il gluconato ed il nucleinato di Ca influenzano favorevolmente la produzione di agglutinine e di anticorpi fissatori del complemento; ciò che non fa la proteina stafilococcica.

D. S. REYES, *Esperimenti di vaccino profilassi della pertosse praticata per via intradermica in una comunità infantile.*

L'A. comunica di avere avuto 6 casi soli di pertosse su 47 bambini sottoposti a contagio diretto e preventivamente vaccinati per via intradermica; espone e sostiene la convenienza e l'utilità del metodo.

La Cultura Medica Moderna, N. 4, Aprile 1937.

D. DI CARMONA, *Ulteriori ricerche sull'azione biologica dello idrogeno solforato.*

L'A., dopo aver calcolato le impurità dell'idrogeno solforato, consistenti principalmente in un tenore di Hcl di 1 : 4.500.000,— studia gli effetti biologici della sostanza supposta come pura.

Dott. S. CIMINO, *Ricerche sui caratteri morfologici del colibacillo in alcune affezioni chirurgiche dell'addome.*

L'A. ha studiato i caratteri morfologici di alcuni ceppi di B. Coli provenienti da affezioni chirurgiche dell'addome e studiando le forme di dissociazione avvenute.

Annali d'Igiene, N. 3, Marzo 1937 — Roma.

Prof. Dott. M. GIACINTO MERA, *Contributo agli studi sul problema della trasmissione della onchocercosi nel Guatemala.*

L'A. fa una trattazione sulla trasmissione dell'Onchocercosi nel Guatemala, citando dei casi osservati, e richiama l'attenzione su alcuni parassiti vettori.

Prof. R. BOZZELLI, *Infezione brucellare per via aurecolare nella cavia e nel coniglio.*

L'A. cita i tentativi di infezione sperimentale della cavia e del coniglio per via aurecolare, con ceppi di Brucella Melitensis e di Br. Abortus B. illustrando la sostanza pratica di questa via di infezione.

Dott. G. ANGELINI, *Insufficienza di metodi Biopsici. (Puntura del midollo osseo, milza e fegato) per la diagnosi di febbre mossaente.*

L'A. espone la insufficienza dei mezzi biopsici per dimostrare la presenza di spirochete, quando queste non si riscontrano nei comuni esami di sangue periferico nel periodo di apiressia.

Dott. C. FILIBECH, *Su un caso di Reticolo-Endotelomatosi con predominio li elementi eosinofili.*

L'A. cita un caso speciale di linfomatosi presentatosi alle sue osservazioni e ne descrive i caratteri chimici e i reperti degli esami ematologici.

Dott. A. MAMELI, *Contributo allo studio delle gastropatie professionali da stimolazioni meccaniche.*

L'A. cita dei casi capitati alle sue osservazioni di disturbi gastrici verificatisi in operai

addetti nelle gallerie aerodinamiche e ne trae delle deduzioni sulla causa morbosa.

Dott. M. AGOSTINI, *La lebbra in Eritrea.*

L'A. riferisce dodici casi di lebbra e fa delle conclusioni di ordine nosografico, epidermologico e profilattico sulla lebbra in Etiopia.

L'Ospedale Maggiore, N. 2, Febbraio 1937 — Milano.

A. BARCAGLIA, *La sclerodermia nell'infanzia (continuaz.).*

L'A. espone i principali aspetti clinici ed ematomopatologici della sclerodermia. Si sofferma poi a discutere le varie oerie etiopatogenetiche.

D. G. ZUBIANI, *Di alcune questioni tecniche relative alla sezione endoscopica di aderenze pleuriche.*

L'A. discute le indicazioni, i vantaggi e gli svantaggi dei vari metodi oggi in uso per la sezione endoscopica di aderenze pleuriche. Espone le principali norme di tecnica ed i vari apparecchi diatermocoagulatori, in uso presso gli istituti italiani e stranieri.

L'Ospedale Maggiore, N. 3, Marzo 1937.

A. BARCAGLIA, *La sclerodermia nell'infanzia (continuaz.).*

L'A. passa in rivista le varie estrinsecazioni della sclerodermia nei principali aspetti e nelle principali localizzazioni. Esamina le lesioni dal punto di vista funzionale ed avvicina la sclerosi palmare al morbo di Dupuytren.

Prof. E. MEDEA, *Nuovo contributo allo studio della mielosi funicolare.*

Sulla scorta di alcuni casi e sulla guida di alcuni reperti autopsici l'A. rivede ampiamente il problema etiopatogenetico e l'anatomia clinica della mielosi funicolare, mettendone in evidenza le caratteristiche tossicogenerative.

La lotta contro la tubercolosi, N. 3, Marzo 1937.

Dott. ETTORE ZUCHELLI, *La cartella clinico-radiologica integrale.*

L'A. mette in evidenza l'importanza profilattica di detto studio radiologico, costituente una specie di cartella di identità toracica.

Dott. M. SISTI, *Toracoplastica antecolaterale elastica ed interventi collasso terapeutici controlaterali nel trattamento della tbc polmonare bilaterale.*

L'A. studia i suddetti interocuti ed i conseguenti equilibri funzionali, deducendone che i nuovi indirizzi chirurgici attuati presso l'Istituto C. Forlanini non trovano controindicazione assoluta nella presenza di lesioni controlaterali.

Dott. A. CASAZZA, *Sulla patogenesi delle emottisi nella tbc polmonare in base ai risultati delle indagini condotte con diversa tecnica.*

L'A. afferma la parte che nella genesi delle emottisi spetta alla fragilità vascolare, rilevato con l'apparecchio del Barbara mette in evidenza l'utilità diagnostica-prognostica di quest'ultimo.

Medicina Nuova, N. 2, Febbraio 1937.

Dott. M. LEPORE, *La cura delle nefriti azotemiche.*

L'A. rammenta le varie forme di nefrite, le differenti conclusioni chimiche e terapeutiche che ne conseguono e gli elementi di giudizio per la differenziazione delle nefriti per il medico pratico che non può contare nell'aiuto del laboratorio.

Rassegna Clinico-Scientifica, N. 3, Marzo 1937.

Prof. G. BERTACCINI, *Guaribilità e cura della lebbra allo stato attuale.*

L'A. fa una trattazione sui mezzi terapeutici adoperati nella cura della lebbra ed espone il suo parere richiamando l'attenzione alla cura variata.

Prof. ETTORE DEBENEDETTI, *Diagnosi precoce e cura precoce della tubercolosi.*

L'A. tratta il problema delle diagnosi precoci della tbc rilevando le difficoltà diagnostiche.

Rassegna Clinico-Scientifica, N. 4, Aprile 1937.

Prof. M. ZALLA, *Una forma benigna di pseudotabe: La sindrome di Lelie.*

L'A. illustra la sindrome di Lelie, citando un caso venuto alla sua osservazione e fa la diagnosi differenziale con la tabe.

La Rassegna di Clinica Terapia e Scienze Affini,
Fasc. I, Gennaio-Febbraio 1937.

Dott. L. DE BARBIERI, *Increti duodenali e metabolismo glucidico.*

L'Autore tratta ampiamente la funzione risoglicinizzante della secreta illustrando l'intensità e la durata di tale abbassamento del tasso glicemico.

Dott. ROFSCHITZ, *Sulla cura della Tbc. estrapolmonare mediante somministrazione di milza cruda.*

L'A. riferisce su 6 casi di tbc. estrapolmonare curata con estratto di milza rilevandone l'efficacia quale ottimo coadiuvante nella terapia di tali forme morbose.

La Rassegna di Clinica Terapia e Scienze Affini,
Fasc. II, Marzo-Aprile 1937.

Dott. G. SCORPATI, *La broncografia per le vie transnasali.*

L'A. descrive un metodo broncografico per via transnasale senza sonda, alla maniera di Huguet e Hennebert, metodo a cui sono state apportate dallo stesso A. modifiche che semplificano notevolmente la sua attuazione.

Dott. ALDO TURLETTI, *La clinica delle caverne tubercolari ed i suoi errori.*

L'Autore studia le caverne al lume delle odierne acquisizioni della clinica e tratta delle diverse possibilità di errori diagnostici.

Dott. E. BRUZZIELLO, *Prove di trattamento curativo e preventivo dei versamenti pleurici in caso di Pnx terapeutico mediante associazione Colesterino-vitaminica.*

L'A. ha sperimentato il trattamento curativo dei versamenti pleurici in caso di Pux terapeutico mediante la somministrazione per via parenterale di un'associazione colesterino-vitaminica rilevando effetti favorevoli.

Rivista Sanitaria Siciliana, N. 5, Marzo 1937 —
Palermo.

Dott. A. LIFAVI, *Effetti del pretrattamento con ossalato sodico nell'assideramento.*

Gli effetti dell'assideramento sono più gravi negli organismi trattati con ossalato sodico, nei quali la durata della vita è accorciata; i pesi degli organi, riferiti al peso corporeo,

sono inferiori; l'isotermia è meno spiccata, per il fatto che la morte sopravviene con anticipo; il decremento termico è più rapido sotto la influenza dell'ossalato.

Dott. DOM. FONTANA, *Il ricovero dei tubercolotici in regime assicurativo.*

L'A. fa una disamina della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tbc., nel grande quadro della lotta contro la malattia. Pone in evidenza come col regime assicurativo attuale possa rimanere privo d'assistenza il giovane lavoratore dai 15 ai 17 anni. Lamenta, nelle province siciliane, il danno del ricovero tardivo e della incompleta applicazione della legge.

Rivista Sanitaria Siciliana, N. 6, 15 Marzo 1937
— Palermo.

Dott. A. CASTELLANA, *Influenza dei sali di calcio sulla reazione immunitaria dell'organismo.*

L'A. ha osservato un aumento spiccato nella produzione di agglutinine e di anticorpi complemento fissatori nel siero di sangue di conigli vaccinati per il tifo.

Dott. VINCENZO GIOBERTI, *Mezzi atti ad agevolare il processo di guarigione delle ferite.*

L'A. vanta i pregi della pasta al Granogenolo Knoll.

Rivista Sanitaria Siciliana, N. 7, 1° Aprile 1937.

Prof. N. LEOTTA, *Resezione degli splancnici nella tromboangiote oblitterante.*

L'A. mette in evidenza i vantaggi della resezione degli splancnici sulle simpatectomie e sulle capsulotomie; questo intervento, che può dirsi conservativo, non è più di alcuna utilità nei casi di avanzate lesioni arteriose.

Dott. A. BELLAVIA, *Influenza delle iniezioni di autosangue sul riassorbimento di sangue iniettato sotto la congiuntiva bulbare, nella camera anteriore e nel vitreo.*

L'A. ha potuto constatare una riduzione del tempo di assorbimento del sangue iniettato nella camera anteriore e nel vitreo di conigli. Nessuna variazione rispetto al controllo si aveva negli animali ai quali si iniettava il sangue nello spazio sottocongiuntivale.

La pagina per il Medico fiduciario**I RIFLESSI CUTANEI**

Dott. TOMMASO CICU

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

I moduli dell' I. N. A. per le visite agli assicurandi, portano speciali quesiti riguardanti il sistema nervoso e fra questi uno si riferisce ai riflessi, i quali costituiscono sintomi, a volte di capitale importanza per formulare la diagnosi. Stimo quindi cosa utile, passare in rapida rassegna i più importanti essi.

I riflessi comunemente si dividono in superficiali e profondi. A parte vengono considerati i pupillari.

In questa nota mi occuperò dei principali riflessi superficiali; in note seguenti mi intratterrò sugli altri.

I superficiali vengono alla loro volta divisi in cutanei e mucosi, questi ultimi di scarsa importanza in assicurazione vita, per cui ritengo opportuno occuparmi solo dei primi.

I riflessi cutanei consistono in contrazioni muscolari provocate eccitando i nervi sensibili col titillare, pizzicare, pungere. Normalmente essi sono possibili solo nelle parti ove la sensibilità è più squisita. Quando, per condizioni patologiche, l'eccitabilità riflessa aumenta, cresce il campo della superficie eccitabile ed i riflessi abituali si esagerano.

I riflessi cutanei fisiologici più comuni sono: L'addominale che consiste in una contrazione dei muscoli addominali ottenuta stimolando la parete addominale cutanea. A secondo della zona ove si provoca il riflesso addominale, si divide in superiore, medio, inferiore. Il superiore o epigastrico ha per vie ri-

flessogene il VI e VII metamero dorsale; il medio o mesogastrico l'VIII e il IX metamero dorsale; l'inferiore il X, XI, XII. E' bene ricercare questo riflesso a soggetto supino, con gli arti inferiori leggermente flessi. Esso scompare nelle emorragie cerebrali gravi, subito dopo l'ictus, manca o è indebolito, come tutti i riflessi cutanei, nella sclerosi a placche, mentre persiste nell'isterismo anche se vi è anestesia cutanea (segno di Rosembach).

Il cremasterico consiste in un brusco sollevamento del testicolo e dello scroto quando si eccita la regione interna delle cosce. Ha il centro riflessogeno nei primi due segmenti lombari. Scompare per lesioni traumatiche o neoplastiche della coda equina o del midollo.

Il plantare che si ottiene pungendo o titillando superficialmente la pianta del piede consiste nella flessione plantare delle dita, accompagnata, quando lo stimolo è forte, da flessione dorsale del piede e flessione della gamba sulla coscia. Ha il suo centro nella corteccia della zona sensitivo motrice cerebrale (Ferrannini); secondo altri nell'ultimo segmento lombare e nei primi due sacrali.

Il riflesso diaframmatico produce il rientramento dell'appendice ensiforme per contrazione delle fibre retrosternali del diaframma mediante eccitazione della cute del capezzolo della mammella. La sua via centripeta è formata delle fibre sensitive sopraclavicolari, la via centrifuga è costituita dal nervo frenico, ed il centro spinale è nel III-IV seg-

mento cervicale. Detto riflesso fisiologicamente, è vivace nei bambini e nelle persone a temperamento eccitabile; manca negli obesi e nei vecchi ove l'appendice ensiforme è calcificata. E' più frequente a destra. In condizioni patologiche esso manca nella paralisi del diaframma, nell'accesso epilettico, ma non nella convulsione isterica. Spesso manca nella tabe, nelle cardiopatie scompensate ed in tutti gli stati cachettici.

Riflesso uditivo palpebrale consiste nella fulminea chiusura delle palpebre toccando la parete del condotto uditivo (Froenschel); esso manca per otosclerosi ed otite media cronica.

Lo stesso fenomeno si ottiene stimolando col calore la parete del condotto uditivo (Kischs); manca per sclerosi pluriloculare dei centri nervosi o per parali si del trigesimo.

Riflesso naso-palpebrale consiste nella contrazione simmetrica degli orbicolari palpebrali, che si determina con la percussione dello spazio inter-sopraciliare. E' spesso abolito nella paralisi facciale periferica, conservato in quella centrale.

I riflessi cutanei si esagerano solo eccezionalmente e soprattutto per processi irritativi spinali e specialmente cerebrali, particolarmente nelle intossicazioni. Invece scompaiono o si attutiscono quando i relativi centri e le corrispondenti vie di riflessione sono lesi o esauriti.

Si possono avere inoltre dei riflessi del tutto patologici.

Tra tutti il più importante in medicina assicurativa è il Babinski consistente nella flessione dorsale, invece della fisiologica flessione plantare, dell'alluce e che si provoca stimolando la pianta del piede specie lungo la parte interna. Un fenomeno equivalente è quello detto del ventaglio descritto da Dupré; consiste nella abduzione e nell'apertura a ventaglio

delle ultime quattro dita. Il Babinski è ritenuto più che un riflesso cutaneo plantare una vera reazione motrice dei muscoli dell'alluce. Esso è caratteristico dell'emiplegia con lesioni del fascio piramidale nel quale si riscontra con alta percentuale che secondo Uston raggiunge il 29 %, per Bocri scenderebbe al 76 %, con Babinski possiamo ritenerlo presente nell'88 % degli emiplegici. Esso non ha valore nella prima età (sotto ai tre anni) in cui il fascio piramidale non è ancora ben sviluppato. L'estensione della sua zona riflettogena fino al dorso del piede ed alla gamba si ha nelle lesioni spinali traverse.

Il fenomeno di Babinski può ottenersi con tecnica diversa la quale ha un nome a seconda dell'autore che l'ha studiato.

Così si chiama riflesso paradossale di Gordon quando è ottenuto col massaggio, con lo strisciamento o con la compressione della regione postero-esterna della gamba; manovra di Oppenheim se si provoca frizionando la massa muscolare anteriore della gamba e della faccia esterna della tibia, ed infine (per non ricordare tutti gli autori che trovarono il fenomeno di Babinski) manovra di Schaefer allorchè si determina con compressione del tendine di Achille.

La mancanza del fenomeno di Babinski quando è associata a quella del riflesso plantare in flessione, costituisce il fenomeno plantare combinato, assai frequente nelle paralisi isteriche da solo o associato ad esagerazione dei riflessi tendinei (segno di Pitres).

Altri riflessi patologici sono quelli che provocano movimenti negli arti paralizzati quando su di essi si fanno eccitazioni cutanee pizzicando la cute. Questi sono elementi di prognosi fausta della emiplegia perchè stanno a dimostrare che essa non s'accompagna a distruzione ma è dovuta solo a compressione delle vie motrici.

Dott. TOMMASO CICU.

I sintomi della piccola insufficienza epatica

Dott. MARCELLO BIASIOTTI.

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

La più semplice e schematica classificazione dell'insufficienza epatica è quella che distingue una grande insufficienza epatica o insufficienza epatica totale con inibizione di tutte le funzioni epatiche e una piccola insufficienza epatica. In questa nostra breve nota ci soffermeremo unicamente sulla seconda per la sua maggiore importanza nei riguardi dell'assicurazione vita.

Le moderne cognizioni sulla fisiopatologia del fegato hanno dimostrato la estrema vulnerabilità della cellula epatica di fronte ai più svariati agenti morbosi tossici ed infettivi; sebbene il fegato possieda delle grandi possibilità di rigenerazione del parenchima distrutto non possiamo certo ritenere illimitato questo potere ed inoltre bisogna ricordare che questo potere va diminuendo coll'avanzare in età del soggetto.

D'altra parte essendo il fegato, per la sua funzione antitossica, costretto a stare in rapporto con le sostanze tossiche che ha l'incarico di distruggere, a lungo andare finirà coll'essere più o meno gravemente leso dal prolungato contatto con queste sostanze, andando fatalmente incontro più o meno a gravi alterazioni funzionali.

Spesso prima ancora della comparsa di lesioni anatomiche rilevabili cogli attuali mezzi di indagine si possono rilevare i segni di indubbie deficienze funzionali e d'altra parte non vi è parallelismo tra insufficienza epatica e lesione distruttiva del parenchima epatico.

La piccola insufficienza epatica può

manifestarsi in modo episodico e fugace al termine di una malattia infettiva, nel corso di una gravidanza o della colelitiasi, in seguito ad intossicazioni o disturbi digestivi anche lievi. Ma le forme di piccola insufficienza epatica che più interessano il medico delle assicurazioni vita sono quelle secondarie alle epatiti tossiche ed infettive, al cosiddetto fegato tropicale, alle cirrosi iniziali, alle malattie del ricambio (diabete, gotta, obesità) e quelle forme croniche che spesso si incontrano in soggetti che sono epatopazienti senza saperlo, non avendo mai sofferto di veri e propri disturbi epatici ma solo di disturbi digestivi a tipo dispeptico, o di vaghi disturbi nervosi e vascolari.

Questa forma di piccola insufficienza epatica, che è stata anche chiamata insufficienza epatica latente od epatismo, consiste probabilmente in una semplice disfunzione epatica senza alcuna lesione anatomica rilevabile cogli attuali mezzi di indagine; essa può rimanere latente e ad un certo momento manifestarsi repentinamente in seguito ad una malattia infettiva acuta, ad una infezione locale (eresipela, ascessi, foruncolosi), ad un intervento operatorio ecc.

In medicina delle assicurazioni vita, più che in tutti gli altri campi della medicina clinica, è particolarmente importante saper svelare ed apprezzare le incipienti deviazioni funzionali di un organo per avere un sicuro orientamento prognostico.

D'altra parte lo studio della insuffi-

cienza epatica nella sua forma lieve e nei suoi stadi iniziali è reso particolarmente difficoltoso dal fatto che la sintomatologia della piccola insufficienza epatica è complessa e spesso difficile a rilevarsi, trattandosi di piccoli segni dissociati, fugaci e periodici; ma solo la sistematica ricerca di questi piccoli segni, che sono dei veri segni d'allarme e che debbono risvegliare l'attenzione del medico fiduciario, permette di svelare una lieve insufficienza epatica.

Poichè cause predisponenti sarebbero l'ereditarietà (calcolosi, obesità, malattie epatiche nel gentilizio) le intossicazioni intestinali, l'alcoolismo ecc. richiamiamo l'attenzione dei medici fiduciari sulla particolare importanza di una accurata ricerca anamnestica.

I sintomi sono abitualmente distinti in subbiettivi ed obbiettivi e i sintomi subbiettivi a loro volta in epatici ed extra epatici. Tra i sintomi epatici ricordiamo il senso di peso, di molestia e talora anche di dolenzia più o meno spiccata alla regione epigastrica ed all'ipocondrio destro; queste sensazioni compaiono per lo più qualche tempo dopo i pasti, sono più evidenti dopo gli strapazzi dietetici e si accompagnano ad un lieve subittero che per la sua lieve entità non è rilevabile dal paziente e dai suoi famigliari.

I sintomi extra epatici sono particolarmente importanti, specie quelli a carico dell'apparato digerente e consistono per lo più in flatulenza, eruttazione, aërofagia, digestione laboriosa, senso di tensione addominale, senso di bocca amara, nausea, vomito mucoso o biliare talora diarrea prandiale o postprandiale con bisogno imperioso di defecare subito dopo i pasti, alternative di stipsi e diarrea, enterite mucosa membranosa, tosse epatica ecc. A carico del sistema nervoso si può riscontrare una o più meno spiccata tendenza all'astenia o alla son-

nolenza postprandiale, emicrania (che sembra dovuta al passaggio in circolo di albumina eterogenea causata dalla lieve insufficienza epatica), vertigini, stati pseudoneurastenici, difetto dell'attenzione, diminuzione della memoria, facile esauribilità ipocondria, nevralgie, talora insonnia ecc. A carico del sistema circolatorio possiamo avere delle palpitazioni specie dopo i pasti, disturbi vasomotori consistenti in senso di calore e di congestione al volto, senso di freddo alle estremità, ipotermia bradicardia. Segni vascolari rari ed incostanti ma tuttavia importanti sono rappresentati dalla tendenza alle emorragie (chiazze di porpora specie alle ginocchia ed ai gomiti, ecchimosi) che bisogna sempre andare a ricercare negli epatopazienti; questi segni vascolari spesso non si accompagnano ad alcuna importante alterazione della crasi sanguigna ma sono solo espressione di una fragilità capillare (meiopràgia capillare).

Infine a carico della cute possiamo riscontrare pruriti, xantelasma, erpete, eczemi, efelidi, orticaria, ecc.

A carico del rene possiamo avere delle lievi albuminurie intermittenti.

Sintomi obbiettivi: il fegato può essere in un primo tempo di volume normale ed in tal caso all'esame obbiiettivo si può solo riscontrare un dolore profondo alla pressione sull'ipocondrio destro.

In seguito il fegato è spesso moderatamente aumentato di volume e leggermente dolente alla palpazione; talvolta appare un subittero più o meno evidente.

Anche il laboratorio può esserci utile fornendoci dei dati di un certo valore sullo stato della funzionalità epatica sebbene talvolta i numerosissimi ed indaginosi metodi proposti per l'esplorazione della funzionalità epatica possano dare risultati poco concordanti; ma l'esecuzione di questa esplorazione della fun-

zionalità epatica possano dare risultati poco concordanti; ma l'esecuzione di questa esplorazione della funzionalità epatica è talmente complessa da essere inapplicabile sulla pratica assicurativa con soggetti che non possono essere sottratti per parecchie ore alle loro occupazioni e che non si sottopongono di buon grado a ripetuti prelevamenti di sangue.

Ci limitiamo perciò a segnalare solo due ricerche di laboratorio, semplici, rapide ed al tempo stesso dotate di un certo valore: la ricerca nelle urine dell'urobilina, dei pigmenti, degli acidi e sali biliari che sono gli esponenti della funzione esterna del fegato.

La presenza dell'urobilina e dell'urobilinogeno nelle urine è un dato della massima importanza; è noto che anche l'urina normale contiene minime tracce di urobilina (da 15 a 26 milligrammi nell'urina delle 24 ore) svelabili solo con metodi di ricerca molto sensibili; l'urina emessa il mattino a digiuno contiene meno urobilina dell'urina emessa dopo i pasti, perchè sembra che l'ingestione di carne, zucchero ecc. aumentino notevolmente l'urobilina; questa oscillazione dell'urobilina è più spiccata negli epatopazienti. La lesione epatica, e quindi la prognosi, sarà tanto più grave quanto più intensa sarà l'urobilina.

L'urobilina può essere ricercata colle reazioni di Aliviero, Grimbart od anche col dimetilamidoazobenzolo.

I pigmenti biliari possono essere ricercati nelle urine colle reazioni di Gmelin, Marechal, e col reattivo di Bonanno; i sali ed acidi biliari colla reazione di Hay.

Questo semplice esame delle urine ci

dà utili notizie sullo stato di funzionalità del fegato.

Qualche autore consiglia di ricercare anche l'indacano quale esponente dell'insufficienza antitossica del fegato; ma l'indacaturia ci sembra più proporzionata alla maggiore o minore intensità della produzione intestinale di quanto non lo sia alla insufficienza epatica.

Quindi, specialmente in medicina delle assicurazioni vita, è della massima importanza fare la prognosi di un epatopaziente, prevedere cioè quale sarà l'ulteriore evoluzione non solo della malattia epatica considerata dal punto di vista anatomico, ma anche dalla eventuale deficienza funzionale di un organo di così fondamentale importanza per il metabolismo; questa prognosi infatti è più intimamente connessa colla maggiore o minore gravità dell'insufficienza funzionale che con la estensione della lesione anatomica.

Concludendo possiamo dire che naturalmente i dati più importanti per la prognosi ci vengono anche qui forniti dalla clinica; di fronte ad un soggetto con particolare suscettibilità, con una particolare predisposizione del fegato, in una parola con una fragilità epatica costituzionale, e che per giunta sia in età più o meno avanzata, vada frequentemente soggetto ad infezioni od intossicazioni, e che dia scarso affidamento per la esatta osservanza di scrupolose norme dietetiche e di un tenore di vita molto regolato, saremo portati ad emettere un giudizio prognostico molto severo.

Il laboratorio può esserci utile fornendoci dei dati di un certo valore sullo stato della funzionalità epatica.

Varie

L'assicurazione degli sportivi

Dott. GERARDO OTTANI

*Aiuto supplente Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni
della R. Università di Bologna*

(Direttore prof. G. BENASSI).

Accanto alla traumatologia del lavoro, si è andata sempre più affermando, specialmente in questi ultimi anni, una nuova ed altrettanto importante traumatologia: quella sportiva.

Già nell'immediato periodo del dopoguerra, quando lo sport, o meglio, quando soltanto alcune manifestazioni di esso incominciarono ad annoverare fra i propri ranghi un numero esiguo di appassionati e di cultori, si presentarono i primi casi di traumi sportivi che, col rapido moltiplicarsi delle numerosissime attività agonistiche, sono divenuti oggi talmente frequenti da far sentire l'attuale mancanza di una legislazione che possa far fronte a questo problema con efficacia, come si è già avuto per le varie branche di lavoro. Ovvio è dunque la necessità che la Medicina Legale si assuma anche il compito di studiare le conseguenze che un trauma sportivo può avere sul futuro più o meno prossimo dell'atleta infortunato, e quindi gettare le basi per valutare la diminuzione della capacità sportiva.

Perciò l'argomento, trasportato nel campo assicurativo, assume notevole importanza se si consideri che la frequenza assoluta degli infortuni è sempre più in aumento, dato, il numero vieppiù crescente di coloro che praticano gli sports in modo sia dilettantistico che professionistico. Certe organizzazioni vantano in Italia più di centomila tesserati e complessivamente, sempre in Italia, si possono calcolare al disopra di un milio-

ne gli iscritti regolari alle varie federazioni.

Il nostro Governo, nell'intento di promuovere e di disciplinare l'educazione fisica e morale della gioventù italiana e col proposito di attenuare le conseguenze degli infortuni connessi con l'esercizio delle attività sportive, ha cercato attualmente una risoluzione del problema affidando l'opera assistenziale e l'organizzazione al C.O.N.I. (Comitato Olimpico Nazionale Italiano), che a sua volta ha istituito una Cassa interna di Previdenza, alla quale appartengono di diritto, dal giorno stesso del tesseramento, tutti gli iscritti. Detta Cassa indennizza l'infortunato « su di una base minima », provvedendo a coprirne il rischio presso una società d'assicurazione. Essendovi anche nel campo dei vari sports tesseramento universale, tutt'altro che ostacolata appare la possibilità di identificare gli iscritti di ogni categoria, onde s'impone l'attuazione di una prima istituzione di capitale importanza e di sentita necessità, voglio dire l'istituzione di una sistematica *visita preventiva* (1). eseguita da Sanitari delegati dal C.O.N.I. stesso, mediante accordo e segnalazione del-

(1) N. B. — Tale visita preventiva, la cui necessità è talmente sentita che già in varie occasioni se n'è parlato, e che almeno per i giovani dovrebbe per disposizioni superiori essere eseguita, non sembra avere ancora conquistato il campo pratico.

le varie società a cui l'atleta appartiene. L'obbligatorietà di tale visita assolverebbe diversi compiti di cui alcuni chiaramente palesi:

a) rendere un utilissimo servizio al tesserauto, il quale, se giudicato inadatto a sopportare un dato sforzo per costituzione organica insufficiente o per condizioni di salute più o meno precarie, verrebbe senz'altro escluso e liberato così dal pericolo di praticare un'attività sproporzionata alle proprie forze senza subire ulteriori danni con la compromissione non solo della sua capacità sportiva, ma anche di quella lavorativa generica.

b) giovare indirettamente alla stessa Cassa interna di Previdenza, la quale, avendo cognizione di pregressi fatti morbosi, (infezioni, diatesi, traumi, ecc.) riuscirebbe a semplificare e a valutare con maggior esattezza l'entità del danno conseguente al trauma, in quanto avrebbe la possibilità di liberare le conseguenze reali ed effettive dell'infortunio dei fattori preesistenti.

c) la collettività d'altra parte ne sarebbe avvantaggiata, perchè difficilmente, data la visita preventiva, si avrebbero queste pericolose rotture di equilibrio causate da sforzi sproporzionati in individui già precedentemente lesi e che potrebbero divenire pericolosi per la Società stessa (es. tbc.), per non tener conto dell'aggravio economico che un individuo improduttivo costituisce per la Società stessa.

L'obbligo della visita preventiva che ogni persona ha quando chiede ad un Istituto assicurativo privato di essere coperto dai rischi conseguenti agli infortuni, così come l'abbiamo proposta, verrebbe ad eliminare i gravi inconvenienti che si verificano nei casi contemplati dall'art. 3 del Regolamento della Cassa interna di Previdenza: « Si considerano conseguenze indirette e quindi non indennizzabili quelle che in seguito ad infortunio risultino aggravate da preesistenti malattie, mutilazioni, sostanziali difetti fisici od altre invalidità », e ancora « la perdita o lesione di un organo od arto, difettoso già prima dell'infortunio, non dà diritto ad indennità permanente ». Onde quest'articolo, per la visita preventiva, verrebbe au-

tomaticamente a cadere perchè non si riconoscerebbero preesistenti malattie, ecc. ecc.

Mentre nel campo dell'infortunistica lavorativa manca oggi la possibilità, mediante una visita al momento dell'assicurazione, di attuare un controllo sicuro e preventivo verso i singoli lavoratori assicurati, (controllo che in questo caso avrebbe minore portata pratica, poichè il lavoro, che è una necessità, non può essere negato anche ad un individuo menomato), nel campo dell'infortunistica dello sport, (che è invece contingente ed elettivo) verrebbe ad essere eliminato tale grave inconveniente, con sommo vantaggio ripetiamo, sia dei singoli che dello stesso C.O.N.I.

* * *

E passiamo alle modalità d'indennizzo: ma qui ritengo prima di tutto opportuno richiamare brevemente l'attenzione sopra quello che oggi dobbiamo intendere per « *professionismo sportivo* ». Mentre in vari Stati (Inghilterra, U. S. A., Australia, ecc.) questo termine è stato usato per classificare coloro che nello sport trovano il loro lavoro e il loro guadagno, stipulando contratti in piena regola con Società sportive, in Italia si è cercato di eludere questa esatta terminologia sostituendola con un'altra meno esplicita (mancato guadagno, premio, ecc.) o addirittura provvedendo con altri mezzi (impieghi, agevolazioni di lavoro) a compensare l'atleta.

Ma ora anche in Italia si deve parlare di professionismo, particolarmente per alcune branche (calcio, boxe, ciclismo, automobilismo, tennis, ecc.) in quanto fra la Società assuntrice e l'atleta che mette a disposizione di essa le proprie qualità d'eccezione, vengono stipulati contratti che cadono a loro volta sotto la giurisdizione della Federazione di quello sport, la quale ha il diritto di fare osservare i vari articoli e anche di punire in caso di inadempienza di una delle parti.

Ora, il Regolamento della Cassa interna di Previdenza prevede un risarcimento all'infortunato nel caso in cui l'infortunato stesso non possa compiere un qualsiasi lavoro proficuo (inabilità temporanea totale):

provvede invece con un indennizzo in casi di inabilità temporanea parziale, nei casi cioè in cui il tesserato possa accudire « parzialmente » a qualche lavoro, anche senza poter riprendere completamente le proprie normali occupazioni, indennizzo calcolato sulla base di quattro lire al giorno, dal quindicesimo giorno fino al centoventesimo.

In che cosa si identifica questa inabilità permanente parziale? E' in rapporto forse alla diminuita capacità lavorativa? Che cosa cioè dobbiamo intendere per normali occupazioni di uno « sportivo » il cui « lavoro » viene ormai retribuito sotto forma di un vero e proprio stipendio?

In pratica è risaputo che l'istituto assicurativo incaricato dal C.O.N.I. a coprire il rischio a cui è sottoposto ogni sportivo nell'esercizio della sua attività, riconosce il risarcimento tenendo presente sempre le conseguenze prodotte dall'infortunio, a pregiudizio non dell'attività sportiva dell'assicurato, ma di quella concernente il suo generico lavoro (commercianti, impiegati che hanno attività sportive retribuite). Diremmo quasi che è tenuta presente un'attività specifica lavorativa che non è la sportiva.

Questo non corrisponde alla realtà delle cose, perchè anche negli sports in cui non è riconosciuto ufficialmente il professionismo, viene spesso corrisposto praticamente un contributo che esaurisce ogni provento di guadagno da parte di colui che si dedica a qualche branca sportiva, contributo che mette in condizioni l'atleta, o per meglio dire il *professionista sportivo di vivere*.

Per ovviare quindi a questa incongruenza remunerativa, sarebbe più equo e più vantaggioso che il C.O.N.I. provvedesse a tutelare ogni evento d'infortunio occorso all'atleta nell'esercizio della sua attività sportiva, con retribuzioni rappresentanti un indennizzo adeguato e proporzionato agli svantaggi conseguenti agli infortuni subiti. E questo si potrebbe raggiungere obbligando la Società da cui dipende il tesserato a versare al momento del tesseramento una quota più elevata di quella attualmente fissata, ma che permettesse, ripeto, una congrua retribuzione in caso d'infortunio.

Con questi provvedimenti, dal punto di

vista giuridico, l'infortunio sportivo verrebbe ad assumere le caratteristiche proprie e specifiche dell'infortunio sul lavoro, e ciò verrebbe a riconoscere la situazione tipicamente professionistica, che non è più possibile dissimulare, di alcune branche dello sport, se non di molte, nelle quali il professionismo è un fatto compiuto anche se non ufficialmente riconosciuto.

E poichè non si può negare che per molti la fonte di guadagno proviene esclusivamente dalla retribuzione della loro attività sportiva, (potremmo senz'altro chiamarla attività lavorativa), così non dovrebbe essere negato al singolo atleta nel caso di infortunio un indennizzo, che supplisse anche quella retribuzione che fino al momento dell'infortunio era corrisposta dalla Società sportiva (mancato guadagno sportivo).

Dovrebbero così venire ad essere proporzionati, non si intenda eguagliato, i rapporti intercorrenti fra datore di lavoro e lavoratori, che per obbligo di legge sono assicurati da coloro da cui dipendono e di cui mettono a disposizione la loro attività lavorativa. Lo stesso rapporto si avrebbe per lo sportivo professionista (lavoratori), l'assicurazione del quale dovrebbe essere assunta dalla Società sportiva (datore di lavoro), che provvederebbe a trattenere dallo stipendio retribuito allo sportivo una quota prestabilita, tale da salvaguardarlo da eventuali, anzi probabilissimi infortuni durante l'attività svolta.

Considerato perciò il problema sotto questo aspetto è necessario aggiungere che le assicurazioni sportive dovrebbero modificare notevolmente i loro regolamenti e i loro criteri di indennizzo, in quanto la valutazione della risarcibilità del danno patito si dovrebbe riferire non più alla diminuita capacità lavorativa, bensì alla diminuita *capacità sportiva* che rappresenta l'unica o per lo meno la predominante fonte di guadagno.

Verrebbe fatto di considerare quindi l'atleta (diciamo pure professionista) alla stessa stregua di un lavoratore. Ma se in via teorica questo confronto può anche reggere, quando si considera il problema sotto l'aspetto pratico si vede che, mentre il lavo-

ratore è più facilmente valutabile nel criterio dell'indennizzabilità, (infatti si tiene presente la diminuita capacità generica), nello sportivo tale criterio per la maggiore portata degli elementi individuali, presenta alcune difficoltà di attuazione.

Non dobbiamo dimenticare infatti, le diverse condizioni che si attuano a seconda dei diversi sports, i quali riconoscono una *variabilissima possibilità di durata nell'esercizio*, una *densità di rischio differente* da sport a sport, e un *diverso guadagno*. Ecco quindi che per la categoria sportiva si presenta subito come inattuabile l'applicazione delle norme che regolano oggi i rapporti fra datori di lavoro e lavoratori, da cui la necessità di una vera legislazione che tenga presenti le particolari caratteristiche dell'attività sportiva professionistica.

Appare evidente dunque che l'attività sportiva riconosce un complesso di fattori ben diverso da quello dei comuni lavoratori dell'industria e che una qualsiasi forma di assicurazione non può non tener presente.

Anzitutto queste attività troppo diversificano fra loro per poter essere considerate su di un unico piano: ogni sport infatti presenta caratteristiche e sostanziali. Basti ricordare ad esempio che sarebbe un vero assurdo mettere sullo stesso livello il tennista ed il pugilatore.

I differenti sports richiedono poi una differente spesa di energia da parte dell'atleta, onde diverso è il logorio a cui lo sportivo viene assoggettato; è evidente che negli sports che comportano spesa notevole e a volte intensa di forze, diminuisce la durata media di esercibilità.

Mentre per quasi la totalità degli sports (ciclismo, atletica leggera e pesante, calcio, nuoto, tennis, ecc.) incomincia la decadenza dell'atleta in uno spazio di tempo oscillante tra il 25° e il 35° anno di età, declino incontrastabile ed inevitabile, agli scopi del presente lavoro è importante invece considerare il periodo di tempo di esercizio differente per i diversi sports.

Così per esempio si nota che mentre una durata relativamente considerevole si ha per il tennis, ciclismo ed anche per il calcio e

per l'atletica pesante, assai minore invece si ha per l'atletica leggera, nuoto, sci e soprattutto boxe. Tale *fattore cronologico* è di indubbia e capitale importanza per il campione stesso, il quale a priori è già approssimativamente edotto, se non intervengono particolari ma non imprevedibili cause nocive, sul periodo di tempo che, in media gli consentirà di esercitare con guadagno quella specialità agonistica.

Non si può inoltre non tener conto di un altro fattore: l'atleta nel suo inevitabile declino, spesso vede ridursi appunto per la sua diminuita efficienza, l'introito pecuniario che la Società gli corrisponde, e ciò mediante modificazioni del contratto stesso per accordo delle due parti, o perchè l'atleta stesso si « accasa » alle dipendenze di un'altra Società di minore importanza, la quale gli corrisponde un meno cospicuo stipendio.

Inoltre è da notare che mentre alcune attività sportive riconoscono come fine caratteristico quello di mettere fuori di combattimento l'avversario, colpendo l'avversario stesso, (boxe), altre si limitano a sopravalere per via indiretta (calcio). Esistono poi sports (rugby) in cui l'azione diretta ed indiretta sull'avversario sono, sia pure in varia misura, commiste. Ne viene da ciò una *diversa densità di rischio*, la quale ci viene dimostrata dalle statistiche che prendono in considerazione i traumi verificatisi nei diversi sports. Tale densità sembrerebbe a prima vista di gran lunga maggiore in quelle attività che riconoscono come normale una azione lesiva (boxe), anzichè in quegli sports dove il trauma, se pur frequente e *prevedibile*, non ne è tuttavia una caratteristica.

La pratica dimostra però che la differente densità di rischio non è poi così elevata.

A tutti questi fattori, per alcuni sports occorre aggiungere l'azione lesiva, a volte *violenta* dell'avversario: violenta nel senso di voluta, inquantochè sono noti come tutt'altro che infrequenti i traumi causati da intenzione malevola dell'avversario (criminalità sportiva).

* * *

Esaminate le caratteristiche delle attività sportive, consideriamo ora l'infortunio di

cui lo statuto del C.O.N.I. ci dà la definizione nell'art. 2 del Regolamento della Cassa interna di Previdenza:

« S'intende per infortunio l'evento *improvviso e violento* che avvenga indipendentemente dalla volontà del tesserato nell'esercizio dell'attività sportiva protetta dalla Cassa e produca immediate lesioni corporali obiettivamente determinabili... S'intendono per conseguenza risarcibili quelle che abbiano nell'infortunio la loro causa diretta esclusiva e provata e che producano la morte e l'inabilità temporanea, ed al massimo entro un anno dall'infortunio stesso, l'invalidità permanente ».

E' richiesto che l'evento sia improvviso: attribuito questo che non può e non deve naturalmente essere percepito con criterio troppo restrittivo, cronologicamente, rispetto all'effetto derivante, poichè l'invalidità e la morte possono talvolta risalire a cause verificatesi molto tempo prima.

Ricollegandoci al concetto di infortunio sul lavoro, noteremo come per quest'ultimo non sia richiesto che l'evento sia improvviso. Termine questo che ci pare sia superfluo in quanto che nell'aggettivo seguente « *violento* », sono già compresi i caratteri peculiari dell'evento costituente infortunio.

Per *violento* intendiamo infatti, analogamente all'infortunio sul lavoro, quell'evento che abbia il requisito indispensabile della *concentrazione nel tempo*, tenendo presente però che l'analogia deve essere estesa pure alla interpretazione non assolutistica di esso attribuito. Non bisogna dimenticare infatti come alle volte durante una competizione l'interessato, preoccupato delle vicende della gara e spesso travolto dalla foga di questa, si accorga appena di aver subito un trauma, il quale però subito dopo l'incontro o anche a distanza di alcune ore da esso, dà luogo a fenomeni morbosi evidenti (esempio: versamenti articolari per trauma al ginocchio).

Un terzo requisito della definizione su riportata è che l'evento avvenga indipendentemente dalla volontà del tesserato. Come dobbiamo interpretare questa restrizione? Per esempio, il pugilatore sa benissimo che la vittoria arriderà a colui che fra i due

combattenti, avrà dimostrata maggiore aggressività e violenza, quando addirittura non si tratti di *lesività*. Onde è evidente che il pugilatore nell'accettare la sfida accetta anche i noti rischi: anzi la possibilità di un pericolo (rischio) e di danno conseguente è in questo caso così alta da far rientrare nel substrato di questo sport l'evento lesivo. E allora se nel pugilato l'atleta *acconsente alla lesione*, come possiamo accettare la restrizione suddetta?

E' chiaro che non può trattarsi che di « *autolesionismo* » poichè la « *lesione del consenziente* » rientra nell'ordine normale dell'attività pugilistica. E' poi da notare che la temerarietà, che nello sport spesso si identifica col coraggio, è importante fattore di riuscita.

Un quarto elemento della definizione è che l'evento avvenga « *nell'esercizio dell'attività sportiva* ». Vien subito fatto di domandarci se debba essere indennizzato un infortunio che colpisce l'atleta recantesi a sostenere una gara (infortunio in itinere) (1): anche in questo caso di « *occasione di lavoro* », come tale deve essere riconosciuta la risarcibilità del danno. Faremo notare poi come tale specie di infortuni sia assai meno frequente di quello che si verifica per i lavoratori delle industrie. Quindi qualunque criterio di valutazione si segua, non sembra che l'assicurazione debba sostenere, per tali infortuni, un onere eccessivo.

La Cassa indennizza soltanto quegli infortuni occorsi nell'esercizio di una attività da essa stessa « *protetta* » (quinto elemento): ne sono infatti esclusi gli iscritti al Reale Automobil Club d'Italia, al Sindacato Fascista Corridori Automobilisti; Motociclisti, alla Reale Federazione Italiana prende tale limitazione dovuta alla eleva-Motonautica e al Jockey. E ben si com-

(1) L'art. 1 nel comma b) delle modifiche al Regolamento della Cassa interna di Previdenza, esclude dalle prestazioni normalmente i rischi di viaggio, salvo eccezioni stabilite per casi speciali (tesserati del Club Alpino Italiano, della Federazione Italiana Sports Invernali, della Federazione Fascista Cacciatori).

prende tale limitazione dovuta alla elevatissima densità di rischio di tali sports.

Quanto al termine « immediato » (sesto elemento), nessun dubbio che non deve essere inteso in senso cronologico, tanto più che poche righe sotto nel Regolamento è detto che le conseguenze sono risarcibili, verificandosi le altre condizioni richieste, « al massimo entro un anno dall'infortunio ». Quindi per immediatezza si allude non ad una straordinaria prontezza di effetto, ma a *non mediatezza*, cioè a non interposizione di altri momenti di natura diversa. Quanto al termine massimo per il verificarsi di conseguenze risarcibili, un anno in certi casi può essere insufficiente: per esempio, una frattura esposta che può complicarsi a un processo osteomielitico.

Il Regolamento considera solo le *lesioni corporali* (settimo elemento). Occorre subito domandarci che cosa significhi questo termine che non ricorre mai nella pratica infortunistica. Forse che in un individuo si possono avere lesioni « non corporali » producentisi cioè « non nel corpo »? O forse che il termine corporale vuole essere erroneamente sinonimo di « organico », come se si dovessero escludere lesioni così dette inorganiche, soprattutto di *carattere psiconevrotico*?

Ma sappiamo benissimo che il limite fra organicità e inorganicità è talmente poco netto e così spostabile, che molte affezioni, un tempo ritenute inorganiche (cioè senza lesioni dimostrabili), riconoscono un definito quadro istopatologico. Il termine quindi di *corporale* ci sembra superfluo o di ingiusta restrizione.

Faremo tuttavia notare che molte Assicurazioni escludono dal novero delle malattie indennizzabili le forme « nevrosiche pure ».

* * *

Attualmente il danno viene valutato (danno derivante da infortunio sportivo) in base alla diminuita *capacità generica lavorativa*. E' evidente subito una sperequazione dello stipendio effettivamente percepito, dell'alta densità di rischi e, fattore non trascurabi-

le, del breve periodo di tempo che consente un'attività sportiva redditizia, rispetto alle cifre di liquidazione, anche prendendo la più elevata (20.000 lire per la permanente totale).

Dato che il compito dell'assicurazione è quello di aiutare l'infortunato a far fronte al danno che gli deriva dall'infortunio, danno economico conseguente alla diminuita capacità di guadagno, vien fatto di chiedersi se lo scopo per cui l'assicurazione sussiste, venga raggiunto con tale criterio di valutazione e liquidazione. Implicita è la risposta a tale domanda, avendo già fatto notare che l'attività sportiva non può e non deve essere equiparata ad una qualsiasi attività lavorativa industriale o agricola.

E' evidente quindi che non la capacità generica lavorativa, ma quella *sportiva* (senza per ora definire se sportiva generica o sportiva specifica) deve informare il criterio di valutazione. L'Assicurazione però può subito obiettare che, data appunto l'alta densità di rischio (onde la frequenza relativa notevole degli infortuni sportivi, e lo stipendio considerevole percepito dall'atleta), dovrebbe troppo spesso liquidare somme assai rilevanti senza ottenere un adeguato premio.

Una via di conciliazione fra questi due fattori in contrasto appare solo se si tenga presente la possibilità di addivenire ad una forma di assicurazione diversa da quella che regola gli infortuni sul lavoro. E' giusto che l'atleta, nella sua attività e quindi nei suoi diritti, non venga equiparato ad un comune lavoratore, ma non dobbiamo dimenticare che l'assicurazione può dare solo in quanto riceve: e che per corrispondere equamente agli infortuni sportivi, deve avere un introito maggiore di quello attuale. Non ci appare ostacolo per proporre che il premio corrisposto all'assicurazione venga elevato da parte delle Società sportive, magari ricorrendo a contributi paritetici.

Solo così l'assicurazione per gli infortuni sportivi raggiungerà il suo scopo: solo così gli sports avranno un reale incremento, in quanto che l'atleta sarà conscio che, se un infortunio potrà troncarli la redditizia e brillante, se pur breve, carriera, il danno

economico che gli deriverà sarà notevolmente colmato dall'assicurazione.

Con le corresponsioni attuali crediamo che ogni atleta in cuor suo, (a parte il fattore agonistico) pensi ad evitare i rischi. Diremo quasi che per l'atleta il fattore *rischio economico* appare soverchiare il *rischio fisico*, in quanto che il vero atleta supera e dimentica spesso il pericolo di lesioni e poco teme il dolore, mentre il danno economico è un elemento che mai viene trascurato e a cui si pensa anche negli intervalli fra le gare: onde si potrebbe verificare un atteggiamento guardingo anche nelle competizioni (atteggiamento che ci pare già riscontrare più nei professionisti che nei dilettanti).

Tolta la preoccupazione economica, si può credere che l'atleta potrà dare ogni energia e manifestare tutto il suo coraggio nelle lotte sportive.

Il campione sportivo percepisce una retribuzione da parte della Società da cui dipende tanto più considerevole quanto più redditizia è la sua attività e quanto più elevato è il rischio.

Per coprire il quale, dal punto di vista economico, è interesse dell'atleta stesso essere assicurato con premio considerevole. Quindi per determinate categorie di atleti (calcio, rugby, ciclismo, ecc.) non dovrebbe trovarsi ostacolo al pagamento di contributi paritetici.

Veramente eccezionali sembrano essere gli atleti che esercitino per loro conto un'attività sportiva e non sono quindi alle dipendenze di alcuna Società. Infatti negli sports a maggiore densità di rischio e di maggiore rendimento economico, l'atleta si trova (per necessità organizzativa, ecc.) a dover far parte di una Società.

Abbiamo più volte ricordato che, come criterio di valutazione del danno dell'atleta, non può e non deve essere seguito quello della diminuita capacità generica lavorativa, ma quello della diminuita *capacità sportiva*. Ma anche nel campo della capacità sportiva dobbiamo tener presente le diverse attività che implicano diversa densità di rischio, diverso guadagno, diversa durata di esercibilità. Non possiamo assolutamente mettere alla pari un pugilatore o un calciatore con un ginnasta o con un tennista; ecco dunque profilarsi la possibilità di stabilire una *serie di differenti valori* rappresentativi delle diverse attività atletiche. Serie che non potrà essere definita soltanto attraverso lo studio comparativo delle cifre indicanti il numero di atleti che esercitano una determinata attività (considerandone anche la durata media), la loro intensità di esercizio (numero di incontri), e il numero di infortuni e la loro entità. Tale classificazione fra i diversi sports può essere fatta solo dall'ente che sorveglia e dirige tutto il movimento sportivo in Italia: il C.O.N.I.; soltanto applicando un criterio di valutazione specifica degno di un individuo *scelto* quale è l'atleta, potremo arrivare ad una vera assicurazione, nella quale il *fattore individuale* non venga assorbito da una comoda ma non giusta parificazione.

Aggiungiamo che l'assicurazione nulla verrebbe a rimetterci, una volta stabilito il « rischio assicurativo », in quanto che moltissimi atleti (e sono proprio quelli che esercitano sports a maggiore densità di rischio), sono già assicurati per loro conto. Onde di massima la possibilità di avere la loro adesione da parte dell'Ente Assicurativo.

Dai Libri e dai Periodici

Sulla patogenesi dell'emorragia cerebrale.

Questo problema che sembrò trovare una soluzione definitiva per opera di Charcot e Bouchard colla scoperta degli aneurismi miliari viene oggi sollevato di nuovo poichè da vari autori si tende a ritenere che gli aneurismi rappresentino non già la causa ma l'effetto dell'emorragia stessa. Una messa a punto dell'argomento è fatta dall'illustre neurologo francese Lhermitte nella « Presse Médical » (1936, n. 92). L'autore passa ad esporre i fattori etiologici clinici ed anatomici dell'argomento, che riassumiamo.

Circa le condizioni etiologiche Lhermitte riconosce importanti la nefrite, l'ipertensione e l'eredità, mentre ritiene debba escludersi l'arteriosclerosi alla quale potrà imputarsi un'encefalomalacia ma non l'emorragia. Sembra che l'apoplezia abbia come elemento determinante un brusco cambiamento della pressione quale quella determinata dallo sforzo e dall'emozione.

L'A. esclude le presunte lesioni infiammatorie dei vasi encefalici, teoria avanzata anni addietro da Dufour in quanto il dramma apoplettico insorge come il fulmine a ciel sereno, senza fenomeni di infezione generale.

Passando agli elementi clinici l'A. ricorda oltre la costituzione apoplettica di Morgagni, gli emangiomi cutanei sui quali richiamarono l'attenzione Westphall e Bar. A tal proposito tenendo presente la grande frequenza delle emorragie cerebrali nei soggetti portatori di emangiomi, l'A. si domanda se l'emorragia cerebrale non sia espressione di una alterazione vascolare diffusa a tutto l'ectoderma. Richiama l'attenzione sopra i disturbi vasomotori così frequenti nel passato di questi malati sotto forma di cefalee, di emicranie, di claudicazioni intermittenti e di crisi epilettiche.

Tali accidenti premonitori sarebbero secondo l'osservazione di Pierre Marie e confermata da altri neurologi, dovuti a focolai lacunari di disintegrazione cerebrale che rendono eccessivamente fragili i vasi che attraversano la zona.

Lo studio anatomo-patologico dell'argomento ci dimostra che gli aneurismi miliari descritti da Charcot debbono oggi intendersi come falsi aneurismi cioè quali ematomi intramurali od

extramurali che seguono all'infiltrazione sanguigna nelle guaine vascolari. In altre parole l'origine del sangue non sarebbe dovuta alla semplice rottura di un vaso ma alla filtrazione lungo tutta la parete distesa dei capillari arteriosi e venosi ed in tal modo una vasta zona di sostanza bianca verrebbe invasa dai globuli rossi. Le ricerche istologiche di Lhermitte confermano questa ipotesi come dimostrano le microfotografie che corredano il lavoro.

Se questo è il dato anatomico di fatto, resta però da spiegare il fattore patogenetico. Una delle ipotesi più probabili è che nel parenchima cerebrale esista una alterazione emorragipara come sostengono Lhermitte e Kyriaco. Sono state infatti riscontrate alterazioni angio-necrotiche nell'interno dei focolai apoletti che si propagano, secondo l'osservazione di Staemmler, non già dall'interno verso l'esterno ma dall'esterno verso la parte centrale; così pure la necrobiosi e il disfacimento cellulare colpiscono prima la tunica esterna e dopo si diffondono all'intima.

Ma la preesistenza dell'alterazione parenchimale non ci spiega tutto; nelle apoplezie fulminanti non esiste l'angio-necrosi ma invece si riscontra una vaso-dilatazione gigantesca e pluricentrica. E' quindi probabile secondo la ipotesi di Schwartz che si verifichi un disordine circolatorio locale secondo la seguente successione: sparmo, prestasi, stasi. L'angio-necrosi sarebbe un'ulteriore conseguenza. Ma a questa teoria seducente basata specialmente sulle idee del Richer si può opporre che non è stato mai realizzato sperimentalmente un vero spasmo dei vasi cerebrali; tanto più arduo riesce poi ammettere che lo spasmo si prolunghi e giunga a dare l'angio-necrosi. A tal punto il Lhermitte si domanda se non si debba invocare per la spiegazione dell'apoplezia la contemporanea esistenza di modificazioni parenchimali e di disturbi circolatori.

Le ricerche eseguite dalla scuola di Aschoff recentemente ha permesso di riprodurre gli infarti degli spazi periscavolari molto simili ai recenti focolai d'apoplezia dimostrando la possibile origine esogena dell'infiltrato nelle guaine vascolari. Dopo la legatura dei vasi cerebrali si è potuto accertare che la anos-

siemia provoca un'alterazione chimica del parenchima con emorragie intra ed extra-murali contemporaneamente alla formazione di acido lattico. Coll'iniezione carotidea di quest'ultimo Westphal ha potuto riprodurre fatti di angio-necrosi celebrale. Con un tritato di cervello iniettato nell'orecchio di coniglio è stato possibile ugualmente riprodurre queste alterazioni angionecrotiche.

Ugualmente i disturbi circolatori di origine venosa che seguono alle flebiti delle silviane, come sperimentalmente l'A. e Duval hanno dimostrato, conducono a disordini vasomotori sotto forma di stasi e di edemi cui segue disorganizzazione tissurale, eritrodiapedesi e successiva effusione sanguigna.

Da queste conoscenze cliniche, patologiche, anatomo-patologiche e sperimentali esposte dall'illustre neurologo francese il cui contributo sulla questione è notevole, si conclude che l'emorragia celebrale è in realtà un fenomeno complesso a patogenesi multipla causato sia da una obliterazione arteriosa sia da una trombosi venosa sia da un disordine locale vasomotore.

Con ciò si è ben lontani dall'aver risolto tutto il problema, soprattutto non sappiamo la causa per localizzazione del processo emorragico in certe zone come pure è ignota la causa stessa dell'ictus che provoca l'emorragia celebrale.

st.

L'appendicite cronica.

Non è senza interesse la lettura di un lavoro sull'argomento dovuto al Margottini che troviamo nel n. 2 del « Policlinico », Sez. Chirurgica, corr. anno. Il lavoro che ha vinto il concorso degli Ospedali Riuniti di Roma per il 1935 tra gli aiuti chirurghi merita l'attenzione non solo dei chirurghi ma anche dei medici cui molto spesso si presenta il quesito dell'esistenza della appendicite cronica *ab initio*.

A ciò si aggiunge il fatto che la scuola medica romana ha per molto tempo rifiutato una tale diagnosi; il lavoro del Margottini sereno ed obbiettivo merita considerazione da quanti fino ad oggi hanno negato la forma clinica in esame.

L'appendicite cronica ammessa da Allingham, Talamon e Jalaguier è stata oggetto di numerose controversie presso molte scuole specialmente chirurgiche. In Italia Binaghi ritiene che le così dette appendiciti croniche siano dovute a lesioni del ceco e del colon; a un dipresso a tale opinione si avvicina il

Taddei quando ammette che lesioni tiflocoliche accompagnino queste forme appendicolari.

Però non sono mancati assertori convinti di questa forma clinica quali Donati, Maiocchi e Fiorini; la molteplicità delle forme spiega, secondo quanto osserva Ferrara, le diverse opinioni su questo argomento tanto discusso. Bisogna però riconoscere ormai che l'opinione dei più, tra i quali Majo e Keith, si orienta verso la esistenza dell'appendicite cronica.

Margottini sopra una statistica di 487 casi di appendicite operati nell'Ospedale di S. Giovanni in Roma durante 18 mesi ha trovato 33 casi di appendicite cronica idiopatica cioè il 6,8 %. Di questi 33, 14 sono maschi e 19 femmine; 8 solo sono al disotto dei 20 anni, 12 oltre i 30 anni e 13 tra i 20 e i 30 anni: il più vecchio aveva 49 anni e il più giovane 14 anni.

Le forme cliniche secondo l'autore che segue Dickson si possono dividere in quattro gruppi:

- 1° con sintomi e segni analoghi a quelli dell'appendicite acuta ma meno intensi;
- 2° con disturbi dispeptici;
- 3° con dolori al basso ventre;
- 4° senza sintomi o segni.

A proposito della difesa muscolare localizzata l'autore riferisce che confrontando le anamnesi di un centinaio di appendiciti acute ha trovato 30 con storie di attacchi precedenti, i quali del resto avevano avuto sempre i caratteri dell'attacco acuto; in 60 la storia era completamente muta per disturbi imputabili all'appendice; ed in 5 vi erano state sofferenze che potevano ascrivere ad una flogosi cronica dell'organo. Lazzarini invece esaminando i suoi casi di appendicite acuta ha constatato la grande frequenza con cui questi insorgevano dopo un lungo periodo di disturbi sicuramente dovuti ad una forma di appendicite cronica *ab initio*.

Al primo gruppo l'autore ascrive 16 casi cioè il 51 % del totale; altri osservatori ascrivono a tale quadro una cifra anche maggiore, per Fiorini raggiunge l'87 %. Sempre assente è stato il vomito e la tachicardia, qualche volta si riscontra febricola, spessissimo stipsi.

Minore è la percentuale del gruppo che Margottini suddivide in due varietà a seconda che i disturbi dispeptici siano caratterizzati da inappetenza, nausea, vomito o a tipo ulceroso; complessivamente il 26 % dei malati presentarono una tale sindrome.

La terza forma si è manifestata nel 21 %

dei casi; il dolore non ha localizzazione costante e si accompagna ad irradiazioni lombari, disturbi urinari e nella donna a turbe della sfera genitale.

Infine al quarto gruppo asintomatico ben pochi casi sono riferiti dall'autore.

Quanto alla diagnosi differenziale l'autore si sofferma specialmente sull'esame radiologico e successivamente il Margottini passa a discutere della anatomia e della istologia patologica di questa malattia. A questo riguardo egli ritiene che siano frequenti i reperti di alterazioni anche grossolane a carico dell'organo ed istologicamente consisterebbero in modificazioni iperplastiche a carico dell'apparato linfatico, o di lesioni scleroatrofiche a carico della mucosa e delle altre tuniche.

st.

La tubercolosi coniugale.

Questo argomento che in ogni epoca ha sollevato discussioni e polemiche è stato oggetto di una rassegna critica pubblicata da Carelli in « Lotta contro la tubercolosi », 1936, n. 1.

Le ricerche praticate alla fine del secolo scorso da Leudet in collaborazione di Lenière davano un probabile contagio coniugale del 10 o del 15 %. Nel dopoguerra Roussel in una statistica divideva le probabilità di contagio a seconda che si trattava di una tubercolosi aperta conclamata o di una forma discreta e mentre raggiungerebbe l'11 % nella prima, tendeva al 5 % nel totale dei casi. Nell'assemblea di medicina generale francese del marzo 1933 si concludeva che il contagio dei coniugi deve presumersi inferiore al 10 % anche quando l'esposizione al contagio è durata molti anni.

Ma tale cifra ad un esame critico dettagliato può essere ulteriormente ridotta. Mongouven nel 1905 la faceva scendere appena al 4 %. Lo studio su tale questione è stato ripreso recentemente in Francia da Christiaens e Guillon, i quali hanno apportato il contributo di una inchiesta personale su 340 famiglie nelle quali uno almeno dei coniugi era tubercolotico. In 217 di queste coppie si trovò malato il solo marito, in 123 la sola moglie, e in 47 entrambi i coniugi, cioè nel 13,52 % dei casi.

Esaminando accuratamente ogni coppia ricercandone i precedenti familiari in 24 delle 47 coppie hanno trovato che uno dei coniugi aveva appunto precedenti ereditari o aveva collaterali bacillari nettamente evidenti.

Delle altre 23 coppie studiate da Christiaens e Guillon è risultato che 12 presentavano manifestazioni bacillari prima del matrimonio e in altre 9 si riuscì a scoprire dei precedenti anamnestici sospetti tanto da assegnare alla eredità molto più valore che al contagio. Delle 23 coppie restavano così solamente due nelle quali non poteva invocarsi altro che il contagio coniugale, il che farebbe sulle 340 famiglie studiate, una percentuale d'indiscutibile contagio coniugale del solo 0,58 %.

Meritano anche di essere riferite le conclusioni di una statistica di J. Bertier (« Arch. méd.-chir. app. resp. », vol. X, n. 6) riguardanti 1400 tubercolosi coniugati e riferite nel n. 1, corr. anno, di « Tubercolosi ». Di questi 126 sono tubercolosi biconiugali ed il complesso dei matrimoni tubercolizzati sono 1365, con una percentuale bruta di tubercolosi coniugale del 6,6 %.

In 12 casi, gli sposi erano manifestamente tubercolosi prima del matrimonio, 4 sono di interpretazione dubbia; rimangono 74 casi di tubercolosi coniugale su 1365 matrimoni, cioè il 5,5 %. La bassa percentuale di questa statistica in confronto di quelle date da altri si spiega con il metodo usato per la raccolta e la elaborazione dei dati, nonché con l'ambiente sociale in cui sono stati raccolti, in cui le precauzioni igieniche sono più facilmente osservate.

Una prova di grande valore in favore del contagio interconiugale è data dalla precessione mascolina, che si eleva 74 %. Queste tubercolosi maschiline iniziali precedono il matrimonio nella metà circa dei casi. La tubercolosi femminile, che è del 9,5 % prima del matrimonio, aumenta progressivamente e raggiunge finalmente il valore di quella mascolina. Se tale tubercolizzazione è indubbiamente favorita dai fattori deprimenti ed anergizzanti della vita femminile e matrimoniale, da certe cause sociali e psichiche, non può spiegarsi che mediante l'intervento del fattore del contagio, che è portato dal marito già affetto.

Le tubercolizzazioni professionali confermano i dati ottenuti dalla tubercolizzazione coniugale. Negli studenti in medicina e le infermiere non allergiche messe a contatto con tubercolosi contagiosi durante due anni, la percentuale delle Pirquet positive si raddoppia, mentre non aumenta in seguito al soggiorno di sei mesi in un servizio ospedaliero senza tubercolosi.

st.

La tubercolosi nel personale infermiere come malattia professionale. (Rec. dal *Nord med. Tisdkr. e Zeit. f. Tub.*, volume 79, n. 2-3, in *Tubercolosi*, n. 12).

E' uno studio di Guillering sul personale infermiere di un ospedale per tubercolosi presso Stoccolma, fatto nel periodo 1918-1928, su 865 suore (di cui 20 — 2,3% — si ammalarono di tubercolosi) e su 352 individui addetti ai servizi generali (4 tubercolosi — 1,1%).

Altri individui vennero presi in considerazione per il periodo 1929-1935. Complessivamente, si tratta di 1265 suore (con 40 tubercolose — 2,6%) e di 491 individui addetti ai vari servizi, con 5 tubercolosi (1%).

Dal 1928, tutto il personale venne sottoposto alla prova di Mantoux.

Nel periodo 1928-1935, si ebbero 324 suore con reazione positiva e 73 negativa; dell'altro personale, 65 positivi e 22 negativi.

Fra i 389 casi tubercolosi positivi, vi furono: 4 casi di eritema nodoso, 2 di pleurite e 5 di tubercolosi polmonare; fra i 95 tubercolosi negativi, rispettivamente 4, 2, 2.

Di questi 19 casi di malattia, 15 si ebbero già nel primo anno di attività all'ospedale e 4 nella prima metà di tale anno.

La tubercolosi renale medica e chirurgica.

Si è molto discusso se la tubercolosi renale sia una ed indivisibile come Jousset affermava oltre 30 anni fa; l'argomento è stato oggetto di una relazione alla Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi da parte del prof. Nisio alla sezione di Bari nel 1935; relazione apparsa nel primo numero del corr. anno del « Consorzio Antitubercolare ».

Il Nisio mette a punto la questione in questo interessante lavoro riandando ai primi studi di Boyle e Rayer apparsi oltre un secolo fa alle più recenti indagini in merito. Questa malattia è importante quando si rifletta che secondo Israel la terza parte delle lesioni suppurative urinarie è di natura tubercolare.

E' noto che la divisione scolastica dell'affezione è dovuta alla diversa reazione locale che nei vari soggetti può riscontrarsi sotto l'influenza del bacillo di Koch. E' infatti detta medica la tubercolosi che non presenta una delimitazione a tipo follicolare; chirurgica quella che è costituita soprattutto da follicoli. Ma, come osserva Nisio, le due forme tanto anatomicamente che clinicamente si interferiscono e pertanto il relatore le descrive separatamente.

Della tubercolosi renale medica e chirurgica vengono espone le teorie patogenetiche; per la prima meritano di essere ricordate le teorie tossinica, mista e bacillare, per la seconda l'infezione può essere discendente ematogena e più raramente, secondo l'A. può seguire la via ascendente, come sosteneva Guillon.

Successivamente Nisio passa alla classificazione delle forme chirurgiche pure e miste ed espone il quadro sintomatologico. Di speciale interesse è la diagnosi sia di natura che di localizzazione, ampiamente trattata nella relazione.

A proposito di quest'ultima l'A. passa in rassegna, discutendone il valore e la tecnica dei più moderni mezzi di ricerca, dalla cistoscopia alla cromocistoscopia. Ricordata l'importanza del catarattismo reterale, prova classica per l'accertamento della localizzazione della lesione, tratta dell'esame radiografico diretto e della cistografia. Raramente occorre praticare la pierografia ascendente perchè, a quanto riferisce l'A., mentre può aggravare l'evoluzione della malattia, riesce inutile e quasi superfluo, conformemente a quanto vari AA. ritengono. Invece molta importanza deve riconoscersi secondo il Nisio, alla pierografia discendente che riassume le diverse prove funzionali di esplorazione quando per ragioni varie non possono essere praticate.

Infine, dopo aver ricordato l'utilità del pneumorene, la relazione espone le direttive terapeutiche e le considerazioni che l'esperienza personale consigliano al relatore e che si riassumono nei seguenti criteri:

Nella tubercolosi unilaterale è d'uopo intervenire sempre senza indugi; la nefrectomia, salvo casi eccezionali o disgraziati, è sempre seguita da guarigione duratura, come si è verificato in circa sessanta casi da lui nefrectomizzati per tbc. renale;

nella tubercolosi bilaterale, invece, è forse meglio l'astensione, salvo casi rari che si trovino proprio nelle condizioni ora dette. Su quattro operati di tbc. renale bilaterale, riferiti dall'A., ne ha perduti due subito; un terzo vive stentatamente a distanza di mesi; un quarto si può ritenere risanato da 3 anni.

st.

La prognosi delle lesioni cardiache.

Il grande cardiologo Lewis ha stabilito uno schema circa la sopravvivenza dei cardopazienti, riferito dal Reussi in un articolo recensito dal Policlinico (Sez. Pratica 1937, n. 1). Data la fama e l'alta competenza del Lewis,

crediamo utile riportare il suddetto schema, che però va in pratica applicato con senso critico al letto del malato.

1) *Paziente in pericolo imminente.* Edema polmonare, trombosi coronarica recente, sindrome di Stokes-Adams, aneursima, angina pectoris nel periodo di stato, insufficienza cardiaca congestizia non modificabile col riposo. Nelle tre prime condizioni, si può avere un ristabilimento, ciò che non si verifica per le altre.

2) *Pazienti con uno o due anni di vita.* Angina non modificabile col riposo, congestione viscerale in aortite sifilitica, ipertensione, o consecutiva a trombosi coronaria o ad attacco di angina pectoris; ipertesi con crisi di asma cardiaco, ingrandimento cardiaco con congestione viscerale.

3) *Pazienti con tre anni a sei anni di vita.* Aortite sifilitica, ipertensione con moderato ingrandimento cardiaco, angina da sforzo per brevi tratti con o senza trombosi pregressa, fibrillazione auricolare ed ingrandimento cardiaco moderato, insufficienza cardiaca modificabile col trattamento, ingrandimento cardiaco moderato.

4) *Pazienti con dieci anni di vita.* Angina da sforzo (casi iniziali), ipertensione lieve con o senza ingrandimento cardiaco e buona prova dallo sforzo, ingrandimento cardiaco o senza lesione valvolare, ma con buona tolleranza, fibrillazione auricolare con o senza lesioni valvolare, con buona tolleranza e piccolo ingrandimento cardiaco.

5) *Pazienti con molti anni di vita.* Vizi valvolari di adulti giovani con piccoli segni di ingrandimento cardiaco od assenza dello stesso, senza disturbi del ritmo (fibrillazione auricolare, ecc.) e buona tolleranza all'esercizio.

La superficie corporea nei longilinei e nei brevilinei. (Dalla *Rivista di Scienze Applicate all'Educazione Fisica e Giovanile*, Anno VIII, N. 1, gennaio-febbraio 1937 A. XV).

Sulla scorta di un ricco materiale di studio costituito di 459 soggetti di età dai 20 ai 24 anni, il Dott. Dino Vampa ha cercato, mediante dimostrazioni condotte con metodi rigorosamente scientifici, di dimostrare il principio dell'antagonismo morfologico-ponderale, dell'antagonismo cioè tra peso, indice dello sviluppo della vita vegetativa, e statura, indice dello sviluppo di relazione. Antagonismo che sta a dimostrare come tanto il peso quanto

la statura non possono dare, se isolatamente considerati, indici sufficientemente rappresentativi, della mole corporea.

Già F. Vinci, valendosi delle misure fornitegli dal Viola, aveva dimostrato l'esistenza di una correlazione inversa tra volume del tronco e lunghezza degli arti, per cui individui con masse splancniche molto sviluppate possiedono degli arti che nei confronti del tronco, sono sviluppati in modo deficiente (brevilinei); ed individui con masse splancniche scarsamente sviluppate, sono dotati di arti che, riferiti a quelle stesse masse, possono ritenersi eccedenti (longilinei). Se consideriamo i due tipi, brevilinei e longilinei, in funzione del peso e della statura troveremo per i primi un peso maggiore ed una statura minore, per i secondi un peso minore ed una statura superiore.

Tutto ciò dimostra quel principio dell'antagonismo morfologico-ponderale di cui sopra si è fatto cenno, come pure mette in evidenza una certa comprensione esistente tra lo sviluppo dei due grandi sistemi della vita dell'individuo per cui, in linea di massima, *coloro che sono dotati di masse splancniche più sviluppate di quelle di altri individui, nei confronti dei medesimi sono dotati di stature meno elevate, e viceversa.*

Così precisato e definito il concetto di sviluppo somatico, resta facilitato il problema della ricerca della variazione della superficie corporea in relazione al tipo morfologico per cui, a parità di sviluppo fisico, i brevilinei sono contraddistinti da una superficie corporea maggiore di quella dei longilinei. I valori medi ottenuti nei soggetti presi in esame dall'A. sono:

superficie media effettiva dei brevilinei di statura cm. 163-180 = cm² 179,3;

superficie media teorica dei longilinei di statura cm. 163-180 = cm² 170,3;

superficie effettiva dei brevilinei di peso kg. 58-75 = cm² 176,7;

superficie effettiva dei longilinei di peso kg. 58-75 = cm² 182,4.

Queste cifre ci indicano che i brevilinei, a parità di peso, sono dotati di una superficie corporea meno estesa di quella dei longilinei; ed a parità di statura di una superficie corporea più sviluppata di quella dei medesimi longilinei. Concludendo diremo che i brevilinei hanno una maggiore superficie corporea nei confronti dei longilinei a parità di sviluppo somatico con questi.

DI LILLO.

Fisiologia ed igiene del lavoro agricolo.

Nel numero 1-2 dell'*Assistenza Sociale Agricola* del corr. anno, leggiamo un articolo del dott. Menotti Nardi che prende in esame il lavoro campestre ed i suoi limiti fisiologici che variano con l'età ed il sesso del soggetto. Ciò accade soprattutto quando il lavoro si protrae a lungo e spesso è aggravato da un insufficiente riposo, da una alimentazione irrazionale, e non raramente, anche da intenso calore.

Giustamente l'A. mette in rilievo che il lavoro deve essere mantenuto nei limiti fisiologici e proporzionalmente alla forza del soggetto; i sovraccarichi possono essere tollerati per breve periodo solo dagli uomini robusti. Comunque il lavoro deve essere sempre seguito da un periodo di riposo, l'alimentazione ben curata e più abbondante quanto maggiormente faticoso è stato il lavoro.

Soprattutto nelle donne e nei fanciulli, che rappresentano soggetti di speciale riguardo, le prime per le eventuali funzioni della maternità, i secondi per uno sviluppo ortogenetico dell'organismo, vanno tenuti presenti alcuni precetti che il Menotti così riassume.

Per la donna:

1) Non sia sottomessa mai a lavori troppo faticosi e prolungati nell'età giovanile nel tempo in cui sono in scena i fenomeni della maternità.

2) Negli ultimi tempi della gravidanza dovrebbe esserle impedito qualunque altro lavoro all'infuori delle faccende domestiche.

3) Durante i periodi mestruali dovrebbero esserle inibiti i lavori che la obbligano a bagnarsi e specialmente quelli delle risaie.

4) I lavori del coreggiato sulle aie, della spigolatura ed altri faticosi, dovranno almeno essere eseguiti con lunghi intervalli di riposo; si possono permettere con una certa larghezza i lavori più leggeri della fienazione, le sarchiature nei terreni leggeri, ecc.

5) Durante l'allattamento, specialmente quando questo costituisce l'unico alimento del bambino, qualunque lavoro pesante va a detrimento delle qualità di buona nutrice, il cui latte perde alcuni principi alimentari.

6) Il periodo della bachicoltura costituisce una fatica eccezionale per le donne, specialmente per i pasti disordinati e mal fatti, per le poche ore che concedono al sonno, il quale allora viene anche preso negli ambienti di allevamento, nei quali regna di solito aria umida e carica di esalazioni cattive.

Per i fanciulli il lavoro non dovrà protrarsi per una giornata, questo per legge è possibile

solo ai 18 anni, e cioè a sviluppo corporeo quasi normale; prima di tale età dovranno evitarsi le seguenti occupazioni:

1) I lavori delle cantine, specialmente nell'epoca della vinificazione, quando l'aria è saturata di acido carbonico.

2) I lavori che obbligano ad una costante attenzione, come quelli delle macchine agricole in ispecie: una forte percentuale degli infortuni ad esempio delle trebbiatrici è dato dai ragazzi.

3) I lavori della stalla, perchè li obbligano ad interrompere il loro necessario periodo di sonno ed a respirare continuamente aria carica di elementi nocivi in un'età in cui, essendo attivissimo il processo di sanguificazione, hanno bisogno di aria pura ed ossigenata.

4) Deve essere proibito il lavoro salariato nei fanciulli per il quale sono generalmente costretti i lavori eccessivi, prolungati, neppure sempre compensati da un vitto adeguato.

st.

L'ernia in rapporto agli infortuni sul lavoro.

Questo contributo casistico e clinico, edito a cura dell'Istituto Nazionale Fascista per gli Infortuni sul Lavoro, è dovuto alla collaborazione di chirurghi e medici legali incaricati dall'Istituto stesso di studiare questa questione tanto discussa. Facevano parte di questa commissione i professori Benassi, Cioffi, Paolucci, Taddei, Ruggeri e Tinozzi. Tale studio si è proposto di prospettare, e la capacità indiscussa degli autori dà il più alto affidamento, le cognizioni giuridico-tecniche sull'argomento dell'ernia infortunio che la recente legislazione infortunistica ha riconosciuto.

Dopo un capitolo di nozioni anatomo-cliniche sull'ernie addominali in genere e le complicazioni erniarie, sono esposte le varie forme di ernie importanti dall'inguinale alla femorale e alla ombellicale.

Un capitolo è dedicato alla giurisprudenza sul tema in oggetto, la cui storia legislativa si inizia col regolamento del 1898, e, con ampia disamina viene seguito e arricchito di varie sentenze della Corte di Cassazione e della Commissione Arbitrale Centrale degli Infortuni agricoli degli ultimi anni. Il materiale casistico messo a disposizione è stato di 116 soggetti dei quali 109 maschi. La denuncia del trauma diretto si è avuta per solo 4,1% e in tutti gli altri casi è avanzata denuncia di trauma indiretto.

La sintomatologia, a quanto risulta alla

Commissione, per lo più è stata assai modesta, tanto da consentire all'operaio il proseguimento del lavoro; in un numero inferiore di casi il lavoro è stato abbandonato ma l'operaio ha potuto recarsi a casa coi propri mezzi.

Anche la predisposizione, dovuta a fattori costituzionali, è risultata evidente, per la frequente coesistenza nello stesso individuo di un canale controlaterale dilatato o di un rilassamento delle pareti addominali, in caso di ernie in altre sedi.

Si può dunque affermare che nella grande maggioranza delle ernie denunciate come dipendenti da infortunio, l'evento in cui questo si concreta funge solo da occasione rivelatrice.

Le conclusioni sull'ernia infortunio, conformano quanto si ammette ormai nel campo medico legale a correzione di una vecchia concezione patogenica errata, avvalorata da una giurisprudenza troppo corriva. Cioè mentre si deve ammettere che le pareti addominali, primitivamente lese da un trauma, possono cedere dopo un tempo vario, dando luogo alla formazione di una ernia, deve per contro escludere che una brusca propulsione dei visceri addominali verso le sedi erniarie, prodotta da una caduta o da uno sforzo, possa (salvo casi eccezionali e contrassegnati da una sintomatologia caratteristica) determinare la formazione improvvisa di un'ernia prima inesistente, seguono infine i criteri per il riconoscimento dell'invalidità permanente o temporanea. Una ricca bibliografia chiude l'interessante monografia.

st.

La nuova legge infortuni in un volume del Patronato Nazionale.

La Presidenza del Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale, organo delle Confederazioni Fasciste di Lavoratori, ha pubblicato in questi giorni un volume in cui ha raccolto le disposizioni emanate dal Governo fascista per l'assicurazione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, entrate in vigore, com'è noto, il 1 aprile u. s.

Il volume si apre con un commento sulla nuova legge, nel quale, con chiara ed efficace sintesi, sono passati in rassegna gli istituti fondamentali della nuova legge e ne sono posti in rilievo le più importanti innovazioni rispetto alla legge abrogata.

La pubblicazione ha un carattere eminentemente pratico e riuscirà certamente di

grande utilità per quanti s'interessano dell'importante riforma, che affida al Patronato Nazionale, quale Ente assistenziale delle Associazioni professionali dei lavoratori, la tutela e il patrocinio degli infortunati.

Un manuale di Giurisprudenza e Legislazione Corporativa e Sindacale.

E' una pregevole pubblicazione dell'avv. G. Di Lauro, divisa in due parti, molto utile per la consultazione di tutti quelli che si occupano di questioni attinenti al lavoro tutelato dallo Stato.

Nella prima parte, di 640 pagine, sono riportate ben 1540 decisioni giudiziarie riguardanti vertenze sorte nella pratica applicazione delle leggi nell'impiego privato, dei contratti collettivi del lavoro dell'industria, commercio ed agricoltura, degli infortuni sul lavoro industriali ed agricoli, della responsabilità per infortunio automobilistico.

La seconda parte contiene il testo delle leggi e decreti richiamati nella raccolta delle sentenze, ed infine riporta il documento fondamentale di tutta la nostra legislazione sociale — la Carta del Lavoro.

Movimento demografico in Austria nel quinquennio 1931-1935 (Estratto da *Münchener Medizinischen Wochenschrift*, N. 10, 1937) - Dott. ERNST FÜRTH - Vienna.

L'A. rileva che nel quinquennio 1931-35 le cifre di natalità sono in sensibile diminuzione, diminuzione che interessa anche la natalità degli illegittimi.

Per quanto riguarda la mortalità generale fa notare che essa è alquanto aumentata nel quinquennio, specie a causa dell'epidemia influenzale verificatasi e che il maggior contributo di decessi è dato da individui con età superiore ai 70 anni. Degno di rilievo è anche il sensibile aumento di mortalità nei lattanti, mentre negli anni precedenti s'era osservata una discreta diminuzione. La quota più alta è data da neonati nel 1° mese di vita. In aumento appaiono anche i nati morti.

Una diminuzione apprezzabile è dato constatare nei decessi per tubercolosi, mentre le morti per tumori maligni presentano un leggero aumento.

La curva dei decessi per malattie infettive nell'età giovanile presenta varie oscillazioni; il maggior contributo è dato dall'infezione difterica.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. DANIELE SIBILIA: *Primo contributo alle conoscenze della spirochaete resurrentis osservate in Addis Abeba.* — Estr. dal « Policlinico », n. 14, 1937.

L'A., che già per primo descrisse dopo l'occupazione di Addis Abeba, 40 casi di febbre ricorrente, studia la morfologia della spirochete, il loro veicolo di trasmissione e il loro potere patogeno verso gli animali, concludendo trattarsi di virus europeo-cosmopolita dei pidocchi per spirochete tipo Obermejer.

Dott. DANIELE SIBILIA, *Tentativi di modificare sperimentalmente nel sangue periferico di ammalati di febbre ricorrente, i reperti spirochetici negativi.* — Estr. dal « Policlinico », n. 14, 1937.

L'A. introducendo nell'organismo alcune sostanze (adr. per via venosa e tubere, per via ipodermica) non ha visto modificare la negatività dei reperti spir. nel sangue periferico in alcuni periodi della malattia. Ciò fa pensare alla possibilità di un ciclo evolutivo delle spirochete piuttosto che ad una loro migrazione in organi profondi.

Dott. CARLO ZOTTI, *Sulle variazioni del potere diastatico della saliva nelle diverse affezioni dello stomaco.* — Estr. da « Riforma Medica », n. 21, 1929.

L'A., da quanto ha esposto, ritiene che non si possa parlare di un vero e proprio parallelismo fra secrezione salivare e secrezione gastrica, ma che la diminuzione del potere amibolitico che si riscontra nelle più gravi affezioni dello stomaco, come pure in tutti gli stati cachettici, è consecutiva allo stato di denutrizione dell'individuo e forse a fatti tossici generali che si ripercuote, ma in linea del tutto secondaria, su tutti gli apparati ed organi, comprese quindi anche le ghiandole salivari, determinando un'alterazione e una diminuzione della loro funzionalità.

Dott. RENATO ZOTTI, *Il chimico nella terapia delle affezioni polmonari acute.* — Estr. da « Rinascenza Medica », n. 24, A. V, 1928.

L'A. passa rapidamente in rassegna le varie malattie, all'infuori della malaria, nelle quali l'uso del chinino ha arrecato beneficio, soffermandosi in special modo sulle affezioni polmonari acute che, secondo ricerche concordi, ne ricavano ottimi effetti, specie se prodotte dal bacillo di Fränkel od anche dal bacillo di Pleiffer.

Lasciando da parte la via gastrica, che sembra non eserciti chiaro beneficio, e ricorrendo alla via ipodermica, l'A. ha ottenuto i migliori risultati in numerosi infermi della Clinica Medica di Siena con l'uso della soluzione colloidale di bicloridato di chinina (Gelochin) che si è dimostrata indolora, attivissima e assolutamente priva di inconvenienti.

Dott. RENATO ZOTTI, *Rilievi sugli effetti della cura tiroidea in un caso di mixedema infantile.* — Estr. dal periodico mensile « La Clinica Pediatrica », A. XVI, f. XII, 1934.

Nel suddetto lavoro l'A. ha potuto controllare, in un caso di mixedema infantile, con l'esame scopico e funzionale dei capillari, il miglioramento che andava di pari passo con quello constatato con le altre indagini cliniche, in seguito alla cura tiroidea.

Dott. RENATO ZOTTI, *Influenza della bordosi provocata sulla secrezione e sul Ph urinario.* — Estr. da « Rivista di Clinica Pediatrica », luglio 1928, p. 555.

Dagli esperimenti fatti l'A. rileva che l'apparato uropoietico reagisce portando delle modificazioni nella quantità, densità, reazione, Ph, albumina e sedimento urinario.

Prof. ATTILIO ASCARELLI, *Commemorazione del Prof. Salvatore Ottolenghi.* — Estr. dall'« Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale », vol. LVII, 1937.

E' una rievocazione della figura del grande scienziato ed una esaltazione della sua attività scientifica nel campo medico-legale.

Proff. MAROTTA, LAZZARINI e CALÒ, *I medicinali e il metodo Rinaldi per la cura delle artriti,* a cura del Min. dell'Interno, Istituto di Scienza Pubblica.

Viene riportata gran parte della Relazione presentato all'Istituto di Sanità Pubblica dalla quale risulta che il metodo Rinaldi era basato sulla somministrazione per via endomuscolare di glicerofosfati di sodio a dosi elevatissime di 6 gr. al giorno, associato a cure idriche e di stricnina.

Prof. V. GIORDANO, *Le malattie del fegato.* — Ediz. Wassermann, Milano, 1936.

In questo volume sono riunite dall'A., primario degli Ospedali di Genova, le più sicure cognizioni del vasto campo delle affezioni di questo organo, dalla malattia epatica in forma semplice e nello stesso tempo completa, aggiornata fino ai più recenti studi italiani. Specialmente interessanti risultano i capitoli

che riguardano le correlazioni del fegato con altri organi e sistemi come pure quello sulla funzionalità epatica.

G. C. MANON, *Il servizio automobilistico militare in Somalia*. — Estr. da « Rivista di Fanteria », 1937, n. 6.

La rievocazione dell'attività del Corpo automobilistico fatta dall'A. in questo articolo dimostra tutta la grande importanza che essa ha avuto nell'azione vittoriosa delle armi italiane.

Dott. BERNARDO BELLUCCI, *Sacralizzazione dolorosa d'una vertebra lombare soprannumeraria*. — Tipografia Sociale Jacelli e Saccone, Caserta, 1936.

L'A. illustre un caso rarissimo di sacralizzazione dolorosa d'una vertebra lombare soprannumeraria, migliorato con l'elettroterapia e la diatermia.

Dott. CORINTO MIRELLI: *Un nuovo apparecchio per la misurazione della temperatura nella diatermia ginecologica*. — Estr. dalle « Rivista di Ostetricia e Ginecologia Pratica », n. 1, 1931.

L'A. descrive un apparecchio di facile uso e di poco costo per la misurazione della temperatura vaginale in diatermia.

Dott. BERNARDO BELLUCCI, *Il potere battericida nell'urina verso il bacillo di Koch nella t.b.c. chirurgica*. — Tipogr. Sociale Jacelli e Saccone, Caserta, 1936.

L'A. ha constatato che il potere battericida delle urine nella t.b.c. chirurgica è presente nella grandissima maggioranza dei casi, mentre è assente nelle forme malore chirurgiche non t.b.c. e negli individui clinicamente sani.

Dott. CORINTO MIRELLI, *Le flebiti e i fibromi uterini*. — Estr. da « Rivista d'Ostetricia e Ginecologia Pratica », n. 9.

L'A. illustra due casi di flebite nel decorso di fibromi uterini guariti mediante la radioterapia.

Dott. CORINTO MIRELLI, *Il Medico Sportivo*. — Estr. dalla « Cronaca Prealpina ».

L'A. esalta la medicina sportiva, l'istituzione della quale ha già formato una coscienza nuova nell'ambiente medico italiano.

Ing. CARLO M. SPIRITO, *Protection Sanitaire Collective par l'Institution Nationale d'un fiche medicale obligatoire*. — Arti Grafiche Viscardi, Milano, 1937.

Viene proposta l'istituzione di una scheda personale che l'A. chiama « Sanidex » nella

quale dovrebbero essere annotate tutte le malattie dalla nascita alla maternità in modo da poter ottenere utili notizie non solo ai fini della medicina sociale ma anche per la prevenzione delle malattie essendo nella scheda annotate anche alcune misure biometriche importanti.

ASSICURAZIONI GENERALI DI TRIESTE E VENEZIA, 1937-XV.

In ricca veste tipografica dopo un accenno alla produzione nei vari rami e della compartecipazione specie all'estero vengono illustrati gli acquisti immobiliari fatti durante l'anno.

Prof. Dot. C. CERIN, *Sulle concause sopravvenute in regihe di rendita*. — Estratto da « L'Assistenza Sociale », Gennaio 1937-XV.

E' una comunicazione fatta alla Riunione dell'A. Italiana di Medicina Legale, il 30 settembre 1936 a S. Marino nella quale, dopo alcune premesse dottrinali vengono illustrati alcuni gruppi di concause sopravvenute. Da esse l'A. passa ad esporre i criteri di valutazione e viene infine segnalata una sentenza che allarga il campo di indennizzabilità in tali evenienze.

Id., *Una scuola ed una specialità*. — Estratto da « L'Assistenza Sociale » 1937, n. 3.

E' un commento critico all'inaugurazione della Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni, nel quale viene illustrato il discorso tenuto in quell'occasione dal Ministro Guardasigilli S. E. Lantini.

Id., *Studio infortunistico sugli esiti delle fratture dei metatarsi e dei metacarpi*. — Estratto da « Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale » Vol. LVII (Fasc. Supplementare).

Riporta le conclusioni di un altro studio clinico infortunistico che si riferisce a 300 casi clinici di questo genere di fratture.

Id., *Alcune considerazioni medico-sociali sulle cartelle biotipologiche*. — Estratto da « Archivio di Antropologia criminale e Medicina Legale » Vol. LVII (Fasci. Supplementare).

Come medico dell'O.N.B. l'A. ha occasione di redigere frequentemente tali cartelle che non si presterebbero allo scopo profilattico che si desidera; propone perciò lievi modifiche alle cartelle biotipologiche.

Id., *La diagnosi radiologica delle fratture dei metatarsi.* — Estratto da « Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale » Vol. LVIII (Fasc. Supplementare).

Studia la diagnosi cronologica delle fratture in base ad una ricca statistica di 2000 casi clinici.

Dott. ANTONIO TIZZANO, *Le più recenti tavole di mortalità delle Nazioni straniere.* — Estratto da « Studium » A. 26, n. 11, 1936.

L'A. riporta le più recenti tavole statistiche circa la mortalità in alcuni Stati. Dalle cifre desunte sia in ordine alla vita media, sia ai sopravvissuti si vede che i rapporti di mortalità sono migliorati in tutti gli Stati.

Le cifre vengono considerate in base ai risultati degli ultimi censimenti e le deduzioni sono state fatte per alcuni paesi tenendo conto dei centri più o meno abitati, de sesso degli abitanti delle popolazioni urbane o rurali, dei mestieri e delle professioni.

Id., *Sulle espressioni matematiche della durata della vita umana.* — Estratto dal « Periodico di Matematiche », Vol. XIV, n. 4, 1936.

L'A. sulla scorta della numerosa bibliografia specialmente tedesca, porta a conoscenza dei lettori le formule intorno all'andamento della mortalità dei viventi e l'altezza delle natimortalità.

Tali formule vengono presentate con considerazioni circa la loro genesi storica fin dalle prime fissazioni con sistemi primitivi e soprattutto empirici.

NUPTIALIA

Il 24 aprile u. s. in Roma il nostro Redattore Capo Dr. Alberto Starna si è unito in matrimonio con la sig.na Maria Marcucci.

* * *

Il 3 giugno c. a. in Torino il Dr. Salvatore Fiandaca del Centro di Assistenza Sanitaria di Torino, ha coronato il suo sogno d'amore con la sig.na Franca Internicola.

Ai colleghi Starna e Fiandaca, i rallegramenti e gli auguri più sinceri.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

Dr. Pucci Biagio, Tortora (Cosenza).

Dr. Pellegrini Luigi, Lesignano di Bagni (Parma).

Dr. Lucas Valente, Albona (Pola).

Dr. Meale Enrico, Pagani (Salerno).

Dr. Cipriotti Pietro, Ronchi dei Legionari (Trieste).

Dr. Romelli Luigi, Ponte Nossa (Bergamo).

Dr. Moro Mario, Remedello (Brescia).

Dr. Moreddu Moretto, Oschiri (Sassari).

Dr. De Martini Gian Giacomo, Thiesi (Sassari).

On. Dr. Biffis Pietro, Treviso.

Dr. Tasso Oreste, Alessandria.

La facoltà medica dell'Università di Torino deve lamentare, a breve distanza dalla perdita del prof. Ceconi, un'altro grave lutto, la repentina scomparsa del senatore **Ferdinando Micheli**, che per molti anni ha tenuto con alto prestigio la Cattedra di Clinica Medica presso quella città.

Il Suo nome, che non sarà dimenticato da quanti conobbero la Sua attività scientifica non disgiunta da quella che egli esplicava all'Ospedale Maggiore ed al Centro Tumori è ricordato con speciale deferenza da noi che fummo onorati di poterlo contare fra i nostri Consulenti più illustri.

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma.

Le Assicurazioni Popolari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nell'anno 1936

Il popolo italiano ha dato larghi segni di comprendere ed apprezzare lo sforzo compiuto dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nel conferire alle « Assicurazioni Popolari » caratteristiche e privilegi, che non trovano riscontro nemmeno presso le Nazioni più progredite nel campo Assicurativo. Giova al riguardo considerare alcuni dati molto eloquenti sulla gestione del 1936 di questo ramo, per persuadersene :

Produzione: Nel 1936 sono stati raccolti **364.673** nuovi contratti, con un aumento di ben 167.639 sul numero raccolto nel 1935. Tali nuovi contratti rappresentano un capitale assicurato e perfezionato di **L. 647.392.795**, con un aumento di L. 226.600.000 in confronto al precedente esercizio. È un progresso cospicuo ed è un sicuro auspicio per il prossimo futuro.

Portafoglio: Tenuto conto di questa nuova produzione, a quanto ammontava al 31 dicembre 1936 il portafoglio dell'Istituto per le « Assicurazioni Popolari »?

Ad *un miliardo e settecento milioni* di capitali assicurati, ripartiti in 865.000 contratti.

L'incremento netto del portafoglio è stato di circa mezzo miliardo di lire; il doppio, press'a poco, dell'anno precedente.

Incasso premi: Sempre nell'esercizio 1936 l'incasso dei premi è ammontato, in cifra tonda, a settantadue milioni, con un incremento di oltre ventun milioni sugli incassi del 1935.

Questa confortante ascensione è dovuta, oltrechè all'aumentata produzione, al minor numero di *rescissioni* e di *riscatti* e ad una più favorevole *mortalità* sempre in confronto al precedente esercizio. Infatti **le rescissioni** sono scese dal 14,55 % al 10,20 %; **i riscatti** dal 3 al 2,67 %; **le mortalità** da 0,57 a 0,48 %.

La minore mortalità verificatasi nel 1936 in confronto al 1935 è un fatto molto notevole e che va al di là dell'interesse dell'Azienda.

Le sensibili diminuzioni delle rescissioni e dei riscatti dimostrano l'efficacia della propaganda dell'Istituto, che tende costantemente a persuadere il pubblico dell'utilità, anzi della necessità del risparmio assicurativo, con il conseguente sviluppo ed il consolidamento della coscienza assicurativa degli italiani.

L'esposizione dei dati e delle brevi considerazioni di cui sopra, se è la più chiara conferma dell'attività eccezionale spiegata dall'**Istituto Nazionale delle Assicurazioni** per chiamare sempre più larghe masse di cittadini a godere dei benefici insuperabili della previdenza assicurativa, vuole significare, più che l'espressione di un legittimo compiacimento, un incitamento ai cittadini che ancora non hanno compreso i singoli benefici delle « Assicurazioni Popolari » e, come è nel costume fascista, un fermo, tenace proposito dell'Istituto di proseguire arditamente sulla via di un sempre crescente progresso tecnico e organizzativo per il raggiungimento di questa meta ideale: **una polizza di assicurazione vita in ogni famiglia italiana.**

**Rivolgersi per informazioni e chiarimenti alle Agenzie
generali e locali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni**



Corporate Heritage
& Historical Archive