

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno X
Numero 2
15 Aprile
1941 . XIX

Spedizione in abbonamento postale - Roma

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

GENERALI

Generali Heritage
& Historical Archive

UNA NUOVA GRANDE INIZIATIVA

L'ASSICURAZIONE MALATTIE



Sono numerose le Casse Mutue Malattie, che — con pieno successo — operano su vasta scala in Italia a protezione di svariate categorie di lavoratori; ma vi sono tuttavia molti cittadini che per la loro posizione e per la loro speciale attività, sono fuori di esse e quindi non godono di nessuna speciale provvidenza quando cadono ammalati.

La Società « Praevidentia », collegata con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che ne garantisce in pieno tutte le polizze, ha colmato tale notevole lacuna con la POLIZZA CONTRO LE MALATTIE.

ESEMPI PRATICI

« Un uomo di 40 anni di età col versamento di L. 125 l'anno — anche ratizzabili — si assicura, in caso che cada infermo per qualsiasi malattia medica o chirurgica, una « diaria di L. 10 per la durata di 90 giorni e L. 5 per altri 90 giorni; oltre ad una somma « di L. 900 in caso di morte ».

« Una donna dell'età di anni 30 versando L. 150 l'anno, sempre ratizzabili, oltre « alle prestazioni sopra indicate, si assicura anche una indennità di L. 150 per ogni « parto ».

♦ ♦ ♦ ♦

Naturalmente, le dette prestazioni sono aumentate in proporzione con l'aumento dei premi annui che l'assicurato si impegna di versare.

Tutte le Agenzie Generali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che rappresentano in ogni zona la « Praevidentia », sono pronte a fornire notizie e chiarimenti su questa nuova forma assicurativa.

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI

Comitato di redazione: Dott. P. CIATTI, Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, Dott. T. RICCIOTTI

Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE - VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA
ABBONAMENTO ANNUO: PER L'ITALIA L. 20; PER L'ESTERO L. 40; PER I MEDICI FIDUCIARI L. 10

SOMMARIO

- | | |
|---|--|
| <p>1. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:
Dott. M. BIASIOTTI, La diagnosi differenziale e la prognosi delle ematurie nella pratica assicurativa 54</p> <p>2. Indagini di statistica medica:
Prof. M. VELE, Le cause di sinistro fra donne assicurate dell'I.N.A. 66</p> <p>3. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:
Dr. A. STARNA, L'elemento psicologico della malafede nella giurisprudenza e nella legislazione Assicurativa 74</p> | <p>4. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:
Dr. T. RICCIOTTI, Costole cervicali soprannumerarie e loro importanza in rapporto all'esame clinico-radiologico dell'apparato respiratorio 88</p> <p>5. Dalla pratica assicurativa 91</p> <p>6. Notiziario 92</p> <p>7. Dai Periodici 94</p> <p>8. Pubblicazioni ricevute 102</p> <p>9. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 104</p> <p>10. Provvidenze Sanitarie a favore degli Assicurati dell'INA I-VIII</p> |
|---|--|

SOMMARIO DEL N. 2 - EDIZIONE SPECIALE

1. *Consigli agli assicurati*: a) Dott. A. STARNA - Il prurito.
b) Dott. DE JORIO - L'alimentazione dei nefritici cronici.
c) Dalle riviste: Consigli di igiene pratica.
2. *Notiziario*: Distribuzione ed utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica dell'I. N. A.
3. *Provvidenze Sanitarie*.

NORME PER I COLLABORATORI: Si pubblicano lavori brevi (massimo quindici 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 quaranta estratti. - Gli originali non si restituiscono.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita

La diagnosi differenziale e la prognosi delle ematurie nella pratica assicurativa

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

In un precedente lavoro richiamai l'attenzione dei Fiduciari sulla importanza delle ematurie e sulla necessità di praticare sempre con la più scrupolosa attenzione l'esame chimico e microscopico dell'urina, ricordando anche i più comuni mezzi ed accorgimenti di tecnica atti a svelare la presenza dell'ematuria, anche microscopica. Mi limito perciò ad accennare ai criteri diagnostici che ci possono aiutare a localizzare la provenienza del sangue commisto all'urina e ad accertare la natura del processo morboso che ha determinato l'ematuria. Esporrò infine qualche breve considerazione d'indole generale sul valore prognostico del sintomo ematuria, in quanto una prognosi esatta è in funzione dell'affezione causale e non può quindi essere trattata che separatamente, per ciascuna delle affezioni stesse.

Non mi è stato possibile apportare il contributo dei dati statistici data la vastità e complessità dell'argomento e le inevitabili difficoltà nella raccolta di dati stessi, difficoltà inerenti da un lato alla relativa scarsità del nostro materiale urologico e dall'altro e forse principalmente al fatto che, il materiale stesso non sempre è utilizzabile ai fini dello studio dell'ematuria, per la incompletezza dei dati anamnestici ed obiettivi nei confronti del sintomo stesso.

Questo lavoro ha solo lo scopo di portare un modesto contributo allo studio di così vasto e complesso argomento, per servire di stimolo e di base a più ampi

e precisi esami e soprattutto richiamare l'attenzione dei Fiduciari sulla relativa frequenza dell'ematuria e sulla sua grande importanza prognostica, dovendo essa venire sempre considerata come sintomo allarmante ed essendo spesso l'unico segno di gravi lesioni dell'apparato urinario.

Infatti secondo la maggioranza degli autori una ematuria vera, ben accertata deve essere sempre considerata come patologica e perciò indice di una lesione traumatica, infiammatoria, neoplastica o parassitaria dei reni o delle vie urinarie.

Infatti per la produzione di una ematuria bisogna che si sia determinata una delle seguenti alterazioni morbose:

1) Lesione vasale, che può essere di natura traumatica in senso stretto (ferite, contusioni, rotture dei reni e delle vie urinarie), od in senso lato (calcolosi, ecc.), di natura flogistica (tubercolosi, pielite, ecc.) di natura neoplastica o parassitaria (Bilharzia, ecc.).

2) Aumento della pressione circolatoria a carico dell'apparato urinario con congestione attiva, di natura flogistica od irritativa (tubercolosi, pielite, nefrite, litiasi, ecc.) o con congestione passiva (rene da stasi, evacuazione troppo rapida in caso di distensione delle vie urinarie per ritenzione [ematuria *ex vacuo*]), ecc.

3) Alterazione della parete dei capillari o della crasi sanguigna come nelle varie sindromi e diatesi emorragiche.

E' ovvio che questo terzo gruppo di alterazioni morbose è per la sua stessa natura di minor interesse per il medico delle assicurazioni vita, in quanto in essa l'ematuria è solo un episodio, un *epifenomeno* nel quadro di una sindrome emorragica pluriviscerale ed è accompagnato da altre emorragie, viscerali, sottocutanee, gengivali, ecc.

Pur dovendo per completezza accennare brevemente anche ad esse mi limiterò però alla esposizione dei vari tipi di ematuria *sintomo isolato*, tridente da sola l'esistenza di un'affezione organica dell'apparato urinario; tale limitazione del resto non riduce la vastità dell'argomento perchè il sintomo « ematuria » si può riscontrare in quasi tutte le affezioni dell'apparato urinario sia acute che croniche.

Perciò l'aver constatato con certezza che un assicurando è affetto da ematuria mette il medico fiduciario di fronte a gravi quesiti diagnostici rendendo più che mai necessario uno scrupoloso esame clinico ed un minuziosissimo interrogatorio anamnestico.

Sia perchè l'entrare anche in questo argomento ci porterebbe troppo lontano, sia perchè ne ho già parlato nell'articolo sopracitato, non mi soffermo sulla diagnosi di ematuria vera o falsa (pseudematuria di origine medicamentosa, ecc. emoglobinuria) o da mescolanza alle urine di sangue proveniente dalle vie genitali femminili.

Una volta accertato perciò che si tratta di ematuria vera il primo quesito diagnostico è quello della localizzazione della sede dell'emorragia. Il secondo quesito diagnostico, ancora più difficile, è quello eziologico essendo molto difficile stabilire, con i mezzi di cui possiamo disporre nella pratica assicurativa, quale causa abbia determinato l'ematuria.

Il medico fiduciario di fronte ad un

assicurando ematurico dovrà perciò passare mentalmente in rapida rassegna tutta la patologia dei reni, della vescica e della prostata, onde potere, per eliminazione, giungere ad identificare la sede e la causa dell'emorragia. Ritengo perciò utile ricordare le principali affezioni morbose dell'apparato urinario che possono presentare, isolato od associato ad altri sintomi, il sintomo ematuria, seguendo la classificazione delle ematurie basate sul luogo di provenienza del sangue (ematuria uretroprostatiche, vescicali e renali).

Non essendo possibile per ragioni intuitive praticare il cateterismo, e tanto meno la cistoscopia ed il cateterismo ureterale e la pielografia, l'esame dell'ematurico nella pratica assicurativa dovrà limitarsi all'esame dei reni, con la palpazione dell'addome specie nella regione ipogastrica, alla palpazione degli epididimi e dei testicoli per riscontrarvi eventuali nodosità tubercolari, e quando sia possibile all'esplorazione rettale che sarà particolarmente utile per la diagnosi di cancro della prostata e della vescica. Anche l'esame delle urine potrà darci qualche elemento diagnostico utile per accertare la causa dell'ematuria e la localizzazione della lesione: così calcoli o abbondanza di cristalli di ossalato di calcio o di acido urico, cilindri renali e cellule epiteliali delle varie parti dell'apparato urinario, frammenti di tumore o cellule neoplastiche, albumina che, pure essendo sempre presente quando vi è ematuria per la presenza della sieralbumina ematica, può essere in quantità tale da superare quella contenuta nel sangue mescolato all'urina ed indirizzarci allora verso la diagnosi di lesione renale.

Nella pratica medica delle assicurazioni-vita, per stabilire donde viene il sangue disponiamo solo della nota prova dei tre bicchieri che però, come vedre-

mo in seguito, ha un valore relativo, non potendo usare la cistoscopia.

L'*ematuria uretroprostatica* è abitualmente iniziale (primo bicchiere) o iniziale e terminale (1° e 3° bicchiere), perciò l'urina non è tutta ematica ma solo le prime o le ultime gocce sono di sangue quasi puro: queste ematurie sono in genere causate da ipertrofia congestizia della prostata, da varici del collo vescicale nei prostatici, da vegetazioni polipose, da cancro o tubercolosi della prostata, più raramente da restringimenti uretrali, traumi in seguito a cateterismo, uretrite acutissima, blenorragia, ecc.

L'*ematuria prostatica* è sempre lieve, il sangue compare solo nelle ultime gocce di urina, la diagnosi di causa è possibile con l'esplorazione rettale che ci fa rilevare l'aumento di volume della prostata che è più o meno molle nella ipertrofia semplice, duro lignea ed a superficie irregolare nel cancro della prostata; è noto inoltre che il cancro della prostata dà luogo ad ematurie più frequenti, a dolori intensi, all'infiltrazione cancerosa dei gangli iliaci e a gravi alterazioni dello stato generale con cachessia più o meno rapida, ecc. La tubercolosi prostatica è quasi sempre collegata a lesioni tubercolari del testicolo, dell'epididimo o delle vescicole seminali che si possono sentire all'esplorazione rettale, i fenomeni generali, e la febbre sono presenti qui come nelle altre localizzazioni urogenitali della tubercolosi.

Ematuria vescicale. — Si suol dire che l'*ematuria vescicale* è per lo più terminale, ma in realtà è molto spesso totale, o totale e terminale insieme, in quanto pur essendo totale l'urina emessa alla fine della minzione è più intensamente ematica; tale fenomeno, che si verifica specialmente quando la minzione viene effettuata in stazione eretta, è dovuto sia al fatto che l'abbassarsi della pressione intravescicale determinata

dallo svuotamento della vescica favorisce una nuova emissione del sangue dai vasi della mucosa alterata che al fatto che nell'*ematuria vescicale* il sangue sedimenta nel bassofondo vescicale e quindi fuoriesce più abbondante verso la fine della minzione.

D'altronde è chiaro che se teoricamente possiamo considerare l'*ematuria* iniziale come da origine uretroprostatica, la terminale come di origine vescicale o vescico-prostatica, e la totale come di origine renale od uretrale, in pratica questi criteri, se applicati in modo troppo schematico, possono portare ad errori di interpretazione in quanto una *ematuria* totale può anche esser provocata da una abbondante emorragia vescicale da papilloma della vescica o da varici prostatiche, mentre per contro una *ematuria* apparentemente terminale può essere provocata dall'emorragia a getto intermittente dei tumori del rene.

Abitualmente la presenza di coaguli nastriformi grossi e corti depone per la provenienza del sangue dalla vescica. Talora si notano anche frustoli neoplastici. Anche il colore rosso piuttosto vivo, la reazione alcalina ed un contenuto di albumina relativamente scarso depongono in favore dell'*ematuria vescicale*. All'esame microscopico del sedimento urinario oltre a numerosi globuli rossi si riscontrano anche leucociti più o meno numerosi, molte cellule epiteliali della vescica, e, data la facile fermentabilità, se le urine sono state lasciate a sè anche per poco tempo, si rinvencono cristalli di triplofosfato ammonicomagnesiaco.

L'*ematuria vescicale* può essere isolata od accompagnata da piuria e fenomeni cistitici.

Le ematurie vescicali isolate sono per lo più dovute a polipi vescicali e sono allora spontanee indolori, abbondanti,

capricciose per la durata e la scomparsa, non influenzate dal movimento e dal riposo, ecc. Più raramente queste ematurie sono causate da angiomi vescicali, da varici, da parassiti, corpi estranei, calcoli, traumi, taluni medicamenti (urotropina, acido salicilico, cantaride, ecc.), sifilide vescicale.

Delle ematurie di origine vescicale la maggior parte è accompagnata da piuria e fenomeni cistitici (dolori alla minzione, pollachiuria, tenesmo, disuria, incontinenza o ritenzione di urina con minzione per rigurgito).

Per limitarci a quello che più ci interessa ricorderò:

1) *L'ematuria da calcoli in vescica*, che è per lo più poco abbondante, molto dolorosa, spesso più intensa alla fine della minzione; si verifica in genere in individui in piena salute in seguito a strapazzi, gite a piedi, a cavallo, in auto, ecc., cessa col riposo come tutte le ematurie traumatiche, si differenzia dall'ematuria da nefrolitiasi per la mancanza delle coliche renali, per la localizzazione del dolore in sede vescicale, per i disturbi della minzione, ecc.

2) *L'ematuria neoplastica*: nei carcinomi e sarcomi della vescica manca raramente, è spontanea, comparso e scomparsa senza causa apprezzabile, precoce ed indolore in un primo tempo, intermittente con intervalli talora lunghi, spesso più intensa alla fine della minzione, col tempo diventa sempre più frequente ed infine continua; in periodo avanzato stabilendosi una cistite secondaria le urine diventano grigio-sporche di odore putrido e contengono, oltre al sangue, pus e talora frustoli neoplastici. Insorgono allora anche i sintomi generali: dimagramento, cachessia, anemia, ecc. L'esplorazione rettale associata alla palpazione ipogastrica permetterà di riconoscere le dimensioni e talora la sede

del tumore; utilissima naturalmente sarebbe la cistoscopia.

3) *L'ematuria da tubercolosi vescicale*: la tubercolosi primitiva della vescica è rara e si tratta per lo più di cistiti secondarie a tubercolosi renale o più raramente a tubercolosi genitale; l'ematuria tubercolare vescicale è terminale, per lo più minima e di solito precede le ulcerazioni (emottisi vescicali di GUYON) essendo di natura congestizia. Si associa ai caratteristici disturbi vescicali ed ai segni della concomitante tubercolosi del rene e spesso è anche accompagnata da tubercolosi degli epididimi, della prostata o delle vescichette seminali.

4) *Ematuria blenorragica*: è limitata per lo più a poche gocce di sangue alla fine della minzione ed è associata a gonorrea in atto.

5) *Ematuria colibacillare*: può essere abbondante e venir confusa con quella tubercolare perchè le lesioni renali colibacillari anche all'esame cistoscopico simulano quelle tubercolari.

6) *Ematuria nelle cistiti acute e croniche*: si può avere spesso e senza causa apprezzabile ma è per lo più scarsa comparso il sangue solo nelle ultime gocce.

7) Ricordo infine le ematurie da bilharzia; spontanee, indolori, poco abbondanti, a ripetizione, che durano mesi ed anni; la diagnosi naturalmente è possibile solo se si trovano nell'urina le caratteristiche uova di bilharzia.

Tra le ematurie di origine vescicale che abitualmente sono accompagnate da piuria e sintomi di cistite dobbiamo ricordare quelle collegate all'appendicite iuxta vescicale (riconoscibile per la comparsa dei dolori al momento della minzione); alle infiammazioni degli annessi ed al cancro dell'utero (in tali casi l'e-

maturia è solo espressione del processo neoplastico o dell'ascesso che sta per aprirsi nella vescica); ed infine al cancro del retto che può talvolta presentare come primo segno una ematuria probabilmente dovuta alla congestione degli organi pelvici.

Ematurie renali. — Nell'ematuria renale l'urina è uniformemente ematica durante l'intera minzione, essendo intimamente mista a sangue, ha reazione acida e contiene molta più albumina di quella che potrebbe esser contenuta nel siero del sangue mescolato all'urina. Particolarmente caratteristico dell'ematuria renale è il reperto dei cilindri ematici, cioè di cilindri urinari composti di globuli rossi inglobati il più delle volte in una rete filamentosa di fibrina o cilindri di altro tipo coperti da globuli rossi e globuli bianchi.

Anche la mancanza di grossi coaguli depone in genere per l'ematuria renale; secondo GUMPRECHT la presenza nell'urina di globuli rossi relativamente abbondanti e frammentati e disfatti in piccoli grumi depone per l'origine renale del sangue, perchè questi globuli rossi frammentati sono molto scarsi nelle ematurie vescicali; questa frammentazione dei globuli rossi viene da GUMPRECHT attribuita all'azione dell'alto contenuto di urea negli epitelii renali sul sangue stravasato nei reni e venuto a contatto con gli epitelii stessi.

I globuli rossi si presentano inoltre diversi per forma e grandezza essendo alcuni piccoli e retratti, altri spinosi, ecc. La fossetta centrale delle emazie è spesso straordinariamente chiara, talvolta le emazie sono rigonfiate e ridotte ad uno stroma pallido privo della sostanza colorante o sono scomposte in granuli o sfere di sostanza contenente emoglobina.

Accanto agli elementi sanguigni si

possono trovare pezzettini di tessuto neoplastico, ecc. caduti per strozzamento, che possono offrire sicuri elementi per la diagnosi di natura dell'ematuria.

Molte volte però senza la cistoscopia è difficile accertare l'origine renale del sangue perchè anche i cilindri ematici, che soli potrebbero in maniera assoluta accertare la provenienza del sangue dal rene, non sono certo reperto costante.

Veniamo ora a passare in rassegna le principali affezioni renali capaci di determinare una ematuria.

L'ematuria nella tubercolosi renale.

— La tubercolosi renale si manifesta talvolta come primo ed unico sintomo con una ematuria così improvvisa e precoce da esser giustamente denominata « ematuria d'allarme » od « emottisi renale » in quanto l'ematuria ha nei confronti della tubercolosi renale lo stesso valore che la emottisi premonitrice presenta nei confronti della tubercolosi polmonare (MARAGLIANO). Questa ematuria è congestiva e di abbondanza variabile, ma generalmente modica in quanto le urine emesse hanno per lo più un colore rosa pallido e spesso solo l'esame microscopico del sedimento urinario rivela la presenza del sangue. Altri caratteri di questa ematuria sono quelli di comparire in genere spontaneamente, di essere indolore, tranne naturalmente i casi di occlusione dell'uretere da parte di coaguli sanguigni nei quali si hanno vere e proprie coliche renali, dovute all'emissione dei coaguli stessi, ed infine di essere raramente isolata e per lo più associata a piuria.

Tuttavia è spesso molto difficile riconoscere l'origine tubercolare di questa ematuria perchè verificandosi in periodo iniziale, prima dell'insorgenza dei caratteristici disturbi della minzione, essa sopravviene senza causa manife-

sta e senza alcun sintomo collaterale come unico segno di allarme in soggetti che sembrano godere buona salute. Perciò in caso di ematurie apparentemente essenziali bisogna sempre pensare in primo luogo alla tubercolosi; nella letteratura sull'argomento sono descritti casi nei quali neanche la nefrotomia esplorativa potè dimostrare apprezzabili lesioni tubercolari che furono rilevate solo all'esame istologico; molti di questi casi perciò vengono ritenuti ematurie essenziali mentre l'ulteriore decorso, con lo svilupparsi dopo un tempo variabile di una chiara tubercolosi renale, dimostra che si trattava invece di tubercolosi renale nel periodo iniziale o nella forma clinica detta appunto « ematurica ». D'altra parte sono proprio questi i casi che con maggior frequenza possono incontrarsi in medicina delle assicurazioni vita e quanto ho sopra riportato giustifica pienamente il criterio seguito nella pratica assicurativa di considerare ogni ematuria in atto come sintoma grave che non consente la immediata accettazione del rischio, ma consiglia il rinvio. Per convincersi della giustezza e della assoluta necessità di questa misura cautelativa, che potrebbe forse sembrare esagerata ad una osservazione superficiale, basta considerare che nella nostra pratica assicurativa la diagnosi di tale affezione è ancor più difficile che nella ordinaria pratica clinica perchè vengono a mancare i preziosi dati della cistoscopia, del cateterismo degli ureteri, della pielografia discendente con uroselectan e delle indagini biologiche.

Dobbiamo infatti tener ben presente che tutte queste ricerche, utilissime e di uso comune nella ordinaria pratica clinica, sono inapplicabili per ragioni intuitive nella nostra pratica assicurativa nella quale possiamo solo disporre dell'esame clinico, dell'esame chimico,

microscopico e batterioscopico delle urine e della radiografia del torace. Ora è noto che la negatività del reperto del bacillo di Koch nelle urine non ha valore assoluto di esclusione per la tubercolosi renale, potendo da una parte essere troppo scarso il numero di bacilli tubercolari nel sedimento urinario, anche se arricchito col metodo delle centrifugazioni sovrapposte; e potendo i bacilli di Koch venire mascherati e nascosti da altri germi, dai corpuscoli purulenti, e dagli elementi morfologici del sangue, mentre d'altra parte sappiamo che nelle urine si trovano spesso bacilli pseudotubercolari acidoresistenti (smezza, ecc.). L'utilissima prova biologica della inoculazione nella cavia per ovvie ragioni è inattuabile in medicina delle assicurazioni vita; così pure altre prove diagnostiche quali la cutireazione alla tubercolina, l'oftalmoreazione, l'intradermoreazione, gli esami sierodiagnostici della tubercolosi sono pure inattuabili o di dubbio valore.

Per cercare di giungere con la massima precisione possibile, se non alla diagnosi di certezza, per lo meno ad un fondato sospetto di lesione tubercolare del rene dobbiamo perciò, nella nostra pratica assicurativa, limitarci ai mezzi già accennati sforzandoci di compensare alla mancanza delle utilissime ricerche collaterali sopra accennate con la migliore utilizzazione dei pochi mezzi diagnostici dei quali possiamo disporre.

Particolarmente importante è l'anamnesi in quanto può rivelarci l'esistenza di tare ereditarie specifiche (tubercolosi nel gentilizio), e precedenti episodi morbosi di sospetta natura tubercolare. Nell'esame obiettivo bisogna ricercare con la più scupolosa attenzione i segni clinici delle lesioni tubercolari degli apici, e lo stato delle ghiandole ascellari che secondo ARCANGELI sarebbe utile indizio di tubercolosi ilare del polmone;

ricorrendo poi sempre al prezioso ausilio dell'esame radiologico dell'apparato respiratorio. Coll'esplorazione rettale, quando sia possibile, cercheremo di esaminare con cura le condizioni della prostata e delle vescichette seminali. La palpazione degli epididimi potrà farci rilevare la esistenza di una concomitante tbc. di questi organi.

E' noto pure che potendo una ematuria essere il primo segno di una lesione tubercolare del rene, la tubercolosi renale si manifesta abitualmente con i disturbi funzionali della minzione determinati da un processo di irritazione della mucosa vescicale conseguente alla d'scesa dal rene malato di materiale infettante contenente in maggiore o minor copia bacilli di Koch o, più precocemente ancora, con fenomeni di pollachiuria e poliuria dovute a semplici turbe nervose reno-vescicali. Nella massima parte dei casi sono dunque i fenomeni vescicali quelli che per primi attirano l'attenzione del malato tanto che, con frase molto espressiva, si suol dire che « il rene tace e la vescica grida il suo dolore ».

E' chiaro perciò che la cistite con la piuria e la caratteristica sindrome vescicale (tenesmo, pollachiuria, dolore alla minzione, ecc.), e la piuria acida con emissione di urine abbondanti, pallide e torbide che non chiarificano mai per sedimentazione spontanea, è molto spesso la spia dell'infezione tubercolare del rene e che molte cistiti non gonococciche nei soggetti giovani oligoemici, in sottopeso sono spesso unica espressione di una concomitante tubercolosi renale. La cistoscopia conferma la diagnosi dimostrandoci la presenza delle caratteristiche lesioni intorno allo sbocco degli ureteri e il cateterismo ureterale permette la identificazione del rene colpito. Ma come ho già detto questi

mezzi di esame non sono attuabili nella nostra pratica assicurativa.

A questo punto si potrebbe osservare che se a scopo diagnostico i caratteristici sintomi vescicali e la piuria sia microscopica che macroscopica sono più importanti della microematuria, la quale dovrebbe essere preceduta, accompagnata e seguita dalla piuria, il sintomo ematuria verrebbe a perdere l'importanza che sopra gli abbiamo attribuito di prezioso segno di allarme, particolarmente nella nostra pratica assicurativa.

Ma in realtà l'ematuria conserva tutta la sua importanza per il fatto che è uno dei sintomi più precoci, e perchè per le speciali condizioni della nostra pratica i dati anamnestici riguardanti i caratteristici disturbi funzionali vescicali possono mancare parzialmente o del tutto, e perciò molte volte solo l'esame microscopico del sedimento urinario rivelandoci l'esistenza di una microematuria, associata o non ad una piuria, verificatasi in un assicurando piuttosto giovane, magro e pallido, ci mette in allarme e ci consiglia a rinviare l'accettazione del rischio.

Inoltre ho ritenuto opportuno soffermarmi più a lungo sul periodo iniziale della tubercolosi renale sia per la maggior frequenza con la quale tale periodo può riscontrarsi nella nostra pratica assicurativa, sia per le sue maggiori difficoltà diagnostiche. E' ovvio infatti che in un periodo più avanzato, anche a prescindere dai disturbi della minzione che potrebbero venir taciuti dall'assicurando, la diagnosi è molto facilitata dalla piuria, dall'albuminuria persistente e dalla stessa ematuria non più congestiva ma spesso dovuta ad una vera e propria caverna del rene, e perciò ben più grave ed abbondante dell'ematuria discreta del periodo iniziale. La diagnosi inoltre verrebbe facilitata in

tale periodo avanzato dal dimagrimento spiccato, dalla febbre, dalla frequente comparsa di segni palesi di tubercolosi polmonare, dalla palpabilità del rene dolente, dalla dolenzia dei punti ureterali, ecc.

L'ematuria nella calcolosi renale. — E' questa forse la causa più frequente delle cosiddette ematurie chirurgiche ed anche la forma di ematuria più frequente ed importante in medicina delle A. V.

Secondo la maggioranza degli Autori l'ematuria isolata è un sintoma che si verifica in almeno il 50 % dei casi di calcolosi renale asettica. L'ematuria nella calcolosi renale è in genere traumatica in senso lato in quanto determinata da lesioni della mucosa delle vie urinarie prodotte dalla migrazione del calcolo attraverso le vie stesse o dall'incuneamento del calcolo nella pelvi o nell'uretere.

Nel caso di ematuria da migrazione del calcolo l'emissione del sangue con le urine compare nel corso di una colica renale o la segue, anzi talora è proprio l'ematuria a fornirci la prova dell'origine renale di una colica atipica che si sarebbe potuta confondere con una colica epatica o intestinale.

Nel caso di ematuria da calcolo incuneato invece i sintomi dolorosi sono meno evidenti limitandosi per lo più ad un leggero dolore fisso nella regione renale che aumenta col cammino e soprattutto con le scosse, e talora ad un semplice senso di fastidio o senso di indolenzimento della regione lombare.

L'ematuria nella calcolosi renale è perciò spesso poco abbondante, provocata da movimenti, scosse, sforzi, cammino prolungato, ecc. e dolorosa. In alcuni casi può essere assai abbondante, specie se coincide con una colica renale, in altri casi invece solo l'esame micro-

scopico del sedimento urinario riesce a metterla in evidenza. Questa ematuria microscopica ha una grande importanza nella diagnosi di calcolosi renale quando manchi per qualsiasi motivo la sintomatologia dolorosa; si riesce più facilmente a svelarla esaminando il sedimento centrifugato dell'urina emessa dopo il cammino od un percorso in autobus o in vettura.

Nella cosiddetta litiasi urinaria larvata molto significativo è il reperto di emazie con abbondante ossaluria od uricuria. Particolarmente importante è l'anamnesi familiare oltre alla personale (diatesi urica).

Anche nella calcolosi renale infetta la ematuria, associata però alla piuria, può rappresentare l'unico sintomo.

La diagnosi di ematuria renale da calcoli è, nella ordinaria pratica clinica, molto facilitata dall'anamnesi che ci informa per lo più di coliche renali pregresse manifestatesi sia nella classica forma di colica renale con dolori lombari che dalla dodicesima costola si irradiano in basso lungo l'uretere verso il testicolo od il grande labbro o la radice della coscia, associati talora ad anuria, vomito, ecc., sia di coliche renali atipiche con dolori vaghi non ben localizzati. Dobbiamo però tener presente che esistono pure casi di nefrolitiasi senza alcuna evidente manifestazione dolorosa, nei quali l'ematuria è l'unico sintomo costantemente presente e persistente: tali sono i casi di grossi calcoli immobilizzati nella pelvi renale, di renella od i casi in cui la sindrome dolorosa è per varie cause molto attenuata.

Nella ordinaria pratica medica la diagnosi di calcolosi renale è inoltre facilitata dall'esame radiologico sia diretto che con l'uso dell'uroselectan che grazie alla pielografia discendente potrà meglio rivelarci i calcoli intrapelvici sotto forma di zone chiare nel bacinetto re-

nale riempito del mezzo opaco di contrasto; e così pure l'esame cistoscopico potrà rivelarci qualche segno ulcerativo in corrispondenza di uno sbocco ureterale. Per ovvie ragioni però tutte queste indagini pur così utili non trovano, almeno per ora, il loro campo di applicazione anche nella pratica medica delle A. V.

L'ematuria dei tumori del rene. —

Anche nei tumori del rene (ipernefroidi, carcinomi, sarcomi, ecc.) soprattutto quando la massa neoplastica invade la pelvi renale l'ematuria spontanea è uno dei segni più costanti e persistenti, esistendo nell'80 % circa dei casi. Essa inizia abitualmente sotto forma di gravi emorragie che compaiono improvvisamente senza alcuna causa apparente e senza dolori scomparendo poi così come sono venute. La durata di queste ematurie è quanto mai variabile potendo durare da qualche giorno a qualche settimana; e pure variabile è la durata dell'intervallo fra due crisi ematuriche, andando da qualche settimana a qualche mese e persino a qualche anno. L'ematuria nei tumori del rene è totale, per lo più abbondante, con emissione di sangue nerastro, spesso accompagnata all'emissione di coaguli vermiformi; essa non è influenzata dal riposo o dai movimenti e dalla fatica, è isolata cioè non associata a disturbi vescicali od a piuria, tende abitualmente ad aumentare col tempo di frequenza e di abbondanza, è intermittente ma nell'intervallo fra una crisi ematurica e l'altra si riscontra abitualmente una microematuria. Questa ematuria microscopica oltre ad essere presente nei periodi intervallari può anche precedere l'ematuria macroscopica.

Raramente si trovano nelle urine particelle del tumore renale.

L'ematuria è dovuta a congestione od

a rottura dei vasi del tumore. La diagnosi di tumore del rene è spesso difficile e costituisce naturalmente solo la risultante di accurate indagini anamnestiche, obiettive, urologiche (cistoscopia, cateterismo dell'uretere, prove funzionali dei reni) e radiologiche (pielografia ascendente o discendente, pneumorene), che non sono tutte applicabili alla nostra pratica delle A. V. Solo in periodo avanzato si riesce a percepire con la palpazione bimanuale il tumore presentante contatto lombare, ballottamento renale, sonorità colica anteriore e superficie più o meno irregolare e consistenza variabile. La constatazione di un varicocele sintomatico può essere un utile ausilio diagnostico. Anche le condizioni generali hanno qui un valore relativo perchè il progressivo dimagrimento può comparire solo in periodo molto avanzato, essendo i tumori del rene compatibili per lungo tempo con la persistenza di buone condizioni generali.

Altre cause relativamente più rare di ematurie renali sono: il *rene policistico*, o degenerazione policistica del rene, affezione quasi sempre bilaterale, nella quale oltre ad una ematuria modica ed incostante, che può talvolta rappresentare l'unico sintomo, possiamo avere crisi dolorose a tipo di colica ed il reperto palpatorio di un rene aumentato di volume e a superficie irregolare. Di particolare aiuto sarebbe il reperto della pielografia. Questa ematuria incostante assomiglia per alcuni caratteri a quella di natura neoplastica dalla quale si differenzia però per il grosso rene generalmente bilaterale e per la mancanza dei coaguli sanguigni. Esistono però dei casi nei quali l'ematuria anche all'esame cistoscopico risulta provenire da uno solo dei reni ed in tali casi è chiaro che la diagnosi differenziale con i tumori del rene è molto difficile. Data

la ereditarietà di tale affezione è molto importante la anamnesi familiare.

Anche la *ptosi renale*, sebbene piuttosto raramente, può determinare una ematuria, che è per lo più preceduta od accompagnata dalla sintomatologia del rene mobile: crisi dolorose conseguenti a sforzi o fatiche, segni di ptosi di altri organi addominali, alla palpazione si avverte la ectopia del rene.

L'ematuria diventa più frequente nei casi di rene mobile complicato con uronefrosi.

L'*idronefrosi* od uronefrosi intermittente può manifestarsi con una ematuria, pur accompagnandosi abitualmente a crisi dolorose tipiche simili a quelle della colica renale da nefrolitiasi, con aumento di volume del rene e variazioni del volume del rene stesso; essa può decorrere per lungo tempo nel quasi completo silenzio sintomatologico manifestandosi con una sintomatologia molto scarsa ed unico segno può essere una modica ematuria.

Anche nell'uronefrosi la diagnosi è molto facilitata dalla pielografia che dimostra la deformazione della pelvi, ecc. e dal cateterismo ureterale che ci permette di misurare la capacità della pelvi renale, ma questi due preziosi ausili diagnostici, come abbiamo già più volte accennato, non possono essere utilizzati nella pratica assicurativa.

Anche nelle *pieliti* l'ematuria può avere importanza come sintoma precoce. Nelle pieliti acute l'ematuria però si associa abitualmente alla piuria, alla febbre, alla disuria, e ad un quadro ematologico di leucocitosi.

Più frequenti naturalmente nella nostra pratica assicurativa sono le pieliti croniche conseguenti a calcolosi renale, ecc. e il cui agente patogeno è quasi sempre il bacterium coli.

Clinicamente è molto difficile distinguere la pielite dalla pielonefrite in

quanto pur potendo predominare i sintomi della pielite o quelli della nefrite quasi sempre le due forme sono associate e non è possibile stabilire una sintomatologia separata. Nella maggioranza dei casi la localizzazione infettiva è favorita da lesioni renali preesistenti (di solito calcoli, idronefrosi tbc., neoplasie). Agente più frequente è il b.coli.

A noi interessa naturalmente la pielonefrite cronica che di solito segue alla acuta ma può iniziarsi con sintomatologia attenuata ed avviarsi subito verso la cronicità.

Oltre alla piuria e alla dolenzia al fianco di tanto in tanto compare l'ematuria che può essere così intensa e di lunga durata da dominare talora la sintomatologia.

L'esame cistoscopico, il cateterismo degli ureteri, la pielografia, le ricerche batterioscopiche delucidano la diagnosi.

La prognosi è sempre grave sia perchè la malattia è tenace in modo eccezionale sia perchè non bisogna mai dimenticare che la pielonefrite si innesta con tutta facilità su un rene leso (tbc., calcolosi, idronefr.) e perciò sarebbe indispensabile sottoporre i pielonefritici cronici a ricerche sistematiche complete del sistema urinario inferiore e superiore.

Nella pielonefrite ematurica la d. d. è spesso difficile colla tbc.: non si ha mai però deficienza renale paragonabile a quella della tbc.

Altre affezioni piuttosto rare che possono determinare la comparsa di una ematuria sono: l'echinococco e la cisti solitaria del rene, e quelle causate da parassiti delle regioni tropicali e subtropicali e cioè: le ematurie da bilharzia haematobia, o schistosoma haematobium, le ematurie da filariosi renale, le ematurie da strongilo gigante.

Ematurie dovute a focolai infettivi a distanza del rene. — Specialmente le affezioni dell'apparato digerente possono, sia pur raramente, provocare una ematuria e tra esse ricordo:

l'appendicite che oltre a dare le già ricordate ematurie di origine vescicale (da appendiciti intravescicali) può dare vere e proprie ematurie di origine renale, specie quando l'appendice in sede anomala è situata verso la regione lombare GOTTLIEB distingue dal punto di vista clinico: una appendicite acuta con ematuria contemporanea alla crisi appendicolare, dovuta ad una pielonefrite emorragica grave di natura setticemica da appendicite;

una ematuria che segue l'attacco appendicolare;

ed una ematuria che si accompagna all'appendicite cronica.

Inoltre sono stati descritti casi di ematuria in soggetti con *colecistite calciosa*.

A queste ematurie da appendicite e colecistite, sono da ravvicinare, per evidenti analogie patogenetiche e cliniche, le ematurie che compaiono talora in certi soggetti affetti da *tonsillite* o *faringite* cronica quale segno di risentimento o di compartecipazione del rene in seguito ai processi infiammatori del faringe e delle tonsille (specie tonsilliti croniche con focolai di necrosio piccole raccolte purulente nelle cripte tonsillari, o più raramente le periodontiti, gli apparecchi di protesi dentaria, le rinofaringiti, ecc.). Naturalmente queste ematurie intermittenti, senza cilindruria od altri segni di lesione infiammatoria o degenerativa del parenchima renale, che spesso scompaiono con la semplice tonsillectomia, anche se persistevano da lungo tempo, non vanno confuse con le vere e proprie glomerulonefriti emorragiche che spesso seguono alle tonsilliti e nelle quali l'ematuria non è isolata ma

si accompagna invece ad albuminuria, cilindruria, ecc.

La tonsillite acuta può clinicamente guarire ma nella maggior parte dei casi (PRETI) la guarigione è soltanto apparente in quanto persistono nella compagine delle tonsille i germi che cause banali possono rendere virulenti provocando l'insorgenza di glomerulonefriti.

Ematurie renali da causa generale. — Oltre a tutte le ematurie finora descritte e che sono dovute ad evidenti alterazioni dei reni e delle vie urinarie vi sono dei casi di ematuria che si presentano invece in persone sofferenti di malattie che interessano tutto l'organismo e non soltanto i reni e le vie urinarie.

Si tratta per lo più di ematurie che non si presentano come sintomo isolato indicante una affezione organica dell'apparato urinario, ma bensì come un epifenomeno di sindromi emorragiche pluriviscerali che possono essere causate dalle più svariate malattie. Così molte malattie infettive con carattere emorragico quali il tifo, ecc. che può determinare ematuria per lesione della pelvi, degli ureteri o della vescica, o una vera e propria nefrite emorragica (morbillo, scarlattina, scorbutto, pertosse, leucemia, ecc., la malaria, il vaiolo emorragico, la febbre gialla, la peste, ecc.) ed infine l'endocardite maligna lenta da streptococcus viridans nella quale il rene è l'organo più colpito dopo il cuore con glomerulonefriti emboliche a focolaio, infarti renali, glomerulonefriti diffuse, ecc.; e la coesistenza o meno nella compromissione del rene ha grande importanza prognostica.

Tutte queste ematurie perciò sono talora dovute ad una vera nefrite concomitante cagionata dalla malattia infettiva e che si inserisce nel complesso dei sintomi dell'affezione causale, altre volte invece il sangue mescolato all'uri-

na proviene da emorragie multiple che si determinano in più punti dell'apparato urinario coesistendo in tal caso emorragie in altri organi.

Anche la *sifilide del rene*, pure essendo molto rara e meno frequente della sifilide vescicale, può dare ematurie e alcuni AA. ritengono anzi che molte delle cosiddette ematurie essenziali siano in realtà di origine luetica.

Infine alcuni *avvelenamenti* (da fosforo, idrogeno solforato, fenolo, cantaridina, mercurio, piombo, arsenico, ecc.) ed alcuni medicamenti come per esempio l'urotropina possono dare ematurie.

Anche *disturbi circolatori* con infarti renali possono dare scarse ematurie renali accompagnate da dolore lombare e segni di insufficienza cardiaca e renale.

Anche l'arteriosclerosi renale, gli aneurismi dell'arteria renale, la trombosi dell'arteria renale possono dare ematurie.

I rapporti tra ematuria e *gravidanza* sono tuttora poco noti; oggi si ammette che la gravidanza possa solo contribuire a creare condizioni predisponenti destinate ad aggravare stati morbosi già in atto e non rientri perciò nella patologia gravidica.

Abbiamo infine le ematurie da emopatie costituzionali ereditarie (*emofilia*) e le ematurie da *diatesi emorragiche*, dovute per lo più alla porpora semplice ed al morbo maculoso di Werlhof.

In tali casi naturalmente oltre all'ematuria si ha una sindrome emorragica plurimucosa e pluriviscerale e sono più o meno intensamente positive tutte le prove emogeniche (positività delle prove del laccio e del martello, prolungamento del tempo di emorragia, piastrinopenia, splenomegalia, ecc).

L'ematuria nelle nefropatie bilaterali ematogene. — Quando si possano escludere tutte le possibilità di ematuria sopraricordate e costituenti il vasto gruppo delle cosiddette ematurie chirurgiche, per lo più unilaterali, bisogna pensare ad una ematuria bilaterale appartenente per lo più al gruppo delle cosiddette ematurie mediche che si possono avere in tutte le glomerulonefriti diffuse ed a focolaio, acute e croniche, sebbene con diversa intensità essendo per lo più intense nelle nefriti acute dove sono spesso evidenti all'esame macroscopico, più scarse e spesso microscopiche nelle nefriti croniche, assenti del tutto o quasi nelle nefrosi.

Possiamo ritenere perciò che nelle nefropatie la comparsa di emazie nelle urine sia indizio di una compartecipazione dei glomeruli, perchè i globuli rossi molto raramente si trovano nelle urine dei nefropatici i cui reni presentano i glomeruli intatti.

L'ematuria che si verifica in queste affezioni infiammatorie del rene è caratterizzata, sotto il punto di vista clinico, dalla sua relativa modicità: infatti si tratta abitualmente di ematuria microscopica o se anche macroscopica sempre di lieve o di media entità. L'urina ematica delle nefriti ha sempre una tinta rosea uniforme ed omogenea od al massimo un colore rosso pallido che ricorda il colore dell'acqua nella quale è stata lavata della carne. Il sedimento spontaneo di queste urine leggermente colorate dal sangue e torbide, è scarso o manca del tutto; ma l'urina anche centrifugata non recupera mai la sua completa trasparenza.

(Continua)

L' ECO DELLA STAMPA

MILANO (4/36) - VIA GIUSEPPE COMPAGNONI, 28.

Indagini di Statistica Medica

Le cause di sinistro fra donne assicurate dell' I. N. A.

Prof. Dott. M. VELE
della Direzione Generale dell'I. N. A.

Sebbene il numero dei contratti che riguardano il sesso femminile costituisca all'incirca appena il 10 % del totale dei contratti, lo studio dei sinistri fra le donne assicurate merita una analisi più dettagliata. A tal fine ho creduto utile procedere ad una indagine che riguarda i sinistri fra le donne, verificatisi presso l' I. N. A. nel dodicennio 1926-1937.

Nel presente studio mi allontano un poco da quanto fece già il VICENTINI, in quanto ho voluto premettere un confronto fra le cause di morte delle donne e quelle degli uomini, per mostrare la differente distribuzione della mortalità nei due sessi. Questo confronto non ha lo scopo di permettere dei giudizi decisivi su di un sesso anzichè sull'altro; perciò i confronti dovranno essere tenuti in modica considerazione perchè mancano in questa indagine gli esposti al rischio, dato molto importante per poter dare un valore almeno approssimativo alle ricerche.

I maschi e le femmine deceduti nel suddetto dodicennio appartengono al portafoglio ordinario con visita medica, dall'età di 15 anni a oltre 65. Già da un rapido sguardo alla tabella n. 1 si nota la grandissima differenza nel totale dei morti femmine e quella dei maschi. Mentre il numero delle assicurate è solo di 2013, quello degli assicurati è ben di 17.493. Tale differenza è da ricercarsi nel minor numero di assicurate. Risulta interessante esaminare come le varie cause di morte si presentano distribuite percentualmente nei due sessi. Così una

TAB. 1

Tavola di confronto in cifre assolute e cifre relative tra maschi e femmine deceduti nel dodicennio 1926-1937.

(Portafoglio diretto C. V. M.)

Gruppi di cause di morte	Donne		Uomini	
	Cifre assolute	Cifre %	Cifre assolute	Cifre %
Ogni forma di tbc. .	210	11,68	1.621	9,77
Altre malattie infett.	218	12,12	1.817	10,95
Tumori	294	16,34	1.703	10,27
Emorragie, trombosi, embolie cerebr., ecc.	133	7,39	1.394	8,40
Malattie sistema nervoso e organi senso	38	2,11	499	3,01
Malattie app. circolat.	235	13,06	2.287	13,79
» » respirat.	210	11,68	2.001	12,07
» » digerente	192	10,67	1.820	10,97
» » gen.urin.	151	8,39	1.045	6,30
Suicidi	16	0,89	655	3,95
Morti violente ed acid.	21	1,17	1.074	6,47
Altre cause di morte	81	4,50	672	4,05
	1.799	100	16.588	100
Gravidanza	82	—	—	—
Cause non precisate	132	—	905	—
	2.013	—	17.493	—

causa di morte che nelle assicurate è al primo posto, negli assicurati passa al secondo e al terzo.

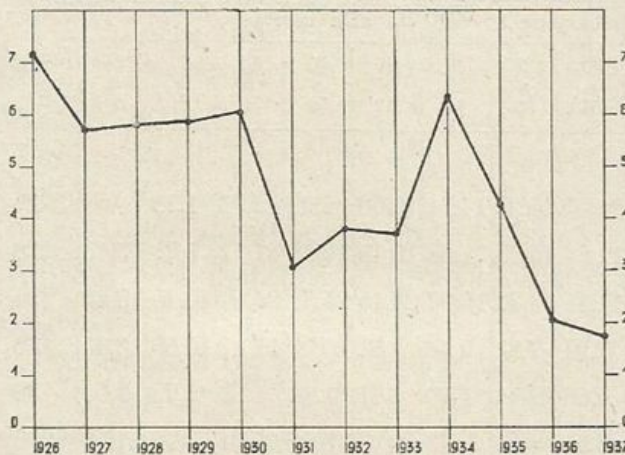
Come disposizione delle cause ho mantenuto quella dell'elenco nosologico già in uso presso l'I.N.A. Dalla tabella n. 1 si può dedurre che sono deceduti per

ogni forma di tbc., donne 11,68 % e uomini 9,77 %; per altre malattie infettive le donne 12,12 % e gli uomini 10,95 %; per tumori, le donne 16,34 % e gli uomini 10,27 %; per emorragie, trombosi, embolie, ecc., le donne 7,39 % e gli uomini 8,40 %; per malattie del sistema nervoso e organi di senso, le donne 2,11 % e gli uomini 3,01 %, ecc.

Notevole la differenza per suicidio per cui le donne danno la frequenza del 0,89 % e gli uomini il 3,95 %; e per morti violente ed accidentali in cui le donne danno l' 1,17 % e gli uomini il 6,47 %.

Nella stessa tabella sono riferite le cause di morte per gravidanza, le quali su di un totale di 2.013 sinistri, si presentano 82 volte. Dal grafico A si può

FREQUENZA % DELLE MALATTIE PER GRAVIDANZA NEI SINISTRI DELL' I. N. A.



rilevare che tranne un aggravamento per il 1934, le morti per gravidanza tendono a diminuire; il miglioramento reale deve ritenersi anche maggiore perchè durante il periodo in esame le donne assicurate sono aumentate.

Secondo la frequenza delle cause di morte, l'ordine è il seguente nei due sessi: al primo posto nelle donne sono i tumori (16,34 %), negli uomini le malattie dell'apparato circolatorio (13,79 %); al secondo posto, nelle donne le malattie dell'apparato circolatorio (13,06 %), negli uomini le malattie dell'apparato

respiratorio (12,07 %); al terzo posto nelle donne altre malattie infettive (12,12 %), negli uomini le malattie dell'apparato digerente (10,97 %); al quarto posto nelle donne ogni forma di tbc. e le malattie dell'apparato respiratorio (entrambi 11,68 %), negli uomini altre malattie infettive (10,95 %); al quinto posto nelle donne le malattie dell'apparato digerente (10,67 %), negli uomini i tumori (10,27 %); al sesto posto nelle donne le malattie dell'apparato genito-urinario (8,39 %), negli uomini le emorragie, trombosi, embolie, ecc. (8,40 %).

Gli altri gruppi seguono con percentuali molto inferiori; la minima nelle donne è dovuta al suicidio (0,89 %) e negli uomini alle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (3,01 %).

La tabella n. 2 ha lo scopo di mettere in evidenza la suddetta differenza delle

TAB. 2

Entità della differenza della mortalità nelle donne rispetto agli uomini.

	%
Tumori	+ 6,27
Malattie apparato genito urinario . .	+ 2,09
Ogni forma di tbc.	+ 1,91
Altre malattie infettive	+ 1,17
Altre cause di morte	+ 0,45
Malattie apparato digerente	- 0,30
» » respiratorio	- 0,39
» » circolatorio	- 0,73
Malattie sist. nerv. e organi di senso	- 0,90
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	- 1,01
Suicidi	- 3,06
Morti violente ed accidentali	- 5,30

cause di morte nelle donne rispetto agli uomini. A tale scopo è stata riportata la differenza tra le percentuali delle stes-



se cause di morte verificatesi nelle donne rispetto agli uomini. Il segno + o — serve ad indicare di quanto la causa di morte è superiore od inferiore nelle prime rispetto ai secondi. Così si nota che mentre in ordine decrescente, i tumori, le malattie dell'apparato genito-urinario, ogni forma di tbc. e le altre malattie infettive danno una differenza di percentuale positiva nelle donne, tutte le altre cause di morte danno in ordine crescente una differenza di percentuale negativa rispetto agli uomini.

Se osserviamo la distribuzione % dell'età alla morte nelle assicurate, notiamo che la percentuale più elevata è nel gruppo di età compreso fra 20-24 anni per ogni forma di tbc. (37,05 %). Altre elevate percentuali, in ordine decrescen-

te, le riscontriamo nei seguenti gruppi di età: 65 in poi per malattie dell'apparato circolatorio (31,53 %), 50-54 per tumori (25,71 %), 25-29 per ogni forma di tbc. (25,22 %), 55-59 per tumori (24,54 %), 45-49 per tumori (24,45 %), 60-64 per malattie dell'apparato circolatorio (23,12 %). Rileviamo così dalla tabella n. 3 che le percentuali diversamente distribuite a seconda dell'età e delle cause di morte, sono specialmente notevoli da 20 a 34 anni per ogni forma di tbc., da 45 a 59 per tumori e da 60 in poi per malattie dell'apparato circolatorio.

Il grafico B mostra la disposizione delle varie cause di morte nelle donne rispetto agli uomini. Notiamo così, che i tumori i quali rappresentano la maggior

Assicurate decedute dal 1926 al 1937

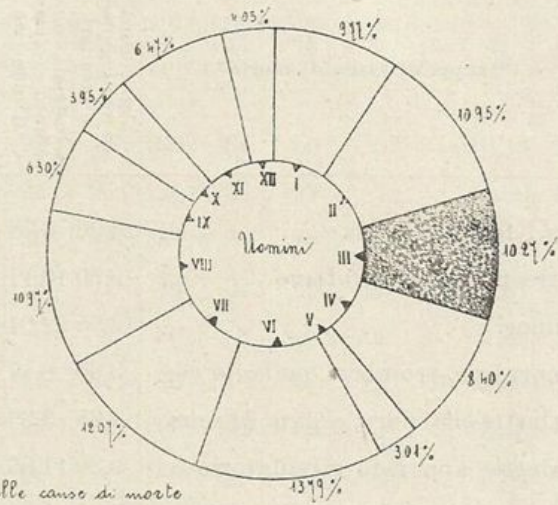
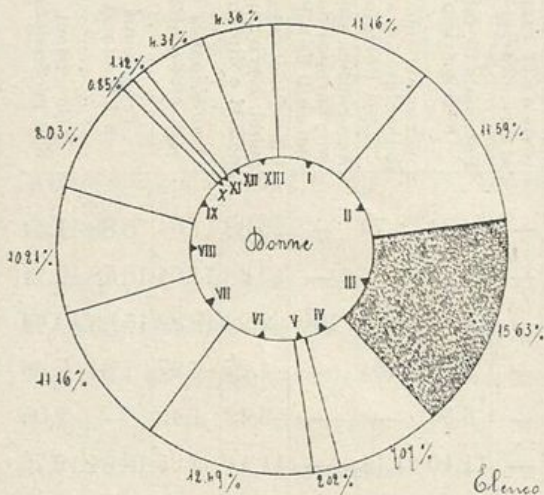
TAB. 3

Gruppi di cause di morte	Distribuzione % dell'età alla morte												Totali
	inf. a 15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 in poi	
Ogni forma di tbc.	11,76	40	37,05	25,22	24,35	15,26	14,34	10,53	4,29	2,78	1,73	—	210
Altre malattie infettive . .	17,65	10	14,82	21,01	11,84	15,68	11,48	10,15	12,86	11,11	5,78	5,43	218
Tumori	—	—	3,70	0,84	11,18	12,71	15,97	24,45	25,71	24,54	10,40	8,15	294
Emorr., tromb., embolie cer.	—	—	—	—	1,97	3,81	2,46	4,51	10,00	11,11	15,69	16,85	133
Malatt. sist. nerv. org. di senso	11,76	10	1,85	0,84	0,66	2,54	1,23	4,51	1,43	1,39	1,73	1,09	38
Malattie appar. circolatorio	—	—	—	5,88	8,55	8,05	9,43	8,27	9,05	15,74	23,12	31,53	235
» » respiratorio	11,76	—	7,41	8,40	9,87	8,05	11,89	9,77	11,43	15,74	12,14	14,13	210
» » digerente	41,19	10	1,85	9,24	7,24	9,76	11,07	12,03	11,43	7,41	12,72	9,24	192
» » genito urin.	5,88	—	12,96	4,20	8,55	8,47	9,02	7,89	8,10	6,94	10,40	6,52	151
Gravidanza	—	10	12,96	14,29	9,21	12,71	4,92	0,38	—	—	—	—	82
Suicidi	—	—	—	4,20	1,97	—	1,23	0,75	0,47	0,46	—	0,54	16
Morti violente ed accidentali	—	—	3,70	1,68	3,95	0,42	0,82	1,50	0,47	—	0,58	1,09	21
Altre cause di morte . . .	—	20	3,70	4,20	0,66	2,54	6,14	5,26	4,76	2,78	5,78	5,43	81
TOTALI . . .	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.881
Cause non precisate	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	132
TOTALI . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2.013

Distribuzione % delle cause di morte

nei due sessi fra gli assicurati INA

Dodicesimo 1926-37 (11 m.)



Elenco nosologico delle cause di morte

- | | | |
|--|--|---|
| I Ogni forma di T.B.C. | V Malattie del sistema nervoso e organi di senso | IX Malattie dell'apparato genito-urinario |
| II Altre malattie infettive e parassitarie | VI Malattie dell'apparato circolatorio | X Suicide |
| III Tumori | VII Malattie dell'apparato respiratorio | XI Morti involute ed accidentali |
| IV Emorragie, trombose, embolie ecc. cerebrali | VIII Malattie dell'apparato digerente | XII Altre cause di morte |
| | | XIII Gravidanza |

causa di morte nelle donne, nell'uomo, in ordine di frequenza, costituiscono la terza causa di morte.

Passando ad esaminare le professioni in rapporto alla frequenza di morte fra le assicurate, notiamo che queste ultime risultano così distribuite in ordine decrescente:

	cifre assolute
1° Condizioni non professionali	1.215
2° Professionisti liberi, artisti	344
3° Impiegati pubblici e privati	125
4° Proprietari e benestanti. .	111
5° Industriali, commerc.ti, ecc.	63
6° Venditori in genere, esercenti, ecc.	60
7° Agricoltori di ogni genere e mestieri	44
8° Personale subalterno dello Stato e di altri Enti . .	31
9° Personale di fatica e di servizio	19
10° Operai addetti a mestieri pericolosi	1
Totale	2.013

Nella tabella n. 4 abbiamo distintamente riportato le singole cause di morte per ogni professione.

Da quanto sopra si rileva che il maggior numero di assicurate decedute appartiene alla classe delle « condizioni non professionali » il cui numero complessivo supera la metà del totale delle assicurate decedute nei 12 anni; ciò è in rapporto con la distribuzione professionale delle donne assicurate che nelle grandi linee corrisponde all'organizzazione sociale della popolazione italiana in cui le donne dedite ad una professione o ad un lavoro sono in numero inferiore rispetto a quelle dedite alla famiglia.

Da essa possiamo desumere che le cause di morte poi che hanno colpito maggiormente i componenti di ogni gruppo risultano così distribuite secondo l'ordine professionale:

- a) agricoltori: per ogni forma di tbc. 23,26 %;
- b) industriali, commercianti, ecc.: tumori 22,04 %;

Assicurate decedute dal 1926 al 1937 - Professioni (Distribuzione %)

Gruppi di cause di morte	Agricoltori di ogni genere e mestieri	Industriali, comm. padroni e direttori di industrie	Venditori in genere, esercenti e rappresentanti	Operai addetti a mestieri pericolosi e meno pericolosi	Pers. spec. delle ferrovie e add. in gen. ai serv. di trasporti	Personale di fatica e di servizio	Personale subalt. dello Stato e di altri Enti Pubblici	Aeronautici, e-ero. corpi armati dello Stato e di Enti Pub.	Ufficiali, impiegati pubbl. e priv., pensionati e diplomati	Professionisti liberi, cultori, artisti	Proprietari e benestanti	Condizioni non professionali
Ogni forma di tbc.	23,26	6,78	3,64	—	—	22,22	13,79	—	15,38	11,04	5,88	11,44
Altre malattie infettive	9,30	10,17	9,09	—	—	11,10	—	—	13,68	11,04	10,78	12,21
Tumori	13,95	22,04	16,36	—	—	16,67	13,79	100	22,22	18,82	15,69	13,64
Emorragie, trombosi, embolie cer.	9,30	8,47	—	—	—	5,56	10,34	—	4,27	6,27	7,84	7,66
Malattie sist. nerv. organi di senso	4,65	3,39	1,82	—	—	5,56	—	—	3,42	1,49	—	2,05
Malattie apparato circolatorio .	9,30	11,86	16,37	—	—	11,10	24,14	—	11,11	9,25	18,64	12,76
» » respiratorio	9,30	6,78	18,18	—	—	16,67	6,90	—	4,27	10,45	7,84	12,39
» » digerente	11,63	15,26	18,18	—	—	11,10	13,79	—	4,27	11,64	12,75	9,36
» » genito urinario	2,33	6,78	9,09	—	—	—	17,25	—	8,55	8,96	9,80	7,66
Gravidanza	—	3,39	—	—	—	—	—	—	2,57	5,07	4,90	4,90
Suicidi	4,65	—	1,82	—	—	—	—	—	1,71	1,49	—	0,53
Morti violente ed accidentali . .	—	1,69	3,64	—	—	—	—	—	1,71	0,90	0,98	1,07
Altre cause di morte	2,33	3,39	1,82	—	—	—	—	—	6,84	3,58	4,90	4,63
	100	100	100	—	—	100	100	100	100	100	100	100

c) venditori ambulanti, ecc.: malattie apparato respiratorio e digerente (entrambi 18,18 %);

d) personale di fatica e di servizio: per ogni forma di tbc. 22,22 %;

e) personale subalterno dello Stato: malattie apparato respiratorio 24,14 %;

f) impiegati pubblici e privati: tumori 22,22 %;

g) professionisti liberi e artisti: tumori 18,82 %;

h) proprietari e benestanti: malattie dell'apparato circolatorio 18,64 %;

i) condizioni non professionali: tumori 13,64 %.

Dal suddetto prospetto si rileva che la maggior percentuale di cause di morte in ben quattro classi è rappresentata dai

tumori con un massimo di 22,22 % tra impiegati pubblici e privati; seguono poi in ordine decrescente quella degli industriali e commercianti, professionisti liberi e artisti e condizioni non professionali. Così la maggior percentuale per ogni forma di tbc. si ha negli agricoltori (23,26 %) e nel personale di fatica (22,22 %); per malattie dell'apparato circolatorio sono più colpiti il personale subalterno dello Stato con 24,14 % e i proprietari e benestanti con 18,64 %. Nei venditori ambulanti la causa maggiore è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente (entrambi con 18,18 %).

Nella tabella n. 5, non considerando le cause non precisate, sono raccolti i dati riguardanti l'antidurata dei con-

Assicurate decedute dal 1926 al 1937

Gruppi di cause di morte	Antidurata dei contratti										Totali	
	da 0 a 6 mesi	da 6 mesi a 1 anno	da 1 a 2 anni	da 2 a 3 anni	da 3 a 5 anni	da 0 a 5 anni	da 5 a 10 anni	da 10 a 15 anni	da 15 a 20 anni	da 20 a 25 anni		%
Ogni forma di tbc.	5	8	24	29	42	108	67	30	5	—	10,43	210
Altre malattie infettive	21	20	35	24	25	125	59	27	7	—	10,83	218
Tumori	7	20	35	30	47	139	86	38	25	6	14,61	294
Emorragie, trombosi, embolie cer.	3	6	11	9	21	50	36	30	14	3	6,61	133
Malattie sist. nerv. organi di senso	5	2	6	5	2	20	8	6	4	—	1,89	38
Malattie apparato circolatorio .	5	10	17	17	34	83	71	48	23	10	11,63	235
» » respiratorio	16	14	19	20	31	100	52	32	21	5	10,43	210
» » digerente	16	10	21	16	37	100	50	32	8	2	9,54	192
» » genito urinario	11	9	19	16	25	80	37	21	11	2	7,50	151
Gravidanza	4	7	10	8	27	56	20	6	—	—	4,07	82
Suicidi	1	—	2	2	3	8	4	3	1	—	0,79	16
Morti violente ed accidentali .	1	—	3	3	3	10	6	4	1	—	1,04	21
Altre cause di morte	4	5	4	7	14	34	19	16	11	1	4,02	81
Cause non precisate	21	8	13	17	17	76	29	18	8	1	6,56	132
	120	119	219	203	328	989	544	311	139	30	100	2.013

tratti. Si rileva così che le assicurate decedute intestatarie di contratti con antidurata da 0 a 6 mesi sono 99, da 6 mesi a 1 anno 111, da 1 anno a 2 anni 206, da 2 a 3 anni 186, da 3 a 5 anni 311. Da 5 a 10 anni, il numero dei sinistri risulta di 515; da 10 a 15 di 293; da 15 a 20 di 131; e da 20 a 25, sono solamente 29. Vediamo così che il mag-

gior numero di cause di morte è compreso nei primi cinque anni di assicurazione con un totale di 913 sinistri. Il gruppo invece di antidurata che comprende il minor numero di cause di morte è quello da 20 anni e oltre con 29 contratti. Da ciò risulta confermato anche per il sesso femminile lo spiacevole fenomeno della notevole percentuale di

Distribuzione per antidurata dei sinistri dell' I. N. A. divisi per sesso

Antidurata	0-6m.	6m.1a	1-2	2-3	3-4	4-5	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25 oltre	Totali
Sinistri donne	111	116	217	199	168	156	967	537	307	136	30	—	1977
%	5,61	5,87	10,98	10,06	8,50	7,89	48,91	27,16	15,53	6,88	1,52	—	100
Sinistri uomini	592	703	1433	1335	1356	1196	6615	4876	3360	1906	555	1	17313
%	3,42	4,06	8,28	7,71	7,83	6,91	38,21	28,16	19,41	11,01	3,20	0,01	100

Assicurate decedute dal 1926 al 1937

Gruppi di cause di morte	Distribuzione %, regionale																	
	Piemonte	Liguria	Lombardia	Veneto	Emilia	Toscana	Marche	Lazio	Umbria	Abruzzi	Campania	Puglie	Lucania	Calabria	Sicilia	Sardegna	Colonie	Estero
Ogni forma di tbc.	10,68	14,29	14,40	15,00	12,17	13,64	28,13	12,59	5,26	8,70	9,28	3,16	7,94	10,28	10,23	25,58	—	11,11
Altre malattie infettive	6,80	—	12,35	7,00	7,83	5,68	3,12	8,89	15,79	13,04	9,28	21,05	15,87	15,89	10,23	25,58	—	16,67
Tumori	19,42	28,57	19,75	20,00	19,13	13,64	15,63	25,18	13,16	13,04	14,43	12,11	4,77	8,41	12,12	13,96	13,33	11,11
Emorragie, trombosi, embolie, ecc.	8,74	5,71	4,95	7,00	6,08	10,23	15,63	5,93	5,26	10,87	5,15	8,42	3,17	4,67	8,71	6,98	—	8,33
Malattie sist. nerv. org. di senso	1,94	—	1,65	2,00	2,61	7,95	3,12	2,96	—	2,17	2,58	0,53	3,17	1,87	1,14	—	—	—
Malattie apparato circolatorio	12,62	17,14	10,70	10,00	16,52	13,64	15,63	14,07	18,42	5,44	10,82	15,26	14,29	14,02	11,74	2,33	—	19,44
Malattie apparato respiratorio	12,62	17,14	12,76	9,00	10,43	11,36	9,38	6,67	10,53	14,13	15,98	6,84	11,11	16,82	9,47	4,64	—	11,11
Malattie apparato digerente	9,71	11,43	8,64	10,00	8,70	9,09	3,12	5,93	5,26	10,87	9,28	11,58	17,46	10,28	14,02	6,98	66,67	11,11
Malattie apparato genito-urinario	7,77	—	5,76	8,00	7,83	4,54	—	8,89	7,90	8,70	13,40	8,95	11,11	7,48	9,85	2,33	—	—
Gravidanza	4,85	—	3,70	3,00	4,35	2,27	3,12	0,74	5,26	9,78	6,19	5,26	4,77	4,67	4,16	6,98	—	2,78
Suicidi	—	2,86	0,82	3,00	0,87	1,14	—	0,74	—	—	—	1,58	3,17	0,93	0,38	—	—	—
Morti violente ed accidentali	3,88	2,86	0,41	2,00	0,87	1,14	—	0,74	—	—	0,52	0,53	—	1,87	2,27	—	—	—
Altre cause di morte	0,97	—	4,12	4,00	2,61	5,68	3,12	6,67	13,16	3,26	3,09	4,73	3,17	2,81	5,68	4,64	—	8,34
Totali	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

sinistri entro il primo quinquennio del perfezionamento.

Se noi facciamo un confronto (tabella 6) tra i sinistri donne e uomini in rapporto all'antidurata rileviamo nelle prime che le percentuali vanno aumentando con un massimo nell'antidurata di 5-10 anni per diminuire poi fino all'antidurata di 25 ed oltre. Negli uomini si verifica pure un sensibile aumento annuale delle percentuali e da 3,42 si portano a 28,16 (antidurata 5-10 anni) per diminuire poi fino a 0,01 (antidurata di 25 e oltre).

Mentre la frequenza dei sinistri nelle donne rispetto agli uomini risulta maggiore in tutte le singole antidurate fino a 5 anni (7,89 %), successivamente da 5-10 e per quelle seguenti sono inferiori a quelle degli uomini. Ciò dal punto di vista assicurativo fa ritenere il rischio donna peggiore del rischio uomo per ragioni che esamineremo altra volta. Ad ogni modo, fin da ora, è bene ricordare che le visite mediche alle donne devono essere più accurate.

Dalla tabella n. 7 riguardante la distribuzione delle cause di morte secondo le regioni del Regno (escludiamo 40 assicurate decedute all'estero e in Colonia) si può dedurre che la cifra assoluta per tutte le assicurate decedute nell'Italia settentrionale ammonta a 640; nell'Italia centrale a 418 e nell'Italia meridionale e insulare a 915.

La causa di morte in cifre assolute e distribuzione % predominante in ciascuna regione è rispettivamente così distribuita:

per ogni forma di tbc., Lombardia, 35; 14,40;

per altre malattie infettive, Puglie, 40; 21,05;

per tumori, Lombardia, 48; 19,75;

per emorragie, embolie, ecc., Sicilia, 23; 8,71;

per malattie del sistema nervoso e organi di senso, Toscana, 7; 7,95

per malattie apparato circolatorio, Sicilia, 31; 11,74;

per malattie apparato respiratorio, Lombardia, 31; 12,76;

per malattie apparato digerente, Sicilia, 37; 14,04;

per malattie apparato genito-urinario, Campania e Sicilia, 26 e 9,85 ciascuna;

per suicidio, Veneto e Puglie, 3 e 3,00 ciascuna;

per morti violente, Sicilia, 6; 1,58;

per altre cause di morte, Sicilia, 15; 5,68;

per gravidanza, Campania, 12; 6,19.

Da quanto sopra esposto si deduce che mentre le malattie dell'apparato respiratorio, ogni forma di tbc. e i tumori prevalgono in Lombardia, in Sicilia prevalgono le emorragie, trombosi, ecc., le malattie dell'apparato circolatorio, apparato digerente, morti violente, malattie genito-urinarie, suicidio e altre cause di morte.

Da questa indagine abbiamo visto così la differente distribuzione delle cause di morte delle donne rispetto agli uomini. Abbiamo notato che mentre alcune cause sono più frequenti nella donna, altre sono più frequenti nell'uomo come dimostrano le tabelle e i grafici sopra riportati. Ciò perchè esiste una notevole differenza tra il materiale in esame dei due sessi.

Inoltre abbiamo messo in evidenza le singole cause di morte e la loro distribuzione nelle donne assicurate le quali sebbene percentualmente rappresentino un numero modesto costituiscono in cifre assolute un numero ragguardevole di esposte al rischio. Ciò riveste notevole importanza sia dal punto di vista sociale sia per una migliore conoscenza del rischio assicurativo sulla vita fra le donne.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita

L'elemento psicologico della malafede nella giurisprudenza e nella legislazione assicurativa

Dr. ALBERTO STARNA

Medico Principale dell'Ist. Naz. Assicurazioni

I. - LA COSCIENZA DI MALAFEDE.

Avemmo occasione in un precedente lavoro di studiare dal punto di vista psicologico e sociale le molteplici evenienze per le quali possono essere rese dall'assicurando sulla vita dichiarazioni diverse da quelle reali. In tale occasione vedemmo come accanto alle dichiarazioni erronee involontarie esista una scala di menzogne nelle quali l'obliterazione del vero può essere ottenuta con i mezzi più diversi che vanno dalla semplice reticenza parziale ad una predisposta macchinazione con artifici concreti che vengono adottati per attuare il più astuto raggiro.

Dal punto di vista etico pur non riconoscendo il carattere di dolo, inteso questo in senso etimologico, a tutte queste deformazioni della coscienza, ne risulta una certa graduazione di responsabilità sociale che ricorda la diversa imputabilità del reato nell'illecito penale. Come in questo il delitto di commissione riceve una diversa sanzione a seconda risponda all'intenzione (doloso), vada oltre (preterintenzionale) o contro (colposo) od infine sia dovuto ad omissione secondo stabilisce il secondo comma dell'art. 42 C. P.; così la legislazione assicurativa nella pratica recente ha cercato di valutare le deformazioni del vero mettendole in rapporto proporzionale con i mezzi usati per ingannare e la dimostrata volontà di mentire.

Ma nel campo giuridico commerciale non risulta offesa soltanto la coscienza etica, la legge deve tutelare i diritti dell'altro contraente su cui, per evidenti ragioni di equità, non si possono far ricadere le omissioni o le colpe dell'agente qualunque sia stata l'intenzione di quest'ultimo.

Ciò è talmente ovvio in un campo speciale quale è l'assicurazione sulla vita, fondata in gran parte sulle dichiarazioni rese dal candidato, che la legge prevede all'art. 429 del Cod. di Comm. la nullità del contratto non solo per tutte le menzogne; ma anche per le dichiarazioni errate involontarie come pure per i casi di malafede ha stabilito l'incameramento dei premi.

Gli inconvenienti che sorgerebbero dalla applicazione integrale di questa legge hanno fatto sì che dapprima le compagnie americane e successivamente quelle europee abbiano inserito nei contratti una speciale formula detta di incontestabilità, per la quale l'Ente, nonostante le diverse disposizioni legislative, rinuncia in modo assoluto ad ogni richiesta di annullamento dopo trascorso un certo periodo di tempo, fatta eccezione per alcuni casi in cui si mantiene il diritto ad avanzare il cosiddetto vizio di consenso. In occasione di quest'ultimo l'assicuratore ritiene che la realtà della situazione si sia dimostrata talmente diversa da quella prospettatagli che non può gratuitamente ritenerla sanata.

In realtà il consenso è un atto di volontà che per essere valido si deve accompagnare alle ben note capacità di intendere e di volere; quest'ultima non può sussistere in assenza della prima ciò che corrisponde alla massima latina: *nil volitum nisi precognitum*. Già vedemmo altrove come le alterate condizioni mentali dell'assicurando costituiscano motivo di annullamento per mancanza di entrambe le capacità suddette; ora il celamento di un fatto anamnastico grave può, per colpa del contraente, costituire nei riguardi dell'Ente assicuratore motivo della prima incapacità, quella cioè d'intendere l'entità vera del rischio che egli deve assumere.

Come in ogni negozio giuridico bilaterale il contraente che avrà manifestato una volontà diversa da quella reale provoca un vizio di consenso, il quale non solo annulla ogni efficacia alla obbligazione, ma può giungere a provocare una responsabilità quale colpevole, così l'assicurando la cui asserita volontà di risparmio serve a camuffare una illecita speculazione ai danni dell'Ente e della collettività assicurata socialmente e giuridicamente risulta fuori e contro la legge.

L'esistenza di un tale vizio di consenso giuridico, a differenza di quanto accade per l'indagine filosofica ed etica che esaminammo in precedenza, deve essere dimostrata anche perchè sappiamo quanto il diritto sia fondamentalmente formale sebbene l'antica concezione romana sia stata, con l'andare dei secoli, sotto l'influenza del fattore religioso, ampliata e potremmo dire vivificata dallo studio dell'*animus*, del *consensus* e della *voluntas*. Nel penale tale coefficiente prevale; il primo comma dell'art. 42 del C. P. infatti, trattando della responsabilità per dolo o colpa o delitto preterintenzionale, stabilisce che la punizione è subordinata all'azione od all'omissione

« commessa con coscienza e volontà ». Il seguente articolo 43 è tutto volto a graduare l'elemento psicologico volitivo attraverso la distinzione del delitto in doloso, preterintenzionale e colposo.

Nè questo nostro ravvicinamento al penale deve esser considerato arbitrario; il progetto Ministeriale 1940 del C. di Commercio negli articoli 526 e 527, sui quali dopo torneremo, prevede appunto non più il tanto discusso caso di malafede; ma quelli di dolo e di colpa grave.

Nella legislazione assicurativa il consenso, per la natura stessa del negozio, che è basato sulla fiducia, viene regolato da speciali disposizioni nelle quali l'elemento psicologico intenzionale della malafede viene considerato a parte, sebbene accanto agli errori ed alle menzogne. Così nell'art. 429 dell'attuale C. di Comm. si distinguono quattro tipi di dichiarazioni inesatte: al primo comma si tratta delle dichiarazioni erronee di quelle false e delle reticenze, all'ultimo dello stato di malafede. Tutte sono causa di annullamento del contratto, la malafede, per di più, dà diritto anche all'incameramento dei premi.

La gravità della sanzione legale prevista in tutti i casi di dichiarazione inesatta ha consigliato gli assicuratori sia per ragioni industriali sia per i fini previdenziali di rinunciare con una speciale clausola contrattuale ad alcune delle disposizioni vigenti. Poichè di questa clausola si è voluto fare, secondo molte deliberazioni della Corte di merito e soprattutto della Corte Suprema, una specie di istituto giuridico come se parlando di essa non si potesse fare riferimento se non ad una incontestabilità assoluta *ex tunc*; ciò che in realtà non è, tale clausola merita un esame più accurato per ciò che essa dice, per ciò che non dice e per ciò che le si è voluto far dire.

Prenderemo a tal fine come formula tipica quella allegata alle condizioni di polizza dell'I.N.A. la quale così si esprime: « Decorsi sei mesi dalla emissione il contratto è incontestabile per reticenza o dichiarazioni erronee rese dall'assicurato (o dal contraente) nella proposta di assicurazione e negli altri documenti, salvo il caso di malafede e salvo la rettifica del capitale in base all'età vera dell'assicurato quando quella denunciata risulti errata ».

Per la parte che a noi interessa possiamo dire come lo scopo dell'assicuratore con tale formula sia stato quello di concedere una sanatoria, dopo una breve carenza, per tutte le dichiarazioni errate involontarie, cioè rese in buona fede, ciò che si evince dal contesto stesso del periodo in esame quando successivamente vien fatta riserva per il caso di malafede. Infatti le dichiarazioni possono risultare involontariamente inesatte sia per errore di apprezzamento o per dimenticanza, sia per reticenza la quale ultima può anche non rivestire un fine malizioso, ma costituire la conseguenza di un errato apprezzamento su circostanze di ordine familiare o personale per incapacità specifica tecnica da parte dell'assicurando.

Non è il caso di tornare a trattare di questa evenienza poichè è ovvio come non si possa pretendere, nonostante una presunta cognizione medica in genere, che tutti conoscano l'importanza che può rivestire ad esempio per le successioni morbose una pregressa scarlattina, il reumatismo articolare acuto, una otite purulenta, ecc. Ammettiamo che l'evenienza non risulti frequente, ma che talvolta invece la reticenza possa esser dovuta ad un senso di riserbo morale male inteso e molto spesso sia addirittura in malafede; ciononostante l'Ente di assicurazione non potendo discernere i casi di reticenza in buona fede da quelli in

malafede ha creduto, come si usa abitualmente nel diritto in occasione di dubbio, essere largo e concedere sempre l'incontestabilità per ogni reticenza.

Nella giurisprudenza americana queste dichiarazioni false senza frode dette « *equitable fraud* » vennero differenziate solo recentemente dal più vasto gruppo della « *misrepresentation* » intendendo con questo sostantivo le dichiarazioni inesatte in genere qualunque sia l'intenzione dell'agente. Nella « *equitable fraud* » secondo molti giuristi americani si riscontrerebbero ugualmente gli estremi del vizio di consenso e quindi si dovrebbe chiedere l'annullamento. Ciò però è contrario al nostro senso di equità che vuole salvi i casi di buona fede e come del resto era ammesso dagli assicuratori inglesi fin dal secolo XVIII.

La ragione di questa apparente ingiustizia, che del resto trova conferma nell'art. 429 del cod. di comm. è dovuta, come all'inizio accennammo, alla concezione del diritto privato per cui si deve salvaguardare dal danno il contraente esente da colpa o negligenza. Questa teoria che esamina le sole dichiarazioni rese e la reale loro rispondenza alla realtà è stata da Patterson qualificata oggettiva e noi la chiameremo giuridica.

Comunque fatta astrazione da queste distinzioni voler affermare, come lasciano presumere alcune massime della Corte Suprema, che tutte le reticenze debbano presumersi in malafede, risulta, oltrechè moralmente non lusinghiero per la collettività assicurata, concezione inesatta tanto più che niente ci permette di sceverare senza il concorso dell'assicurato l'errore per dimenticanza da quello per reticenza.

Con ciò resta dimostrato che ragioni morali e pratiche consigliano di differenziare le dichiarazioni inesatte in due grandi gruppi; quelle rese in buona fe-

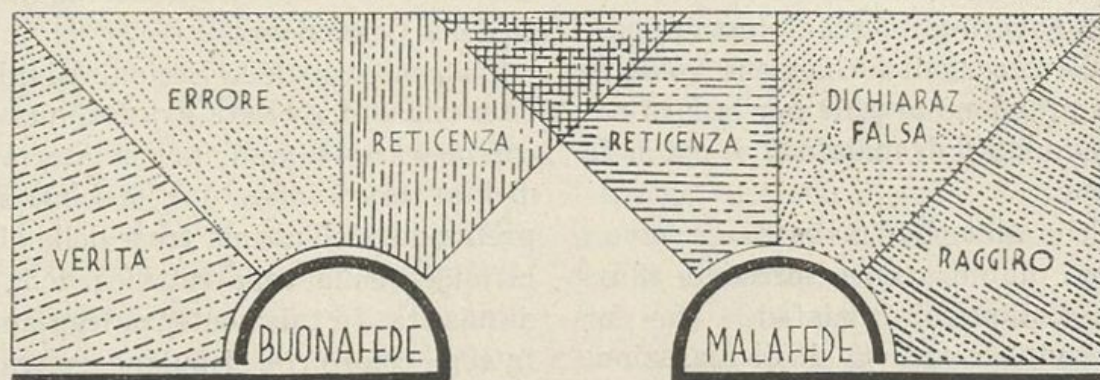
de e quelle in malafede. Alle prime sole, ricordate specificatamente nella clausola come erronee o come reticenze, gli Enti di assicurazione hanno inteso concedere la sanatoria.

La buona fede come risulta dal grafico allegato, che riassume e completa la tavola sinottica espressa in altro lavoro, dimostra come la reticenza possa essere espressione di una coscienza ora in buona fede ed ora in malafede come pure di una coscienza incerta a definirsi nella quale talvolta (zona tratteggiata) le interferenze del subcosciente possono

stessa categoria potremmo ascrivere le reticenze anamnestiche del gentilizio per preconcetti morali e sebbene queste ultime appartengano molto spesso ad una forma di coscienza non ben definibile (v. zona più scura di interferenza nel grafico); comunque, data l'interpretazione ampia della incontestabilità per reticenza secondo viene riconosciuto dagli Enti di Assicurazione, tali casi non hanno interesse in giurisprudenza.

Seguitando l'esame della formula vediamo che essa non fa menzione della dichiarazione falsa che troviamo inve-

LE FORME DI DICHIARAZIONE SECONDO L'INTENZIONALITA'



sfuggire all'esatto controllo dello stesso agente.

La formula di contestabilità potrà essere estesa per ragioni pratiche a tutte le reticenze qualunque sia stata la coscienza dell'assicurando; ma non si comprende perchè dovrebbe andare oltre. Argutamente Greco in un commento ad una sentenza in Cassazione dice che la clausola contrattuale vuole assolvere i peccati veniali, ma non i mortali e perciò non è inutile.

Ilardi, in un commento ad una sentenza di Cassazione del 1933 (*Foro Italiano*, vol. LVIII, fasc. 18) polemizzando con Donati sostiene che non possa esistere una reticenza in buona fede per erroneo apprezzamento, ciò che è inesatto come sopra abbiamo visto a proposito delle successioni morbose. Nella

ce nell'art. 429; segue invece la frase generica « salvo il caso di malafede ». Tale omissione è stata dalla giurisprudenza interpretata tenendo presente l'avverbio « salvo » nel senso di « e in ogni altra evenienza e fatta riserva solo per » dove in realtà soltanto la seconda parte della proposizione è esatta, la prima è da ritenersi affermazione gratuita. Infatti non vi sarebbe stato affatto bisogno di specificare nella formula i termini di errore e di reticenza se si fosse voluta estendere oltre la sanatoria; la dichiarazione falsa in quanto presume sempre una coscienza in malafede come può riscontrarsi in questo grafico che abbiamo costruito apparterrà alle forme di dichiarazioni non sanate appunto per questa ragione.

E' ben vero che sul silenzio a propo-

sito della dichiarazione falsa si potrebbe prospettare il noto assunto: « *qui tacet consentire videtur* »; ma esso è molto discutibile e un simile significato gli si può riconoscere solo quando nel testo sussistano speciali circostanze che lascino presupporre questo senso. Molto più credito gode invece la massima romana giuridicamente esatta: « *qui tacet neque negat neque utique fatetur* »; ciò che in altre parole vuol significare che chi tace non si pronuncia. Diremo meglio che nel nostro caso l'Ente, omettendo nella clausola il termine di dichiarazione falsa, non ha già inteso rinunciare ai diritti derivanti dall'articolo 429 del cod. di comm.; ma lo ha ritenuto superfluo in quanto essa appartiene alle creazioni ideologiche volontarie che prendono origine per la loro natura dallo stato di malafede di cui si fa menzione.

Più che all'isolato avverbio « salvo » dovremo quindi tener presente il seguente sostantivo « malafede » che non è una semplice varietà di dichiarazione maliziosa, ma abbraccia quale stato di coscienza vari tipi di menzogna.

A proposito di questa ultima è interessante rilevare come in varie sentenze, soprattutto del Collegio della Corte Suprema, si insista nel ritenerla sanata dalla clausola mediante un ragionamento sillogistico che di fatto contraddice alle regole di questo raziocinio aristotelico. Senza addentrarci in tale dettaglio, che avemmo occasione di illustrare altra volta, ognuno può facilmente intuire come non vi è alcun motivo perchè al riconoscimento di incontestabilità per reticenza (menzogna tipicamente negativa) cioè per omissione psichica, debba di diritto seguire la incontestabilità per la dichiarazione falsa (creazione ideologica positiva) cioè per azione psichica.

Riferiamo da una sentenza della Cor-

te Suprema in Sez. Unite un raziocinio di tal genere a titolo di esempio (Cazzaniga contro I.N.A., 27 luglio 1938) « ... dato che così la polizza copre la menzogna negativa, non si spiega logicamente, perchè debbano escludersi le false dichiarazioni che sono mendaci positivi ». Con piacere rileviamo però qualche sentenza che discrimina le due forme di menzogna. Così la Corte di Appello di Milano (C. contro R. Adriatica, I Sez., 16 giugno 1939) riconosce un ben diverso valore alla negazione di malattie sofferte rispetto al mendacio dovuto a falsa affermazione; ma non siamo persuasi che successivamente questa massima troverà comprensione da parte della Cassazione.

La sentenza delle Sezioni Riunite di Cassazione ora citata avanza, quasi per corroborare l'implicita sanatoria alle dichiarazioni false, una speciale interpretazione dell'ultima frase della clausola; cioè quella della rettifica della data di nascita. In tale sentenza leggiamo infatti: « coloro che stipulano contratti di assicurazione sulla vita hanno tale levatura intellettuale da conoscere la propria età, l'averne indicata una errata è perciò sempre la conseguenza di una dichiarazione non vera ».

Si ha l'impressione che le ultime parole « non vera » siano state sostituite al termine « falsa » poichè solo allora il raziocinio risulta utile alla tesi; ma evidentemente di questo assunto non era persuaso neanche l'estensore che ha adottato una dizione diversa. In realtà tale raziocinio è più ingegnoso che persuasivo per le seguenti ragioni: anzitutto nella clausola si parla di denuncia di nascita errata, il quale aggettivo come l'altro « erroneo » deriva dal sostantivo « error » che è sempre in buona fede; per di più questo errore è valutabile e può esser sanato correggendo l'età in base alle tavole attuariali, infine la ret-

tifica in oggetto costituisce l'ultima proposizione; ma non rientra nello spirito della clausola e pertanto non può modificarne, secondo si ammette dall'articolo 136 C. C. « il senso che risulta dall'atto intero ».

Ma la giurisprudenza molto spesso non si è contentata di questa interpretazione per così dire longanime nei riguardi delle dichiarazioni false; essa ha voluto anche per ciò che concerne la malafede usare un criterio straordinariamente restrittivo. Così si invoca l'art. 1132 C. C. per riconoscere l'incontestabilità alle false dichiarazioni, mentre non si vuol applicare l'art. 1110 quando l'errore di fatto cade, come in tali casi, sopra la sostanza del negozio.

In tal modo la malafede menzionata dall'art. 429 C. di Comm. e nella clausola di incontestabilità è stata interpretata quale forma di dolo secondo l'articolo 1115 del C. C. Le massime della Corte Suprema, delle quali ora riferiremo qualcuna delle più recenti e tipiche, insistono su questa interpretazione quale che sia il termine usato tanto quello di dolo, quanto quello di malafede o di frode.

II. - L'INTERPRETAZIONE GIURISPRUDENZIALE.

A tale proposito la prima sentenza che assume questo indirizzo giurisprudenziale, secondo leggiamo in uno studio del Viterbo, risale al 1926 ed è dovuto alla Corte di Milano. Nella formula in esame, che era quella dell'Adriatica di Sicurtà, oltre alla maggior carenza stabilita in un anno esisteva una differente dizione in quanto l'incontestabilità era prevista pei casi di frode e d'inganno e non si parlava già di malafede come nella maggior parte di queste clausole.

Come si vede i termini usati richia-

mavano istintivamente alla memoria qualche cosa di più affine al raggiro di quanto non accada per il termine più generico di malafede o di dolo. Successivamente la giurisprudenza non ha voluto tener in conto la differenza dei termini usati nelle clausole, nè ha posto mente al più breve periodo di carenza che si riscontra in queste altre formule.

Come tutte le entità negative anche la malafede nel campo psichico si argomenta « *a contrario* » dalla nozione di buonafede e nel diritto può essere definita con il Montel « la coscienza dei difetti o vizî che affettano l'atto giuridico ». La interpretazione delle Corti a tal riguardo è andata molto al di là; si è inteso il dolo non solo limitatamente all'invocato art. 1115 C. C.; ma anche di questo non si è ritenuto che una parola « raggiro », facendo astrazione dal contesto del periodo il quale vuol tratteggiare gli estremi di questa non precisa figura giuridica. In fatti ivi si specifica che « il dolo è causa di nullità del contratto (per vizio di consenso) quando i raggiri usati da uno dei contraenti sono stati tali, che l'altro senza di essi non avrebbe contrattato ». Da queste parole il raggiro non assurge ad un artificio esclusivamente materiale; più che il mezzo, vale, secondo le norme così espresse dal legislatore, lo scopo che il contraente si è prefisso come dimostra l'ultima frase.

Quando una serie di menzogne raggiungono tale scopo, quale importanza deve darsi al mezzo? Moralmente nessuna, legalmente molta; infatti quasi tutte le sentenze tengono a specificare che il dolo deve essere inteso secondo l'art. 1115 quale la classica « *machinatio ad circumveniendum, fallendum decipiendum alterum adhibita* ». Ma nei fatti la richiesta di questi estremi risultano quasi sempre superflui per riuscire ad ingannare il medico in occasione

della visita di assicurazione; la reticenza e qualche menzogna sono più che sufficienti alla bisogna.

Chi potrà, dopo ciò, incappare nell'art. 1115? Pochissimi, per non dire nessuno. Ecco ad esempio come la Corte di Cassazione di Roma (II Sez., Russo contro I.N.A., 30 novembre 1937) determinava le condizioni di fatto in cui ricorrerebbero le possibilità di giusto annullamento « ... tal dolo e malafede non può essere ricondotto se non alla norma generale di cui all'art. 1115 C. C. nel senso che le dichiarazioni false o reticenti debbono accompagnarsi a vere macchinazioni raggiri o mezzi fraudolenti, posti in essere per accreditare le dichiarazioni rese dagli assicurandi e dal Collegio Supremo ipotizzate nella esibizione di documenti falsi, nella interposizione di persona, nella collusione col medico fiduciario della compagnia assicuratrice, nella sostituzione dei referti che si sogliono utilizzare per controllo sanitario in persona dell'assicurando allorchè si stima necessario procedere alla reazione di Wassermann o ad altro accertamento generico ».

Più esplicito ancora è il parere di una recente sentenza delle Sez. Riunite della Cassazione (19 febbraio 1939, Tedesco contro Società « Danubio ») in cui si parla di costante interpretazione del Collegio; di questa sentenza riportiamo alcune massime, interessanti anche perchè in esse viene censurata la interpretazione del giudice di merito che include tra le dichiarazioni contestabili le false dichiarazioni. « Il patto di polizza vita secondo il quale, decorso un anno dalla emissione della polizza la compagnia non può promuovere azione di nullità per reticenze o per dichiarazioni erronee..., salvo il caso di malafede, rappresenta una deroga all'art. 429 Cod. Comm. ipotesi che consentono l'azione di nullità, salvo quella di « *dolus malus* » concre-

tesesi nell'inganno o raggiri nell'ambito dell'art. 115 C. C. ».

« E' pertanto censurabile l'interpretazione del giudice di merito secondo la quale, in base alla clausola suddetta, è preclusa oltre il termine la contestabilità del contratto soltanto per dichiarazioni false anche se rese senza uso di raggiri o di artifici dolosi ».

Non ci soffermiamo a rilevare la sanatoria che risulta dalle suddette massime per il « *dolus incidens* », mentre si limita il vizio di consenso al solo « *dolus malus* ». Nell'applicazione di questo criterio le Corti hanno per ciò dovuto di fronte ai casi gravi di frode, al fine di mantenere intatta la massima giurisprudenziale, trovare dei ripieghi accidentali che fanno rimpiangere il senso di equità libero da ogni pastoia che dovrebbe sempre presiedere ad ogni decisione. Ne riportiamo alcuni esempi recenti.

Uno dei più favorevoli all'Ente e che si avvicina alla nostra tesi è il seguente. Un medico, certo Dr. C., operato due volte per cancro alla lingua con cicatrici visibili anche alla guancia, stipulava nel 1931 ben sei contratti di assicurazione sulla vita per un importo ingente tacendo naturalmente ogni notizia della malattia e delle operazioni subite; venne a morte successivamente nel 1932. Orbene le Sezioni Riunite della Cassazione (Cazzaniga contro I.N.A., 27 luglio 1938), opinano, a differenza del giudice di merito, che di per sè solo ogni fatto riferito non costituisce atto di malafede. Così isolatamente deve dirsi per: « la cicatrice dichiarata residuo di infezione di barba, mentre si trattava di operazione subita, la falsa asserzione da parte del C. circa le domande specifiche sul risultato dell'esame del sangue e del liquor che sarebbe stato al contrario positivo per la lue tanto da consigliare una cura arseno-benzolica, il diniego di aver consultato il medico mentre all'epo-

ca in cui avrebbe concluso i contratti assicurativi era sotto la cura di due sanitari, il tacere del cancro con localizzazione boccale e facciale che l'avevano spinto a cure radioterapiche e a numerose operazioni caratterizzano la sua attività come artificio o raggiro... Non si era cioè di fronte alla risposta falsa isolata ad una domanda del questionario; ma ad un intero sistema preordinato per la commissione di una frode... essendo anche egli un sanitario ».

In altre parole la Suprema Corte ha riscontrato in questo caso, come leggiamo nelle rispondenti massime, un preordinato sistema di frode nell'insieme delle dichiarazioni false e delle reticenze; ciò costituisce un progresso della nostra tesi ma non una vittoria sia perchè nel caso si è verificata una lunga serie di alterazioni della verità, sia perchè anche nella massima segue la frase « volto a concludere numerosi contratti per cifre rilevanti ». Dal complesso della sentenza, nella quale troviamo ribadita la solita interpretazione limitativa della contestabilità, riteniamo che accanto al successo di fatto, in linea di diritto l'interpretazione rimanga precaria.

Nel commento a questa sentenza Pasanisi conclude che la via per giungere alla meta non importa gran ché; noi siamo di opinione diversa poichè il riconoscimento legale di dire il falso costituisce un principio giuridico che non può avere neanche la parvenza della equità. Perciò il problema rimane insoluto ed il precedente di questa sentenza potrà essere invocato solo quando ci si troverà in presenza di molte menzogne collegate non disgiunte dalla presenza di numerosi contratti.

Al contrario nel penale non occorre che l'illecito sia ripetuto per un ragguardevole numero di volte perchè esso cada sotto la giusta sanzione. Occorre

forse perchè la giustizia sia equa che le infrazioni siano molteplici come accade in fisiologia nella quale per alcuni sensi resi torpidi si richiede la sommazione degli stimoli prima di giungere alla percezione?

Riferiamo ora alcune massime che risultano dalle sentenze di un laborioso processo che si protrasse per 4 anni dal 1935 al 1939 dando luogo a sentenze diverse e spesso discordi. Si trattava di una donna operata di cancro alla mammella che dopo poco contrasse una assicurazione tacendo al medico la malattia e l'intervento così pure seppe occultare abilmente alla visita la cicatrice operatoria. Il decesso sopravvenne dopo circa un anno dall'emissione del contratto.

La massima della Corte di Appello di Roma (Sez. II, 21 marzo 1935, I.N.A. contro Russo) è favorevole anche in linea di diritto alla nostra tesi e così si esprimeva. « Il patto di polizza assicurazione vita (secondo il quale decorsi sei mesi dalla emissione la polizza è incontestabile per reticenza o per dichiarazioni erronee rese dall'assicurato nella proposta e negli altri documenti salvo il caso di malafede) deve essere interpretato nel senso che, decorso tale termine, il contratto non potrà più essere impugnato nel caso di reticenze o dichiarazioni erronee in buona fede e potrà impugnarsi invece ove concorra la malafede dell'assicurato, ad integrare la quale non è necessario il ricorso di artifici o raggiri, ma basta una qualunque attività, anche solo soggettivamente, idonea a trarre in inganno l'altro contraente, purchè intenzionalmente e scientemente diretta ad un indebito lucro ».

Sottoposta a revisione la sentenza in Corte d'Appello riesce ancora favorevole all'Ente; ma con sottigliezza dal contesto si intravede come il fatto venga questa volta interpretato quale vizio da

raggiro per simulata pudicizia. Ecco la seconda massima della sentenza che a noi interessa (Sez. II, C. App. Roma, 16 febbraio 1937) « Si versa nell'ipotesi di dichiarazioni false e quindi il contratto è contestabile anche oltre il termine di cui alla clausola riportata, nel caso che l'assicurata, in patente contraddizione con le dichiarazioni emesse nel fare la proposta, sia, all'epoca della stipulazione, pienamente consapevole del proprio grave stato di salute ed abbia poco tempo prima subito una operazione di cancro ad una mammella, riuscendo ad occultarne la cicatrice al medico fiduciario della compagnia con esagerate manifestazioni di pudicizia ».

In Cassazione la vittoria è invece alla parte avversa poichè alla interpretazione per così dire di stile circa gli estremi del dolo non vuole la Corte derogare e nella terza massima viene censurato lo operato del giudice di merito. Nella sentenza emessa in data 30 novembre 1937 alla II^a Sezione troviamo la seguente massima: « E' pertanto censurabile l'interpretazione del giudice di merito secondo la quale, pattuito che (decorsi sei mesi dall'emissione, la polizza è incontestabile per reticenza o per dichiarazioni erronee rese dall'assicurato nella proposta di assicurazione e negli altri documenti, salvo il caso di malafede) devono ritenersi escluse dalla incontestabilità, e pertanto eccepibili anche oltre il termine, le ipotesi di semplici dichiarazioni false non menzionate dalla clausola su riportata ».

La sentenza venne ancora impugnata e la Cassazione in Sez. Unite di fronte al dilemma tra la interpretazione ormai definitiva in linea di diritto degli estremi del dolo e la palese malafede dell'assicurata salva il principio della giustizia con una sentenza che se in linea di diritto diverge da quella della già citata sentenza della Corte di Appello in data

16 febbraio 1937 ne accetta la interpretazione nel fatto come si può rilevare dalle seguenti due massime (Corte di Cassazione, Sez. Unite, 23 giugno 1939) « Le clausole di incontestabilità contenute nelle polizze vita, interpretate in correlazione con l'art. 429 Cod. comm. di cui rappresentano una limitazione, sono comprensive di tutte le ipotesi previste in questo articolo (dichiarazioni erronee, false e reticenze) per cui, qualunque sia la locuzione usata, l'azione della Compagnia oltre il termine di contestabilità rimane salvo nella sola ipotesi di dolo inteso con gli estremi dell'articolo 1115 Cod. civ. e cioè estrinsecantesi con vere macchinazioni, raggiri e mezzi fraudolenti.

« Si versa in una simile ipotesi di dolo, e quindi il contratto è incontestabile anche oltre il termine della clausola, nel caso che l'assicurato, in patente contraddizione con le dichiarazioni della proposta, sia all'epoca della stipulazione non solo pienamente consapevole del proprio grave stato di salute, avendo poco tempo prima subito una operazione di cancro alla mammella, ma sia anche riuscita, con esagerate e finte manifestazioni di pudicizia, ad occultarne la cicatrice al medico fiduciario della compagnia ».

Come si vede la giustizia dopo lungo peregrinare ha riscontrato il raggio concretizzato nell'atto di falsa pudicizia eseguita al fine di nascondere la cicatrice operatoria. Ciò è ben lontano da quanto si afferma a proposito degli estremi della macchinazione sopra specificati perchè possa avanzarsi gravame di nullità.

Per dimostrare il contrasto interpretativo sugli estremi della malafede riportato ad esempio le parole di una sentenza della II^a Sezione della C. di App. di Roma (Cannata contro I.N.A., 27 luglio 1937) laddove si legge « la mala-

fede si deve esteriorizzare nell'impiego di raggiri o di altri mezzi fraudolenti per carpire la buona fede altrui ».

Ugualmente la II^a Sezione della Cassazione in data 3 luglio 1939 (Perciaccante contro Adriatica) « resta a favore della Compagnia l'azione di nullità soltanto per l'ipotesi di *dolus malus* concretantesi nell'inganno o nel raggio e più precisamente in fatti esteriori che si aggiungono alle false dichiarazioni per avvalorarle e renderle maggiormente idonee a trarre in errore la compagnia ».

Del resto tutto si riduce al modo di interpretare i fatti; nella massima di una recente sentenza della Corte di App. di Milano (Sez. I, C. contro Adriatica, 16 giugno 1939) si riconosce una equivalenza delle macchinazioni nell'intero sistema di menzogne che nel caso consistevano nell'affermazione da parte di un tubercoloso di essere stato sempre bene e nella negazione di aver sputato sangue e di essere stato ricoverato in ospedale. Questa è certamente la interpretazione più equa e ci auguriamo che la Corte suprema vorrà accettare un simile raziocinio in cui il suddetto sistema di menzogne è ritenuto sufficiente a dimostrare la malafede. Riportiamo, data la non rara evenienza di casi simili la parte delle massime che a noi interessa. « Le dichiarazioni false e le reticenze non sanate dalla clausola devono accompagnarsi a vere macchinazioni e a mezzi fraudolenti ovvero devono dimostrare un intero sistema di menzogne e di reticenze preordinate alla commissione di una frode ai danni della compagnia ».

« Sulla scorta di quest'ultimo criterio deve ritenersi contestabile oltre il termine il contratto nel caso che l'assicurato non si limita a negare falsamente di essere affetto da tubercolosi e da bronchite cronica, ma per avvalorare tale mendacio aggiunge le false afferma-

zioni di non aver mai avuto sputi sanguigni, di non essere mai stato ricoverato in ospedali e sanatori e di non aver mai consultato dei medici ».

Da quanto sopra ci sembra ormai chiaro che le ultime sentenze tendano a rivedere, pur mantenendo il principio, il significato interpretativo della malafede, oppure, se più ci piace, valutare l'art. 1115 dal complesso del testo senza più limitarsi alla ricerca del raggio concreto troppo spesso superfluo nel nostro campo.

In proposito ci piace ricordare come anche l'Ilardi pur avendo affermato che la reticenza è sempre coperta dalla clausola, riconosce però che « è anzitutto il caso di dichiarazioni false e poi quello di ogni altra attività nel campo esterno atta a trarre in inganno l'assicuratore » quelli in cui è possibile l'annullamento secondo il Diritto Civile. L'A. attribuisce il comportamento della giurisprudenza alla dizione della clausola di incontestabilità dell'I.N.A., la quale certamente non è felice. Ma a nostro modesto parere è soprattutto l'interpretazione giurisprudenziale del dolo secondo l'articolo 1115 del C. C., anzichè secondo l'art. 1110, la causa di questa dolorosa situazione nel campo assicurativo. Ugualmente Lordi, come poi accenneremo, nel suo commento al nuovo progetto del Codice 1940 non ha tenuto ben presente la interpretazione ormai divenuta di diritto nella giurisprudenza.

Le incongruenze di una simile interpretazione sono state intese anche da magistrati e dai competenti organi sindacali come può rilevarsi dai vari progetti avanzati per modificare le attuali disposizioni legislative. Risulta perciò interessante esaminare, ora che il progetto ministeriale 1940 deve ritenersi prossimo all'approvazione, come tali progetti abbiamo cercato di rimuovere gli inconvenienti da noi lamentati a pro-

posito del vizio di consenso pur mantenendo le migliori garanzie all'assicurato in buona fede.

III. - LA MALAFEDE NEI PROGETTI LEGISLATIVI DI ASSICURAZIONE.

Nel progetto preliminare della Commissione ministeriale del 1921 troviamo quasi immutato l'art. 429 dell'attuale C. di Commercio, soltanto si fa menzione oltrechè alla malafede anche alla colpa grave che viene considerata equivalente.

Il progetto della Commissione Reale del 1925 per la riforma dei Codici aggiunge che le dichiarazioni motivo di nullità riguardano « le circostanze sulle quali l'assicurato sia stato interpellato con un questionario o altrimenti per iscritto ».

Successivamente il testo dell'articolo che tratta delle dichiarazioni si fa più esteso nel progetto Mossa nel quale le sole circostanze ammesse per la contestazione devono riferirsi a quelle indicate nel questionario e vengono qualificate essenziali. Inoltre queste ultime possono all'atto dell'accertamento autorizzare la modifica d'autorità delle condizioni d'accettazione od eventualmente provocare lo scioglimento del contratto. Nello stesso progetto leggiamo anche: « in caso di sinistro l'assicuratore ha solamente il diritto di ridurre l'indennità in proporzione alla differenza tra il premio applicato e quello che si sarebbe applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose ». Questo principio di revisione del rischio con una graduazione del premio è un criterio che informa anche l'ultimo progetto in discussione ora alla Camera.

Il progetto della Federazione Imprese Assicuratrici 1935 distingue le dichiarazioni essenziali non corrispondenti a verità nelle due categorie esposte sopra

e secondo risulta dallo spirito dell'attuale clausola di incontestabilità cioè in dichiarazioni rese in malafede e dichiarazioni in buona fede.

Le dichiarazioni in malafede, che dal carattere delle circostanze venivano presunte per tali, avrebbero dato all'assicuratore il diritto di richiedere l'annullamento; le dichiarazioni in buona fede lo avrebbero autorizzato a rivedere le condizioni del contratto nei riguardi delle tariffe e della garanzia secondo l'uso della propria impresa.

Di tutte queste modificazioni o ritocchi proposti durante gli ultimi venti anni ha tenuto conto il progetto Ministeriale 1940 per la riforma del Codice di commercio. Giustamente la relazione del Guardasigilli in merito alle dichiarazioni afferma: « Qui siamo in un campo in cui non sembra opportuno lasciare al solo regolamento delle clausole contrattuali uno dei punti più delicati ed importanti dei rapporti contrattuali di assicurazione ». Infatti il problema molto delicato viene risolto secondo sani criteri che occupano due articoli, il 526 ed il 527, nei quali troviamo migliorati e completati quelli troppo sintetici e rigidi dell'attuale 429. Li riportiamo integralmente anche perchè tutto lascia prevedere che ormai salvo lievi ritocchi entreranno nella nuova legislazione fascista.

« Art. 526 (Dichiarazioni inesatte e reticenze compiute con dolo o colpa grave). Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente sono causa di annullamento del contratto, quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave e quando la dichiarazione o la reticenza riguarda circostanze di tale natura che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

Si presumono di tale natura le circo-

stanze sulle quali il contraente è stato interpellato con un questionario o altrimenti per iscritto. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono causa di nullità del contratto anche se riguardano circostanze che non hanno influito sull'avvenimento del sinistro.

L'assicuratore decade dal diritto di far valere la nullità se, entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto la inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non comunica la propria determinazione al contraente.

L'assicuratore ha diritto ai premi scaduti e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno e, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato nel comma precedente, non è tenuto al pagamento della somma assicurata.

Se l'oggetto del contratto di assicurazione è divisibile, il contratto resta in vigore per la parte alla quale non si riferisce la dichiarazione inesatta e la reticenza ».

« Art. 527. (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave). Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, salvo l'applicazione dei principi generali, quando il contraente non ha agito con dolo o colpa grave, non importano la nullità dell'assicurazione, ma l'assicuratore ha il diritto, ove le parti non si accordino sul mantenimento del contratto mediante aumento del premio, di recedere dal contratto, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nel termine di tre mesi dal giorno in cui ha avuto conoscenza della dichiarazione inesatta o della reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che la dichiarazione inesatta o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore o prima che l'assicuratore abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sa-

rebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Se l'assicuratore, anche nel caso di sinistro, dimostra che, secondo gli usi della sua impresa, non avrebbe assunto rischi del genere di quello cui si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza; il contratto è nullo, ma l'assicuratore ha diritto di trattenere a titolo di rimborso delle spese, il premio convenuto per il primo anno ».

Interessa rilevare subito dal titolo degli articoli che il legislatore ha voluto attribuire la massima importanza alla intenzionalità o dolosità in senso etimologico del dichiarante, vale a dire a seconda le dichiarazioni siano state pronunciate in buona od in malafede. Queste parole non risultano letteralmente ma il loro valore si evince dal contesto degli articoli.

Ciò è tanto vero che anche le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono nell'art. 526 riconosciute sufficienti a determinare l'annullamento se vi è stato dolo o colpa grave. Evidentemente non si richiede più l'esistenza degli estremi del raggirio secondo l'attuale art. 1115; è la volontà dell'agente quale risulta dai fatti che determinerà l'esistenza del dolo.

Per di più anche la colpa grave viene riconosciuta quale causa di annullamento e ciò ben si comprende in quanto il legislatore, come dicemmo all'inizio, deve tutelare non solo il diritto della società ma anche quello dell'altro contraente. Ciò è del resto conforme all'attuale art. 1151 C. C.: « qualunque fatto che arreca danno ad altri obbliga quello, per colpa del quale è avvenuto, a risarcire il danno ». Naturalmente l'Ente di assicurazione troverà in un giusto senso di equità e nello stesso aggettivo qualificativo « grave » il limite della discrezione nel richiedere l'annullamento per tale motivo.

Nell'art. 527 cioè allorché non vi è stato dolo o colpa grave, in occasione di sinistro, il legislatore ha voluto, pur salvaguardando gli interessi dell'assicuratore, che l'atto previdenziale non venisse frustrato completamente; pertanto ha ammesso la riduzione proporzionata della liquidazione in rapporto al rischio realmente sostenuto per i cosiddetti casi di rischi tarati. La nullità è stata riservata ai soli casi in cui il rischio non sarebbe stato assunto a nessuna condizione.

Insomma la difesa della previdenza rappresenta lo scopo del legislatore che riconosce in questo nobile istituto una delle più alte manifestazioni della solidarietà individuale e familiare. La differenza tra la sorte dei contratti che si sarebbero conclusi ad altre condizioni è fondamentalmente basata sulla coscienza di buona fede o di mala fede; sia che il contratto possa essere continuato sia che nel frattempo sopravvenga il sinistro. Questa ultima evenienza è disciplinata dagli artt. 526 (4° comma) e 527 (2° comma).

Tali criteri trovano la loro ragione di essere appunto nella coscienza dell'agente di cui avemmo nel grafico occasione di ipotizzare le diverse evenienze; essi più che nella interpretazione giuridica di una parola trovano la loro profonda ragione di essere e di vivificarsi nella concezione etica e psicologica che è alla base della vita sociale.

In un recentissimo commento di Lordi al progetto in esame troviamo che secondo tale A. l'art. 429 C. Comm. meglio interpreterebbe la volontà delle parti la cui applicazione rigorosa dovrebbe essere attuata secondo l'interpretazione dell'art. 1110 C. C. Ma purtroppo abbiamo visto sopra come l'applicazione integrale dell'art. 429 C. Comm. venga dagli stessi Enti qualificata quale non confacente alla funzione previdenziale

tanto che spontaneamente offrono la clausola di incontestabilità. D'altra parte la massima giurisprudenza ha voluto ormai considerare di stile come motivo di annullamento non già quanto ragionevolmente prevede l'art. 1110 C. C.; ma lo ha limitato alla interpretazione più rigorosa che possa esser data all'articolo 1115. Per queste ragioni riteniamo che sia nell'interesse della giustizia che dei contraenti debba preferirsi l'applicazione del codice attualmente progettato.

Negli Atti della Sottocommissione dell'Assemblea Legislativa per il Codice di Comm. apparsi ultimamente troviamo che, su richiesta del Relatore Cons. Andriani, è stata proposta la soppressione del secondo e terzo comma dell'articolo 526 e dell'ultimo capoverso del 527. Non crediamo poi sia il caso di polemizzare sopra certi apprezzamenti quali « astuzia dell'assicuratore » e « contraente inesperto e indifeso » dopo gli edificanti esempi che abbiamo presentato sopra.

Forse sarebbe consigliabile lasciare all'art. 526 il comma che specifica le circostanze essenziali limitatamente a quelle del questionario; un simile criterio riuscirebbe di maggior chiarezza e garanzia ad entrambi i contraenti. Lo stesso riteniamo nei riguardi del seguente comma che riconosce la contestabilità indipendentemente dal rapporto tra la reticenza dolosa e il sinistro; in seguito alla sua soppressione si verrebbe a lasciare in vigore la sola contestabilità per il « *dolus causam dans* ».

In realtà il criterio più ampio esisteva in tutti i precedenti progetti come nell'attuale art. 429 ed in linea di diritto è ineccepibile. Infatti la morte intercorrente non può sanare una dichiarazione dolosa i cui effetti legali viziano dall'inizio l'atto di consenso; anche se di diverso parere è stata la Sottocommissio-

ne legislativa, probabilmente guidata da un criterio più etico che giuridico.

Ma la proposta della Sottocommissione tradisce maggiormente lo spirito del progetto laddove sopprime l'ultimo capoverso dell'art. 527 che ipotizzava la evenienza del sinistro in un contratto stipulato senza dolo, ma viziato da inesattezze tali per cui l'assicuratore non avrebbe a nessuna condizione assunto tale rischio. E' precisamente il caso in cui non il concetto etico, ma il diritto dell'assicuratore risulta leso e su di ciò non occorre insistere dopo quanto abbiamo visto in precedenza ricordando anche la teoria oggettiva di Patterson. In conclusione dal progetto Ministeriale 1940 secondo le modificazioni proposte dalla sottocommissione l'annullamento sarebbe previsto solo per i casi di dolo, cioè per lo *scienter* degli americani e per quelli in cui risulta la « colpa grave ».

Dobbiamo anche rilevare che la legislazione straniera in questi ultimi anni si è ugualmente orientata nella disciplina delle dichiarazioni inesatte verso la ricerca della intenzionalità dell'agente, come giustamente mettevano in evidenza Romanelli-Marsella fin dal 1932 al II Congresso Nazionale delle Scienze Assicurative. Infatti la legge francese promulgata nel luglio del 1930 commina la nullità del contratto e l'acquisizione dei premi nei casi (Art. 21) « de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la parte de l'assuré ».

Come nell'art. 527 del nostro ultimo Progetto Ministeriale che considera i casi di dichiarazione inesatta senza che si possa stabilire la malafede (zona tratteggiata scura del nostro grafico), ugualmente l'art. 22 della legge francese prevede la riduzione dell'indennità in occasione di sinistro in rapporto alla differenza tra il premio versato e quello che si sarebbe dovuto pagare per il reale

rischio del caso. La legge tedesca è anche più severa nei riguardi dell'assicurato perchè considera doloso anche lo stato di ignoranza in cui egli è voluto deliberatamente permanere (parag. 16).

Da quanto siamo venuti esponendo risulta come abitualmente in occasione di contestazione dei contratti di assicurazione sulla vita la giurisprudenza ha dato una interpretazione circa lo stato di malafede che non solo viola la coscienza etica ed il diritto dell'assicuratore; ma nei vari casi occorsi più recentemente in cui ha creduto di colpire il palese inganno ha dovuto sottilizzare sull'elemento occasionale. Ci auguriamo che tale procedimento, il quale non trova conferma in nessuna altra giurisprudenza straniera, sia presto sanato dal nuovo Codice di commercio.

Anche se in definitiva risulterà tolto l'ultimo capoverso dell'art. 527, ciò che per il diritto privato è deprecabile, vigerà comunque un criterio più rispondente a quell'innato senso di giustizia che veglia nel fondo di ogni animo umano e trova nella filosofia del diritto la sua giustificazione. Sarà in tal modo merito del Fascismo infrangere certi feticci del diritto individuale il quale come si nobilita allorchè assurge a diritto di una collettività assicurata, ascende le più alte vette dell'ideale quando accomuna tutti gli sforzi, anche nel sacrificio del diritto naturale, per rendere più forte e più salda la potenza della stirpe eterna.

AUTORIASSUNTO.

L'A pone la questione sorta nell'applicazione giurisprudenziale circa la coscienza di buona e di malafede da parte dell'agente. Essa costituisce l'elemento morale della contestazione; e viene illustrato dall'A. con un grafico dimostrativo.

Successivamente sono riferite alcune sentenze in merito e commentati i numerosi progetti avanzati durante l'ultimo ventennio fino a quello ministeriale del 1940.

*Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita***Costole cervicali soprannumerarie e loro importanza
in rapporto all'esame clinico-radiologico dell'apparato respiratorio**

DOTT. T. RICCIOTTI

Medico di Direzione dell'I.N.A.

In uno dei precedenti articoli (*Assistenza Sanitaria*, anno 1939, n. 6), trattando delle principali anomalie ed alterazioni dello scheletro toracico che possono interessare il medico di Assicurazione Vita, ho accennato all'importanza delle costole cervicali soprannumerarie quale causa di errore diagnostico. Intendo qui sviluppare con maggiore estensione l'argomento sulla scorta di alcuni casi capitati alla mia osservazione in questi ultimi otto mesi.

La prima osservazione riguarda una donna di 36 anni, casalinga. Nulla nel gentilizio e nella anamnesi personale remota. Questa donna ricorreva a noi per un esame radiografico della spalla destra consigliata dal suo medico curante che sospettava una artrite dato che da due anni essa soffriva di dolori intermittenti in corrispondenza della fossa sopra-spino-sa e sopra-claveare con punto di maggiore intensità alla testa dell'omero. Tali dolori si erano andati accentuando negli ultimi mesi accompagnandosi a cefalee di tipo emicranico sempre a destra. Nessun disturbo a carico dell'apparato respiratorio; mai febbre; peso stazionario. Obiettivamente si notava dolore alla palpazione della regione sopra-claveare e sopra-spino-sa destra ed alla pressione profonda dell'apice del cavo ascellare. Nulla di notevole all'esame obiettivo dell'apparato respiratorio all'infuori di una riduzione di suono riscontrata in alto bilateralmente. Fu praticata dapprima una radioscopia della spalla destra che non mise in evidenza alcun fatto patologico. Risultata negativa questa prima ricerca fu fatto un esame radiologico dell'apparato respiratorio e dal radiogramma (fig. 1) risultò che la costola più alta da entrambi i lati si presentava assottigliata e di aspetto molto di-

verso da quello che suole osservarsi generalmente. Sorgeva allora il quesito se potesse trattarsi di una prima costola a sviluppo rudimentale oppure di una costola cervicale soprannumeraria. Per quanto l'impianto sulla settima vertebra cervicale e l'estrema rarità della ipoplasia della prima costola facessero propendere per la seconda ipotesi (costola cervicale) pure, data la bilateralità del reperto,

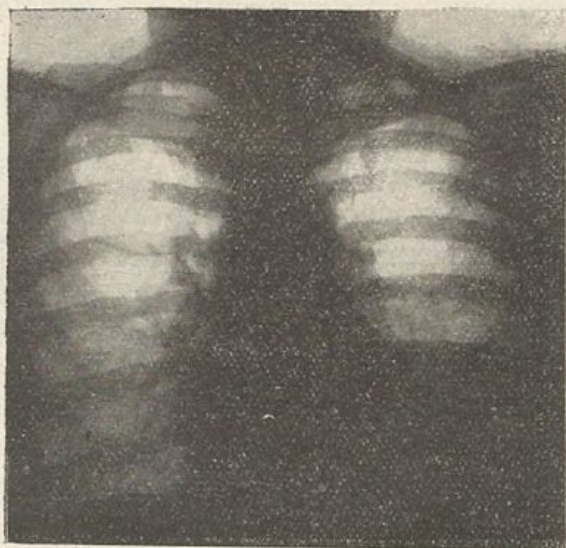


Fig. 1

si ritenne opportuno ripetere l'esame comprendendo tutte le costole in modo da poterle contare. In tal modo veniva ad accertarsi che si trattava di una costola cervicale soprannumeraria bilaterale meno sviluppata a destra.

Il secondo caso si riferisce ad una donna di 51 anni, impiegata. Anche qui niente a carico dell'anamnesi familiare e personale se si eccettua una bronchite sofferta qualche settimana prima. Fu appunto a causa di questa bronchite che in occasione di una visita medica per trasformazione di polizza venne praticato l'esame radiografico dell'apparato respiratorio. Obiettivamente nessun dolore toracico nè spontaneo nè alla pressione; alla percussione ipo-

fonesi netta e respiro affievolito in alto a destra specialmente in sovraspinoso. Il radiogramma rivelò la presenza di una costola cervicale soprannumeraria ben visibile a destra (fig. 2).

In una terza osservazione si trattava di un giovane di 25 anni nostro impiegato richia-

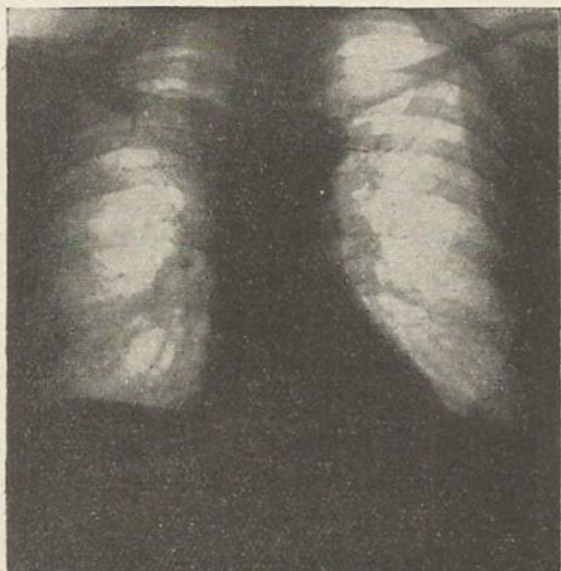


Fig. 2

mato alle armi ed inviato poi in licenza per disturbi intestinali. Gentilizio negativo e negativa l'anamnesi individuale all'infuori di una pleurite secca sinistra sofferta all'età di 22 anni e guarita con aderenze basali. Per questa pleurite e perchè l'esame obiettivo dava una ipofonesi bilaterale in alto oltre alla ipomobilità della base sinistra fu eseguito l'esame radiografico prima di riammettere il giovane in servizio. Dal radiogramma (fig. 3) appaiono evidenti gli esiti della pleurite pregressa non-

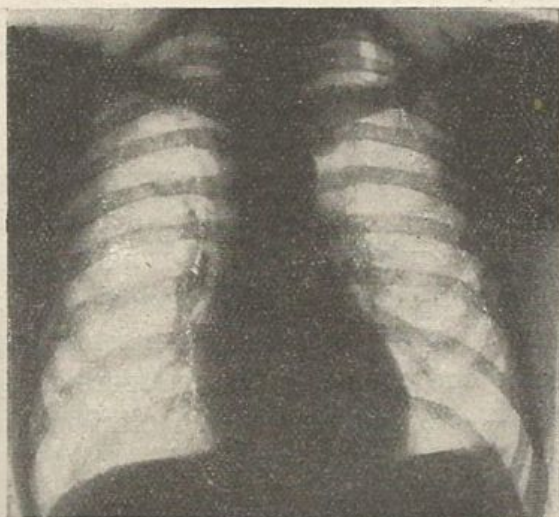


Fig. 3

chè due costole cervicali bene sviluppate che vanno ad articolarsi con una prominenza ossea della prima costola.

Infine in un giovane di 18 anni aspirante impiegato con anamnesi ed obiettività negative il reperto di costola cervicale soprannumeraria bene sviluppata a destra e incompleta a sinistra ha costituito una sorpresa dell'esame radiografico che era stato praticato unicamente per il notevole sottopeso (fig. 4).

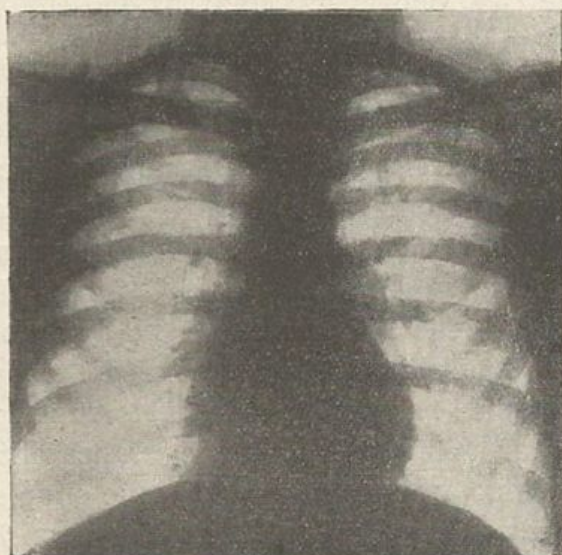


Fig. 4

I quattro casi sopra descritti si prestano ad alcune considerazioni. Intanto si tratta di una anomalia costale abbastanza rara che si riscontra prevalentemente in soggetti appartenenti al sesso femminile. In tal senso parlano le statistiche del Perona il quale in uno studio pubblicato anni or sono sopra 11 casi di costola cervicale soprannumeraria (il dieci per mille dei pazienti osservati in un anno) riscontrò che i due terzi appartenevano alle donne mentre i maschi raggiungevano appena il terzo. Anche Southam e Bythell su 15 bambini scoprirono l'anomalia in 10 bambine e in 5 maschietti. Lo stesso rapporto (due terzi femmine contro un terzo maschi) ha trovato Della Vedova.

La costola cervicale può essere presente in entrambi i lati o interessare uno solo degli emitoraci. La costola cervicale unilaterale è estremamente rara

e il Perona sugli 11 casi della statistica sopra citata non ne riscontrò nessuno. Le costole soprannumerarie possono presentare uno sviluppo variabile, solo eccezionalmente simmetrico: talvolta sono rudimentali (forma capitolare), altre volte più sviluppate, libere o in rapporto col manubrio dello sterno per mezzo di una articolazione propria; in qualche caso può aversi una fusione con la prima vera costola toracica.

E' importante per noi il fatto che spessissimo la presenza di questa anomalia scheletrica non si accompagna ad alcun sintomo come in tre dei nostri casi; altre volte, come nel primo, possono aversi disturbi sensitivi vari. Questi disturbi sensitivi consistono in dolorabilità spontanea della regione del collo, dell'apice polmonare e dell'arto superiore con fenomeni di facile stancabilità dell'arto, crampi alle dita, ecc. e si spiegano con la semplice irritazione o con la compressione dei nervi. In due casi descritti dal Perona si avevano disturbi essenzialmente sensitivi consistenti in dolore circoscritto alle regioni apicali e parestesie diffuse agli arti superiori con prevalente interessamento del territorio innervato dal plesso brachiale inferiore. Secondo Calvet quando la costola cervicale è breve prevalgono i disturbi nervosi, invece se la costola è lunga (oltre i 5 cm.) si osservano di preferenza disturbi vascolari. La sindrome vascolare è meno frequente di quella nervosa e interessa soprattutto le arterie (arterite obliterante, dilatazioni aneurismatiche, trombosi, ecc.) molto meno gli altri vasi (stasi venosa, edemi del collo e degli arti superiori). Comunque l'entità del quadro morboso non è in relazione al grado di sviluppo della costola, anzi la sintomatologia più allarmante si ha nella semplice ipertrofia trasversaria — secondo le osservazioni di Cloyis, Léris e Peron — e nella costola cervicale di tipo

capitolare (Becchini, Moreau, Leriche ecc.).

Vediamo ora quale importanza può avere per noi la presenza di una costola cervicale uni o bilaterale in un individuo che venga a sottoporsi ad una visita medica di assicurazione e che, come generalmente accade, non accusi alcun fenomeno che faccia sospettare l'anomalia scheletrica la quale si rende evidente per caso con l'esame radiografico. Dei molti autori che si sono occupati dell'argomento (Putti, Busi, D'Aiutolo, Bertolotti, Della Vedova, Bianchini, Ottonello, ecc.) nessuno attribuisce valore patologico al reperto. Solo Krause e più tardi Frik danno importanza alla costola cervicale fluttuante ammettendo la possibilità che i movimenti dell'apice libero producano piccole e ripetute lesioni sui vasi e sui nervi vicini. In tal modo la costola cervicale fissa sarebbe assai meno traumatizzante della costola cervicale mobile. Ma le vedute di Frik e di Krause non sono condivise da tutti gli Autori e dei miei casi due soggetti portatori di costola cervicale incompleta non presentavano assolutamente alcun disturbo. Perciò fino a quando le osservazioni non avranno raggiunto un maggior numero mi sembra che sia esagerato attribuire valore patologico come spina di eventuali lesioni future alla costola cervicale soprannumeraria sia essa accompagnata o no a disturbi subiettivi rilevanti.

Invece grandissima è l'importanza della costola cervicale quale causa di errore diagnostico nell'esame clinico del torace. E' questo errore che nel campo nostro può riuscire molto pericoloso portandoci a rifiutare o a tarare a torto un rischio che invece dovrebbe essere accettato — ove non esistessero altri motivi — a condizioni normali.

E' nota l'enorme importanza che ha la percussione tra i metodi clinici di esa-

me del torace e come mezzo per scoprire le localizzazioni iniziali della tubercolosi polmonare. Per Krönig i sintomi percussori precederebbero la comparsa dei fenomeni ascoltatori, ed anche gli altri segni della malattia, come la tosse e l'espettorato bacillifero, seguirebbero il reperto di ipofonesi iniziale. Anche Oestreich, Fishberg ed altri attribuiscono grande valore alla percussione per la diagnosi tempestiva di lesione tuberculare iniziale dell'apice. Ora perchè i rilievi percussori della porzione alta del torace siano sicuro indizio delle condizioni del parenchima polmonare sottostante occorre escludere alcune cause di errore che in presenza di una ipofonesi ci fanno pensare ad infiltrazione od a sclerosi apicale del polmone. Una di queste cause è appunto la costola cervicale unilaterale o bilaterale. Supponendo che da un lato esista una costola cervicale soprannumeraria con dei fasci muscolari soprannumerari mentre dall'altro lato il torace è normale ne deriva che dal lato dell'anomalia il suono di percussione sarà più o meno ridotto a causa dell'elemento osteomuscolare sottostante mentre dal lato opposto si avrà risonanza normale. Se a questo si aggiunge che nella tubercolosi polmonare si riscontra spesso una dolenzia spontanea (sintomo di Potten-

ger) o provocata con la palpazione (sintomo di Boeri) sul margine superiore del cucullare, si comprende come con questi fenomeni potrebbero confondersi la sintomatologia dolorosa analoga che si accompagna talvolta alla presenza di costole cervicali.

In base a quanto si è detto e sulla scorta dei casi osservati può dunque ritenersi che la presenza di una costola cervicale da un lato solo o da entrambi i lati non incide sul rischio assicurativo mentre riveste una grande importanza dal punto di vista diagnostico. Pertanto tutte le volte che, in assenza di ogni precedente anamnestico sospetto e di ogni altro segno clinico di malattia polmonare ci si trovi di fronte a soggetti che presentino una ipofonesi apicale accompagnata o no a dolenzia muscolare spontanea o provocata od a qualcuno dei sintomi esposti, è consigliabile ricorrere all'indagine radiografica come all'unico mezzo sicuro per evitare errori. Basta una semplice radiografia del torace con la tecnica solita integrata all'occorrenza da un esame di dettaglio degli apici per stabilire un giudizio diagnostico preciso.

BIBLIOGRAFIA

- J. CALVET, *Presse Medicale*, 1940, n. 102-103.
 P. OTTONELLO, *Radiologia Medica*, 1929, f. IV.
 P. PERONA, *Radiologia Medica*, 1926, fasc. VII.

Dalla pratica assicurativa

L'esame accurato dei casi di sinistro con breve antidurata permette di fare dei rilievi interessanti che servono a formare l'esperienza per l'accettazione dei rischi. Ne riportiamo qualche esempio pratico.

I. — Nel settembre 1940 è deceduto in una cittadina del Veneto un assicurato di 31 anni in seguito a morbo di Banti dopo 21 mesi che aveva contratto una assicurazione sulla vita. Dall'esame della visita all'ingresso risulta che l'assicurando si presentava in buone condizioni generali ed aveva denunciato una pregressa pleurite ed

una malaria sofferta 12 anni prima. Il medico aveva riscontrato splenomegalia che credette poter riferire all'antica malaria e non indicò se vi fosse anemia.

Se l'indagine semeiotica circa la splenomegalia riferita ad una malaria sofferta 12 anni prima, fosse stata più approfondita per quanto riguardava la sua entità, che in tale epoca doveva essere già notevole, avrebbe permesso al medico di Direzione di dubitare della spiegazione etiologica prospettata dal Fiduciario. La pratica ci insegna che una antica malaria guarita da circa 12

anni difficilmente può dare, come si presumeva nel caso specifico, una spiccata splenomegalia. Per di più se fosse stata messa in rilievo l'anemia secondaria, che al momento della visita doveva essere già discreta, l'orientamento diagnostico sarebbe riuscito più idoneo. In tal modo si sarebbe evitato un danno all'Ente e lo stesso assicurando messo sull'avviso avrebbe potuto in quel periodo sottoporsi ad una splenectomia, e così salvare la propria vita.

Da questo caso si conclude come qualche volta il medico si adagi, per spiegare un sintomo che riscontra, in un precedente patologico di valore non proporzionato con il rilievo semeiologico.

II. — Recentemente è deceduto in Campania un altro assicurato di 46 anni dopo 16 mesi dall'ingresso in assicurazione. L'assicurato aveva riferito al medico di aver sofferto quattro anni prima di una enterocolite amebica durata quattro mesi e guarita da allora con reperto coprologico divenuto negativo. Il Fiduciario trova il soggetto in buone condizioni personali, riscontra dolenzia all'addome, ma non approfondisce meglio la sede di questo dolore e denuncia i limiti ed i caratteri del fegato come normali.

L'assicurato è morto successivamente per ascesso epatico amebico. Tutto lascia ritenere che all'epoca della visita l'assicurato non era guarito dell'amebiasi. La guarigio-

ne della forma enterica confortata dalle analisi coprologiche avevano orientato il medico in senso ottimista; se avesse meglio indagato la dolenzia addominale riscontrata forse avrebbe reso possibile la diagnosi precoce di metastasi epatica amebica. Anche in questo caso dunque una visita accurata avrebbe non solo evitato un danno all'Ente, ma sarebbe stata di grande importanza per l'assicurato che, con una cura medica adatta in quel periodo avrebbe potuto giungere a completa guarigione.

Conclusione clinica di questo caso è che un soggetto che sia stato affetto da enterocolite amebica, debba essere esaminato con grande accuratezza tenendo presente le facili complicazioni e specialmente la classica metastasi epatica non fidando della affermazione dell'assicurato circa la scomparsa dei parassiti dalle feci e la guarigione dei segni enterici.

Da questi due casi possiamo desumere come la visita medica di assicurazione non riveste, a differenza di quanto qualcuno ritiene, un valore formale o fiscale; una mentalità più ampia da parte del medico dimostrerebbe al contrario la sua importanza. La visita medica ad assicurati che riferiscono la verità può raggiungere un interesse insospettato, ciò che nobilita queste visite così importanti anche dal punto di vista sociale.

St.

Notiziario

Assicurazione contro le malattie

La « Praevidentia » che, come già annunciammo nel n. 5, scorso anno, della nostra Rivista, ha assunto questo nuovo campo di attività assicurativa, allo scopo di venire incontro ai suoi assicurati, ha deliberato, a loro favore, alcuni importanti provvedimenti fra cui quello di assumersi l'onere dell'opposizione della marca sindacale (L. 20) nei certificati medici, in cui essa va dovuta (denuncia d'incapacità al lavoro) e l'altro di ridurre od anche abolire la carenza iniziale prevista nel contratto di assicurazione di malattia, quando contemporaneamente alla

stipula di esso, venga anche stipulata una assicurazione sulla vita (con l'I.N.A.) con visita medica i cui accertamenti sanitari consentano tale facilitazione. All'uopo sono state emanate le opportune norme direttive.

La prevenzione degli infortuni agricoli.

La Fed. Naz. Fasc. Casse Mutue Infortuni Agricoli ha deliberato il programma di attività prevenzionale per l'anno 1941, in cui viene stanziata la spesa di L. 50.000 da erogarsi in premi per sette concorsi che avranno luogo nel 1941, che riguardano pubblicazioni di articoli, di giornali e di riviste di propaganda antinfortunistica; svolgimento di temi antinfortunistici agricoli tra le scuole rurali, ecc.

Distribuzione ed utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica dell' I. N. A.

A N N O	Buoni distribuiti N.	Buoni utilizzati N.	Percentuale utilizzata sui distribuiti %	Importo onorari medici Lire	Visite collaudo salute presso Centri e Consultori I.N.A.
Quinquennio 1931-1935 . . .	8.588	4.423	51.50	88.460	127
1936	3.438	1.737	50.52	34.740	532
1937	2.618	1.569	59.53	31.380	3.677
1938	2.639	1.586	60.09	31.720	9.934
1939	2.561	1.471	57.43	29.420	17.816
1940	2.487	1.375	55.28	27.500	18.500
TOTALE 1931-1940 . . .	22.331	12.161	54.45	243.220	50.586

La sessione invernale del Comitato Medico Consultivo della Federazione delle Imprese di Assicurazione Vita.

Nei giorni 20, 21 e 22 marzo 1941-XIX, in Roma, nei locali del Consorzio Italiano Rischii Tarati, in Piazza S. Bernardo, 1 hanno avuto luogo cinque riunioni del Comitato Medico Consultivo per discutere il seguente:

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Valutazione delle « Alterazioni della tiroide » ai fini della A. V. Relatori: dott. Brugnoli, dott. Comirato, prof. Pilotti.
- 2) Valutazione dei « traumi cranici » ai fini delle A. V.: Relatori: dott. Clausi Schettini, prof. Pilotti.
- 3) Valutazione circa « l'ulcera duodenale » ai fini delle A. V. Relatori: dott. Clausi Schettini, prof. De Gregorio, dott. Guido.
- 4) Alcune considerazioni sulla « valutazione dei rischi cardiaci ». Relatore: dott. Percacini.
- 5) « L'ozena » e il rischio di assicurazione vita. Relatore: dott. Starna.
- 6) « La selezione dei rischi in rapporto alla clausola di invalidità ». Relatori: dott. Benden, dott. Starna.
- 7) Modulo per le « affezioni dell'apparato visivo ». Relatrice: prof. Vele.
- 8) Organizzazione medica: dott. Biasiotti.
- 9) Varie.

Hanno presieduto le sedute alternativamente Romanelli e Boni.

Sono stati svolti tutti i temi all'ordine del giorno con importanti deliberazioni. Nel corso delle discussioni il Vice Presidente del C.I.R.T. prof. De Mori ha portato il suo caldo augurio per il successo dei lavori della Riunione. A chiusura dei lavori è stato rivolto il pensiero alla Patria in guerra formulando i migliori auguri, con la certezza della immane vittoria.

Note ed appunti

GERONTOIATRIA.

Leggiamo in « Athena » (n. 12, 1940) un articolo che riguarda l'argomento, ricco di osservazioni. Si tratta di un nuovo ramo di specializzazione medica di cui già si discute molto in America e che viene suggerito dall'allungamento della vita media umana che si è stabilito in conseguenza dei progressi dell'igiene e dell'applicazione dei metodi preventivi e curativi, entrati nella pratica. Dublin ha recentemente calcolato che le persone aventi 65 anni di età erano in ragione del 2,6 % nel 1850; del 4,1 % nel 1900; del 5,4 % nel 1930; di circa il 6 % nel 1935 e raggiungeranno il 14 % nel 1980. Da ciò deriva il grande interesse del problema della senilità e della specializzazione in gerontologia che riceve la sua importanza dal fatto che la vecchiaia è costituita da processi biochimico-fisici speciali che richiedono un opportuno approfondimento. La distinzione tra età

cronologica ed età biologica ha qui uno speciale significato per il fatto che se la vecchiaia viene considerata come un processo involutivo naturale, deve tuttavia ammettere che essa sia la conseguenza anche dei ripetuti danni subiti dall'organismo per infezioni, traumi e disturbi nutritivi parenchimali. Da ciò l'importanza nell'età avanzata di una più accurata medicina preventiva e curativa.

Leggi, decreti e ordinanze della "Gazzetta Ufficiale,"

Gazzetta Ufficiale n. 16, 1941, Roma. — Viene pubblicato nel Bollettino mensile di statistica la popolazione d'Italia da cui risulta che gli abitanti residenti nelle 98 province del territorio metropolitano al 31 dicembre 1940 ammontavano a 45.001.627. L'aumento della popolazione dal 1° gennaio al 31 dicembre 1940, di 427.472 è stato determinato dalla differenza delle due parti d'entrata del bilancio demografico, nascite e rimpatri, e dalle due parti d'uscita (morti ed espatriati). Sono nati nel 1940 1.037.586 individui e ne sono morti 602.865.

Decreto Min. 15 febbraio 1941 (Gazz. Uff. n. 45). — Approvazione di una tariffa di assicurazione presentata dalla Società di assicurazioni «La Previdente vita» con sede a Milano.

Dec. Min. 15-2-41 (G. U. n. 45). — Approvazione delle condizioni di polizza dell'assicurazione abbinata ai Buoni del Tesoro 5%, 1949 adottata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Dec. Min. 12-1-41, del Ministero delle Corporazioni (Suppl. Ord. alla G. U. n. 50, 1941). — Indice un concorso a cinque posti di Ispettore provinciale di terza classe nel ruolo dell'Ispettorato corporativo fra laureati in medicina e chirurgia.

R. D. 20-1-41, n. 95 (G. U. n. 59). — Riordinamento dei ruoli organici del personale dell'Amministrazione della Sanità Pubblica.

Dec. Min. 29-1-41 (G. U. n. 41). — Autorizzazione all'esercizio alla Compagnia di Roma, Società di riassicurazioni e partecipazioni assicurative con sede in Roma.

Dec. Min. 8-2-41. — Autorizzazione alla Società di assicurazione «Riunione Adriatica di Sicurtà» con sede in Trieste, ad emettere polizze di assicurazioni abbinata ai Buoni del Tesoro 5% - 1950.

Movimento universitario

NOMINE A PROFESSORI STRAORDINARI:

MAUGERI Prof. Salvatore, di Medicina del lavoro presso la R. Università di Padova.

VIGIANI Prof. Enrico, di Medicina del lavoro presso la R. Università di Torino.

GHIGGI Prof. Calisto, di Anatomia umana presso la R. Università di Siena.

STELLA Prof. Giulio, di Fisiologia umana presso la R. Università di Perugia.

CIANCI Prof. Vittorio, di igiene presso la R. Università di Sassari.

MARINO ZUCO Prof. Carlo, di Clinica ortopedica presso la R. Università di Roma.

DI GIORGIO Prof. Anna Maria, di Fisiologia umana presso la R. Università di Siena.

Dai Periodici

ITALIA

Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. 1, 2, Roma, 1941.

PEZZI, *Osservazioni radiologiche su due casi di megaesofago idiopatico.*

L'A. illustra due casi di megaesofago idiopatico e spiega il meccanismo patogenetico di tali affezioni non come uno spasmo; ma come una alterata motilità del cardias, probabilmente per interruzione dello stimolo coordinatore.

Annali Ravasini, n. 2, Roma, 1941.

MARCONI, *Le cardiopatie dell'infanzia.*

In una intervista con l'A. il prof. Spolverini l'illustre Direttore della clinica Pediatrica di Roma, ha tenuto a segnalare la gravità del problema delle cardiopatie infantili in Italia come dimostrerebbero le seguenti cifre: nel 1937 i morti per malattie cardiovascolari furono 86751 mentre quelli per tubercolosi circa 37000 e quelli per tumori maligni 36.864; ciò quasi il triplo delle due affezioni sommate insieme. Nel 75% dei casi le cardiopatie iniziano dai 4 ai 10 anni per cause diverse (reumatismo, corea, setticopiemia, scarlattina, ecc.) e specialmente dopo affezioni influenzali e tonsillari alle quali comunemente viene data poca importanza. Auspica una seria e vasta organizzazione preventiva e curativa contro questa malattia mediante le ricerche elettrocardiografiche che rappresentano un mezzo prezioso per localizzare le lesioni miocardiche.

Assicurazione Italiana (L'), n. 1, Milano, 1941.

ETRUSCO, *Attenti ai passi pericolosi*; ROUX, *L'assicurazione mortalità del bestiame*; GISCO, *A proposito di storno provvisorio*; *Collaborazione italo-germanica nel campo assicurativo*; *Il Congresso romano degli assicuratori italo-germanici*.

Athena, n. 2, Roma, 1941.

PENDE, *Concetti direttivi della moderna patologia epatobiliare*.

L'A. dopo avere accennato alle numerose funzioni di grande importanza fisiologica cui è chiamato il fegato, sia come organo di elaborazione dei prodotti della digestione alimentare sia come regolatore del complesso ricambio dell'organismo ammette una inseparabilità clinica delle varie sindromi che sono tutte legate ad una forma unitaria patologica. Data la polivalenza funzionale, occorrerà ricorrere alle più svariate prove funzionali, coordinate e valutate in rapporto con i sintomi clinici per essere in grado di stabilire la diagnosi di piccola o di grande disfunzione epatica e di trarre le necessarie conseguenze per un eventuale intervento chirurgico sulle vie biliari.

G.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, n. 1, Milano, 1941.

BARIGOZZI, *Il substrato della ereditarietà dei caratteri normali e patologici*.

L'A. ritiene che quasi tutti i caratteri di qualsiasi organismo siano determinati da i «geni» e che il citoplasma abbia minima importanza dal punto di vista ereditario. Le variazioni stabili dei caratteri somatici debbono essere poste in conto ai «geni» donde la conseguenza che la mutazione genica costituisce il fattore-base della interna evoluzione dei viventi.

G.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, n. 6, 1940, Siena.

BALDI, *Le allucinazioni da «simpamina»*.

Rimedio di uso piuttosto recente in Italia di cui tutti gli sperimentatori hanno scritto finora in modo entusiastico.

L'A., pur facendo rilevare la scarsa tossicità del farmaco, ha tuttavia messo in rilievo che, eccedendo nelle dosi, si ottengono effetti nocivi come ipertensione disturbi circolatori stati di sovraccitazione psichica, e facili allucinazioni con delirio a contenuto persecutorio.

G.

Avvenire ostetrico (L'), n. 1, Napoli, 1941.

IGNAZIO FILIPPO SEMMELWEIS, *Nuove idee sul determinismo delle malformazioni fetali*; *Precisazioni storiche sulla narcosi in ostetricia*.

Avvenire Sanitario (L'), n. 6, Milano, 1941.

La carne vegetale. L'articolo mette in evidenza il fatto che se il nostro paese non può avere i grandi allevamenti di bestiame, possiamo trovare proteine vegetali associate ad un eccezionale contenuto di vitamine specialmente del complesso B. e di sali fosforati, negli estratti di lievito alimentare tipo Este dai quali si possono ottenere ottimi brodi.

Bollettino del Centro Studi dell'I. N. A., n. 4, Roma, 1941.

L'elenco dei produttori autorizzati nelle deliberazioni corporative - Il programma delle gare littorali per gli assicuratori - Gli esami del XV corso di Perfezionamento - La XVIII Assemblea annuale degli Agenti dell'I.M.A. - Propaganda e raccolta delle assicurazioni popolari in occasione dei compleanni.

G.

Bollettino della Società medico-chirurgica bresciana, n. 6, Milano, 1940.

BELTRAMETTI E TRAVERSO, *La terapia arseno-benzolica nella febbre di Malta*.

Gli AA. sulla base dei dati raccolti nel corso di trattamento di certi ammalati di febbre melitense curati con arseno-benzolo, riconoscono indubbia efficacia e superiorità a tale cura data la rapidità della sua azione risolutiva.

G.

Bollettino di segnalazioni, n. 11-12, Roma, 1940.

BONFATTI, *L'assistenza malattia nel settore dell'industria*.

L'A. espone lo sviluppo progressivo assunto dalle Mutue Malattie dell'Industria in Italia di cui ne esistevano già 3000 nel 1934 con altrettanti Statuti differenti; da ciò l'opportunità di creare un organo Nazionale che coordinasse l'attività delle Mutue esistenti e cioè la Federazione delle Mutue di Malattia per i lavoratori delle industrie. Accennato alla organizzazione unitaria nel campo tecnico l'A. ricorda che nel 1939 sono stati erogati 115 milioni per medicinali e sussidi con 5.870.034 prestazioni.

L'attività delle Mutue nel 1940 è stata estesa ai familiari con visite a carattere preventivo.

G.

Bollettino mensile di statistica dell'Istituto Centrale di Statistica.

Viene pubblicato un supplemento n. 45 del 21 febbraio 1941 della *Gazzetta Ufficiale* e da esso risulterebbe che la popolazione italiana residente nelle 98 provincie del territorio metropolitano ammonta a 45.036.215 abitanti al 31-1-41. Nel mese di gennaio 1941 i nati vivi sono stati 92.409 e i morti 65.866 e si sono celebrati 20.243 matrimoni. G.

Bulgaria, n. 1-2-3, Roma, 1940.

La bella Rivista che è entrata nel suo secondo anno di vita, edita in bella veste tipografica e corredata da nitide e chiare illustrazioni fotografiche, continua a svolgere il suo programma iniziale di cultura generale letteraria, storica, artistica e sociale per la migliore conoscenza della Bulgaria di oggi e di domani.

Sommario:

DAMIANI, *il volto della letteratura bulgara* - BAGRIJANA, *liriche (Il cuore del motore, Note sul Canal Grande)* - NEREZOV, *la valle delle Rose* - DAAGOEV, *l'assistenza sociale in Bulgaria* - PETKANOV, *a quale stirpe appartengono i bulgari*. G.

La buona semente, n. 2, Milano, 1941.

VIGNINI PALOSCHI: *Lontane leggende e tenaci eroismi della verde Islanda* - LANZONI: *L'audacia di un giovane garzone* - SOLMI: *Il dovere dell'ora* - ALBERGONI: *Per l'autarchia dei prodotti del bosco* - VISMARA: *Il violino* - VIGILA: *Il porto di Roma antica* - G. A. *Perchè i bambini crescano sani*. G.

Case di cura (Le), n. 1, Milano, 1941.

G. WIAN, *L'ospedale coloniale Garibaldi a Tunisi*.

Viene fatta la storia dell'assistenza sanitaria in Tunisia da parte di italiani che risale al 1624 ad opera di una missione cattolica di cappuccini italiani e si ricordano le infinite benemeritenze di questi pionieri. Il nuovo Ospedale che sorge nella sede stessa dell'antico, risultato insufficiente ai cresciuti bisogni della colonia in continuo e fiorente sviluppo, costituisce un imponente fabbricato, con tutte le più moderne attrezzature, di cui il padiglione principale è stato inaugurato il 4 febbraio 1940. Altri ne seguiranno secondo il piano generale e nel complesso verrà fuori una opera di grande significato morale e politico inalzata dalla perseverante solidarietà patriottica ed umana della nostra colonia. G.

Chirurgia plastica (La), fasc. III, 1940, Roma.

PIERI, *Contributo alla chirurgia plastica del naso* - CLAIRE e STRAIT, *Il moderno trattamento delle fratture nasali* - GILLES, *La riparazione di lesioni superficiali in chirurgia ricostruttiva*. G.

Critica medico-sociale, n. 10-11-12, Roma, 1940.

GAROFALI, *L'azione delle acque minerali e la patologia umana*.

L'A. dopo aver ricordato le proprietà ossidative e radioattive delle acque minerali e la speciale costituzione della cellula che deve le sue molteplici funzioni alla natura colloidale del suo protoplasma, esprime l'opinione che l'acqua minerale agisca con la sua parte ionica e la sua parte colloidale nel senso di una maggiore dispersione dei colloidi nell'organismo. G.

Cultura medica moderna (La), n. 8, Palermo, 1940.

GABBIANELLI, *Sulla cura chirurgica delle nefriti ematuriche e dolorose*.

L'A. richiama l'attenzione su questo argomento e ritiene che oggi il mezzo chirurgico di scelta preferenziale per la sua benignità ed efficacia è quello della decapsulazione. G.

Cuore e circolazione, n. 1, Roma, 1941.

PODESTÁ e RAFFO, *Tubercolosi polmonare e pressione arteriosa*.

E' uno studio portato sopra 5976 cartelle cliniche. Da tali osservazioni risulterebbe che la tbc non equivale ad ipotensione ma che ipertesi e normotesi si trovano tra gli ammalati di tubercolosi in percentuali nettamente superiori a quelle in cui si trovano gli ipotesi. Bisogna secondo gli AA. ammettere chiari rapporti tra tubercolosi polmonare e pressione arteriosa, nel senso che, man mano, che si passa dalle forme meno gravi a quelle più gravi, si vede diminuire il numero di ipertesi ed aumentare, per converso, quello dei normotesi e specialmente degli ipotesi. G.

Difesa sociale, n. 11, Roma, 1940.

TADDEI, *L'alcoolismo quale fattore disgenico*.

L'A. in una completa rivista sintetica aggiorna gli argomenti per dimostrare come l'alcoolismo debba considerarsi quale fattore disgenico di grande importanza sociale e il più grave fra i perturbatori del fenomeno ereditario. G.

Fiaccola (La), Rivista Italiana della Tuberculosis, n. 12, Udine, 1940.

SALOTTO, *Il problema del ritorno al lavoro dei tbc clinicamente guariti o stabilizzati.*

L'A., continuando un suo articolo precedente espone come il lavoro degli Istituti post-sanatoriali sia dal lato terapeutico sia dal lato psicologico è destinato ad esercitare una benevola e notevole influenza sull'ammalato che con gioia si vede riammesso nella vita sociale. G.

Fisiologia e medicina, n. 1, Roma, 1941.

RUSSO, *Curve calcemiche e calciuria dell'uomo normale dopo iniezione intravenosa di gluconato di calcio.*

L'A. studiando il comportamento calcemico dopo iniezione endovenosa di gluconato di calcio distingue tre tipi fondamentali di curve; l'estrema variabilità del tasso calciurico rende discutibile per l'A. il concetto di soglia renale delle eliminazioni del calcio. G.

Folia medica, n. 1, Napoli, 1941.

CORTESE, *I corpi creatinici nel sangue dei diabetici sottoposti ad affaticamento.*

L'A. nella maggior parte dei casi ha rilevato una diminuzione della creatinina preformata ed un aumento della creatinina totale e della creatinina. G.

Forze Sanitarie (Le), n. 3, Roma, 1941.

CARELLI, *Gruppi di età e potenza del numero.*

L'A. prendendo lo spunto dalla progressiva decadenza delle nascite in America, dove va diffondendosi rapidamente il sistema della « famiglia ristretta », dopo aver rilevato che il censimento 1940 ha mostrato negli Stati Uniti un indice di aumento di popolazione molto scarso, fa degli interessanti rilievi sopra il danno sociale che ne deriva. Nel complesso si prevede che nei prossimi 40 anni l'America avrà una riduzione di circa il 3% della sua popolazione nel gruppo di età dai 20 ai 29 anni mentre il gruppo degli anziani e cioè in età dai 45 ai 64 anni avrà un aumento del 5,4%. Pertanto le variazioni nella formazione numerica della popolazione e cioè l'aumento dei gruppi di età avanzata con riduzione dei gruppi giovani imporranno ai giovani già ridotti di numero il maggior peso del collocamento e sostenimento di una massa di anziani. G.

Gazzetta delle Assicurazioni, della Finanza e del Credito, n. 282, Firenze, 1941.

BELLI: *sull'accordo nazionale per l'imponibile di R. M. degli Agenti di assicurazione - Riunione della*

Corporazione della Previdenza e del Credito - L'organizzazione creditizia italiana - Riunione inaugurale del Convegno assicurativo italo-tedesco a Roma.

Gazzetta Medica Italiana, n. 12, Torino, 1940.

DE TONI, *Terapia sulfamidica infantile.*

L'A. espone i prolegomeni in tema di sulfamido-terapia mettendo in guardia contro l'abuso di questo prezioso rimedio che è diventato la panacea del secolo. G.

Giardino d'Esculapio (Il), n. 1, Milano, 1941.

La leggenda di Costanza Monti Perticari avvelenatrice e il Dott. Tommasini.

Giornale di Medicina Militare, fasc. 9, Roma, 1940.

CASSINIS, *Blocco di Branca o sindrome di Wolff Parkinson Withe.*

L'A. espone due casi di anomalo tracciato ecgrafico in soggetti sani; ne discute la diagnosi e l'eventuale provvedimento medico legale. G.

Idem.

MARIANI, *La profilassi e lo studio delle rickettsiosi nell'A. O. I.*

L'A. espone quanto è stato fatto nell'A. O. I. per la profilassi e lo studio delle rickettsiosi e per quanto riguarda la vaccinazione ritiene che si debba dare ancora la preferenza al metodo di Weigl. Termina dando le conclusioni di un studio sulla siero e vaccino profilassi negli ambienti coloniali. G.

Giustizia del Lavoro (La), n. 1, Roma, 1941.

PETRACCONI: *La carta del lavoro e la riforma dei codici* - ONDEI: *I rapporti tra il procedimento in materia corporativa nella vigente e nella nuova legislazione* - SETTE: *Il libro delle successioni e delle donazioni (Brunelli-Zappulli).*

Illustrazione del Medico (L'), n. 74, Milano, 1941.

AURICCHIO, *L'insegnamento della pediatria a Napoli.*

Infermiera Italiana (L'), n. 1, Roma, 1941.

MASSAZZA: *Vigilanza del puerperio e dell'allattamento* - DE VESCOVI: *Controllo dei lattanti a domicilio* - CAIOZZO: *Professioni sanitarie ausiliarie* - IDEM: *L'abuso del tabacco.*

Italia Medica (L'), n. 211, Torino, 1941.

La spedalizzazione dei mutuati - Il problema delle pensioni dei sanitari condotti - Medicina spagnuola - L'Ente per l'esportazione farmaceutica italiana - Radio Igea.

Italia odontoiatrica (L'), n. 5 e 6, Milano, 1940.
Obbligo di preferenza.

Lavoro Commerciale (II), n. 12, Roma, 1940.

Certezza nella vittoria - BORGATTI: Fede nella corporazione - SAPORITO: Per una attuazione totalitaria della disciplina del collocamento - SEMINA: Gli spedizionieri e il lavoro commerciale nel porto di Genova.

Lavoro Umano, n. 9 e 10, Torino, 1940.

BRIGOLO-SACCO, *L'eritrocitometria nella intossicazione sperimentale da benzolo.*

Gli AA. studiando sperimentalmente l'azione del benzolo in rapporto al diametro degli eritrociti circolanti, hanno notato un aumento rilevante del diametro globulare medio nell'avvelenamento acuto; ciò che si verifica scarsamente nella intossicazione cronica. G.

Libro Italiano (II), n. 1, Roma, 1941.

Congresso Nazionale di Provveditori agli studi, di Presidi e di Rettori di scuole medie e direttori di Biblioteche pubbliche con la trattazione dell'ordine del giorno.

Lotta contro la tubercolosi, n. 1, Roma, 1941.

CARBOGNIN, *Apparato dentario e tubercolosi.*

LA. passa e rassegna le principali questioni che interessano i rapporti tra apparato dentario e tubercolosi e propugna la collaborazione tra fisiologo e odontoiatra soprattutto in riguardo alla profilassi e alla cura della carie dentaria suggerendo visite periodiche e conseguenti cure delle lesioni dentarie non solo nei bambini ma anche negli adulti. G.

Maglio (II), n. 2, Torino, 1941.

MASTROSTEFANO: *Nazione e corporativismo -*

SOTTILARO: *La guerra e le corporazioni - BELLEI: Postille alla grande adunata degli operai meccanici torinesi.*

Malati, Medici e Medicine, n. 2, Torino, 1941.

P. M.: *Sui margini della storia, la guarigione con la fede - PIZZI: Letteratura, arte, storia e folklore - A. A.: Ritornereamo al Paradiso terrestre?*

Malattie infettive del Regno (Le), n. 50, Roma, 1940.

Il bollettino riassume i casi delle principali malattie infettive e sociali dell'uomo denunciati nella settimana dal 9 al 15 dicembre 1940. G.

Medicina corporativa, n. 12, Milano, 1940.

PROSPERI, *L'utilizzazione professionale dei diabetici.*

In concordanza alle moderne teorie sul ricambio dei glicidi l'A. pone il problema di utilizzazione nei diabetici del lavoro regolare e metodico dopo un opportuno periodo di esperimento da farsi in case di cure specializzate per fissare il giusto fabbisogno glicidico. G.

Medicina dello Sport e della educazione fisica, fasc. IV, Torino, 1940.

GUARINO, DE GIORGIO, RIZZETTO, *Ricerche sfigmografiche ed elettrocardiografiche sull'apparato cardiovascolare degli sportivi.*

Gli AA. hanno potuto dimostrare che i valori della pressione arteriosa massima, dopo lo sforzo fisico diminuiscono come quelli della pressione media e minima quantunque questi in maniera poco accentuata soprattutto nei soggetti che non praticavano mai lo sport. Soltanto negli atleti in piena efficienza la pressione massima si innalza dopo il lavoro mentre la minima tende ad abbassarsi con conseguente maggiore altezza della pressione differenziale. L'elettrocardiografia non ha rivelato modificazioni importanti. G.

Medicina Internazionale (La), n. 2, Milano, 1941.

LONGO, *Il significato dei termini di epilessia cosiddetta idiopatica e sintomatica, considerato alla luce delle nuove acquisizioni sulla patogenesi dell'accesso epilettico.*

Secondo l'A. alla base di tutte le epilessie esiste uno stato di predisposizione congenito costituzionale oramai accertato da severe ed accurate ricerche sperimentali e legato a fattori di origine endocrina, ben definiti. In conseguenza l'A. ripudia le classificazioni finora adottate di epilessia idiopatica e sintomatica essendo dimostrato che il processo di insorgenza delle manifestazioni epilettiche è sempre unico e cioè lo stato congenito costituzionale. G.

Milizia Sanitaria, n. 3, 1941, Roma.

Il numero è dedicato ai Camerati degli Ospedali.

Minerva Medica, n. 49, Torino, 1940.

LIEBERMEISTER, *Prognosi della pleurite essudativa.*

Secondo l'A. la pleurite essudativa non è una malattia ma una sindrome: l'A. passa in rassegna le molte cause ed espone per ciascuna di esse le varie possibilità prognostiche. G.

Notiziario farmaceutico, n. 12, Milano, 1940.

FUMI, *La registrazione delle specialità medicinali.*

Ospedale Maggiore (L'), n. 1, Milano, 1941.

LEOFRANDI, *Sulla convenienza di introdurre la reazione di Ide nella pratica sierologica della lue nei laboratori ospedalieri.*

L'A. ritiene conveniente introdurre la Ide anche nei laboratori bene attrezzati in sostituzione di altre reazioni di flocculazione meno sensibili, sempre restando nei limiti delle sue indicazioni principali, cioè possibilità di esecuzione istantanea sul sangue in toto e nessun bisogno di attrezzatura di laboratorio. G.

Pensiero Medico, n. 32, Milano, 1940.

ALDONSI: *Clima di guerra* - TROPEANO: *Il pane e la limitazione dei consumi* - D'AMICO: *Bonifica sanitaria della G.I.L.E.* - BIELLI: *In Valcuvia c'è un tempio dedicato ai medici d'Italia.*

Policlinico (II), Sez. Pratica, n. 4, Roma, 1941.

FABBRI, *Contributo allo studio della sindrome midollare nell'anemia perniciosa.*

Prima idea (La), n. 1, Bologna, 1941.

Clemente - *La filastrocca di mamma Topina* - Sterlina - *Per l'anno nuovo... Gianni* - *Un buffo equivoco* - *L'amico dei fanciulli* - *La buona pulce e il cattivo duca* - Loreta - *L'esperimento di Teodoro* - Bernabò - *Il monte delle formiche.*

Progresso sociale del Mezzogiorno (II), n. 1, Napoli, 1940.

Gli « Atti » del IV Congresso Nazionale di niptologia - *L'Albo degli Eroi; Francesco Lojaco* - *La bonifica della casa rurale.*

Rassegna clinico-scientifica, n. 2, Milano, 1941.

BUFANO, *La patogenesi e le forme cliniche delle glicosurie renali.*

L'A. dopo aver ricordato i lavori della scuola di Micheli, intesi ad assodare che il mec-

canismo produttore delle glicosurie renali è completamente diverso da quello delle glicosurie del diabete pancreatico ed accennato ai lavori di Pende sull'importanza delle turbe dell'innervazione vegetativa dei reni nel determinismo della glicosuria, passa ad elencare i fattori che possono determinare l'aumento della permeabilità di glucosio e quindi il diabete e le glicosurie renali. G.

Rassegna della sicurezza e dell'igiene del lavoro, n. 12, Roma, 1940.

MAURELLI: *La luce e il modo di usarne* - PANCHERI: *Un asilo-nido modello* - FAGIOLI: *Gli infortuni nell'industria* - MAZZOLINI: *La difesa contro le aggressioni aeree.*

Rassegna di medicina industriale, n. 1, Roma, 1941.

MASTROSIMONE, *Considerazioni sopra un rapporto radiologico di calcificazione del pericardio.*

Rassegna Giuridica della Circolazione stradale, n. 8-9, Roma, 1940.

LA TORRE - *La nuova disciplina delle autolinee per viaggiatori* - FALCONI: *Raggio di svolta dei veicoli e ingombro stradale* - DUNI: *La liquidazione dei danni morali.*

Rassegna Medica, n. 3, Milano, 1940.

ASTRUA, PROTTO, *Osservazioni e confronti nelle diverse terapie della polmonite: Medicina generale, diagnostica, terapia pratica.*

Riforma Medica, n. 47, Napoli, 1940.

MOLINARI, *Iperensione ortostatica da nefroptosi.*

Riferendosi agli studi di Cann e Romani-sky l'A. ha studiato alcuni casi di ipertensione con nefroptosi dimostrando che in queste condizioni l'ortostatismo accentua la ipertensione e permette la comparsa di crisi ipertensive con manifestazioni cardiache e oculari. Adate prove funzionali dimostrano una netta diminuzione della funzionalità renale nei casi di ortostatismo. G.

Rinascenza Medica, n. 3, Napoli, 1941.

CASO, *Traumi e tumori.*

La questione del trauma nella etiopatogenesi dei tumori è passata in questi ultimi anni da una piattaforma quasi puramente scientifica su di una piattaforma pratico-medica legale che richiede una giusta e rapida soluzione. G.

L'A. ammette un nesso diretto tra cailo, fibroma e l'osteoma e il trauma continuo, ma fa delle riserve per quanto riguarda i blastomi, data la discordanza delle statistiche e delle ricerche sperimentali in proposito. G.

Risanamento medico, n. 2, Roma, 1941.

LA DIREZIONE: *Basi intellettuale della nuova Europa* - FLESCHE: *Stato di animo e funzione digestiva* - CREMONESE: *Medicina clinica e medicina biologica*.

Rivista dell'Assistenza, n. 1, Roma, 1941.

LUSIGNOLI, *Può il sordomuto essere inserito nella vita sociale?*

Il problema che interessa l'A. è quello dei giovani dagli 8 ai 18 anni onde trovare la possibilità di educarli e istruirli nelle apposite scuole come si fa anche per i ciechi ed inserirli nella vita produttiva della nazione. Espone tutto un piano di proposte atte a raggiungere la meta con il concorso dello Stato e la costituzione di speciali Patronati. G.

Rivista di biochimica e terapia, n. 1, Roma, 1941.

Le tre insufficienze cardiovascolari.

L'. dopo aver esposto alcune premesse di fisiopatologia dell'apparato circolatorio studia le diverse sindromi che vanno sotto il nome di insufficienza cardiaca, vascolare e coronarie e fissa i concetti terapeutici da seguire in ciascuna di queste forme. G.

Rivista di medicina aeronautica, n. 4, 1940.

MEINERI, *Ricerche sulla visione crepuscolare.*

L'A. ha studiato il rapporto che intercede fra angolo visivo e luce minima sufficiente, rilevando come tale rapporto possa essere rappresentato graficamente secondo una formula algebrica in cui le variazioni delle due costanti danno norme per esprimere un giudizio sulla visione crepuscolare in rapporto al lavoro notturno. G.

Rivista di patologia femminile e di crenologia, fasc. 1, Castrocaro, 1941.

GESTRI, *Cure termali e politica demografica.*

L'A. tratteggia l'apporto fattivo che al buon esito della campagna demografica, può dare la cura termale ed incita allo studio dello idro-termoclimato-terapia generale e specifica allo scopo di valorizzare gli immensi tesori di acque minerali della nostra Patria. G.

Rivista di terapia moderna e di medicina pratica, n. 2, Milano, 1941.

Rivendicazione scientifica italiana - Quanto si deve all'Italia nel campo dell'oftalmologia.

Saggiatore (II), n. 10, Torino, 1940.

RUFFILLI, *Tumori da agenti filtrabili.*

L'A. riferisce i risultati ottenuti con l'inoculazione dei filtrati dei tumori maligni nei polli, accenna alle varie ipotesi emesse e allo stato delle idee dominanti circa la possibilità sperimentale di trasmettere i tumori maligni. G.

Il salvadenaro, n. 1, Parma, 1940.

BOTTI: *Il risparmio prerogativa dei popoli civili - Verdi e il risparmio - Parma nella musica, l'assistenza sulla vita e l'attuale momento.*

Settimana Medica (La), n. 1, Palermo, 1941.

ZAGAMI, *L'epilessia sperimentale riflessa.*

L'A. nella prolusione al corso ufficiale di Fisiologia umana tenuto nella R. Università di Palermo, segnalando gli esperimenti eseguiti da Amantea, che permisero di possedere un metodo fisiologico appropriato per l'opportuna differenziazione degli animali predisposti dai non predisposti alla epilessia sperimentale riflessa o da eccitamenti afferenti, ritiene che sia aperta oramai la via all'indagine sperimentale analitica nei riguardi di un complesso problema di grande interesse biologico, medico e sociale. G.

Stomatologia Italiana (La), n. 1, Roma, 1941.

GATTO, *Correlazione tra la ghiandola tiroidee ed il sistema bucco-dento-mascellare.*

L'A. descrive le alterazioni che conseguono a secondo che la secrezione tiroidea sia in deficienza o in eccesso; alterazioni che vengono caratterizzate da una doppia sindrome ipotiroidea ed ipertiroidea che l'A. riassume in una chiara tabella. G.

Studi sassaresi, n. 5, Sassari, 1940.

RAVANO, *L'eredità dei tumori.*

L'A. che presenta tre serie di indagini eseguite nelle cartelle cliniche raccolte nel Centro del Cancro di Genova e riferentisi ad infermi già ricoverati negli Ospedali Civili riferisce la teoria dei medesimi. L'A. facendo la media delle medie del materiale raccolto ha riscontrato che l'eredità positiva dei tumori maligni è del 19,26%. G.

Tempo (II), n. 9, 1940.

La corporazione per gli sviluppi futuri delle assicurazioni - Per la conservazione del portafoglio dei rami elementari - La politica tipo - Il testo.

Terapia, n. 259, Milano, 1941.

CASTELLUCCI, *Il problema del gozzo endemico e la sua cura con estratto tiroideo.*

L'A. espone i risultati di 44 casi curati nel primo semestre di questo anno con l'endotirodina dell'Istituto sieroterapico milanese. G.

Tubercolosi, n. 1, Roma, 1941.

NOLLI, *I vantaggi dello ossigeno-terapia ipodermica con particolare riguardo alle sue applicazioni nella tubercolosi polmonare.*

L'A. segnala i grandi vantaggi di questo metodo, specialmente nei casi di asfissia e di emottisi ed espone la tecnica messa in uso. G.

Vetro (II), n. 2, Roma, 1941.

Uffici luminosi - Sopra un tavolo - Nella sala da toletta - Ingresso con specchio e cornice luminosa - L'isolazione termica del vetro termo-lux.

Vita Universitaria, n. 10, Roma, 1941.

Il volontarismo goliardico nella continuità della sua tradizione - Albo Eroico - Sistemare gli incaricati universitari - Nuovi professori.

ESTERO

Bulgaria

Alimento e vita, n. 3, 1940.

Sommario: GANOV, *L'alimentazione del popolo* - Dr. STEPP, *Un celebre ospite della Università bulgara* - Dr. KORLER, *L'alimento e il cancro* - KAIDONOV, *Le conserve come alimento* - *La dieta degli ammalati di coelitiasi* - *Quale deve essere il peso del neonato* - BURIKOV, *L'alimento nelle varie età* - Dr. Z. G., *Pane bianco e nero* - *La fatica del soldato e l'alimento* - *Elementi scientifici dell'alimentazione* - *Gli elementi nutritivi del cibo e la salute.*

Germania

Blatter fur Vertrauensarzte der Lebensversicherung, maggio-agosto 1940, Berlino.

KURT-KLARE, *Costituzione e tubercolosi.*

L'A. dà massima importanza alle reazioni tissurali degli individui rispetto agli stimoli

e specialmente a quelli dovuti alla penetrazione di germi patogeni di veleni o di tossine di diversa natura ed accettando le idee di Standenak ammette che accanto ad una reazione normo-mesenchimatica si debbano praticamente ammettere due tipi di reazione, ipo e iper-mesenchimatica a secondo che si tratti di individui a reazione fiacca o pronta e vivace. L'A. comprende nel gruppo degli ipermesenchimatici gli individui affetti da diatesi essudativa linfatica, da neuro-linfatismo, spasmofilia, diatesi allergica ed artrismo. I bambini di questo gruppo sono inclini alle infezioni della pelle, delle mucose e degli organi linfoidi, alle infezioni banali, disturbi vasomotori, orticaria, mentre gli adulti vanno incontro alla gotta, reumatismi, calcoli, diabete, ulcera gastroduodenale, emicrania, arteriosclerosi e malattie allergiche.

Il secondo gruppo — ipomesenchimatici costituito cioè da individui di fiacca costituzione che l'A. definisce come stato di astenia universalis congenita, presenta la caratteristica di una ipofunzione dei tessuti e minorata reazione agli stimoli. Seguendo i concetti di Stiller l'A. riscontra in questi individui uno stato di ipoplasia e debolezza della muscolatura e dei tessuti di sostegno.

Contrassegnano lo stato astenico la forma paralitica della cassa toracica, le costole molto oblique, l'angolo epigastrico molto acuto, scapole alate, cuore a goccia, addome depresso. Se poi si esamina ancora più profondamente si ritrova che questi individui presentano una insufficiente formazione di anticorpi e di tessuti di neo-formazione; proprietà questa di grande importanza nei rapporti dei processi tubercolari. Questa forma astenica che non è appariscente sotto i 10 anni, si comincia invece a rivelare dopo i 10 anni per raggiungere il suo massimo grado tra i 15 e i 30 anni. Tuttavia c'è già qualche segno anche sotto i 10 anni che l'annunzia ed è uno stato di magrezza dei bambini che presentano evidente diatesi essudativa e disposizione alle infezioni.

L'A. conclude il suo studio affermando che presso gli astenici la tbc. ha sempre un decorso veloce e maligno, perchè essi mancano di sufficiente produzione di anticorpi e di valide reazioni tissurali.

(Trad. e rid. Dott. Dominici).

Medizinische Klinik, n. 3, Berlino, 1941.

HOFER, *Sulla sordità di antica data* - SCHMIDT, BRUGSCH, *I sintomi della cura di alcune diatesi uriche* - LOOS, *Ricambio dell'ossigeno in*

dermatologia - KOLN, *La cura dell'infezione luetica mediante la vaccinazione con spirochaeta pallida* - IACOBI, *Chimica del sangue nella gravidanza.*

Veroffertlichungen des Deutschen Vereins fur Versicherungswissenschaft, Quaderno 66, Berlino, 1940.

I conti e le tabelle dei danni nell'assicurazione malattie.

Portogallo

Africa Medica, n. 12, 1940, Lisbona.

MOURA, *Il medico appena laureato* - AMADO, *La storia del paludismo* - MENEZES DE ALMEYDA, *Pseudo sciatica di natura malarica - Attraverso la stampa medica.*

Spagna

Consejo General de los Colegios medicos de Espana, n. 2, 1941, Madrid.

Aspirazione - La professione medica di fronte alla riforma tributaria - Le Accademie distrettuali di medicina.

AMERICA

Argentina

Gaceta Mercantil Argentina, n. 91, 1940, Buenos Aires.

BUISAN, *Incompatibilità nell'esercizio della produzione assicurativa - Note e commenti - Regolamento delle operazioni di capitalizzazione nella provincia di Buenos Aires - Riserve per i rischi in corso di riassicurazione - Assemblea dei direttori delle Assicurazioni nazionali.*

Stati Uniti

Medical Record, n. 11, vol. 152, 1940.

Dr. S. A. SAVITZ e CHARTROK, *L'applicazione clinica di un estratto animale.*

Da uno studio di 40 pazienti affetti da prostatite cronica gli AA. hanno scelto 20 soggetti che hanno trattato con un estratto prostatico animale: soltanto 10 furono trattati con estratto e massaggio ed altri 10 col solo massaggio. Essi giungono alla conclusione che tale trattamento migliora la malattia ed è quindi consigliabile nella prostatite cronica e nella ipertrofia prostatica senile arrecando esso un miglioramento della nicturia.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

CASASSA, *Considerazioni sopra 250 casi di poliometite a. curati con siero di origine animale* (siero Pettit. - Estratto dal «Giornale della R. Accademia di Medicina», 10-12, 1940.

L'A. sui risultati ottenuti ritiene che il metodo più razionale e più sicuro tra i vari metodi terapeutici sia quello col siero Pettit. G.

La Continentale - Compagnia di Assicurazione Generale Buenos Aires. Relazione di bilancio al 30 giugno 1940.

Contributi psicologici dell'Istituto di Psicologia della R. Università di Roma, vol. VII, 1940.

Il prof. Ponzo, direttore dell'Istituto di psicologia della R. Università di Roma, in omaggio ad una tradizione che dura da tempo ha raccolto in questo VII volume un gruppo di sue pubblicazioni e di altri valorosi collaboratori nelle quali si rispecchiano particolarmente gli indirizzi predominanti in questi ultimi anni nell'attività scientifica svoltasi nell'Istituto. Prevalgono nel volume le pubblicazioni nel campo delle applicazioni della psicologia. Il volume di grossa mole, si apre con l'autobiografia del grande maestro De Santis fondatore dell'Istituto di psicologia di Roma e contiene ben 52 lavori, di cui ben 22 appartenenti al Ponzo e gli altri a Barassoni, Scanda, Gatti, Vampa, Palma e Canestrelli.

Gli argomenti scelti sono di grande interesse scientifico e vanno letti con grande profitto e gioia per i nuovi orizzonti che vengono aperti, allo spirito umano nella ricerca sempre appassionata di nuove verità. G.

DAGNINI, *L'elettrocardiogramma nelle varie età della vita* (Archivio di Patologia e Clinica medica, vol. XXI, fasc. II.

E' uno studio elettrocardiografico condotto su 250 donne dai 20 agli 80 anni divise in tre gruppi: un primo gruppo di 50 soggetti dai 20 ai 40 anni, un secondo di 100 dai 40 ai 60 e un terzo pure di 100 dai 60 agli 80.

L'A. mette in evidenza le caratteristiche dei tracciati nei singoli gruppi di età considerando ordinatamente i singoli elementi e giunge a conclusioni interessanti che si possono così riassumere:

Il complesso atriale presenta una morfologia variabile nelle diverse età della vita, special-

mente nella vecchiaia, il che sembra essere in rapporto ad incipienti alterazioni coronariche.

L'onda Q in D₁ compare con maggiore frequenza con l'avanzare dell'età; l'opposto avviene per l'onda Q in D₃ mentre l'altezza di essa tende ad assumere valori più alti col progredire degli anni.

Le onde R₁ ed S₃ crescono in altezza con l'avvicinarsi dell'età senile in rapporto alla deviazione a sinistra dell'asse elettrico.

Il C. V. I. ha una durata pressochè costante nelle varie età.

L'asse elettrico al principio della pubertà tende verso destra, indi col crescere degli anni si sposta sempre più verso sinistra fino ad un massimo riscontrabile nell'età senile.

Il C. V. I. medio-normale è positivo in D₁ e D₃ (asse elettrico equilibrato) nei soggetti del primo gruppo; nella menopausa il C. V. I. è positivo in D₁ e di basso voltaggio in D₃; nell'età senile è positivo in D₁ e negativo in D₃ (prevalenza ventricolare sinistra).

L'altezza dell'onda T in D₁ e D₂ diminuisce con l'avanzare dell'età.

L'intervallo Q T (durata sistolica) è in rapporto con la frequenza del ritmo ed aumenta nell'età senile.

Il ritmo si presenta spesso alterato nei soggetti di età avanzata (extrasistoli spec. atriali).

Il lavoro, che segue due altre note pubblicate dallo stesso Autore sull'elettrocardiogramma nella pubertà femminile e nell'età senile, è condotto con rigore di metodo ed è redatto in forma facile e piana. Esso riesce molto utile a chiunque si occupi di semeiotica cardiaca in cui — come è noto — l'esame elettrico del cuore rappresenta una delle indagini più delicate.

Ric.

FARAONE, *Sulla resistenza delle spore dei funghi alla putrefazione.* — Estratto dall'Archivio di Antropologia criminale, psichiatria e medicina legale, 1940).

IDEM, *A proposito di somministrazione criminosa di vetro pesto.* — Estratto da « Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale », 1940).

Da esperimenti eseguiti sui cani risulta la innocuità della somministrazione massiva di piccoli frammenti di vetro e la possibile mancanza di effetti letali per grandi e aguzzi frammenti. Secondo l'A. il tentativo di somministrazione del vetro, come supposto mezzo insidioso, presenterebbe il caso delle inidoneità del mezzo e dell'azione.

G.

MACIOCE, *L'assicurazione sulla vita umana in regime corporativo* (Tip. editrice Sallustiana) 1941, Roma.

L'A. ben noto nel campo delle discipline e delle istituzioni previdenziali, ha pubblicato questo suo nuovo lavoro in cui, dopo aver fatto un cenno storico sulla questione sociale tratta dell'essenza e dei fini della previdenza in regime corporativo. Tutti gli aspetti del problema assicurativo sono prospettati in tre capitoli che si riferiscono alla loro funzione, alla propaganda previdenziale, alle forme di assicurazioni popolari, all'organizzazione centrale e periferica delle Imprese di assicurazioni e ai provvedimenti legislativi per l'esercizio delle assicurazioni private sulla vita umana.

G.

MANCI, *Sudoku.* (Estr. dalla « Medicina Pratica », n. 9, 1932).

IDEM, *Sudoku da morto di gatto.* — Estr. da « Progresso di terapia », n. 5, 1929).

Ospedale Civile « Vittorio Emanuele » della Città de La Spezia. — Relazione morale, finanziaria e statistica dell'esercizio 1939.

PERILLI, *Malattie che si avvicinano... in punta di piedi!* — Estr. da « Critica Medico-sociale », n. 7, 1940, Roma.

L'A. ricorda l'importanza nelle collettività umane dei problemi previdenziali della salute e mette in evidenza le provvidenze sanitarie dell'I. N. A. istituite a favore dei suoi assicurati con le visite periodiche ed esami speciali.

G.

IDEM, *Servizio sanitario nelle industrie e nel commercio.* — Estr. da « Milizia Sanitaria », n. 23, 1940.

ROGO, *Sul comportamento della ossalemia e della ossaluria nelle coliti.* — Estr. da « Clinica medica italiana », n. 5, 1939.

L'A. ha notato sempre la presenza di iperosalemia in rapporto con i processi fermentativi dell'intestino.

IDEM, *Sulle modificazioni numeriche dei leocociti da introduzione parenterica.* — Estr. dalla « Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche », n. 37, 1940.

RIVA GRUGNOLA, *Contributo alla conoscenza della colloidoclasia e dell'anafilassi nell'ur-*

ticaria. — Estr. dalla rivista « Pensiero Medico », 1938.

GRUGNOLA-SOSTEGNI, *La bacilluria tubercolare e il suo substrato anatomo-patologico* — Estr. dall'« Archivio Ital. di chirurgia », 1935.

Relazione della XVIII Riunione della Società Italiana per il progresso delle Scienze (Pisa 11-15 ottobre 1939).

Costituiscono sei grossi volumi pubblicati a cura del segretario generale Prof. Silla e riguardano l'attività scientifica e tecnica italiana in ogni campo dello scibile. Così vi si leggono con vero godimento dello spirito le relazioni che concernono le scienze fisiche, matematiche e militari, le scienze biologiche e morali con discorsi generali e con discorsi di classe. I più insigni scienziati del nostro tempo hanno portato il loro contributo di sapere di conoscenze e di ricerche nella soluzione dei grandi problemi sociali, politici e filosofici che dominano questo secolo profondamente rinnovatore e vogliamo ricordare per il loro alto contenuto spirituale e scientifico le relazioni di Severi, Velani, Maraviglia, Orestano, Lambertini, Leicht, De Francisci, ecc. Una relazione assai interessante è quella di Jucci sui fattori ereditari che getta molta luce in una materia ancora in periodo formativo e spesso molto oscura. Anche la nuova e già fiorente disciplina della medicina assicurativa ha dato il suo importante contributo con una relazione del Romanelli sulla valutazione medica dei rischi tarati vita e con un'altra del De Mori sulla statistica dei rischi aggravati sull'assicurazione vita.

La pubblicazione per i suoi immensi contributi si impone allo studio di tutti coloro che vogliono tenersi aggiornati con l'odierno vertiginoso progresso del pensiero umano. G.

RIVA GRUGNOLA, *La trasfusione del sangue quale metodo disintossicante preparatorio coadiuvante negli interventi per la chirurgia urinaria*. — Estr. dall'« Ospedale Maggiore », 1938.

RUATA, *La profilassi sulfamidica negli infortuni*. — Estr. dalla rivista « Annali d'igiene », 1941, Roma.

SPIRITO, *La scheda sanitaria*.

E' stata proposta al Congresso della Società Italiana per il progresso delle scienze

tenuto in Pisa (15 ottobre 1939) ed è costituita da una tabella semplice e sintetica che dovrà essere compilata e rilasciata dai sanitari per ogni consultazione, riassumendo la sintomatologia e la diagnosi che fanno oggetto della visita medica. Tale scheda sarebbe utile a consultarsi negli studi sociologici sanitari; nelle vertenze di giudizi penali e per l'idoneità fisica in caso di mobilitazione civile. G.

SPENNATI, *Contributo clinico patogenetico e geografico sul favismo*. — Estr. dal Policlinico (Sez. Pratica, 1935).

SPENNATI, *Cura del reumatismo articolare acuto con un nuovo preparato salicilico*. (Off. Tip. Aquilana, 1939).

IDEM, *Intervallo libero nel morbo Kummel-Verneuil e sua importanza in medicina legale e in infortunistica*. — Estr. da « Antropologia criminale psichiatria e medicina legale », 1940.

TEPPATI, *Sull'utilità dei controlli ripetuti a distanza di anni sulla esecuzione della radiografia sistematica del torace nell'infanzia* — Estr. da « Rivista clinica pediatrica », n. 6, 1939).

ZAMPERONI, *Le perforazioni pneumopolmonari in caso di pneumotorace artificiale*. — Tesi di specializzazione, 1937.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari

Dr. DINELLI ALBERTO, Bagni di Lucca (Lucca).

Dr. GATTI PAOLO, Guardamiglio (Lodi).

Dr. DE SIMONE GUIDO, Tora (Caserta).

Dr. DEL PRETE ARMANDO, Caserta.

Dr. MINO GIUSEPPE, Confano (Alessandria).

Dr. PERTICO RAFFAELE, Pradamano (Udine).

Dr. LOSCARO PIETRO, Cattano Murge (Bari).

Dr. ROSSI ATTILIO, Sutrio (Udine).

Dr. PUCCI COSTANTINO, Vallata (Avellino).

Dr. PICCIOCCI STEFANO, Baiano (Avellino).

Dr. VERCELLI FEDERICO, Maggiore (Novara).

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(106) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE A FAVORE DEGLI ASSICURATI DELL' I.N.A.

In preparazione:

SIENA - Consultorio di medicina preventiva e di igiene

N. B. — *In questo periodo di tempo di eccezionali emergenze è opportuno che i nostri assicurati prima di recarsi presso i Centri Sanitari, Sub-Centri, Consultori, Medici specialisti, Stabilimenti termali, Case di cura ed Ospedali che concedono facilitazioni, si informino della loro efficienza.*

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite per il Collaudo della salute (a tutti, comunque assicurati, ogni due anni, presso i Centri e Consultori dell' I. N. A., vedi tabella a pag. II), completate dalle seguenti ricerche ed esami di laboratorio:

Urine - esame completo chimico e microscopico (compresa la prova di concentrazione);

Espettorato;

Sangue - esame per il dosaggio della glicemia (compresa la prova di carico e la curva glicemica); della azotemia; della uricemia; della colesterinemia; della calcemia; esame per la reazione di Kahn, di Wassermann, di Meinicke, di Ide e citochol;

Elettrocardiogramma;

Misurazione della pressione arteriosa;

Teleradiografia del torace;

Controllo del peso e dell'altezza;

Per l'invio del materiale vedi le Norme più sotto.

Agli assicurati per capitali superiori a L. 80.000 si concede un buono di visita medica gratuita ogni due anni.

Tale buono (Mod. S. S. 80) distribuito dalla Agenzia presso la quale l'assicurato paga il premio, è utilizzabile presso i Sanitari disposti ad eseguire le visite alle condizioni convenute con il Sindacato Nazionale Fascista Medico e indicate nel retro del buono stesso. Il medico è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

B) Consultazioni gratuite d'igiene (dell'alimentazione, del lavoro, del vestiario, della casa, della famiglia, dello sport, ecc., per la prevenzione delle malattie specialmente infettive) per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.

C) Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale (per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.).

D) Consultazioni gratuite per le seguenti specialità:

Collaudo della vista, dell'orecchio naso e gola e cure odontoiatriche in Roma - Via Sallustiana, 51 (Direzione Servizi Sanitari)

Collaudo della vista in Torino - Via Maria Vittoria, 1 (Centro Sanitario I. N. A.).

E) Prestiti senza interesse per operazioni di alta chirurgia (agli assicurati con polizze ordinarie e collettive per le relative spese debitamente comprovate) (Mod. S. S. 59).

F) Facilitazioni presso medici specialisti (per cure odontoiatriche, oculistiche e otorinolaringoiatriche) vedi tabella a pag. III.

G) Facilitazioni presso ospedali e case di cura (vedi tabella IV).

H) Facilitazioni presso stabilimenti termali (vedi tabella VII).

I) Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene
1° «Salute, tesoro della vita» del Prof. Dr. O. BELLUCCI.
2° «Sotto il platano di Coe» Consigli d'igiene e di medicina preventiva.

3° «Sotto il platano di Coe» (Seconda giornata)

4° «Igiene della vita coloniale» del Prof. G. PENSO.

5° «L'Assistenza Sanitaria» Rivista bimestrale d'igiene e di medicina preventiva - Edizione speciale.

Norme per l'invio del materiale di analisi ai laboratori dell' I. N. A.:

Gli assicurati impossibilitati ad allontanarsi dalla loro residenza possono beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando il materiale da analizzare al Servizio Sanitario della Direzione Generale in ROMA od ai Centri di Assistenza Sanitaria in ANCONA, BOLOGNA, BOLZANO, CAGLIARI, FIRENZE, GENOVA, MESSINA, MILANO, NAPOLI, PADOVA, PALERMO, TORINO, TRIESTE, col mezzo più celere, insieme ai Buoni per Esame di Laboratorio (Modulo Servizio San. n. 79), i quali vengono distribuiti dalle Agenzie presso le quali gli Assicurati pagano il premio. I campioni dovranno essere confezionati nel modo seguente:

per l'esame delle urine: 100 cc. di urine con aggiunta di 1 gr. di acido boricco;

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 colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

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 5 cc. di siero, prelevato a digiuno e dopo essere stati per 3 giorni a dieta apurinica (senza carne, cacao, caffè, cioccolato); per la reazione di Meinicke o la R. di Ide: 4-5 cc. di sangue, prelevato a digiuno o meglio 1-2 cc. di siero centrifugato;

per la reazione citochol: 4-5 cc. di sangue prelevato a digiuno o 1-2 cc. di siero centrifugato;

per la reazione di Wassermann: 5-10 cc. di sangue, prelevato a digiuno o meglio 1-2 di siero possibilmente già centrifugato.

I campioni per le ricerche della uricemia, colesterinemia, calcemia, citochol, Meinicke, Wassermann e Ide devono essere inviati presso i Laboratori della Direzione Generale dell' I. N. A. in Roma, via Sallustiana, n. 15.

Il prelievamento del sangue va fatto detergendo la cute con etere senza adoperare alcool, oppure lasciando evaporare questo completamente prima di pungere la vena senza alcuna aggiunta di prodotti anticoagulanti, tranne per la glicemia (V. sopra).

CENTRI SANITARI, SUB-CENTRI E CONSULTORI GRATUITI

(I Centri sono indicati in grassetto, i sub-Centri in tondo e i Consultori in corsivo)

L O C C A L I T A		L O C C A L I T A		ORARIO	L O C C A L I T A		ORARIO	
PIEMONTE					TOSCANA			
Torino	Via Maria Vittoria 1			Giorni feriali 1° e 3° lunedì	Firenze	Piazza Stazione, 2	Giorni feriali	
Alessandria	Via Roma 14			Giorni feriali	Livorno	V. Cairoli, 9 (Pal. Galleria)	Lunedì	
Assti	Via Aliberti, 2			Lunedì mattina	MARCHE E DALMAZIA			
Bella	Via Arnolfo, 20			Giovedì mattina	Ancona	C. Mazzini, 13	Giorni feriali	
Novara	Via S. Giacomo, 2			2° e 4° martedì	Ascoli Piceno	P. Popolo - V. Archivio	1° e 3° mercoledì	
Verelli	C. Carlo Alberto				Macerata	V. Ricci, 2	Ultimo mercoledì	
					Pesaro	V. Rossini, 2	2° e 4° martedì	
					Zara	Calle Larga	2° giovedì	
LOMBARDIA					LAZIO E UMBRIA			
Milano	P. Diaz, 6			Giorni feriali	Littoria	P. XXIII marzo - Pal. I.N.A.	Domen	
Bergamo	V. Camozzi, 33			1° e 3° lunedì	Perugia	P. Vittorio Emanuele, 1	2° e 4° martedì (sospeso)	
Brescia	P. Vittoria - Palazzo INA			1° e 3° martedì	Roma	V. Sallustiana, 51	Giorni feriali	
Como	V. D. Fontana, 2			2° e 4° giov	Roma	V. Tritone, 142	Giorni feriali	
Cremona	V. Campi, 1			1° e 3° mercoledì	Terni	V. Tacito	Mercoledì (sospeso)	
Legnano	C. Vittorio Emanuele, 5			2° e 4° martedì	Tivoli	V. S. Croce	1° e 3° giovedì 2° e 4° sab.	
Pavia	C. Mazzini, 3			2° e 4° sabato	Viterbo	C. Vitt. Emanuele	1° e 3° sabato	
LIGURIA					CAMPANIA			
Genova	V. Carducci, 3			Giorni feriali	Arellino	P. Libertà, 52	2° e 4° martedì	
VENEZIA TRIDENTINA					Benevento	V. Isabella Morra, 6	1° e 3° mercoledì	
Bolzano	V. Rosmini, 20			mercoledì	Caserta	C. Umberto, 53	2° e 4° giovedì	
Bressanone	V. Roma, 5				Castellammare di Stabia	V. S. Maria dell'Orto, 3	1° e 3° giovedì	
Rovereto	Piazza Rosmini			mart., giov., ven., sab., (3)	Napoli	P. Costanzo Ciauo, 32	Giorni feriali	
Trento	V. Bellenzani, 14				Portici	V. Belluoci Sessa, 17	2° e 4° sabato	
VENEZIA VENEZIA					Salerno	C. Garibaldi (Pal. Natella)	Giorni feriali	
Padova	P. Spalato, 1			Giorni feriali	CALABRIA			
Belluno	P. Garibaldi, 1			2° sabato	Catanzaro	P. Roma, 20	Giorni feriali	
Isola della Scala	Nazario Sauro				Cosenza	C. Mazzini	2° martedì	
Treviso	V. Vitt. Emanuele, 29			1° e 3° martedì (4)	Reggio Calabria	C. Garibaldi, 2	1° e 3° mercoledì	
Udine	V. Sauro, 1			Giorni feriali	SICILIA ORIENTALE			
Venezia	Calle larga XXII Marzo			lunedì	Catania	V. A. Mussolini, 16	Venerdì e sabato	
Verona	V. Vitt. Emanuele, 11			3° lunedì	Messina	V. Colombo, 40	Giorni feriali	
Vicenza	P. Roma, 11				Ragusa	V. M. Coffa, 12	Giorni feriali	
VENEZIA GIULIA					Siracusa	V. dei Mille, 2	1° e 3° mercoledì	
Trieste	P. Dalmazia, 3			Giorni feriali	SICILIA OCCIDENTALE			
Fiume	V. XXX Ottobre			2° e 4° martedì	Agrigento	V. Roma, 291	Venerdì e sabato	
Gorizia	V. Crispi, 9			1° e 3° giovedì	Enna	V. Vitt. Eman., 2	Giorni feriali	
Monfalcone	V. Duca d'Aosta, 26			1° e 3° mercoledì	Palermo	V. Maqueda, 182	Giorni feriali	
Pola	Via Garibaldi, 18			2° e 4° venerdì	Trapani	V. Torregarsa	Giorni feriali	
EMILIA					SARDEGNA			
Bologna	V. Pignattari, 1			Giorni feriali	Cagliari	V. Roma, 73	Giorni feriali	
Modena	P. Mazzini, 4			1° e 3° lunedì	Iglesias	Agenzia Principale INA	Giorni feriali	
Parma	V. Garibaldi, 23			2° e 4° giovedì	Nuoro	V. Garibaldi, 81	Giorni feriali	
Piacenza	P. Cavalli, 2			2° e 4° mercoledì	Oristano	Agenzia locale INA	Giorni feriali	
Reggio Emilia	V. Emilia S. Stefano, 3			1° e 3° martedì	Sassari	P. Italia, 7	Giorni feriali	

1) Mercoledì e venerdì consultorio per la G. I. L. — (2) 1° e 3° martedì consultorio per la G. I. L. — (3) Il venerdì riservato alla G. I. L. — (4) 2° mercoledì riservato alla G. I. L.



Medici specialisti che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

(Riduzione del 30%, sugli onorari fissati dal Sindacato Fascista dei Medici)

ODONTOIATRI

- Agrigento:** Dr. A. CUCURULLO.
Canicattì: Dr. G. CASSARO, P. Palma.
Alessandria: Dr. A. PICCINI, V. della Vittoria, 3 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Savonarola, 12.
Casale Monferrato: Dr. U. GAUDINA, V. Palestro, 7 - Dr. A. REDOGLIA, P. Duomo, 1 - Dr. G. PINOLINI, V. Benvenuto S. Giorgio, 8.
Novi Ligure: Dr. M. LE BELLONE.
Tortona: Dr. C. TORTI.
Ancona: Dr. L. PANAREO, C. Vittorio Emanuele III, 9.
Aosta: Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. SPIRITO, V. Ospedale - Dr. A. BOFFA, P. Vitt. Emanuele, 7.
Ivrea: Dr. G. BALMA, P. Vitt. Emanuele, 12 - Dr. G. MATUINO, V. Arduino - Dr. G. PUGLIESE, V. XXI Aprile.
Aquila: Dr. G. B. DE ANGELIS.
Arezzo: Dr. M. MICHELINI, V. Francesco Crispi, 2.
Ascoli Piceno: Dr. A. MONDOZZI, V. B. Cairolì - Dr. L. PENNESI, V. Malta - Dr. A. TASSONI, V. Malta.
Asti: Dr. A. DEGIAN, P. Medici, 1 - Dr. C. IVALDI, C. Dante, 3 - Dr. L. MALAGOLI, V. Cavour.
Barl: *Andria:* Dr. F. SARDANO, - Dr. F. SGARAMELLA, V. Gammatarota, 3.
Bergamo: Dr. E. AVETTA, V. Monte Grappa, 7 - Dr. G. BRAUN, Viale Roma, 12 - Dr. G. CALDEROLI, Via XX Settembre, 46 - Cav. Dr. C. CASTELLI, - Prof. Dr. G. CAVAZZENI, V. Roma, 6 - Dr. V. DAL LAGO, P. V. Veneto, 1.
Bologna: Dr. F. BIGNARDI, V. Saffi, 2 - Dr. G. CAPUZZI, P. De Marchi, 6 - Dr. A. CARAMITI, V. Innerio, 17 - Dr. A. FRANCESCONI, V. Saffi, 2 - Dr. M. GIANNOTTI, V. Saffi, 2 - Dr. G. PIVA, V. Maggiore, 5.
Bolzano: Dr. E. GRONES, C. Vittorio Emanuele, 7 - Dr. F. TRANQUILLI, P. Vitt. Emanuele, 8.
Bressanone: Dr. M. REIS, V. Ponte Aquila, 1.
Merano: Dr. G. DE BOSIO, - Dr. G. KEISER, O. Prin. Umberto, 32 - Dr. A. KONIG, C. Goethe, 6 - Dr. F. SINGER, C. Prin. Umberto, 7.
Brescia: Dr. O. BERTOLI, C. Magenta, 28 - Dr. E. CASTELLI, V. Dante, 42 - Dr. M. JORI, C. Vittorio Emanuele, 58 - Dr. G. B. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. G. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. D. SALVAGNI, Viale Stazione, 6 - Dr. D. SCACHERI, C. Palestro, 27.
Gardone Riviera: Dr. G. GOIO.
Salò: Dr. G. SIMONI, P. V. Em., 96.
Cagliari: Dr. L. FRONGIA, V. Manno, 88 - Dr. G. PINNA-STARA, Viale Diaz.
Iglesias: Dr. E. SPINAS, V. Roma, 5.
Campobasso: Dr. A. MARTINO - Dr. SANTORO, Manfredi.
Carrara: Dr. G. Batt. LOBOVICI, V. Lunense.
Catania: Dr. M. DI GRAZIA, V. Garibaldi, 9 - Dr. S. GRECO, V. Etna, 270 - Dr. G. MILONE, V. Umberto, 41 - Dr. R. MUSUMECI GRASSI, V. Vittorio Emanuele, 215 - Dr. F. POLITI, Via Etna, 208.
Catanzaro: Dr. C. CITANNA, Via Monte, 12.
Chieti: Dr. Cav. E. MASTROPASQUA, V. S. Gaetano, 7.
Como: Dr. V. GORIN, V. Garibaldi, 19 - Dr. A. PADERI, V. Indipendenza, 4 - Dr. L. TORI, P. Grimaldi, 2.
Lecco: Dr. M. HEUMANN, V. Roma, 28.
Cosenza: Dr. G. ANDREASSI, V. Mazzini - Dr. O. CERBELLI, P. Ferrovia - Dr. A. CHIMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isonzo.
Cremona: Dr. L. BERTOLOTTI, Via Beltrami, 4 - Dr. E. REBIZZI, P. Roma, 17 - Dr. R. ZANNINI, V. Blasio, 5.
Casalmaggiore: Dr. O. BOLES.
Cuneo: Dr. F. MANFREDI.
Enna: Dr. D. COLOMBRITA, V. Roma, 262.
Ferrara: Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovecca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 3 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.
Firenze: Dr. V. ARNONE, V. Pandolfini, 26 - Dr. A. CITELLI, Lung'Arno Acciaiuoli, 22 - Dr. G. PUTTI, V. dei Servi, 6 - Dr. C. RAMONINO, V. Vecchietti, 9 - Dr. S. CALAMARI, V. Della Pergola, 14-bis.
Foggia: Dr. G. ARBORE, - Dr. E. DI MAJO - Dr. G. BUONO DI LUCIANO.
Manfredonia: Dr. P. MELUCCO.
S. Severo: Dr. P. RECCA.
Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.
Genova: Dr. G. MORIANI, P. Corvetto, 1/4 - Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.
Cornigliano: Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13.
Gorizia: Dr. P. U. NETZBANDT.
Grosseto: Dr. A. ANGELINI.
Imperia: Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, Via del Monte - Dr. A. LATRONICO, V. Berio, 5-bis - Dr. E. MAGLIONE Imperia-Oneglia - Dr. C. MURA, Corso Dante, 2 - Dr. A. NATTA, V. Gandolfo, 1.
Borghera: Dr. E. BUFFA, V. Sant'Antonio - Dr. I. DEL BOCA, V. Vittorio Emanuele.
Sanremo: Dr. E. GISMONDI, V. Vittorio Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.
Ventimiglia: Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.
Livorno: Dr. I. CAPITANI, Scali Ugo Botti, 2 - Dr. O. CASAGNI, V. Magenta, 8 - Dr. C. QUARANTORSI, V. Enrico Mayer, 18.
Portoferraio: Dr. A. LAGHI.
Lucca: *Altopascio:* Dr. G. L. PIEGAIA.
Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.
Mantova: Dr. G. CONSOLO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiasci, 2 - Dr. E. PONGILUPPI, P. Imperia - Dr. M. PREDARI, V. Marangoni - Dr. L. VENERI, C. V. Emanuele, 64 - Dr. G. ZAGNI, V. B. Grazioli, 32.
Matera: Dr. D. MARINARO - Dr. S. LO RUSSO - Dr. F. P. PADULA, V. A. Persio, 42.
Messina: Dr. F. TODARO, Via Dei Verdi.
Milano: Dr. G. ALTARA, C. Roma, 65. - Dr. G. BIAGINI, V. Aversa, 17.
Magenta: Dr. R. RUSSITANO.
Monza: Dr. E. BONNAGLIO, V. Vittorio Emanuele, 1 - Dr. A. CAMPANARI, V. Italia, 13 - Dr. P. SAVIO, V. B. Lumi, 3.
Modena: Dr. A. TOTARO, V. Emilia, 26.
Napoli: Dr. A. COPPOLA, V. Cesario Console, 3 - Dr. F. DE NOTARIS, Via Cappella Vecchia, 6 - Dr. C. DONATO, V. R. De Cesare, 7 - Dr. V. GIUFFRÈ, V. Santa Brigida, 76 - Dr. G. IZZO, V. Sant'Arcangelo a Baiano - Dr. P. LIPPO, V. S. Lucia, 15 - Dr. E. MASUCCI, P. Torretta, 36 - Dr. A. SANSONE, V. S. Spirito di Palazzo, 9 - Dr. F. SANTANIELLO, Corso Vitt. Emanuele, 400 - Dr. G. VIOLET, V. Capodimonte, 31 - Prof. Dr. A. ZONA, P. Bellini, 68.
Meta di Sorrento: Cav. Uff. Dr. V. RUSSO, Corso Littorio, 113.
Sparanise: Dr. F. GRANDE.
Novara: Dr. F. BORRINI, V. Cavour, 17 - Dr. D. SCENDRATI, C. Regina Margherita, 12.
Palermo: Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villaremosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - Dr. P. GARLO, Largo S. Sofia, 1 - Dr. C. MILAZZO, P. G. Verdi, 22. Dr. A. NICOSIA, P. Aragona, 4 - Dr. R. PEZZOLI, P. Castelnuovo, 11 - Dr. G. PIAZZA GARGANO, P. San Domenico, 23 - Dr. F. PIZZUTO, V. Villareale, 38 -

Dr. A. RIBOLLA, V. Rosolino Pilo, 12 - Prof. Dr. E. TEMPESTINI, V. R. Settimo, 24.

Parma: Dr. S. ALBERTI, V. Farini, 62.

Perugia: Prof. Dr. F. BRAJO, Corso Vannucci.

Foligno: Dr. G. BIONDI.

Placenza: D. E. CAVANNA GOBBI, V. S. Marco, 5 - Dr. U. MISTRALETTI, V. Chiapponi, 37 - Dr. G. PATRIOLI, V. Sopramuro.

Pisa: Prof. Dr. R. CARRERAS, V. San Lorenzo, 19 - Dr. F. DELLE SEDIE, P. Carrara, 5 - Dr. G. PAOLI, Borgo Stretto, 5 - Dr. S. SESSI, V. Vittorio Emanuele, 4.

Pola: Dr. F. STOCO.

Reggio Calabria: Dr. R. S. RETEZ, C. Vittorio Emanuele.

Locri: Dr. G. PELLEGRINO.

Roma: Dr. A. BENEGLIANO, V. Salaria, 44 - Prof. Dr. B. DE VECCHIS, Via Cornelio Celso, 1 - Dr. BONCRISTIANI, V. Arenula, 53 - Dr. A. PIERLUIGI, C. Trieste, 141 - Dr. A. ERCOLANI, Largo Magnagrecia, 3.

Rovigo: Dr. B. BENATTI - Dr. A. BORELLINI.

Adria: Dr. G. FERROCI - Dr. N. GIORDANI.

Salerno: Dr. A. CONVERSO, V. Roma, 47.

Sassari: Dr. A. FENU, Vicolo Bartolinis - Dr. G. NIEDDU, V. Manno - Dr. R. TOCCO, P. Castello.

Savona: Dr. Cav. Uff. G. GASTI, C. Principe Amedeo, 2-5 - Dr. Comm. P. PAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VETRANA, V. Guidobono, 30.

Siena: Dr. P. MARZANO, V. di Città 3.

Sondrio: Dr. L. OTTANI, V. XXVIII Ottobre, 8.

Taranto: Dr. V. BARBARO, C. Umberto - Dr. F. MONTANARI, P. G. Bruno, 33 - Dr. G. SANTOSTASI - Dr. N. VITANTONIO, C. Umberto.

Teramo: Dr. G. BIANCO - Dr. A. SACCONI.

Torino: Dr. G. BUJATTI, C. Vinzaglio, 104 - Prof. Dr. L. CASOTTI, Via Roma, 15, Palazzo I. N. A. - Dr. E. FAVERO, V. Camerana, 10 - Dr. Prof. G. GIORELLI, V. S. Quintino, 15 - Dr. C. MARAZZINA, V. Brandizzo, 3 - Dr. A. TOMMASSINELLI, V. P. Micca, 10 - Dr. V. TOMMASSINELLI, P. Vitt. Veneto, 20.

Trento: Dr. F. AGOSTINI - Dr. C. LACHMANN, P. Silvio Pellico, 2 - Dr. F. RIGHI, V. Belenzani, 27 - Dr. C. SEPPI, V. Gazzoletti.

Arco: Dr. E. PERNECHER.

Levico: Dr. F. CALIARI.

Rovereto: Dr. M. SOMMADOSSI - Dr. G. ZANNINI.

Treviso: Dr. A. BIFFIS, V. F. Filzi, 12.

Trieste: Dr. L. CHIUMINATTO, V. San Francesco, 20 - Dr. A. FERRAGUTI, V.

Coroneo, 10 - Dr. A. MINAS, V. A. Diaz, 10 - Dr. G. OTTOCHIAN, V. XXX Ottobre, 17 - Dr. B. REBEZ, V. G. Gallina, 2 - Dr. G. ROSANZ, V. San Nicolò, 33.

Udine: Dr. D. DAMIANI - Dr. E. OLONFERO.

Tolmezzo: Dr. P. CANDUSIO, P. XX Settembre.

Varese: Dr. R. BERTOLI, V. Orri-goni, 15 - Dr. C. FRANZI, V. Cavour, 30 - Dr. S. GUSCETTI, V. Piave, 2 - Dr. L. MANGARELLI, C. Roma - Dr. G. P. RIVA, V. Cairo, 33 - Dr. V. BARBEDO, V. Margenta, 52.

Gallarate: Dr. F. OTELLI, - Dr. A. PATARINO.

Tradate: Dr. L. COOPMANS DE JOLDI.

Venezia: Dr. A. SERENA, Candregio.

Vercelli: Dr. C. A. POZZOLO, P. Vitt. Emanuele, 2.

Verona: Dr. A. SAGRAMOSO, V. Santa Chiara, 13 - Dr. C. TAPPARINI, Viale N. Bixio, 17.

Bardolino: Dr. P. PEDUZZI.

Legnano: Dr. U. BONFANTE.

Vicenza: Dr. L. CARLE, C. Principe Umberto, 53 - Dr. S. FIORETTI, Via Morette - Dr. L. MARTINELLI, S. Corona.

Arcignano: Dr. G. VERONESE.

OCULISTI

Alessandria: Dr. E. ALTARA, Corso Roma, 3 - Dr. F. DURANDO, V. Nuova Legnano, 5.

Casale Monferrato: Dr. A. GUASCHINO, V. Mellana, 2.

Aosta - Ivrea: Dr. C. GARZINO, Osp. Civile.

Arezzo: Prof. Dr. FRACASSI, C. Vitt. Emanuele, 223.

Asti: Dr. C. LOVISOLO, - Dr. G. CARDELLO, P. Medici, 4.

Bergamo: Dr. G. ZONCA, V. XX Settembre, 14.

Bologna: Dr. L. CAPRA, V. Indipendenza, 2 - Prof. Dr. C. MARIOTTI, Via Castiglione, 5 - Dr. G. NARDI, V. Frassinago, 21 - Dr. D. PALMIERI, V. Righi, 34 - Prof. Dr. G. RICCHI, V. San Stefano, 43 - Prof. Dr. X. NAPOLEONE, V. Guerrazzi, 29.

Bolzano: Prof. Dr. G. MENESTRINA, Osp. Civile.

Bressanone: Dr. E. NIEDEREGGER.

Cagliari: Prof. Dr. GALLENZA R., R. Clinica Oculistica - Prof. Dr. G. MOSSA, V. Pola, 7.

Iglesias: Dr. B. GARAU, Via Umberto, 12.

Serramanna: Dr. L. PITTAU.

Caltanissetta: Prof. Dr. E. CAVALLARO, V. Tuminelli, 2 - Prof. Dr. G. NICOLETTI, V. Tuminelli, 4.

Campobasso: Dr. N. BARBATO - Comm. Dr. E. GRIMALDI.

Agnone: Dr. S. SAVASTANO.

Catania: Prof. Dr. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.

Lanciano: Dr. V. SERAFINI.

Como: Prof. Dr. G. GASPARINI, Via Volta, 30.

Cuneo - Alba: Dr. G. VARALDI.

Ferrara: Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, Corso Porta Mare, 11.

Foggia: Dr. A. ALTAMURA.

Carlantino: Dr. N. DE SIMONE.

S. Severo: Dr. G. COLIO.

Forlì: Dr. P. MARCHINI, C. A. Diaz Imperia: Dr. M. ODISIO, V. G. Berio, 9.

Oneglia: Dr. G. GRIVA.

Sanremo: Dr. G. GRIVA, V. Vittorio Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, Via Vitt. Emanuele, 8.

Livorno: Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.

Mantova: Prof. Dr. D. FERRI, Via Battisti - Prof. Dr. PREVEDI, C. Vitt. Emanuele, 7.

Messina: Dr. V. LA ROSA, V. Pavia - Prof. Dr. E. SCULLICA, V. Cavour, 131 isol. 336.

Milano: Prof. Dr. A. BUSACCA, Foro Bonaparte, 46.

Molfetta: Prof. Dr. G. COZZOLI, Via Umberto, 78.

Napoli: Prof. G. De ROSA, Via Sanfelice, 33 - Dr. F. GALETTI, Riviera di Chiaia, 32.

Novara: Dr. Prof. G. LADDONI, Ospedale Maggiore, C. Cavour.

Padova: Dr. L. ZOLDAN, Via Altinate, 69.

Palermo: Dr. G. BELLINA, V. Celso, 14 - Prof. Dr. A. CUCCO, V. Villafranca, 20 - Prof. Dr. D. D'AMICO, Viale Libertà, 1 - Dr. F. P. DE BONO, Via Di Marzo, 2 - Dr. G. LA PLAGA, Via Garzilli, 24 - Prof. Dr. S. LONGO, C.

Scinà, 941 - Prof. Dr. P. STELLA, P. Castelnuovo, 4.

Parma: Prof. Dr. F. CANDIAN, Viale Umberto I.

Perugia: Prof. Dr. C. GIANNANTONI, Corso Vannucci, 9.

Pola: Dr. M. DE PIERA.

Reggio Calabria: Prof. Dr. G. SALVADORI, V. D. Tripepi, 34.

Roma: Prof. Dr. D'AMICO, V. Ebrini, 6 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, Via Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPPELLI, Corso Italia, 33.

Salerno: Dr. V. TURCO, C. V. Emanuele, 130.

Sassari: Prof. Dr. V. SABA, Via Roma, 14.

Taranto: Dr. V. CARDUCCI, V. D'Aquino - Prof. Dr. A. MARICOSCI, V. di

Palma - Dr. R. MARINOSCI, V. Regina Elena, 33 - Prof. Dr. E. VILLASEVAGLIOS, V. De Cesare, 1.

Torino: Dr. C. CAFFARATTI, Corso Vinzaglio, 5 - Dr. C. CANTÙ, V. Maddama Cristina, 6 - Prof. G. CAPPELLARO, C. Vitt. Emanuele II, 51 - Prof. Dr. A. CORRADO, V. Juvara, 19 - Dr. M. GARZINO, V. Mazzini, 2 - Prof. Dr. F. GRINGNOLO, C. Oporto, 21 - Dr. E. MORINI, V. Carlo Alberto, 18 - Prof. Dr. G. MOSSO, V. Cibrario, 1 - Dr. L. ORSI, Via C. Alberto, 17 - Dr. T. PECCHIO, C. Vittorio Emanuele, 19 - Prof. Dr. S. PICCALUGA, Via XX Settembre, 60 - Prof. Dr. C. PISARELLO, C. Sicaardi, 9-bis - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI, Via Principe Amedeo, 29 - Prof. G. TIRELLI, R. Clinica Oftalmica - Dr. G. TOSO, Via S. Secondo, 15 -

Prof. Dr. O. VALLI, C. Valentino, 11 - Dr. S. VAUDETTI, V. Cernaia, 18 - Prof. Dr. F. VERDERAME, C. Oporto, 31-bis.

Trento: Dr. G. GENTILINI, P. Venezia, 2 - Dr. G. GRILLO, V. Santa Maria Maddalena, 21.

Trieste: Dr. G. MANZUTTO, Via, Roma, 22.

Udine: Prof. Dr. A. ALIQUÒ MAZZEI, V. N. Sauro, 1.

Varese: Dr. E. MORETTI, V. Piave, 14. Luino: Dr. R. MARGARITELLA, Viale Umberto I, 18.

Venezia: Dr. E. NISTA, Calle P. Angelo, 5314.

Vercelli: Dr. L. PAGANI, V. Garibaldi, 20.

Vicenza: Dr. C. ANTUZZI, P. Duomo, 4.

OTORINOLARINGOIATRI

Alessandria: Dr. F. BADINO, Via Trotti, 12 - Dr. A. AJMONE, V. Faà di Bruno, 18 - Dr. L. BORTOLOTTI, V. S. Giacomo della Vittoria, 25.

Casale Monferrato: Dr. G. CUASCHINO, V. Mellana, 2.

Aosta - Ivrea: Dr. U. MAGGIOROTTI, P. Lamarmora.

Aquila: Dr. S. CIPOLLONI, V. S. Marciano, 31.

Ascoli Piceno - Fermo: Dr. A. LODOVICI, V. Sapienza, 4.

Asti: Dr. A. GENTILE.

Bergamo: Dr. I. CALDEROLI, V. XX Settembre, 46 - Dr. G. PALVIS, V. XX Settembre, 7.

Bologna: Prof. Dr. A. CANEPELE, Viale XII Giugno, 12 - Dr. G. B. FACCHINI, V. Artieri, 2.

Bolzano: Dr. A. BRIANI, V. Duca d'Aosta, 2 - Dr. A. SCHNABL, P. Grano, 2.

Merano: Dr. M. DIESBACHER, Viale di Muia.

Cagliari: Dr. A. CANESSA, V. Manno, 5 - Dr. L. LAUDADIO, C. Felice, 28.

Iglesias: Dr. A. TORNU, P. Sella.

Caltanissetta: Dr. P. RESTIVO, Via Gaetani, 37.

Catania: Prof. Dr. GIUFFRIDA, Piazza Cavour, 14.

Como: Dr. F. BECCHERLE, V. Volta, 33 - Dr. G. TORLASCHI, V. Natta, 7.

Cremona: Dr. F. BOCCHI, V. Manina, 8.

Cuneo: Prof. Dr. G. DONADEI, Via Gallo, 5.

Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5.

Ferrara: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.

Foggia: - S. Severo: Dr. A. CERVASIO.

Forlì: Dr. F. SEGANTI, V. Maldenti, 8.

Gorizia: Dr. G. COMEL - Dr. S. RUZZATI.

Imperia - Bordighera: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 8.

Sanremo: Dr. M. DE MARCHI, V. Vitt. Emanuele, 15.

Ventimiglia: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 18.

Livorno - Suvereto di Livorno: Dr. L. CHERICI.

Mantova: Dr. FUCCI, V. Carlo Poima, 15 - Dr. L. ZAPPAROLI, C. Vitt. Emanuele, 103.

Messina: Dr. C. CAMINUTI, V. Garibaldi, 27, isol. 272 - Dr. V. VALSECCHI, V. U. Bassi, 120.

Modena: Gr. Uff. Dr. G. SILLINGARDI, P. Muratori, 31.

Napoli: Prof. Dr. E. DI LAURO, Riviera di Chiaia, 84 - Prof. Dr. S. JANNUZZI, V. S. Spirito di Palazzo, 31 - Dr. V. MESOLELLA, V. dei Mille, 59.

Padova: Prof. Dr. E. RUBALTELLI, V. Gabelli, 17.

Palermo: Prof. Dr. G. ALAGNA, V. Roma, 331 - Dr. F. CAMPO, V. Stabile, 109 - Dr. G. FERRUZZA, V. Lincoln, 96 - Prof. Dr. A. ZANOLA, V. Rodi, 1.

Parma: Prof. Dr. F. LASAGNA, Piazzale Cervi, 17.

Perugia: Dr. A. BAROLA, V. Fani, 2.

Pistoia: Dr. M. A. CASANUOVA, Via della Madonna, 9.

Pola: Dr. E. MAZZARO.

Reggio C.: Prof. Dr. G. SALVATORI.

Roma: Prof. Dr. G. TURTUR, Via XX Settembre, 95 - Dr. S. CIPOLLONI,

V. Cola di Rienzo, 297 - Dr. M. MANCIOLI, P. XXVIII Ottobre (ang. V. Flaminia) - Dr. C. MESSANELLI, V. Tevere, 44.

Siena: Dr. Prof. L. BELLUCCI.

Taranto: Prof. Dr. A. BIASOLI, Via Due Mari, 18 - Dr. V. BATTISTA, Via Cavour, 27 - Dr. V. NATALE, Via Marsari, 5.

Torino: Dr. E. BATTAGLIOTTI, Via S. Chiara, 20 - Prof. Dr. C. BRUZZONE, V. Confienza, 15 - Prof. Dr. A. CASSASSA, V. Principe Amedeo, 52 - Prof. Dr. I. DIONISIO, Corso Vinzaglio, 10 - Prof. Dr. G. DIONADEI, V. Marco Polo, 19-bis - Dr. A. FERRERO, Via Goito, 6 - Dr. G. LEALE, Corso Oporto, 5 - Dr. P. T. MANCINI, Via Plana, 11 - Dr. C. MEANO, V. Della Rocca, 6 - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI G., V. Principe Amedeo, 29 - Dr. C. VASSIA, V. Santa Chiara, 20.

Trapani: Dr. M. SAMMARTANO, Via Mercè.

Trento: Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma, 37 - Dr. D. MAESTRANI, Via Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEI, V. Oss. Mazzurana, 16.

Trieste: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio, 3 - Dr. Cav. G. MONTINI, Via Cesare Beccaria, 8.

Udine: Dr. F. PELLIZZO, Via Rivis, 32.

Varese: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI, P. M. Grappa, 14 - Prof. Dr. G. PINAROLI, V. Fiume, 4.

Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI.

Venezia: Dr. G. BREGANZATO.

Vercelli: Dr. P. PETERINO, Via Odoni, 1.

Vicenza: Dr. E. BASSO, V. Rachetta, 5 - Dr. A. BOER, V. Carpagnon, 13.

Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

Cliniche, ospedali, case di cura, poliambulanze ed istituti vari

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
ABBAZIA (Fiume)	Casa Dr. Howart	80 e 50%	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20	80%
BOLOGNA	Osp. « B. Mussolini » dell' I. N. F. A. I. L.	20% 1 ^a e 2 ^a cl. 10% 3 ^a cl.		Casa « Berti »	30%
	Casa « La Policlinica - Umberto I »	30% fino al 16-6-1942	NAPOLI	Sanatorio « C. Forlanini »	80% diaria L. 20
	« Villa Rosa » - Via Castiglione, 103	30% fino al 16-6-1942	PALERMO	Clinica Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	30% 30% retta 20% interventi e ricerche
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	25 e 80%	PIACENZA	Casa « Piacenza »	20%
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - Piazza S. Benedetto	30%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	30%
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati	30%	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi	30 e 25%
CATANZARO	Ist. clin. diagnost. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo	30%	S. SEVERO (Foggia)	Clin. Troiano - V.le Stazione	30%
COMO	Ist. Cardiolog. Prof. G. Galli - Via Volta 46	30%	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40% ass. popolari L. 11
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	30%		Clin. malattie professionali - R. Università	visita annuale 35%
GENOVA	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale		Istituto terapia oozonica - Corso Oporto 10	30 e 40%
	Ist. Inalazioni Dr. B. Oxilia - Via XX Settembre 1-2	30%		« Villa Maria » - Via Principessa Felicita, 15-bis, 17	15%
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro	30%		Ospedale Maggio e S. Giov. Battista e della Città di Torino	
MESSINA	Ist. terapia fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione	30%	TREVISI	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	30%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I »	10 e 20%	TRIESTE	Casa di Cura Duttogliano	20 o 10%

Cliniche specializzate e case di cura

BARI	Clinica Prof. D'Erchia - Via M. Signorile, 2 (ostetricia e ginecologia)	30%	ROMA	Guardia Ostetrica permanente E. Pestalozza	50, 30, 20%
CAGLIARI	Casa B. Salvatore (ostetricia e ginecologia)	30%		Casa « Immacolata Concezione » (artrite, sciatica e reumatismi) - V. Pompeo Magno, 14	50% ambulanza 1 ^a cl. L. 50 retta 2 ^a » » 40 » 3 ^a » » 25 »
ROMA	Clinica Ostetrica Ginecologica R. Università di Roma Cura della sterilità	A tutte le assicurate visite gratuite giovedì e sabato ore 15	PADOVA	Casa « La Salutare » (località Alpichiero) (neurologia)	20%
	Osp. S. Galliciano (dermosifilopatia)	diaria 30,50	TREVISI	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otorinolaringologia)	30%
	Ist. « Regina Elena » (tumori)	» 35 —	MIAZZINA (Novara)	Casa « Eremo » (malattie polmonari)	15 e 30%
	Clinica Odontoiatrica R. Università	20%			

Stabilimenti Termali che concedono facilitazioni ai nostri assicurati

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
ACQUA SANTA (Ascoli Piceno)	Acqua solfurea-termale. Fanghi. Inalazioni.	Artriti cr. - Mal. ricambio, pelle, respiratorie.	25% Grotta sudatoria e fanghi - 50% Bagni.
AGNANO (Napoli)	Acque salso-bromo-iodiche; bicarbonato-alcaino-bromo-iodiche; bicarbonato-alcaine. Fanghi minerali vulcanici. Stufe secche da 40 a 75° C.	Stitichezza, epatopatie croniche, colecistiti.	A tutti gli assicurati riduzione del 25%, importo abbonamenti cure (1° aprile - 31 dicembre 1941).
BOGNANCO (Novara)	Acque bicarbonato-solfato-alcaino-litiose e medio-minerali.	Stitichezza - Epatopatie cr. - Colecistiti.	50% su tariffe.
CARAMANICO (Pescara)	Acqua solforosa-salio-bromo-iodica.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Pol. ord. e collettive 25% su cure e sulla pensione - Pol. pop. 20% su cure e pensione.
CASTROCARO (Forlì)	Acqua salso-bromo-iodica	Artrite - reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio Rinofaringiti.	25% su tariffe (Categ. B).
CHIANCIANO (Siena)	Acque bicarbonato-solfato-alcaino-ferrose e medio-minerali. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle bibite e bagni 1° e 2° classe (per forme popolari anche 3° classe)
CIVITA VECCHIA (Roma)	Acqua solfato-alcaino-ferrosa	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligo-minerali.	Diatesi arica - Calcolosi reno-vesiciale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
GUARDIA PIEMONTESE (Cosenza)	Acque solfuree-salio-bromo-iodiche - Fanghi.	Artrite - Malattie cutanee	30% su tariffe
LEVICO (Trento)	Acqua arsenico-ferruginosa Bagni.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	Pol. ord. e collettive 10% su tariffe.
LIVORNO (Acque della Salute)	Acqua salso-bromo-iodica. Irrigazioni vaginali, nebulizzazioni secche.	Stitichezza spastica e atonica - Obesità - Disfunzione del fegato.	25% su tariffe.
LOCRI-ANTONIMINA (Reggio C.)	Acque salso-iodiche - Bagni - Fanghi	Mal. ginecologiche - Linfatismo Artrite - Reumatismo - Nevriti - Malattie della pelle.	30% su tariffe
MONSUMMANO (Pistoia)	Acqua bicarbonato-solfato-alcaina-ferrosa e salio-bromo-iodica. Bagni, fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	20% su tariffe.
MONTECATINI (Pistoia)	Acqua salso-bromo-iodica. Fanghi vegeto-minerali - Bagni.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. (Padova)	Acqua salso-bromo-iodica. Fanghi naturali vulcanici.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Terme preistoriche: 20% 1° classe - 15% 2° e 3° classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
POBRETTE (Bologna)	Acqua solfurea-salio-bromo-iodica.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	50% ingresso stabilimenti - 25% sulle cure.
POZZUOLI (Terme puteolane)	Acqua salso-solfato-alcaina. Fanghi radioattivi.	Reumatismi e artriti scrofolosi - Mal. ricambio - Postumi di fratture.	25% sulle tariffe.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
RECOARO . (Vicenza)	Acqua arsenicale-ferruginosa e medio-minerale ferruginosa.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	25% sulle tariffe.
SALICE TERME Voghera (Pavia)	Acque salsiodiche e solforose. Bagni. Fanghi. Inalazioni.	Malattie ginecologiche e del ricambio. Scrofolosi. Malattie pelle e vie respiratorie.	30% sulle tariffe.
SALSOMAGGIORE . (Parma)	Acque salsobromoiodiche	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Assic. ord. e coll. - 20% sulle tariffe, sconti dagli alberghi Porro e Valentini.
S. CASCIANO B. (Siena)	Acqua solfato-alkalino-ferrosa-termale. Fanghi vegeto-minerali caldi.	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1ª classe - 50% su tariffe 2ª classe.
S. CESAREA . (Lecce)	Acqua solfocarbonato calcica a 33° C. - Fanghi veg. min.	Artriti e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. ord. e coll. - 25% sulle tariffe.
SARDARA . (Cagliari)	Acqua bicarbonato-alkalina-termale.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
SCIACCA . (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiaca.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20% sulle tariffe.
SCRAJO EQUENSE . (Napoli)	Acqua sulfurea-salzo-bromo-iodica.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	25% - 20% - 15% sulle tariffe.
TERMINI IMERESE (Palermo)	Acqua salzo-bromo-iodica.	Reumatismo - Artrite cr. - Neuralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.

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, la carta annonaria 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.

Isole italiane dell'Egeo

RODI (Egeo). — R. Ufficio di Igiene, analisi e ricerche di laboratorio: riduzioni dal 30% al 50% sulle tariffe in vigore.

— R. Ospedale, radiografie dal 30% al 50% sulle tariffe in vigore. Retta giornaliera per ricovero L. 20, compresi esami, medicazioni ed interventi chirurgici.

CALITEA (Bodi Egeo). — Acque clorate sodiche deboli e forti, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 30% sulle tariffe in vigore.

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.

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.

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.

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

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile



LE FORMIDABILI SOMME PAGATE

DALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI AI PREVIDENTI
CHE GLI HANNO AFFIDATO I LORO RISPARMI



La potenza finanziaria dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni non è dimostrata soltanto dall'ingente patrimonio dell'Ente, ma anche dai pagamenti da esso fatti ai suoi assicurati o ai loro aventi diritto nei suoi 29 anni di attività. Dal 1912 al 31 dicembre 1940 tali pagamenti superano

CINQUE MILIARDI DI LIRE

Ma è molto interessante considerare che questa colossale cifra di pagamenti, non soltanto indica possibilità formidabili, ma anche dimostra un rapido e continuo progresso, se si riferisce ai diversi periodi di vita dell'Azienda. Basta ad esempio rilevare che le somme pagate dall'Istituto ai suoi assicurati od ai loro beneficiari nel primo decennio di vita (1912-1921) ascendono ad un totale di *243 milioni di lire* e che quelle corrisposte nei successivi 10 anni (1922-1931) ammontano a *L. 1.508.414.688* e infine le somme versate agli assicurati negli ultimi 9 anni (1932-1940) salgono alla imponente cifra di *L. 3.330.110.969*.

Di fronte a questa mole colossale di miliardi pagati dall'Istituto ai previdenti che gli hanno affidato i loro risparmi può sorgere in molti il desiderio di conoscere quale sia oggi la consistenza patrimoniale dell'Istituto. Diciamo subito che alla fine del 1940 le attività patrimoniali superano i

SETTE MILIARDI DI LIRE

ciò che costituisce una cifra di imbattibile primato.



Perchè non iniziate l'anno con un atto di previdente
saggezza, stipulando una polizza di assicurazione con
l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni?



Corporate Heritage
& Historical Archive