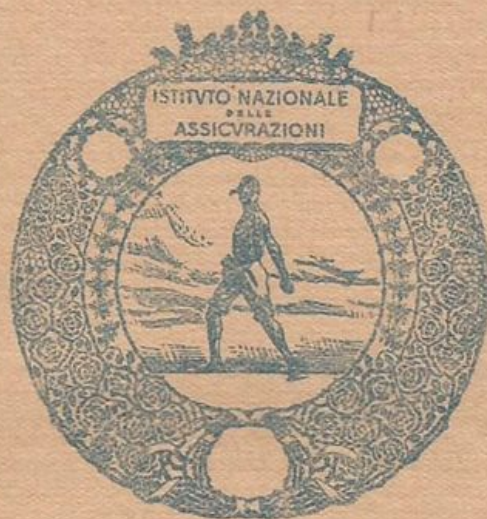


L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno X
Numero 5
15 Ottobre
1941 . XIX
Edizione in abbonamento postale - Roma

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

GENERALI

& Historical Archive

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

In preparazione:

CENTRO SANITARIO - BARI

SUB-CENTRO SANITARIO - PESCARA

SUB-CENTRO SANITARIO - VERONA

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, Consulitori, 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 Consulitori 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 a partire da 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 Consulitori dell' I. N. A.

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

D) Consultazioni gratuite per le seguenti specialità:

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

Collando 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. 58).

F) Facilitazioni presso medici specialisti (per cure odontoiatriche, oculistiche e otorinolaringoiatriche) vedi elenco completo nelle pagg. III-V dell'Ed. speciale.

G) Facilitazioni presso ospedali e case di cura (vedi tabella a pag. VI).

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

I) Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene

1° «Salute, tesoro della vita» del Prof. Dr. O. BELLUCCI.

2° «Sotto il platano di Coo» Consigli d'igiene e di medicina preventiva.

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

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

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 borico;

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 8 giorni a dieta apurina (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 prelievo 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).



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

1. Indagini di statistica medica

Ricerche sulla pressione arteriosa:

Dr. PICCHIOTTI, Rilievi sulla pressione arteriosa riscontrata sugli assicurati del Centro Sanitario di Trieste 218

La pressione arteriosa riscontrata presso gli assicurati dei Centri Sanitari di Torino, Asti, Ancona, Bologna 219

2. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita

Dr. COERT, Indagini sulla mortalità degli assicurati tarati per ulcera peptica 220

3. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita

Dr. TOSTI CROCE, Il reticolo venoso del tronco 224

4. Medicina legale delle Assicurazioni Vita

Dr. STARNA, La psicogenesi del suicidio e sua valutazione agli effetti legali (*continua*) . . . 230

5. Varie

a) Dr. CONFORTO, Frequenza ed ereditarietà del diabete melito in rapporto alla medicina preventiva 250

b) Prof.ssa FAMBRI, Per il recupero sanitario sociale dei minorati 256

c) Le cause di morte degli assicurati dell'I.N.A. nel 1938 . . . 260

6. Notiziario 263

7. Dai Periodici 265

8. Pubblicazioni ricevute 275

9. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 276

SOMMARIO DEL N. 5 - EDIZIONE SPECIALE

1. *Consigli agli assicurati:* a) Dott. STARNA, È tempo di funghi. - b) Dott. PICCHIOTTI, Le glicosurie. - c) Dalle riviste: Note di igiene. - d) Libri nuovi: MORETTI, Mani sante.

2. *Notiziario:* L'accantonamento dei fondi per le indennità di licenziamento - Nuove Agenzie Generali dell'Istituto delle Assicurazioni.

3. *Provvidenze sanitarie:* Parte ufficiale: Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.

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.**

Indagini di statistica medica

RICERCHE SULLA PRESSIONE ARTERIOSA (V. nn. 3-4 c. a.)

RILIEVI SULLA PRESSIONE ARTERIOSA

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi ad un gruppo di mille valori della pressione arteriosa sistolica e diastolica rilevati al Centro Sanitario di Trieste. Questi dati sono nettamente superiori a quelli della tabella riportata nel n. 5 della nostra Rivista « L'Assistenza Sanitaria » in una traduzione d'un lavoro del dott. Rodolfo Kaewel pubblicato nel « Blatter für Vertrauens-ärzte der Lebensversicherung ».

Le misurazioni sono state accurata-

cifra di cento per quanti sono gli anni di età dell'individuo, i valori da noi rilevati sono certamente alquanto alti, venendo però comunque a corrispondere a detta regola.

La ragione di questa differenza deve essere ravvisata nel fatto che i soggetti cui si riferiscono i nostri dati costituiscono un elemento per così dire selezionato nel senso dei valori più alti, e ciò per le seguenti ragioni:

1) Si tratta, in notevole parte, d'in-

La pressione arteriosa degli Assicurati presso il Centro sanitario di Trieste.

ETÀ	Numero dei casi	Media Aritmetica		Mediana		Norma		Scarto quadratico medio	
		Massima	Minima	Massima	Minima	Massima	Minima	Massima	Minima
20 - 25	101	123,86	17,87	121,81	78,85	119,46	79,50	9,62	8,45
25 - 30	135	125,74	81,00	124,26	81,09	124,53	80,78	10,21	8,54
30 - 35	155	127,71	83,10	127,65	81,90	125,20	80,53	11,62	9,20
35 - 40	156	132,47	85,00	131,38	84,13	130,17	84,93	15,62	10,47
40 - 45	171	142,63	90,06	134,58	87,77	134,16	84,84	22,70	13,07
45 - 50	118	144,24	92,20	140,91	89,62	134,79	89,17	23,48	14,88
50 - 55	71	149,51	94,44	148,33	93,13	144,50	95,17	14,84	13,36
55 - 60	93	152,46	96,01	151,06	96,21	152,44	97,32	29,97	14,20
<i>Totale</i>	1000								

mente eseguite o dal sottoscritto o dagli altri medici dell'I.N.A. che si sono succeduti nel Centro Sanitario, sempre mediante sfigmomanometri a mercurio e col metodo ascoltatorio.

Se i valori medi della casistica del dott. Kaewel possono sembrare alquanto bassi, per quanto egli dica che i valori fisiologici siano certamente ancora inferiori e che non si possa accettare la regola fondamentale secondo cui la pressione arteriosa massima risulta normale allorché supera di tanti millimetri la

dividui a cui sono state praticate visite di controllo perché malati, specie a carico dell'apparato circolatorio e del rene, oppure di assicurati venuti per usufruire delle nostre provvidenze sanitarie; anche questi ultimi vengono in maggioranza se hanno qualche disturbo, e nei gruppi più alti di età spicca la frequenza di coloro che si sono presentati per farsi controllare la pressione arteriosa perché sapevano già di essere ipertesi.

2) Nelle provvidenze sanitarie parecchi valori di pressione arteriosa nor-

male sono andati perduti perchè nel registro di qualche medico si trova solo la indicazione « normale », senza il valore in cifre; va poi notato che in molti, che sono venuti per esempio per il collaudo dell'apparato respiratorio, la pressione arteriosa non è stata misurata.

Per la parte assicurativa i dati li abbiamo rilevati dai mod. 47 che costituiscono un estratto del referto medico, ma assai sintetico e quindi sfrondata di tutti gli elementi che non servono a giudicare il rischio; per questa ragione qualche medico non ritenne opportuno

segnare nella finca « dati patologici dell'esame obiettivo » la pressione arteriosa quando era normale.

Concludendo, possiamo ritenere per certo che se i nostri dati non si riferissero a degli individui in parte selezionati nel senso sopradetto, anche le medie dei nostri valori sarebbero sensibilmente inferiori a quanto definisce la regola secondo cui la pressione arteriosa massima risulta normale quando supera di tanti millimetri la cifra cento quanti sono gli anni del soggetto.

Dott. PICCHIOTTI AMATO.

La pressione arteriosa riscontrata presso gli Assicurati dei seguenti Centri Sanitari

T O R I N O (Dr. DE-GREGORIO)				A S T I (Dr. DI JORIO)			
Età	Numero dei casi	Media aritmetica		Età	Numero dei casi	Media aritmetica	
		Pressione arteriosa				Pressione arteriosa	
		Massima	Minima			Massima	Minima
20-24	109	126.7	73.5	20-24	14	126.4	68.9
25-29	260	126.9	78.1	25-29	35	127.7	72.6
30-34	394	128.3	79.3	30-34	49	130.3	74.6
35-39	432	131.6	81.7	35-39	49	132.5	74.6
40-44	331	135.8	83.4	40-44	35	138.2	78.1
45-49	249	140.5	86.5	45-49	33	147.1	77.1
50-54	152	141.4	89.6	50-54	21	147.1	82.5
55-59	97	130.5	91.0	55-59	12	146.7	81.2

A N C O N A (Dr. GIORDANO)				B O L O G N A (Dr. PAPETTI)			
Età	Numero dei casi	Media aritmetica		Età	Numero dei casi	Media aritmetica	
		Pressione arteriosa				Pressione arteriosa	
		Massima	Minima			Massima	Minima
20-24	80	124	76	20-24	22	123.2	74.1
25-29	163	124	78	25-29	67	127.5	78.2
30-34	183	128	80	30-34	73	126.3	79.2
35-39	158	129	81	35-39	72	131.4	80.6
40-44	120	134	81	40-44	86	142.5	89.0
45-49	58	142	88	45-49	75	147.6	91.5
50-54	34	142	87	50-54	65	154.0	94.5
55-59	17	132	88	55-59	45	157.9	96.0

(Continua)

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**Indagini sulla mortalità degli assicurati tarati per ulcera peptica**

Dott. H. J. COERT

Medico Capo della « Eersten Nederlandschen Verzekering »

Questa indagine ha lo scopo di esaminare la mortalità degli assicurati che, al momento dell'accettazione, presentavano una anamnesi di ulcera peptica, comprendendo con questo nome sia l'ulcera gastrica che quella duodenale, giacchè l'A. non ha potuto fare l'esatta distinzione fra i due tipi di ulcera per mancanza di dati attendibili nei rapporti.

Il materiale è stato fornito da parecchie Compagnie e può essere diviso in due gruppi: gruppo A che riguarda rischi accettati direttamente da queste compagnie e gruppo B riguardante rischi che sono stati riassicurati dalla Compagnia di riassicurazione « de Hoop ». Siccome però non c'è una importante differenza nella mortalità dei due gruppi, essi sono stati riuniti per l'indagine in unico gruppo A + B.

Tutti gli assicurati vivono in Olanda e sono, salvo poche eccezioni, uomini.

L'anno di ingresso in assicurazione va dal 1900 al 1935 e gli assicurati sono stati seguiti fino alla data dell'anniversario dell'emissione delle polizze nel 1936. Come tabella di mortalità di confronto è stata adottata la tabella per uomini olandesi 1921-1930.

Siccome la cifra della mortalità dei rischi non tarati, accettati dalla « Eerste Nederlandsche » all'Aja, calcolata nello stesso periodo di tempo, rappresenta circa l'80 % della cifra data dalla suddetta tavola, per avere la mortalità nel materiale in esame in modo paragonabile

con la mortalità dei rischi non tarati si debbono moltiplicare i numeri trovati con l'aiuto della tavola sopra menzionata per 1,25.

Il materiale in esame riguarda tutti i casi che sarebbero stati accettati come rischi normali se non avessero avuto l'anamnesi sfavorevole per l'apparato digerente: essi infatti non presentavano altre anomalie. Questo materiale è stato riunito nel gruppo A+B.

Come paragone sono state prese inchieste sulla mortalità: 1) di un gruppo di rischi tarati (indicati come gruppo C) aventi una anamnesi di disturbi gastrici precedenti l'ingresso in assicurazione, disturbi però non tipici per ulcera; 2) di un gruppo di rischi normali forniti dal materiale della « Eerste Nederlandsche » (indicato come gruppo D+E) e comprendente due sotto gruppi: il gruppo D costituito da individui con una anamnesi di ulcera peptica e gruppo E costituito da individui con una anamnesi di malattia gastrica non tipica.

Le cifre trovate in queste indagini sono riunite nelle tavole I e II. L'A. ha unito le sopramortalità per ulcera con quella da cancro nei primi 5 anni di assicurazione, avendo trovato una notevole percentuale di morti per cancro in questo periodo di tempo.

Nel gruppo A+B invece di 39,03 morti previste, se ne sono avute 51 di cui 21 per ulcera o cancro e 30 per altre cause con una sopramortalità, rispetto alla tabella di mortalità per uomini Olandesi

1921-1930, di 131 %, di cui 54% per ulcera e cancro e 77 % per altre cause. Per fare il paragone esatto con la mortalità dei rischi non tarati nello stesso periodo di tempo occorre, come ho prima detto, moltiplicare le cifre trovate per 1,25. Si ha allora (vedi Tabella II) che la sopramortalità totale è di 164 %, di cui 68 % per ulcera o cancro, cioè il 70 % della mortalità per altre cause che è di 96 %.

Nel gruppo D+E invece di 24,66 morti previste se ne sono avute 29 di cui 7 per ulcera o carcinoma e 22 per altre malattie con una sopramortalità di 118 %, cioè, moltiplicandole per 1,25, di 147 %, di cui 35 % per ulcera o cancro, cioè il 30 % della mortalità per altre cause che è di 112 %. Su questo gruppo quindi il rapporto tra la mortalità specifica e la restante mortalità è più favorevole che nel gruppo A+B.

Finalmente nel gruppo C invece di 12,43 morti previste se ne sono verificate 13 con una sopramortalità di 105 % cioè, moltiplicandola per 1,25, di 131 %. Quindi in questo gruppo, comprendente i casi in cui i disturbi gastrici non erano tipici per ulcera, la mortalità è nettamente più bassa rispetto ai casi con anamnesi tipica per ulcera (131 rispetto a 164). Nel gruppo D+E invece, riguardante i rischi normali, non vi è molta differenza fra i 2 sottogruppi (D con anamnesi tipica per ulcera ed E con anamnesi atipica): infatti nel gruppo D la sopramortalità è stata di 115 %, cioè, moltiplicata per 1,25, 144 % e nel gruppo E di 120 %, quindi 150 %.

Nella letteratura sull'argomento la mortalità da ulcera gastrica risulta maggiore di quella da ulcera duodenale e la mortalità negli individui operati prima dell'ingresso in assicurazione, maggiore di quella degli individui trattati solo con terapia medica. L'A. invece ha trovato

presso a poco la stessa mortalità nei due gruppi (operati e non operati).

L'A. non ha potuto convincersi, eccetto che per la sopramortalità da cancro nei primi 5 anni di polizza, che la mortalità dei rischi tarati sia tanto migliore per quanto più lungo è il tempo trascorso dalla malattia o più lungo il periodo dopo l'operazione. (I rischi normali non furono seguiti per una simile indagine a causa della scarsezza dei dati). Non ci fu nessuna diminuzione di qualche importanza della mortalità, prescindendo dalla detta mortalità per cancro.

Tutto ciò è perfettamente concordante con i dati dell'indagine statistica del Metropolitan ed in disaccordo con l'esperienza dell'Impairment-Study 1936. Questo problema esige evidentemente uno studio ulteriore. L'A. però crede che il passare di parecchi anni dopo la malattia senza alcun sintomo della precedente affezione (l'individuo non essendo a dieta) può essere considerato come una circostanza favorevole, permettendo di contare in questi casi su una mortalità più bassa.

Nel gruppo A+B gli assicurati presentarono la stessa mortalità tanto nei primi 10 anni di assicurazione che nei seguenti.

Ciò conferma le parole di ALVAREZ: « l'ulcera è per lo più una malattia che dura quanto la vita ».

Il Med. Impairment-Study 1929 dice a pag. 51: « la più alta mortalità nei casi chirurgici ed il numero delle morti per cancro mostrano un tipo di rischio seriamente peggiorato dopo l'operazione rispetto agli altri casi ».

L'A. ha notato la stessa cosa: una mortalità da cancro (specialmente cancro gastrico) negli individui operati, mentre negli individui curati medicalmente è maggiore la mortalità per ulcera peptica.

In questa tabella il rapporto di mortalità è fatto rispettivamente alla tabella di mortalità per uomini olandesi 1921-1930.

Gruppo A

Età all'ingresso	Numero degli entrati	Anni di esposizione al rischio	Morti previsti	Morti finora	RAPPORTO Morti finora Morti previsti × 100
20-29 . . .	244	579	1,643	9	548
30-39 . . .	371	2.125	6,730	10	149
40-49 . . .	189	1.660	8,125	14	172
50 ed oltre	58	914	12.352	6	48
	862	5.278	28,850	39	135

Gruppo B

20-29 . . .	93	565	1,811	0	—
30-39 . . .	120	761	3,264	4	123
40-49 . . .	53	364	2,986	5	167
50 ed oltre	26	121	2,120	3	142
	292	1.811	10,181	12	118

Gruppo A + B

20-29 . . .	337	1.144	3.454	9	261		
30-39 . . .	491	2.886	9,994	14	140		
40-49 . . .	242	2.024	11,111	19	171		
50 ed oltre	84	1.035	14,472	9	62		
	1.154	7.089	39,031	p. ulcera e cancro 21 51	p. altre morti 30	p. ulcera e cancro 54 % 131	p. altre morti 77 %

Gruppo C

Numero delle persone	Durata dell'assicurazione	Anni di esposizione al rischio	Morti previsti	Morti finora	RAPPORTO Morti finora Morti previsti × 100
287	1-5	1.079	4,644	4	86
	6 ed oltre	1.133	7,774	9	116
Totale . . .		2.212	12,438	13	105

Gruppo D

247	1-5	1.002	5,339	7	121
	6 ed oltre	860	5,948	6	101
Totale . . .		1.862	11,287	13	115

Gruppo E

279	1-5	1.052	4,451	6	136
	6 ed oltre	1.060	8,928	10	112
Totale . . .		2.112	13,379	16	120

Gruppo D + E

				p. ulcera e carcinoma	p. altre malattie	Totale	p. ulcera e cancro	p. restante mortalità	Totale
526	1-5	2.054	9,790	4	9	13	41 %	92 %	133
	6 ed oltre	1.920	14,876	3	13	16	20 %	88 %	108
Totale . . .		3.794	24,666	7	22	29	28 %	90 %	118

Come spiegare il fatto?

L'A. ritiene giustificato supporre che molti assicurati erano sofferenti di cancro gastrico, che questa malattia non era riconoscibile come tale al momento dell'accettazione, ma che essa aveva tuttavia causato alcuni disturbi che indussero il paziente a consultare il chirurgo.

Dato che noi sappiamo che può passare un periodo di cinque anni prima che un cancro gastrico, riconosciuto all'intervento operatorio, dia sintomi clinici, il fatto che parecchi dei pazienti in esame morirono tre-quattro anni dopo l'operazione non diminuisce l'importanza delle conclusioni cui giunge l'A. dall'esame dei suddetti assicurati.

GUTMANN descrisse una speciale forma di cancro gastrico, già esistente parecchi anni prima del momento in cui arriva a formare una massa tumorale apprezzabile. Inoltre ci può essere una auto-selezione contro le Compagnie tra questi assicurandi, che non si accorgono del loro cancro, ma forse hanno motivi per credere di essere seriamente ammalati.

Eccetto il cancro gastrico, le principa-

li altre cause di morte furono: operazioni per ulcera peptica, emorragia e ulcera peptica senza ulteriori indicazioni.

Le Compagnie possono prevenire un gran numero di perdite da precoce morte per cancro facendo indagini sugli ultimi due anni dopo l'operazione e sui due anni di assenza di sintomi nel caso di assicurandi sopra 40 anni, prima di accettarli.

Se questa direttiva fosse stata seguita nel materiale in esame la forte perdita per cancro sarebbe stata evitata quasi interamente; il tasso di mortalità del gruppo A+B sarebbe stato ridotto a 150.

Si raccomandano le seguenti direttive per l'accettazione di assicurandi con una storia di ulcera peptica:

1) aspettare uno o due anni di assenza di sintomi prima dell'accettazione. Non meno di due anni nel caso di assicurandi sopra 40 anni con una storia di breve malattia.

Aspettare due anni almeno dopo l'operazione nei casi chirurgici di questa specie.

2) Richiedere un soprapremio corrispondente ad una mortalità di 150, fa-

Rapporto di mortalità moltiplicato per 1,25

TAV. II.

Gruppo A + B

(Mortalità dei rischi tarati con una storia di ulcera peptica)

	1.154 persone.	51 morti	
TOTALE	sopra mortalità per cancro gastrico e ulcera peptica		mortalità restante
$131 \times 1,25 = 164$	$54 \times 1,25 = 68\%$		$77 \times 1,25 = 96\%$
		$68/96 = 70\%$	

Gruppo C

(Mortalità dei rischi tarati con una storia di disturbi gastrici, non tipici per ulcera peptica)

	287 persone.	13 morti
TOTALE		
$105 \times 1,25 = 131$		

Gruppo D

$115 \times 1,25 = 144$

Gruppo E

$120 \times 1,25 = 150$

Gruppo D + E

(Mortalità di rischi normali con storia di ulcera (D) e con storia non tipica per ulcera (E))

	526 persone.	29 morti	
TOTALE	sopra mortalità per cancro gastrico e ulcera peptica		mortalità restante
$118 \times 1,25 = 147$	35		112
		$35/112 = 30\%$	



Media numerica degli anni di esposizione al rischio per ogni assicurato.

alla morte Età	Numero	Media dell'età alla morte
20-29	1	$2.381 : 51 = 46,7$
30-39	11	
40-49	20	
50-59	13	
60 ed oltre	6	
	51	

ciendo la mortalità media dei rischi normali eguale a 100.

Questo soprapremio deve essere permanente.

3) Per le circostanze più o meno favorevoli le Compagnie possono restar sotto questo limite o invece sorpassarlo (125-175-200).

4) Come fattori favorevoli si possono menzionare:

a) sesso femminile;

b) una serie di anni (almeno 5) di assenza di sintomi senza dieta, specialmente se la diagnosi di ulcera duodenale è certa o molto probabile;

c) carattere serio dell'assicurato, professione favorevole in quanto permette di seguire le prescrizioni dietetiche.

5) Fattori sfavorevoli, eventualmente giustificanti il rifiuto, sono:

a) sottopeso in età sotto i 30 anni;

b) molte ripetizioni di crisi dolorose;

c) operazioni senza risultato soddisfacente;

d) gravi emorragie ripetute.

6) I casi sospetti non devono essere considerati rischi normali. In essi può essere applicata la metà del soprapremio sopradetto.

Traduz. e riduz dall'olandese
del Dott. F. TOSTI-CROCE
(Verzekerings-Archief, XXII, 2)

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

IL RETICOLO VENOSO DEL TRONCO

Dott. FAUSTO TOSTI-CROCE

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

Nel campo dell'A. V. il medico si trova ostacolato nella sua indagine clinica dalla tendenza dell'assicurato a diminuire o tacere i disturbi di cui soffre. Si comprende quindi come venga così ad essere resa ancora più difficile la diagnosi precoce che invece ha una fondamentale importanza in A. V.

Per queste ragioni è necessario che il medico in A. V., potendo fare soltanto un assegnamento relativo sull'anamnesi, si sforzi di rilevare quanto più è possibile mediante un accurato esame obiettivo, cercando poi di rendersi ragione di ogni sintomo rilevato, magari ricorrendo ad ulteriori opportuni accertamenti.

Ci sono infatti alcuni sintomi che, se di per sè non costituiscono sempre un indice sicuro di malattia, tuttavia de-

vono attirare la nostra attenzione su determinati organi o funzioni, inducendoci a indagare se nel caso specifico essi abbiano o no un valore patologico: si potrebbero questi segni indicare col nome di sintomi guida.

Tra essi va annoverato il reticolo venoso, la cui importanza diagnostica, se talora è scarsa per la chiara sintomatologia morbosa cui si accompagna, è tal'altra invece notevole in quanto è quello che con la sua presenza attira la nostra attenzione e ci spinge ad indagare meglio sull'esistenza o meno di determinati stati patologici.

Col nome di reticolo venoso superficiale del tronco si intende l'intreccio delle vene sottocutanee, resesi particolarmente evidenti. L'appariscenza di queste ve-

ne, presenti nel sottocutaneo di tutti gli individui, può essere dovuta talvolta a condizioni che non possono essere considerate morbose; esso invece costituisce un indice morboso quando rappresenta un fatto dovuto a una patologica debolezza delle pareti venose o quando è dovuto alla formazione di un circolo collaterale vicariante un grosso tronco venoso ostruito. E' proprio sotto questo punto di vista che il reticolo venoso ci interessa.

Possiamo distinguere il reticolo venoso che si forma sul torace da quello che si può rendere visibile sull'addome.

Riguardo al reticolo venoso sul torace tralascio di parlare di quello che si rende manifesto nella regione mammaria nelle donne alla fine della gravidanza e durante l'allattamento, fatto fisiologico indice della maggiore iperemia dovuta allo stato di aumentata funzione della ghiandola mammaria. Mi tratterò invece sul reticolo venoso che è dovuto alla formazione di un circolo collaterale abnorme per neoformazione e dilatazione di vene anastomotiche in conseguenza dell'ostacolo al flusso sanguigno dei grossi tronchi del torace. Infatti per circolo collaterale venoso noi intendiamo il tentativo di scarico del sangue venoso di un dato territorio verso le vene di un territorio vicino, le quali, dovendo ricevere, oltre al sangue delle proprie radici, anche quello del territorio dove c'è l'ostacolo, si dilatano e diventano perciò ben visibili. E' ovvio che per la manifestazione di un circolo collaterale occorre che l'ostacolo interessi un grosso tronco venoso le cui radici raccolgono il sangue d'un vasto territorio cutaneo e viscerale. I circoli venosi collaterali più importanti dal punto di vista diagnostico sono, sul tronco, quelli che si formano nella occlusione della cava inferiore, della cava superiore, della porta, del tronco anonimo di destra e di sinistra.

Per quanto riguarda il torace quindi quelli che entrano in discussione sono i circoli collaterali dovuti a compressione della cava superiore e dei tronchi anonimi.

Nella compressione della cava superiore il circolo collaterale che si forma ha lo scopo di scaricare il sangue proveniente dalle radici della suddetta vena nel territorio della vena cava inferiore e si compie attraverso l'azigos, le intercostali, le vene del plesso rachideo, le mammarie interne, le vene sottocutanee addominali (epigastriche superiori ed inferiori), le circonflesse iliache, le pudende esterne, le emorroidarie, le radici della porta. E' merito di autori francesi di aver messo in evidenza che il circolo collaterale si presenta con caratteri diversi non solo a seconda del grado della compressione, ma anche a seconda che la compressione si esercita al disopra dello sbocco dell'azigos, al disotto o in corrispondenza dello sbocco stesso e questo per ragioni anatomiche. Infatti la vena cava superiore, formatasi per la confluenza delle due vene anonime destra e sinistra, riceve, immediatamente prima di diventare intrapericardica, la vena azigos al livello della quarta o quinta vertebra dorsale. Nelle due vene anonime, che si formano dalla confluenza della vena giugulare interna, della succlavia e della giugulare esterna, sboccano anche le vene tiroidee inferiori e le mammarie interne. La vena azigos che, originatasi dalla regione lombare destra, risale lungo il lato destro dei corpi, vertebrali sboccando, come ho detto, nella cava superiore, riceve alla sua origine numerosi piccoli rami anastomotici con la vena cava inferiore e per mezzo della vena lombare è in connessione con la vena iliaca comune. Lungo il suo decorso riceve le vene intercostali di destra, le vene esofagee, le bronchiali posteriori e mediastiniche posteriori. In

corrispondenza della settima vertebra dorsale riceve la emiazigos che ha un decorso simmetrico lungo il lato sinistro della colonna vertebrale ed è al suo inizio in comunicazione con la vena iliaca sinistra ed in alto con la vena innominata di sinistra e, mediante le prime tre o quattro vene intercostali, con la vena vertebrale. Connessioni vascolari inoltre esistono tra i plessi venosi vertebrali e le vene mammarie per il tramite delle vene intercostali e perciò tra quelli e le vene epigastriche. Inoltre vi è il sistema anastomotico sottocutaneo della parte antero-laterale del torace e dell'addome costituito dalla vena toraco-epigastrica superficiale, la vena circonflessa iliaca, le vene pudende collegate tra loro da una ricca rete venosa sottocutanea che in alto immette nelle vene del collo, in basso nelle vene della radice della coscia e in profondità, per mezzo dei rami perforanti, nel sistema venoso profondo del torace e dell'addome. Tra la vena cava superiore e la vena cava inferiore vi è dunque in ultima analisi un doppio sistema anastomotico: quello dell'azigos e quello del reticolo venoso superficiale toraco-addominale.

Da quanto sopra si comprende che, in casi di compressione della vena cava superiore, se il punto stesso è al disopra dello sbocco dell'azigos la circolazione collaterale toracica non è notevole, perchè essendo libero il deflusso dell'azigos ed essendovi anastomosi numerose fra le vene intercostali e il plesso rachideo, attraverso queste anastomosi si scarica nell'azigos gran parte del sangue delle altre radici della cava superiore. Se la compressione è al disotto dello sbocco dell'azigos, anche in questo caso non si hanno manifestazioni cospicue di circolo collaterale superficiale, perchè le anastomosi si fanno tra le due cave attraverso le comunicazioni profonde e per un circolo refluo della stessa azigos; tut-

tavia si può formare lieve edema della parete toracica e versamento delle cavità pleuriche, con più frequenza a destra perchè le intercostali di destra, essendo in rapporto diretto con l'azigos, risentono maggiormente la stasi venosa, mentre a sinistra le intercostali sboccano nella emiazigos. Se invece la compressione si esercita sullo sbocco dell'azigos, si ha il massimo sviluppo della circolazione collaterale toracica superficiale, poichè l'anastomosi profonda tra le due cave lungo l'azigos è chiusa. Dei due tipi di circolo collaterale fra le due cave dunque quello che si compie per mezzo dell'azigos è caratterizzato da un turgore dei rami della vena cava superiore per cui il circolo collaterale è manifesto sul torace e non esiste od è lieve sull'addome; quello invece senza partecipazione dell'azigos è caratterizzato da un abbondante reticolo delle vene cutanee toraciche e di tutte le altre vene della parete dell'addome, sicchè si forma un groviglio sorprendente di tronchi venosi ectasici su tutta la superficie toraco-addominale.

Nella compressione del tronco innominato di entrambi i lati il circolo collaterale si presenta come nella compressione della vena cava superiore al disopra dello sbocco dell'azigos: quindi si ha dilatazione dei tronchi venosi della parte alta del torace. Se la compressione interessa il tronco venoso anonimo di un solo lato, il circolo collaterale si manifesta con tronchi venosi dilatati che percorrono trasversalmente la parte alta del torace e sboccano nella mammaria interna dal lato opposto e nelle vene toraco-ascellari pure del lato opposto, tributarie la prima del tronco anonimo, le altre della vena ascellare.

Per quanto riguarda l'addome abbiamo già visto che nelle parti laterali di esso si può formare un reticolo venoso come conseguenza della compressione dei

grossi tronchi venosi del torace. Naturalmente però sull'addome acquista una maggiore importanza il reticolo venoso espressione del circolo collaterale che si forma in conseguenza della compressione o della ostruzione dei grossi tronchi venosi dell'addome, in prima linea della vena cava inferiore e della vena porta. In ambedue questi casi si formerà un circolo collaterale che tenderà a scaricare il sangue proveniente dai territori tributari di dette vene nella vena cava superiore; si distinguono quindi un circolo collaterale venoso tipo cava-cava ed un circolo collaterale venoso tipo porta-cava. Nel circolo collaterale tipo cava-cava il sangue si fa strada nelle vene ipogastriche e da queste nelle epigastriche, nelle mammarie, nelle succlavie, riversandosi infine per mezzo di queste nella vena cava superiore: in questi casi le vene sottocutanee addominali si rendono visibili in direzione verticale, verso i lati dell'addome, prima nella metà inferiore, e poi, crescendo la difficoltà, anche nella metà superiore della parete addominale; in queste vene il sangue scorre dal basso verso l'alto, con una corrente cioè inversa a quella normale. Questo carattere permette di distinguere il reticolo venoso dovuto alla circolazione supplementare cava-cava, per occlusione della vena cava inferiore, dal reticolo venoso dovuto ad una semplice stasi nelle vene epigastriche superficiali e nelle toraco-epigastriche superficiali (da ascite, meteorismo, gravidanza, insufficienza cardiaca) in cui la corrente mantiene la normale direzione in ciascun tronco venoso.

Nei casi invece di difficoltà al circolo venoso nel sistema della vena porta, che raccoglie il sangue dallo stomaco, dall'intestino, dalla milza, dal pancreas, dal peritoneo, il sangue si fa strada per la vena ombelicale (decorrente nel legamento falciforme del fegato e fisiologicamente obliterata), nelle vene sottocu-

tanee periombellicali e da queste nelle epigastriche e quindi nelle mammarie e nelle succlavie, riversandosi così nel sistema della vena cava superiore. Accanto a questa via collaterale principale se ne istituiscono altre tra ramuscoli affluenti alle radici della vena porta e tronchi venosi affluenti alla vena cava superiore: vie collaterali che, se l'ostacolo al circolo portale si determina, come di solito, lentamente, possono farsi così numerose ed efficienti da mantenere per lungo tempo una circolazione sufficiente, avviando il sangue portale nelle vene del circolo generale. Queste vie collaterali secondarie, pur avendo grande importanza, non si rendono appariscenti sulla cute, data la loro profondità, e quindi non ci interessano molto per lo studio che ci siamo proposti. La via collaterale principale sopradescritta, invece, è costituita da tronchi venosi che si rendono visibili sulla parete dell'addome sotto forma di cordoni tortuosi dirigenziosi dall'ombellico verso la periferia e prevalentemente in alto, con un aspetto che ricorda quello dei serpentelli sulla testa di Medusa e che perciò è stato detto, per similitudine, *caput Medusae*. Ordinariamente il reticolo venoso nei casi di stasi portale non complicati da ascite è limitato alla regione sovraombellicale e toracica inferiore. Partecipa spesso la vena toraco-epigastrica superficiale, lungo ramo venoso che sale dal fianco fino all'ascella e collega la vena ascellare alla vena femorale, allacciandosi con numerosi rami alla rete venosa sottocutanea della parete antero-laterale del torace e dell'addome. Quando compare ascite con la conseguente compressione del circolo della cava inferiore si delinea un reticolo anche nella regione sotto-ombelicale e inguinale, rendendosi evidenti le vene epigastriche superficiali, che sono afferenti della cava inferiore: si aggiunge cioè al primo tipo, portale,

del circolo suppletivo, il tipo cava inferiore. Ugualmente avviene anche senza l'ascite se il fegato molto grosso comprime il tronco della cava inferiore. Una differenza essenziale tra i due tipi di circolazione collaterale consiste nella direzione del sangue, che in essi scorre: nel tipo porta, quando esiste un circolo periombellicale spiccato, il sangue parte dall'ombellico e scorre in tutte le direzioni, lungo i raggi venosi; quando esiste un circolo sopraombellicale si dirige verso il torace. Nel tipo cava inferiore il sangue scorre sempre in una sola direzione, cioè dal basso all'alto.

Abbiamo così visto, tanto per il torace quanto per l'addome, il meccanismo di formazione dei circoli collaterali venosi che si manifestano clinicamente con la comparsa di un reticolo venoso sul tronco. Mi sono particolarmente fermato su questi circoli collaterali perchè essi sono sempre l'espressione di fatti patologici e quindi sono quelli che c'interessano di più. Inoltre dalla esposizione sopra fatta risulta evidente che circoli collaterali venosi si possono formare anche in seguito alla stenosi di tronchi venosi secondari toracici o addominali: in questi casi naturalmente il circolo collaterale è meno esteso e conseguentemente il reticolo venoso può essere limitato in un territorio ristretto. Vedremo successivamente le cause principali di formazione dei circoli collaterali venosi. Ora credo opportuno ricordare che accanto ai reticoli venosi dovuti alla formazione di un circolo collaterale per stenosi di un tronco venoso più o meno importante, esistono altri reticoli venosi dovuti a una maggiore trasparenza della cute o ad una maggiore turgescenza di vene preesistenti e neoformazione di nuove vene, per scaricare la maggior quantità di sangue che proviene da un determinato territorio. E' cognizione comune infatti che da un organo in lavoro proviene una maggiore

quantità di sangue e che quanto più un organo viene sottoposto a lavoro, tanto più si sviluppa il sistema vasale che lo irrorava e lo nutre. E' logico perciò che quando questo aumentato lavoro e quindi la conseguente aumentata irrorazione sanguigna si manifesta in un organo superficiale, si rende anche appariscente un reticolo venoso espressione della aumentata attività delle vene sottocutane. E' questo il caso del sovracitato reticolo venoso che si produce sulla mammella in lattazione e di quello che si manifesta in individui molto muscolosi e dediti a lavori fisici pesanti. Quando si può escludere che il reticolo venoso sia dovuto a queste cause diremo così fisiologiche, dovremo passare in rivista mentalmente le cause che possono determinare una compressione dei tronchi venosi nel torace o nell'addome. Per quanto riguarda il torace la compressione dei tronchi venosi di esso costituisce uno dei sintomi fondamentali della cosiddetta sindrome mediastinica. In questo caso naturalmente alla compressione venosa, specialmente a carico della cava superiore e dei tronchi anonimi, si accompagna anche, in grado più o meno spiccato, la compressione con i conseguenti disturbi funzionali, del dotto toracico, della trachea, dei bronchi, del polmone, del frenico, del vago, del ricorrente, del simpatico, dei nervi intercostali e dell'esofago. Questa sindrome che si manifesta specialmente nei casi di neoformazione (tumori, aneurismi, ipertrofia del timo, struma retrosternale, iperplasia delle linfoghiandole tracheo-bronchiali, ecc.), può essere anche dovuta ad alterazioni acute o croniche del cellulare del mediastino (ascessi, flemmoni, mediastinite cronica, ecc.). In questi casi la diagnosi poggerà su altri sintomi clinici e, specialmente quando i segni generali e locali sono così scarsi e imprecisi che la diagnosi di sindrome mediastinica può essere appena prospet-

tata in linea di ipotesi, soprattutto sull'indagine radiologica, alla quale compete un'importanza di prim'ordine per accertare l'esistenza di un'alterazione anatomica e di una lesione del mediastino non altrimenti rilevabili. Esame clinico e radiologico devono quindi vicendevolmente e sistematicamente integrarsi per lo studio preciso di queste forme morbose più frequenti di quanto comunemente si ritiene, tante volte sospettate, ma non precisate. E' consigliabile perciò che il medico di A. V. che rilevi un marcato reticolo venoso sul torace dell'assicurando, anche in assenza di altri segni anamnestici o clinici, proceda ad un'accurata indagine clinica e soprattutto radiologica del mediastino.

Oltre le varie malattie del mediastino che mi sono dovuto limitare ad accennare per brevità, il reticolo venoso può essere molte volte dovuto ad affezioni pleuriche croniche, specialmente quelle che conducono a sinfisi pleuriche. A queste sinfisi sono quasi sempre dovute le teleangectasie venose specialmente in corrispondenza della fossa sopraspinoza che si riscontrano nei tubercolosi. Anche nei processi produttivi del polmone si può manifestare un reticolo venoso, più o meno accentuato, ma per lo più localizzato in un determinato distretto toracico. E' sempre l'indagine radiologica che in questi casi ci potrà essere di grande aiuto per accertare un sospetto diagnostico. Le cause principali invece del reticolo venoso sull'addome sono dovute alla compressione della vena cava inferiore o della porta e bisogna tener presente che l'entità del reticolo venoso è in rapporto con la gravità della stenosi dei detti vasi. Una certa trasparenza delle vene sottocutanee addominali si può avere perciò piuttosto precocemente nei casi di ipertensione portale e ci deve indurre ad indagarne con maggior attenzione la causa. L'etiologia più frequente di una iper-

tensione nel circolo della porta è costituita dalla cirrosi epatica, dalla pileflebite e dalle neoformazioni in corrispondenza dell'ilo del fegato, determinanti la cosiddetta sindrome dell'ilo del fegato, e dalla stenosi delle vene sopraepatiche. In questi casi la formazione del reticolo venoso con i caratteri del circolo collaterale tipo porta-cava è l'espressione di una ipertensione nella vena porta, ipertensione che a scadenza più o meno lunga condurrà alla formazione di ascite. Si comprende perciò il grande valore di tale sintomo in A. V. giacchè in questi casi esso rappresenta un sintomo promontore di malattie molto gravi e tale da consigliare, qualora non siano ancora presenti sintomi molto chiari della affezione sospettata, il rinvio dell'accettazione del rischio per qualche mese, in modo da poter studiare l'evoluzione dei fatti morbosi.

Analogamente bisogna comportarsi nei casi di formazione di un circolo collaterale tipo cava-cava indice di una compressione della cava inferiore. Ciò è dovuto o ad affezioni morbose di natura infiammatoria che colpiscono la parete del vaso con conseguente formazione di una trombosi oppure a masse estrinseche per lo più di natura neoplastica o tuberculare che stenosano il lume del vaso. Anche le peritoniti plastiche e le mesenteriti possono arrivare a produrre una stenosi della cava inferiore e quindi un circolo collaterale venoso vicariante.

Ho appena accennato, senza approfondirle, le cause più frequenti di reticoli venosi perchè mio scopo era soltanto di richiamare l'attenzione su un segno facilmente rilevabile che consiglia ulteriori ricerche o, perlomeno una prudente attesa, che permetterà la comparsa di altri sintomi clinici inequivocabili.

ZUSAMMENFASSUNG. — Der Verfasser, nachdem das Brustkastens-Unterleibsadergeflecht beschrieben hat seine semiotische Bedeutung ersieht.

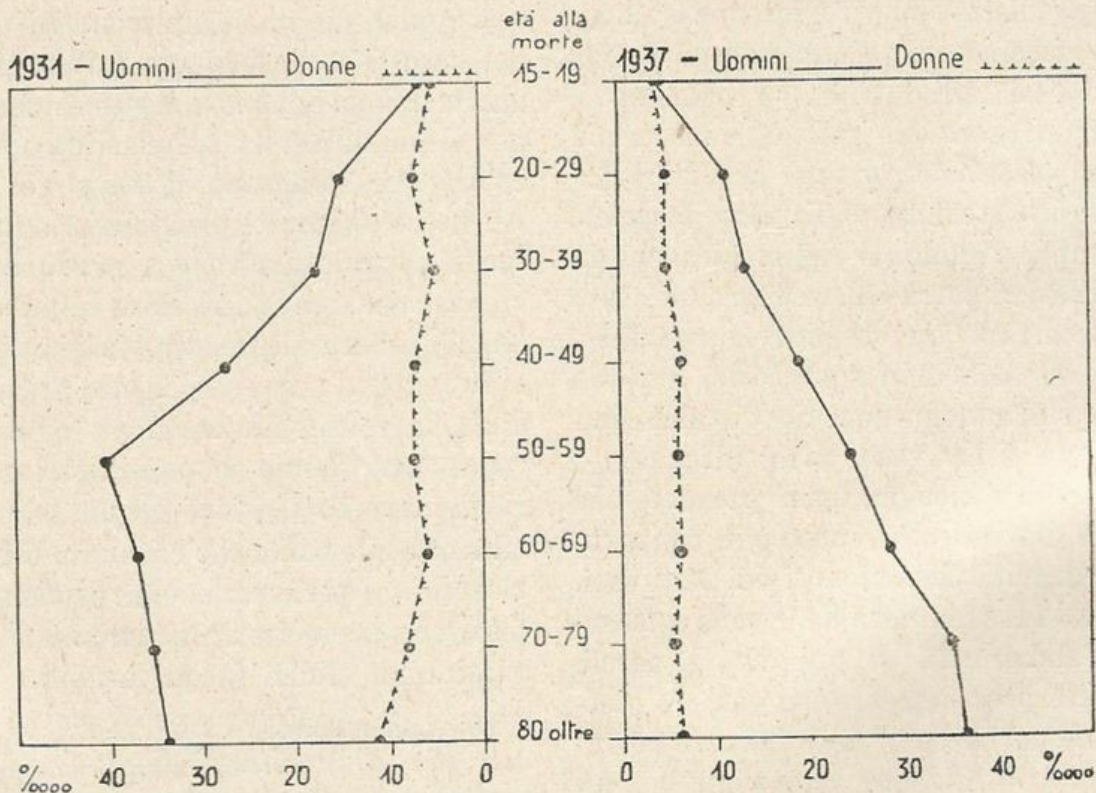
Medicina legale delle Assicurazioni Vita**La psicogenesi del suicidio e sua valutazione agli effetti legali**

Dr. ALBERTO STARNA

(Continuazione v. numero precedente)

La prevalenza presso i gruppi di età avanzata è nozione poco diffusa, in Italia fu anche riscontrata per il periodo di crisi 1927-32 da SPITZER e RIEDEL tra gli assicurati sulla vita, nei quali il coefficiente di frequenza di mortalità per suicidio cresceva, di molto con il progredire dell'età. La maggior frequenza del fenomeno nell'età avanzata è identico anche all'estero; riportiamo nella Tav. 5 il confronto tra i tassi di mortalità della popolazione civile e quella degli assicurati sulla vita negli Stati Uniti d'America per un anno che è stato lontano da

ogni crisi economica e cioè il 1920. Quanto al mezzo di suicidio, del quale ebbe ad occuparsi il ROMANELLI nell'esame dei sinistri dell'I.N.A. avvenuti per suicidio nel decennio 1920-29, abbiamo riassunto nella Tavola 6 la distribuzione percentuale tra la popolazione civile in Italia, gli assicurati dell'I.N.A. e la popolazione degli Stati Uniti tenendo divisi i due sessi. Da essa risulta che presso gli uomini le armi da fuoco sono il mezzo prevalente tanto nella statistica americana che in quella dell'I.N.A. ugualmente a quanto riscontrava ROMANELLI otto anni



Graf. 3 - Tassi di mortalità nel Regno per suicidio (notare l'aumento graduale tra gli uomini con l'età, e come la crisi economica [1931] abbia aggravato i tassi della media età maschile)

Tab. V.
Tassi di mortalità per suicidio (S. U. A.) per
100.000 soggetti della stessa età e sesso (1920)

Gruppi età	Popolazione civile		Assicurati della M.L.I. in forma collettiva industriale	
	U.	D.	U.	D.
10-14	0,6	0,3	0,3	0,2
15-19	4,7	4,1	3,6	3,2
20-24	12,8	7,6	10,4	5,6
25-34	19,6	9,3	17,2	7,4
35-44	31,8	10,9	27,6	8,7
45-54	47,9	13,0	44,2	9,7
55-64	61,2	13,4	57,3	10,2
65-74	71,4	11,9	65,9	9,9

fa allorchè tale prevalenza tra gli assicurati era anche notevole raggiungendo il 44,70 per cento. Invece nella popolazione del Regno l'arma da fuoco occupa il secondo posto dopo l'impiccagione che raggiunge e supera il 30 per cento.

Questa distribuzione è notevolmente diversa da quella riscontrata dal FERRAI che esaminò i suicidi del Regno nel primo dodicennio del secolo durante il quale le armi da fuoco tra i maschi erano al

primo posto con il 30-36 per cento e l'impiccagione al secondo con il 20 per cento. Pertanto quest'ultimo mezzo va diffondendosi anche tra noi forse per la facilità di attuazione. Essa è molto diffusa in Germania ove raggiunge già nel primo decennio del secolo, secondo riferisce il FERRAI, il 60 per cento ed in Francia costituisce ancora il 40 per cento. Nel ceto sociale borghese tale metodo è però meno diffuso tra gli uomini come dimostra la nostra tabella e come già in precedenza aveva osservato il ROMANELLI.

Nelle donne risulta invece molto diffuso l'annegamento sebbene il suicidio tipico femminile sia sempre costituito dal veleno solido o liquido, che FRANCHINI a Genova ha riscontrato nel 37 per cento, e per VIDONI, che considera anche tutti i tentativi dei suicidi delle donne, raggiunge il 79 per cento. Esiste comunque anche tra le donne la tendenza a diffondersi di un altro mezzo, la precipitazione che mentre raggiungeva l'8-9 per cento nell'antica indagine del FERRAI, è oggi quasi raddoppiata per il triennio del Regno da noi considerato.

TAB. VI.

Mezzi di suicidio, distribuzione percentuale

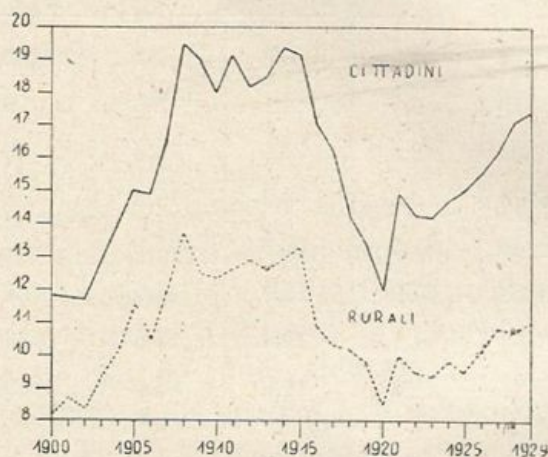
	U O M I N I			D O N N E		
	Italia 1935-1937	I. N. A. 1926-1937	U. S. A. 1926-1930	Italia 1935-1937	I. N. A. 1926-1937	U. S. A. 1926-1930
Veleni solidi, liquidi, o sostanze corrosive	5,85	11,45	11,7	18,31	37,50	31,9
Gas tossici	2,41	1,68	13,2	3,57	—	21,1
Impiccamento o strangolamento	30,24	7,63	19,5	21,53	6,25	14,1
Annegamento	15,85	4,43	4,3	27,04	18,75	7,6
Arma da fuoco	23,89	57,56	41,0	4,74	18,75	14,7
Arma da punta o taglio	4,80	2,90	6,0	2,73	—	3,3
Precipitazione dall'alto	10 —	5,50	2,5	16,33	6,25	5,0
Schiacciamento	6,32	3,05	1,0	5,04	6,25	0,8
Altri mezzi	0,64	5,80	0,8	0,72	6,25	1,5

Ma tali differenze non rivestono ai nostri fini eccessiva importanza tanto più che la medicina legale se ne è occupata a lungo sia per la determinazione dei caratteri della lesione, sia per stabilire gli elementi presumibilmente differenziali tra suicidio e omicidio.

Dal punto di vista psicologico dobbiamo solo ricordare che alcuni metodi sono di notevole indaginosità o presentano una speciale violenza per l'accanimento dimostrato dalla vittima nell'inferire contro se stessa (ferite da taglio che raggiungono il numero di parecchie decine o mezzi diversi attuati successivamente); tali metodi si verificano solo in soggetti malati di mente e quasi esclusivamente tra gli uomini.

Quanto al fattore stagionale è noto come l'estate, i cui effetti meteoropatici sono indiscutibili, secondo le antiche indagini di MORSELLI, sia il periodo più favorevole cui seguono in ordine decrescen-

si riferisce ad un materiale di oltre 200.000 suicidi (Graf. 4). Così pure riportiamo poche cifre circa la mortalità comparata tra i celibi e i coniugati e i vedovi (Tab. 7). Tra questi gruppi non



Graf. 4 - Mortalità per suicidio negli S. U. A.

è possibile fare un raffronto esatto poiché ad ognuno di essi appartengono in prevalenza individui di una certa età e appunto per tale motivo diversamente si

TAB. VII.

Tassi specifici di mortalità per suicidio.
(per 100.000 abitanti)

NAZIONI	U O M I N I				D O N N E			
	Celibi	Coniugati	Vedovi	Divorziati	Nubili	Coniugate	Vedove	Divorziate
<i>Italia :</i>								
1936 tutte le età . . .	7,36	16,42	43,33	—	3,13	4,55	4,59	—
<i>U. S. A. (Ohio) :</i>								
1911-20 oltre 15 anni . .	22 —	26 —	64 —	100	9 —	9 —	13 —	32 —
<i>Svizzera :</i>								
1901-20 oltre 20 anni . .	59,3	47,1	137,1	263,5	13,8	10,9	19,9	20,2

te, la primavera, l'autunno, l'inverno; tali risultati sono stati confermati dal LEONCINI e con lievi varianti recentemente anche dal FRANCHINI.

Chiudiamo questa rassegna statistica con un grafico ricavato da un'indagine americana circa l'influenza nefasta della vita cittadina nei confronti di quella rurale; esso è interessante anche perchè

determina lo stimolo al suicidio; comunque è notevole l'alta percentuale tra i vedovi e soprattutto tra i divorziati i quali ultimi sono spesso negati ad ogni senso di previdenza ed allo spirito di collaborazione che richiede il complesso della vita di famiglia.

Forse la responsabilità della famiglia e i doveri che la sua presenza compor-

ta per l'individuo risultano meglio da queste cifre ricavate da una vecchia indagine di BERTILLON:

Suicidi per 1.000.000 di abitanti
(Francia)

		con prole	senza prole
Uomini . . .	{ sposati	205	478
	{ vedovi	526	1004
Donne . . .	{ sposate	45	158
	{ vedove	104	238

Da queste cifre per quanto contraddittorie sembra dunque che il matrimonio, nonostante la difficoltà ad esso inerenti sia piuttosto un freno al suicidio specie quando esiste la prole.

Qualcuno si meraviglierà perchè non abbiamo riferito qualche indagine sui motivi del suicidio, ciò che sembrerebbe ovvio volendo indagare la causa del suicidio. Personalmente crediamo inutili simili statistiche perchè anzitutto esse rappresentano non la causa unica e preponderante, ma l'elemento determinante, diremmo quasi con termine sierologico « scatenante », in quanto che provocano un effetto così assoluto che non può trovare giustificazione in una causa troppo spesso sproporzionata. Ma vi sono altre ragioni che fanno ripudiare ogni serio valore a simili ricerche; molti suicidi non lasciano alcuno scritto o indicazione sul movente del loro atto e comunque i familiari tengono a mantenere il segreto sulla causa vera o presunta tale. Per di più molte di queste indagini devono basarsi sulle dichiarazioni talora deliberatamente false rese dal suicida mancato.

Talvolta anche egli non sa spiegare perchè il proprio impulso l'ha portato ad un passo così grave. Nel subcosciente, in continua elaborazione e che pensa come dicono i psicoanalisti « in economia », gli istinti agiscono ed operano in modo inafferrabile alla coscienza superiore. Basta aver un po' di esperienza pratica del servizio di pronto soccorso

ospedaliero per persuadersi di questa verità. Accanto al suicida anziano che giunge incosciente e pallido per l'emorragia subita portando ormai con sé il segreto del proprio dramma, ecco la signorinetta accompagnata da famigliari in trambusto che si lascia deporre sul lettino di visita con una certa grazia. Le sue risposte al medico ed all'agente di P. S. che la interrogano sono insignificanti; di solito, essa era stanca di vivere. Ciò contrasta con il rossetto ormai sbiadito delle labbra e con le unghie accuratamente smaltate. Ma con questa formalità di una risposta ella ha soddisfatto alla inchiesta di rito ed ha fornito una unità per comporre una statistica assolutamente convenzionale.

INDAGINI ANATOMO-PATOLOGICHE E MALATTIE. — In tali ricerche bisogna essere cauti in quanto per il carattere psicologico del fenomeno, si può essere portati ad un raziocinio di induzione seguendo il noto aforisma: *post hoc ergo propter hoc*. In ogni modo noi potremo trovare nel corpo umano una spina che può in qualche modo aver contribuito allo stabilirsi dell'idea suicida. Non dobbiamo infatti dimenticare che non solo le alterazioni morbose avanzate ma anche i turbamenti funzionali vegetativi provocano incoscienti sensazioni corporee e dalla cosiddetta somatopsiche affiorano nella cenestesi ed in quell'orientamento affettivo inconsapevole che è il carattere.

Le autopsie sistematiche più vaste sono piuttosto antiche, tanto quelle del WURTEMBERG, che quelle del MORSELLI i quali riferivano rispettivamente di 594 e di 300 suicidi. Nel 40 per cento dei casi stessi l'indagine risultò negativa, nel 45 per cento si riscontrarono alterazioni del cervello e dei suoi annessi e nel 15 per cento lesioni di altri organi.

Escluse queste ultime, che devono ritenersi semplici coincidenze, meritano di essere ricordate le prime tra le quali prevalgono gli ispessimenti della pia madre e le vere meningiti croniche, specie leptomeningiti e pachimeningiti emorragiche. HELLER, a quanto riferisce VIDONI, avrebbe riscontrato note di leptomeningite cronica nel 22 per cento in una indagine di 300 casi; tali alterazioni sarebbero state ugualmente riscontrate dal SIENGOLEWILZ e a quanto troviamo nell'HOFFMAN, anche da BROSCHE. Quest'ultimo anzi, che prese in esame dei militari austriaci, avrebbe riscontrato tali alterazioni meningeae in una percentuale molto alta che superava il 50 per cento; spesso a carico della pia, non raramente a carico della dura come pure repertò alcuni idrocefali.

CATTABENI e VERGANI hanno molto recentemente descritto un caso di suicidio da psicosi dopo un trauma: l'autopsia dimostrò una infiltrazione ematica delle leptomeningi; l'individualità psichica del soggetto si era modificata dopo il trauma con la comparsa di una certa depressione affettiva; gli AA. trovano la base anatomica di ciò nei disturbi circolatori emo-linfo-liquorali della corteccia in seguito all'emorragia sotto-aracnoidea.

Talvolta potranno essere riscontrate note secondarie a disturbi circolatori del mantello di origine arteriosclerotica per alterazione dei piccoli vasi, uno di questi casi è stato citato da ESSEL; ciò ricorda quanto si può verificare in alcune forme cliniche della demenza senile accompagnata da stati oppressivi od ansiosi.

Più difficile ancora è l'accertamento dei segni di degenerazione somatica che si riscontrerebbero frequentemente nei suicidi cioè dei fenomeni degenerativi che, secondo la vecchia legge di MOREL, si stabilirebbero solo nella terza gene-

razione degli alcoolisti, dei sifilitici o psicopatici. Si comprende come le debolezze organiche psico-somatiche possono aggravarsi attraverso i genidi ereditari; una simile concezione, la cui dimostrazione non è certo facile, è ammessa anche da TANZI e LUGARO. Il suicidio nei discendenti diretti dei suicidi potrebbe trovare una giustificazione in questa concezione qualora si potesse escludere l'esistenza del contagio psichico o quanto meno di una certa suggestione atavica.

Ancora minore è la base organica che potremmo cercare nelle disendocrinie le quali, se hanno importanza per la formazione della individualità psichica, non ci sembra possano costituire un reale elemento di sollecitazione diretta al suicidio. Ciò diciamo soprattutto perchè dalla frequenza del suicidio in uomini sessualmente impotenti od in donne nell'età critica si è voluto in queste condizioni ricercare da molti AA., tra cui ad esempio il VIDONI, la causa stessa del suicidio. Certamente la cenestesi di questi soggetti è turbata e la sua importanza sull'umore ed anche sul carattere è già stata menzionata; ma in realtà si tratta di una depressione psichica che se può esser motivo talvolta di umiliazione anche profonda non può vincere l'istinto così forte qual'è quello della conservazione della vita. Vediamo quotidianamente dei mutilati e dei malati al cui confronto quelli soprariferiti si possono considerare fisicamente ben portanti.

Sembra che lo stesso malessere pre-mestruale o mestruale faciliti l'occasione alla determinazione dell'atto; è infatti stato accertato che la più gran parte delle donne si uccidono in questo periodo.

Infine molte psicopatie pure essendo povere, per non dire mute, di base anatomica, devono presumere dissociazioni organiche dei centri intellettivi superiori e soprattutto delle sfere affettive

per cui si rende frequente il suicidio. Già ESCHIROL aveva riscontrato idee suicide nel 13 per cento dei pazzi, SEMIZZI riferisce cifre molto maggiori per l'Italia con il 25-28 per cento ed in Francia con il 30 per cento. Svariate sono le forme che presentano questo impulso: dalla malinconia pura alla demenza senile, dal malato delirante perseguitato ad alcuni rari casi di nevrastenia, dalla paranoia alla epilessia. Ma tali suicidi della psichiatria classica a noi non interessano, perchè è ovvio che da essi esula l'elemento volitivo e ogni responsabilità penale riguarderà soltanto terze persone, nè civilmente questi suicidi sono volontari.

E' stata pure in passato ed anche recentemente tentata qualche sistematizzazione od individuazione topografica di alcune qualità psichiche per determinate regioni del *pallium*. Che la personalità somatica abbia sede nelle circonvoluzioni post-rolandiche accanto ai centri sensoriali, in contrapposto alla personalità sociale che sarebbe localizzata nelle circonvoluzioni frontali, come pensano alcuni e specie il BIANCHI, è cosa probabile, ma nessuna indagine anatomo-patologica tra i suicidi convalida l'esistenza di una modificazione nei rapporti di sviluppo dei suddetti territori. Recenti ricerche di HARTEMBERG propendono invece a localizzare l'affettività al lobo frontale e pertanto attualmente nè la psicologia nè la psichiatria possono portare elementi utili a risolvere il problema topografico delle superiori attività affettive e volitive.

Merita, pure a proposito di modificazioni psichiche del carattere, ricordare la teoria psichiatrica di DELMAS il quale assimila il suicidio ad una perversione dell'istinto di conservazione, ciò che è ovvio, ma non ci rende ragione in quale maniera la cosa si determini. Secondo DELMAS tali soggetti presentereb-

bero nel 90 per cento un temperamento ciclotimico e nel 10 per cento un temperamento emotivo; in entrambi i casi la catastrofe si determinerebbe in un parossismo ansioso. Si deve però osservare che i suddetti temperamenti si riscontrano con grande frequenza presso la ordinaria popolazione. Secondo alcuni AA. il 15 % degli individui normali potrebbero esser qualificati tali mentre i suicidi non raggiungono la centesima parte di questa percentuale. In ogni modo secondo DELMAS nei suicidi esisterebbe, al di fuori della predisposizione, la perfetta lucidità di mente e la libertà di determinazione, ciò che è fondamentale, come presto vedremo, ai fini della valutazione in medicina legale.

A proposito della esistenza di tare nervose ricordiamo che in una inchiesta medico-sociale condotta a Parigi dalla SERIN esse esistevano in un terzo dei casi, in altrettanti tale A. avrebbe riscontrato intossicazione alcoolica. Abbiamo accennato come ai suoi tempi MOREL già considerava il suicidio quale segno di degenerazione e quest'ultima verrebbe a costituire una vera tara trasmissibile. La psichiatria pertanto tende ad ammettere nel suicida l'esistenza di uno stato larvato di psicopatia o comunque una alterazione dei fattori psichici individuali a fondamento ereditario.

Queste in riassunto sono le alterazioni organiche riscontrate nei suicidi insieme alle turbe psichiche; tali reperti devono avere un rapporto intimo con le facoltà psichiche affettive e volitive, sebbene tale nesso non sia dimostrabile. Nella nostra indagine esse possono essere invocate quale concausa alla determinazione; però molto spesso ogni alterazione anatomica od ogni morbosità latente manca e dovremo ricercare la vera causa del suicidio soltanto nella alterata psicologia del soggetto.

Prima di iniziare questa indagine

è bene ricordare che da essa esulano alcuni casi di morte violenta provocati dalla stessa persona sotto l'influenza di speciali condizioni etiche od in stato di vera incapacità d'intendere. Tali morti violente, che DELMAS chiama pseudo-suicidi, comprendono i casi di suicidio in stato demenziale, il suicidio coatto che equivale ad una condanna a morte, l'accidentale che presenta una speciale difficoltà per gli accertamenti medico-legali, l'eutanastico e quello provocato nel compimento di un atto eroico.

Quest'ultimo, che rappresenta l'olocausto della propria persona alla idealità nazionale, raggiunge le più alte vette del sacrificio da destare l'ammirazione dei coetanei e dei posteri. Tali casi in cui la passione etica vince sul raziocinio sono meno eccezionali di quanto alcuni credono. Anche nell'attuale guerra la gloriosa armata italiana ha registrato l'eroico sacrificio di numerosi comandanti di navi quale quello del Baroni, del Fontana e del Borsini. Unico nella storia delle marine è il caso dell'attendente Ciaravolo Vincenzo che vedendo il proprio comandante rimasto solo sulla coperta della nave, in procinto di affondare, dimentico di ogni affetto, volle tornare a bordo ed accanto al suo capitano è voluto sparire nei gorgi del Mar Rosso. In tal modo l'umile pescatore della ridente Torre del Greco ha dimostrato al mondo quanto possa l'amore per la propria Patria sopra un animo semplice e grande.

L'INDAGINE PSICOLOGICA. — Si ritiene abitualmente che il suicidio, non determinato da una vera psicopatia, sia in rapporto ad uno stato depressivo e pertanto ogni deformazione dei valori ideo-affettivi possa portare all'atto inconsulto. Pur riconoscendo che tali perturbamenti siano indispensabili nel meccanismo psicologico noi riteniamo

che da soli non siano sufficienti alla determinazione dell'agente.

A conferma di ciò è interessante ricordare che in una tesi di laurea FISCHER riferisce l'opinione di ABDERRAHMAN il quale non ha potuto riscontrare presso molti suicidi mancati note di iperemotività. Ugualmente il GERIN descrivendo due casi di rare modalità di suicidio ricorda come in uno di essi non era stata notata nessuna emotività nè fu possibile accertare alcun motivo quale determinante dell'atto stesso.

TANZI e LUGARO, in una sommaria analisi del subcosciente trattando del suicidio ragionato, a proposito dell'attaccamento alla vita, dicono che questo istinto « è la resultante di un calcolo inconscio che pone a riscontro da una parte la somma dei dolori e dei timori, dall'altra quella dei godimenti. Se la bilancia trabocca dal lato della sofferenza si manifesta la paradossale inversione dell'istinto che è la tendenza al suicidio ». Questa interpretazione dell'inversione dell'istinto di conservazione si confonde con quello che è stato detto l'istinto della morte; essa però risulterebbe, se fosse così facile giungere all'atto, di troppo facile occorrenza in quanto i dolori sono frequenti nella vita di ognuno e pertanto per la determinazione del suicidio devono intervenire altri fattori psichici.

Le statistiche che abbiamo scorso avanti non confermano la interpretazione semplicistica della deformazione psico-affettiva. Questa, sebbene frequente, non è necessaria e soprattutto non è sufficiente a provocare l'attuazione dell'atto ragionato. Abbiamo infatti visto come la donna, che vive una vita psichica prevalentemente di sentimento e di affettività, risulti, tranne forse nella prima giovinezza, poco propensa al suicidio; l'uomo invece fortemente volitivo vi soggiace molto di più. Ciò accade perchè la donna non solo si adatta alle si-

tuazioni rese anche umilianti, ma perchè la propria affettività esagerata finisce col turbare lo stesso atto volitivo violento. Inoltre la coscienza sociale dell'uomo è più imperiosa e non raramente prevale sopra la coscienza somatica. L'uomo è fondamentalmente rigido e combattente per istinto di vita, la donna consapevole della propria debolezza sdoppia facilmente la personalità nella menzogna e limita la lotta di fronte alla società giocando di astuzia e di arrendevolezza.

Così pure si ammette da alcuni (MOGLIE) che nell'uomo esista l'istinto al suicidio. In realtà non sappiamo se il fenomeno possa ritenersi un vero istinto attivo in quanto risulta non già dall'appetire la morte, quanto dal fuggire il dolore ed i doveri sociali. Negli animali non si verifica mai il suicidio appunto perchè la volontà soggiace agli istinti; il cane che muore di fame sulla tomba del padrone è soltanto profondamente turbato nei sentimenti; ma non conosce la conseguenza della depressione dell'istinto della fame. L'uomo che ha la coscienza dei propri atti e la cui volontà può agire liberamente potrà violare le leggi della natura; la psicologia mira ad accertare se la coscienza, sotto le parvenze di libertà non sia stata turbata in qualche elemento costitutivo fino a diminuirne la responsabilità.

Forse più esattamente anzichè di istinto al suicidio, si potrebbe parlare, come ipotesi, di quello della morte che si ritrova in tutti gli atti istintivi di aggressione ed è originalmente diretto, come negli animali e nei popoli primitivi, contro gli altri. Al contrario nei popoli con civiltà evoluta la violenza si riflette per la forte coscienza sociale contro la propria persona. A tal proposito merita di essere ricordata la vicinanza che gli psicoanalisti hanno riscontrato tra il sentimento della morte e quello della colpe-

volezza, i quali nel complesso costituiscono quegli stati emotivi che son qualificati « ambivalenti » in cui ostilità ed affezione esistono e si risolvono con prevalenza di uno di questi sentimenti che non annulla, ma viene seguito dall'altro. La psicogenesi del suicidio non sarebbe allora niente altro che il risultato di stati affettivi subcoscienti di amore e di odio.

Pertanto la complessità del fenomeno merita un tentativo di analisi psicologica più dettagliata che senz'altro passiamo a tratteggiare.

Il primo fatto vitale che trattiene l'uomo dal suicidio è offerto dall'*istinto di conservazione*. Anche il suicida volontario, quello che a noi interessa, di fronte alla sensazione dolorifica nella consumazione dell'atto viene vinto dall'istinto di fuggire il dolore e spesso, in occasione di annegamenti o di impiccagioni, si pente dell'azione iniziata e con un riflesso più forte della volontà premeditata cerca di liberarsi dalla stretta che lo uccide.

D'altra parte ogni istinto per forte che sia inizialmente, viene inibito e trasformato nell'uomo in una specie di abitudine; come la vista di un gioiello altrui non stimola più nell'uomo sociale il desiderio di appropriarsene, così l'idea della morte a lungo riflettere diviene abitudinaria e finisce col mortificare l'istinto di conservazione. Nello studio dell'istinto ciò che più contribuisce a determinare questo effetto corrosivo è dovuto a quella che JAMES chiama legge di transitorietà: cioè col passare degli anni tutti gli istinti che hanno avuto un periodo di prevalenza maturano nell'abitudine e la loro capacità attiva iniziale si attenua sempre più.

Per tutti gli istinti, da quello di succhiare a quello sessuale, noi sappiamo che esiste un ciclo determinato nella vita umana; così è dell'istinto di apprendere nell'universo individuale. Successivamen-

te le nuove conoscenze anche intellettuali rallentano, la curiosità, stimolo divino nel ragazzo, decade; l'uomo maturo vive con il patrimonio intellettuale acquisito, la vita diviene per lui una abitudine che può in certe circostanze risultare straordinariamente pesante.

A questo punto i doveri del proprio stato, nei soggetti affettivamente tarati, diventano un incubo, la sfiducia nella propria capacità si fa insistente, insorge una vera ansia. Ma l'istinto della conservazione è ancora forte; l'immagine di liberarsi della vita si arraccia per un attimo alla mente, poi viene ricacciata. E' di solito l'io sociale che avanza alla coscienza, per ragioni economico-morali, una simile soluzione di forza, l'io somatico lo respinge con il sussidio dell'io volitivo.

Nell'uomo normale però i doveri sociali non portano al suicidio; ne sono esempio i numerosi capi di stato e di eserciti che assumendo eccezionali responsabilità nella guerra europea e nell'attuale hanno visto travolti i loro eserciti e distrutte le loro nazioni. Costoro in una qualche parte del mondo hanno voluto vivere; forse nella illusione di difendere il loro operato, nel sogno di una rivincita nazionale o sociale o più semplicemente perchè il timore della morte è più grande della loro volontà? Non crediamo a quest'ultima possibilità; quasi sempre si tratta di uomini di capacità consumata e che la fede di continuare una battaglia sostiene oggi ed ancora per tutta la loro vita.

L'uomo è nato per combattere, non per disertare il campo e scopo della sua guerra è l'approssimarsi il più possibile al raggiungimento della propria idealità. Per quanto si voglia spalmare di nero materialismo l'animo umano, l'idealità torna in cima ad ogni aspirazione.

L'illusione di essere qualcuno sprona tutti al lavoro in realtà per il progresso della società; se comprendessimo la no-

stra capacità transeunte non avremmo più la forza di continuare; l'idealità è indispensabile; ma esiste un limite nel rapporto tra ciò che è la nostra realtà e le nostre idealità. Se queste ultime saranno troppo grandi nella commedia quotidiana un brutto giorno il personaggio ucciderà l'attore.

In tal modo il suicida accanto ad una decadenza dell'istinto di conservazione presenterà anche una *decadenza dell'idealità sociale*. Quest'ultima è legata fundamentalmente al sentimento che abbiamo di noi stessi e che stabiliamo spontaneamente in base alle capacità che ci riconosciamo. Il nostro errore sarà tanto più grave quanto più avremo messo le nostre idealità in un piano irraggiungibile e le conseguenze dell'errore saranno tanto maggiori quanto più avremo ancorato lontano il nostro amor proprio nella scala dei valori dell'Io. Gli stoici, che insegnavano come ci si debba star contenti rinunciando a tutto ciò che si sottrae alle nostre possibilità, evidentemente tarpavano le ali alla personalità sociale e spirituale più alta; ma è ugualmente folle tentare le cose troppo ardue e farne la posta dell'amor proprio.

Se ricordiamo quanto abbiamo visto sopra nella parte statistica vediamo come il suicidio viene a trovare da questi elementi psicologici le migliori condizioni precisamente nell'età senile; cioè decadenza dell'istinto di conservazione e di ogni più alta idealità. Quest'ultima può nella vita trascorsa non essere stata raggiunta o già sorpassata dal piano prospettico della vita. L'indifferenza, l'ingratitude di coloro che dovrebbero essere riconoscenti esaspera la decadenza di questo sentimento tra i vecchi.

I giovani non guardano che il loro avvenire, i vecchi al contrario finiscono non raramente col divenire socialmente disadatti, non vedono nell'avvenire che il progressivo aggravarsi degli acciacchi del-

l'età. Per di più la scomparsa delle persone care sviluppa uno stato di angoscia affettiva; BIANCHI ricorda come questo stato psichico sviluppi nella coscienza dei vecchi l'idea suicida.

Cionostante nel dramma della vecchiaia, che Shakespeare ha personificato nel Re Lear, il protagonista non si uccide; ma le sue ultime parole sono un grido angosciato per la diletta figliola Cordelia che muore tra le sue braccia tremanti: « No, non voglio più la vita! Perchè un cane, un cavallo, un topo hanno la vita e tu non hai più respiro? ».

Così il Poeta ha fatto esprimere ad un Re già demente il desiderio eterno dell'uomo il quale non vede e non aspira per la persona più cara, oltre ogni personale esperienza, soltanto alla vita; la nostra natura ripugna dal negativismo assoluto della morte. Ogni tentativo di raziocinio in tal senso è vano; l'incubo che esso produce nel nostro animo è tanto forte che il pensiero ne fugge per ritornare al mondo sensibile in cui siamo cresciuti. Questo è l'uomo psicologicamente normale.

Nella determinazione al suicidio abbiamo dunque visto come vi contribuisca la decadenza di due elementi psicologici; quello dell'istinto di conservazione e quello dell'idealità. Ciò crea l'occasione al suicidio « in posse » facilitata nell'età avanzata dal decadimento organico senile e dalla *diminuzione dell'affettività familiare*.

D'altra parte il terrore di dover affrontare certe situazioni sociali, la sfiducia nei propri mezzi, la deficiente volontà di combattere la propria battaglia danno al suicida la forza della disperazione.

Quest'ultima viene talvolta straordinariamente esaltata dalla immaginazione morbosa, vera rappresentazione assurda, che è in contrasto con la realtà sociale. Ciò perderà definitivamente chi si la-

scerà impaniare nelle sue spire. Non solo la letteratura è ricca di rappresentazioni ideologiche esaltate, ma lo spoglio delle lettere dei suicidi conferma un raziocinio turbato dall'eccesso di affettività.

Tale immaginazione prevale nei casi di suicidio passionale e fra le donne ove questa rappresentazione, più che percezione sensitiva dell'ideazione, può raggiungere una notevole intensità; il soggetto è convinto di essere un eroe, che il suo gesto sarà ammirato, che in tal modo si vendica con l'eterno rimorso che scaglia contro i nemici, ecc. Tutto ciò non risponde alla cruda realtà, esso è effetto di una arbitraria rappresentazione assolutamente ipotetica e induttiva turbata dal tumulto dei sentimenti.

Il suicidio non è soltanto una deformazione dell'affettività e dell'istinto conservativo; non basta avere in non conto la vita, l'individuo vi deve apportare la propria volontà. Quest'ultima ad una analisi psicologica si dimostra come conseguenza della convinzione di una azione cosciente. Sarà perciò *l'alterazione* di qualche elemento *della coscienza* quello che porterà alla determinazione del suicidio. Più esattamente si verrà a determinare un rovesciamento dei valori della coscienza in quanto al decadere dell'io somatico si accompagna un contemporaneo eccessivo sviluppo del più alto io sociale. Ciò spiega come presso i popoli ad alto coefficiente sociale, quali il Giappone, la Germania, la Svizzera, ecc., sia proporzionalmente più frequente il suicidio.

V'è però da tener presente che il forte sviluppo della personalità sociale si accompagna anche ad un forte incremento dell'io spirituale e morale nel senso più alto. In questo viene pertanto compreso anche il senso religioso che, tranne per alcune credenze dell'estremo oriente, costituisce una remora al suicidio e come tutti gli impulsi di questo Io finisce col

rappresentare un complemento etico dell'Io materiale.

A proposito della frequenza del suicidio tra i soggetti con forte sviluppo della personalità sociale non possiamo dimenticare come la frequenza dello stesso fenomeno si riscontri talvolta anche nel criminale in cui non esiste la personalità sociale; anzi in tale atto premeditato il criminale vede uno sfregio alla società. I criminali presentano come gli ordinari suicidi una decadenza dell'istinto di conservazione (CARRARA e ROMANESE) e come questi sono mancanti del senso della previdenza; ma per di più dimostrano una soddisfazione sadica nell'infuriare sulla propria persona dopo avere inferito sugli altri.

La crisi del suicida ragionante a cui si deve ascrivere la più gran parte dei casi in esame e soprattutto di quelli che hanno una importanza legale deve ricercarsi in ultima analisi nel conflitto tra la personalità sociale e quella materiale, nella quale ultima deve esser compreso non solo il nostro corpo, ma anche tutti coloro che entrano a far parte della nostra famiglia (JAMES). Abbiamo infatti visto precedentemente come i coniugati con prole diano una frequenza del fenomeno molto inferiore a quella che si riscontra nella restante popolazione. Vedremo poi come nel campo delle assicurazioni sulla vita, od in certe circostanze di gravi responsabilità, l'individuo vada invece incontro al suicidio nella presunzione di aiutare o di evitare danni ai familiari.

Abbiamo dunque accertata nel suicida accanto alla decadenza dell'istinto di conservazione e dell'idealità un disquilibrio dei componenti della coscienza umana. Per tali condizioni può dunque nell'uomo, libero dei propri atti e ragionante, venire a cessare quel minimo di egoismo che forma l'istinto della conservazione ed in tal modo esaurire la ragione stessa di vivere. L'idea suicida ha

vinto, essa domina la coscienza e a questo punto diviene impulsiva.

Per attuare l'atto suicida, altrimenti si resterebbe nel campo delle idee fisse, occorre un ultimo elemento conseguente cioè la *forza di volontà* per la sua attuazione fisica. Tale volontà è in ragione diretta della persistenza della forza di conservazione; nei casi di cosiddetto « *tædium vitæ* » essa è modesta; in tutti gli altri la volontà occorrente sarà molto grande. Comunque in confronto alla volontà di lottare per vivere essa, sebbene più intensa, è di breve durata. Ricorda quasi l'ultimo guizzo della lampada d'olio che si sta per spegnere.

Perchè questa forza di volontà determini l'azione si richiede un complesso di circostanze psichiche che si raggiungono solo in casi eccezionali ed è questa mancanza di forza volitiva che inibisce il suicidio nelle comuni crisi affettive. Così si spiega, a nostro parere, perchè solo raramente venga ripetuto l'atto da chi già lo ha tentato, rispetto alla frequenza delle crisi affettive che si risolvono abitualmente attraverso accessi d'ira o di pianto, anzichè concludersi nel carattere improvviso e fugace dell'atto come ritengono molti.

Anche nella volontà, strumento indispensabile per ogni azione, troviamo una ragione della differente frequenza del suicidio fra i due sessi. Infatti, se volessimo rappresentare in modo tangibile un raffronto tra il comportamento nell'azione da parte dell'uomo con quello della donna, diremmo che mentre il primo incide sul foglio della propria vita le azioni con il tiralinee ben marcato della volontà, la seconda le traccia con la matita a mano sospesa percorrendo un tracciato tortuoso e ricco di ritorni proprio dell'incostanza e della debolezza della volontà femminile.

Tale volontà è l'unico elemento psico-

logico integro nel suicida; gli altri come la coscienza, l'idealità e alcuni istinti risultano deformati per ragioni affettive. Molto spesso anche agli stessi familiari sfugge questo sconvolgimento della coscienza del suicida. Egli ostenta la massima calma, raro è il caso in cui l'atto è eseguito con pubblicità od ostentazione; tale evenienza si ha negli psicopatici propriamente detti, il suicida nelle sue meditazioni e nell'esecuzione dell'atto è un solitario.

Se vogliamo indagare a quale tipo di decisione psicologica appartenga quella volontà che porta al suicidio ragionato possiamo dire che essa può essere ascritta al quinto tipo della classifica di JAMES, cioè la scarica dell'atto richiede oltre alla logica del raziocinio il peso e lo sforzo della libera volontà. Tal'altra può presumersi un minor contributo volitivo e la decisione può allora ascrivarsi al primo tipo di JAMES per un raziocinio in cui gli elementi ideo-affetti deformati portano ad una obnubilazione della coscienza del sacrificio (suicidio passionale).

Da questi rilievi di psicologia si conferma subito come il sesso maschile in cui si riscontra una maggior potenza volitiva e, sebbene in minor grado, i gruppi di età giovanili di ambo i sessi facili alle modificazioni rappresentative ed affettive, daranno il più gran numero dei suicidi. La difficoltà, le responsabilità richiedono all'uomo uno sforzo delle proprie facoltà psichiche, della volontà e delle varie personalità per cui col progredire degli anni si verifica con maggior frequenza un disquilibrio a detrimento della coscienza elementare somatica.

La vita della donna non richiede tanti dispendi di energie psichiche; in lei l'istinto della conservazione è più accentuato in quanto la natura l'ha fatta depositaria della funzione di perpetuare la specie, come pure è dotata del più ampio potere di adattamento. Ella è ti-

morosa delle imprese ardite che tentano e allettano il vasto orizzonte sociale dell'uomo. Questo spirito conservativo della donna è prezioso per la comunità familiare, nella sua dolcezza e nel suo incitamento alla perseveranza molto spesso l'uomo trova il conforto e la forza per riprendere e tentare nuove mete.

L'istinto di conservazione è più forte nella donna perchè essa ha ripugnanza per ogni atto violento contro natura che deturpa le fattezze del corpo. La donna, per un istinto personale, ha un culto speciale del corpo e soprattutto del proprio volto; la rarità dei suicidi nella donna eseguiti con armi da taglio, che risultano sempre deformanti e sono ritenute specialmente dolorosi, come pure la relativa frequenza dell'avvelenamento che al contrario non lascia traccia esterna, trovano in questa ripugnanza la vera spiegazione.

Con questo tentativo di una sistematizzazione psicologica individuale del complesso fenomeno abbiamo indagato le ragioni della sua prevalenza nel sesso maschile e abbiamo anche accertato come i fattori sociali, che tanto contribuiscono alla formazione della personalità, vengono a parteciparvi in modo notevole. Quanto all'istinto di distruzione personale riscontrato dagli psicologi esso sebbene opposta all'istinto di conservazione rappresenta il desiderio di fuggire il dolore e pertanto appartiene a quel meccanismo basico psicologico qualificato dagli psicoanalisti come ambivalente di cui abbiamo fatto precedentemente cenno.

E' perciò nel giusto DELMAS quando afferma di riscontrare nel suicida una perversione dell'istinto di conservazione e come tale dovrebbe essere aggregato al campo psichiatrico. Che tra i suicidi i temperamenti ciclotimici possano riscontrarsi è indiscutibile; ma tale stato non è sufficiente, data la sua vasta diffusione, nè indispensabile a determinare il feno-

meno il quale non è riportabile al solo stato psicopatico. D'altra parte l'affettività, a cui si vuol riportare sempre la determinante del suicidio, può essere perfettamente normale, come abbiamo ricordato, in molti suicidi.

Il caso dell'individuo depresso che cade in uno stato ansioso è certamente frequente nel suicida; ma altre volte nulla di tutto ciò appare, sia perchè i sentimenti sono dissimulati, sia perchè esistono altre alterazioni della personalità.

Meno accettabile della teoria psichiatrica pura ci sembra la teoria sociologica di DURKHEIM e HALBWACHS; certamente come abbiamo visto le crisi economiche aggravano il fenomeno in quanto le leggi sociali influiscono sul comportamento individuale; ma soltanto di rado l'individuo rifiuta di accettare la disciplina collettiva fino a giungere al suicidio. Questo tipo di suicidio detto anomico aggruppa soltanto un piccolo numero di casi alla stessa guisa di quanto accade per il suicidio dei frenastenici. Nella più gran parte dei casi il coefficiente sociale o quello psichico entrano entrambi in causa; ma in grado diverso.

Il FREUD, di cui ben conosciamo la profondità dell'analisi psichica, riconosce come talvolta nelle persone mentalmente sane si possa sviluppare il desiderio di non essere e di non trovare uno stato di tranquillità libero da lotta e da conflitto. Però in una persona normale tale negativismo non fa grandi progressi contro la forza della vita che è molto maggiore e nella sua concezione interpretativa Freud così si esprime: « come prima condizione da cui procede l'istinto di vita dobbiamo riconoscere un amore di se stesso da parte dell'*ego* che è immenso; il timore che consegue alla minaccia di morte libera un volume di libido narcisica talmente grande che non possiamo concepire come tale *ego* può desiderare la sua propria distruzione ». Ecco dunque che,

nonostante il tentativo di introdurre uno stato psichico, che per di più è assolutamente ipotetico, anche il metodo psicanalitico non porta alcuna luce nel problema.

Dopo quanto abbiamo esposto la nostra convinzione è che a somiglianza di quanto accade per ogni malattia infettiva in cui questa deve considerarsi il prodotto dell'azione di un elemento esterno (bacillo) sopra un elemento interno (costituzione), così il suicidio è l'eccezionale reazione tra l'elemento psicocostituzionale da un lato con le sue possibilità di recupero, ma anche con i suoi limiti, e l'elemento sociale dall'altro, elemento nel quale l'individuo deve vivere e lottare. BROCHAUS, secondo riferisce PELLEGRINI, ritiene addirittura che il 52 % dei suicidi siano psicopatici e i rimanenti presentino tutti delle tare. Da queste possibilità derivano infinite varietà di capacità e di reazioni.

In pratica molto spesso l'elemento sociale riveste soltanto la funzione scatenante di un impulso maturato dalla subcoscienza. Il suicidio impulsivo che èsula dalla nostra analisi, è assai più raro del suicidio ragionato come dimostra la maggior frequenza del fenomeno suicida negli uomini, in età avanzata ed in genere la prevalenza tra le razze nordiche rispetto ai latini in cui la rapida volontà che JAMES chiama « esplosiva » potrebbe invece far presumere una determinazione assai più frequente.

Nei nordici il pensiero tende a polarizzarsi sopra una idea che viene contraddetta ed elaborata nel campo astratto; il pensiero tende, dice BROUKHANSKY, a fare delle curve logiche originali fino all'illogico ove permane.

Tale A., per spiegare il suicidio di persone per il resto perfettamente normali, ritiene che in tali casi l'impulso autodistruttore non attraverserebbe la personalità; ma la tensione psichica ver-

rebbe a scaricarsi senza la deliberazione della coscienza. In altre parole si potrebbe parlare di un corto circuito al di fuori dell'Io. Ad una simile interpretazione, che non ci sentiamo di condividere in quanto viola le leggi conosciute della psicologia normale, conseguirebbe l'incapacità giuridica oltre che psichica dell'atto.

CONCLUSIONI IN BASE ALLE INDAGINI.

— Al termine di questo capitolo possiamo dire che l'analisi dei turbamenti affettivi, rappresentativi e volitivi del suicida costituisce una impresa molto ardua che non trova un unico meccanismo patogenetico nella psicologia. Lo stesso JAMES trattando del problema filosofico circa la utilità della vita non scende a dettagli ed egli, il fondatore del pragmatismo, si limita nei riguardi del suicidio a riconoscere l'importanza delle credenze religiose per combattere il negativismo che assale talvolta l'anima umana.

Astraendo dallo specifico argomento teologico abbiamo visto con l'indagine psicologica che nel suicida accanto alla deformazione affettiva esiste incoscientemente una alterazione od una debilitazione di un componente mentale, debilitazione che verrà a gravare nella deter-

minazione. Si può quindi riassumere che tutto ciò che va contro la propria persona parte da un consentimento di una credenza che si dimostra in realtà errata. E' questo errore che uccide non già l'occasione quale appare ai profani ed allo stesso soggetto che ne soccombe. Vedremo presto come ogni responsabilità soggettiva ipotizzata risulterà in certo qual modo viziata dalle conclusioni che emergono dopo una analisi psicologica accurata quale abbiamo riportato.

Scarsi sono i risultati delle indagini anatomo-patologiche in quanto l'alterazione è ben poco inerente alla morfologia nonostante le opinioni della scuola positivista.

Invece accanto all'elemento psichico il carattere di morbosità se non proprio accidentale comunque sopravvenuta, risulta nel suicidio dalla indagine statistica. Questa ci ha dimostrato, come vedemmo, la forte preferenza per un sesso, per certi gruppi di età (quasi a costituire la tragedia spirituale della senilità maschile), così pure per certi ambienti e certe stagioni; evidentemente alcune condizioni offrono occasione all'accentuarsi di alcune debilitazioni psichiche che conducono all'atto violento contro la propria persona.

PARTE SECONDA

I COMPONENTI PSICHICI DELLA RESPONSABILITÀ LEGALE. — Questa conclusione, che è quella degli psichiatri, parte dal presupposto che la scienza possa spiegare il comportamento psicologico umano in base ad elementi presumibili costanti come per ogni altra scienza esatta. Da questo convincimento può trarsi la opinione della inesistenza del libero arbitrio in ogni suicidio e conse-

guentemente anche della responsabilità come spesso risulta dalle perizie mediche di tal genere.

Vediamo infatti che il MORSELLI così si esprime: « l'esistenza di tante azioni non libere infirma la spontaneità anche di queste presunte cause morali tra le quali con attente indagini non potremmo trovarne alcuna che non sia riducibile a modificazioni morbose della mente ». Ta-

le convinzioni deterministica è propria del raziocinio scientifico che vuole trovare le cause di ogni effetto anche se esse si nascondono nella sfera più complessa della coscienza.

Anche in una curiosa monografia del PAZZI di 50 anni fa, leggiamo: « il suicidio è una manifestazione dell'alterazione materiale del cervello anatomicamente inconsiderata che viene da una causa ignota ma che per cause esterne fisiche o interne morali, può svilupparsi ». E per non citare che uno dei più recenti così si esprime il CIAMPOLINI: « un momentaneo smarrimento psichico non basta, abbisogna un modo speciale di reagire agli stimoli esterni che soltanto nell'ambito di una iperemotività costituzionale e di tare nervose di altra natura si amplificano smisuratamente ».

Ma questa speculazione astratta, se può riuscire interessante alla scienza pu-

ra, non offre utilità nella pratica medico-legale. La volontà cui vuol riferirsi l'art. 42 C. P. che ha valore interpretativo per tutti gli altri casi in cui questa parola ritorna unitamente al termine di coscienza; non è libero arbitrio astratto ed assoluto come nell'apoftegma di SCHOPENAUER citato all'inizio del nostro studio; ma quello inteso limitatamente alla libertà di estrinsecare l'azione esterna senza indagare come la ragione abbia raggiunto la determinazione. In tal senso già si esprimeva, secondo leggiamo nel CARRARA-ROMANESE, il FLORIAN ed ugualmente si orienta la legislazione come risulta dalla relazione del nuovo Cod. Penale.

Ugualmente dobbiamo dire della coscienza in cui le molteplici personalità in senso psicologico trascendono l'indagine giuridica; essa nel linguaggio comune ed in quello giuridico quasi si confonde con la volontà; ma di fatto la coscienza

I componenti psicologici nell'evento suicida (Responsabilità - Art. 42 C. P.)

I. - COSCIENZA } dell'atto, VOLONTÀ } presente. INTENZIONE dell'evento, diversa.	Uccisione prodotta da se stesso (accidentale).	1. L'ordinaria disgrazia. 2. Suicidio preterintenzionale. <ul style="list-style-type: none"> a) Intenzionalmente s. tentato. b) Autolesionismo di guerra o infortun. c) Alcolagnosia (pervertimento dello stimolo sessuale).
II. - COSCIENZA } dell'atto, VOLONTÀ } assente. INTENZIONE dell'evento, assente.	Uccisione prodotta da se stesso negli stati deliranti.	
III. - COSCIENZA dell'atto, alterata VOLONTÀ dell'atto, presente. INTENZIONE dell'evento, presente.		Suicidio. nelle psicosi croniche.
IV. - COSCIENZA dell'atto, presente; ma alterata nei componenti dell'Io. VOLONTÀ dell'atto, presente. INTENZIONE dell'evento, presente.		A) - Esiste un movente specifico presunto sufficiente (suicidio ragionato). B) - Non esiste un movente specifico (suicidio da tedio).

za ha la funzione di illuminare e di stimolare la volontà come pure quella di controllare ogni azione od omissione. In realtà le due entità psichiche sono diverse e non confondibili, ma la legge l'intende intimamente connesse.

Secondo l'interpretazione abituale della giurisprudenza la coscienza viene considerata quale elemento compositore della volontà in quanto senza di essa il movimento interiore non potrebbe dirigersi verso l'esteriorizzazione. ALTAVILLA in un volume sul suicidio riconosce che la coscienza può rimanere integra anche quando la volontà è perturbata; in tal caso è ovvio che la prima non costituisce più un elemento compositore della volontà, ma rappresenta un fattore a sé stante. Ma la legge non può addentrarsi nel campo dell'analisi psicologica, pur riconoscendo che la responsabilità giuridica presuppone una responsabilità psicologica (GIUFFRIDA), essa persegue fondamentalmente la responsabilità del soggetto ricordata nello stesso art. 42 C. P.

Per evitare l'antinomia tra imputabilità morale e le inevitabili deformazioni psichiche che la scienza riscontra, non solo nel delinquente per tendenza, ma nello stesso suicida che per il resto è normalissimo, riteniamo che il concetto della responsabilità legale possa essere utilmente introdotto non solo nel penale come prospetta GIUFFRIDA; ma venire utilmente esteso alla capacità di agire nel campo civile.

IL SUICIDIO NEL CODICE PENALE. —

Nello schema che presentiamo abbiamo tentato una analisi degli elementi psicologici che si riscontrano nel suicidio e le varie ipotizzazioni che risultano dalle qualità dei tre componenti nel momento dello evento considerati nell'art. 42 C. P. per determinare la responsabilità legale.

Sebbene la volontà e la coscienza ven-

gano considerate dalla legge disgiunte, questa non ammette l'esistenza di una volontà incosciente e pertanto nei casi I-III da noi ipotizzati non esiste una responsabilità penale del soggetto, tranne per l'autolesionismo, ma eventualmente solo altrui (art. 580 C. P.) di cui successivamente faremo cenno. Nel caso IV pur non esistendo una responsabilità penale deve presumersi una imputabilità etica (ALTAVILLA) in quanto si tratta di un requisito del soggetto; ad essa consegue una vera responsabilità legale la quale può trovare applicazione nel campo civile assicurativo (art. 450 C. Comm.).

Comunque l'indagine psicologica anche in questo ultimo caso ci ha dimostrato l'esistenza di una alterazione nei componenti psichici della coscienza, ciò condurrebbe ad ammettere una volontà incosciente, evenienza inammissibile nel campo legale. Vedremo successivamente, trattando delle assicurazioni, quali sono le conseguenze di questa applicazione legale di un concetto scientifico.

E' comunque interessante osservare che la legge ha cercato in qualche modo di colpire l'atto che consegue ad una imputabilità etica con questo articolo del C. di Commercio. Il suicidio volontario è infatti in esso previsto quale atto che annulla il diritto dell'assicurato, sebbene i motivi della disposizione secondo molti giuristi debbano ricercarsi non già in ragioni etiche, ma nelle ragioni tecniche amministrative dell'assicurazione (ILARDI) in quanto l'evento di morte non sarebbe fortuito nè secondario a leggi di natura.

A tal proposito si potrebbe opporre che la probabilità di morire per suicidio è una evenienza come qualsiasi altra cui l'uomo può fatalmente soccombere. Lo stesso spoglio delle lettere dei suicidi dimostrano quello speciale stato mentale per cui da tali soggetti la realtà è intesa secondo una credenza errata in

quanto viene in essa dichiarato l'irrevocabilità e l'impossibilità di altre soluzioni. Già riferimmo nell'indagine psicologica sull'importanza della credenza che si confonde con la questione filosofica del libero arbitrio; al contrario l'indagine legale non può oltrepassare i limiti formali della libertà esterna e della possibilità della determinazione a proprio talento. Altrimenti col ragionamento induttivo anche l'imputabilità dell'ordinaria criminalità finisce col trovare nelle note psichiche e degenerative somatiche ostacoli insormontabili.

Giuridicamente il suicidio nella moderna legislazione occupa un posto a sè rispetto alle leggi etiche che offende. Il desiderio di rispettare la libertà individuale, come pure l'opinione degli psichiatri che hanno sempre dubitato della responsabilità di chi compie questo atto, hanno condotto a questo compromesso. Forse per questa ragione non dichiarata il suicidio costituisce l'unico reato contro la persona, e tale lo qualificava un giurista quale il PESSINA, reato non punito nè contemplato nei riguardi dell'agente dal C. Penale.

E' solo prevista la sanzione per chi determina altri al suicidio o ne rafforza il proposito. In tal modo si è voluto colpire colui che con l'autorità o la suggestione contribuisce a questo speciale delitto. Mentre nel vecchio C.P. all'art. 370 era responsabile chi determinava altri al suicidio o chi gli prestava aiuto, il nuovo all'art. 580 distingue le tre seguenti evenienze: determinare altri, rafforzarne il proposito, agevolarne l'esecuzione.

Mentre queste ultime due evenienze sono chiare ci sembra insufficiente la ipotizzazione generica di determinazione. Per VANNINI, secondo riferisce CANUTO nell'illustrazione delle disposizioni sul danno nella persona, determinare vuol dire esser causa dell'altrui risoluzione al suicidio; figurazione indeterminata quan-

do si rifletta che l'esame psicologico ci ha dimostrata inadeguata qualsiasi causa per simile determinazione. In tal modo si potrebbe giungere all'imputazione della fidanzata perchè l'innamorato, da lei abbandonato, si è reso suicida. Noi riteniamo che per determinare altri al suicidio occorra una azione qualificata in tal senso cioè il suggerire insistentemente un tal passo; in altre parole istigare, ciò che costituisce appunto la prima delle tre configurazioni contemplate, la quale va distinta dalla suggestione di rafforzarne il proposito ed infine da quella di fornire in aiuto i mezzi materiali per la sua attuazione.

Nello stesso art. 580 del C. P. viene considerato e perseguito penalmente con una sanzione più severa il caso in cui la persona istigata era minore di 18 anni o inferma di mente; per l'istigazione infine viene comminata una condanna identica all'omicidio quando la persona suicida è minore di 14 anni. In conclusione il reato di istigazione prevede tre gradi di sanzione inversamente proporzionata alla capacità di libera determinazione del suicida; la sanzione aumenta infatti a carico di un individuo se il reato è eseguito sopra un infermo di mente od un minore di anni 18 e si applicano le disposizioni relative all'omicidio se commesso sopra persona inferiore a 14 anni o comunque priva della capacità di intendere o di volere.

L'attuale C. P. ha considerato come nuova figura giuridica la morte che conseguiva ad altro delitto, per questo l'articolo 586 prevede punizioni più gravi dell'omicidio colposo. Alcuni casi di suicidio possono, come opportunamente ipotizzano CARRARA e CANUTO trattando del danno alla persona, far invocare l'applicazione del suddetto articolo a carico di colpevoli che altrimenti resterebbero impuniti. Può infatti accadere, e la cronaca quotidiana ne porta esempi in certe

povere donne percosse e private degli alimenti dal marito, che tali soggetti si decidano ad uccidersi non già per istigazione altrui; ma perchè la vita in tali condizioni è resa loro impossibile.

L'istigazione o l'aiuto al suicidio è problema complesso soprattutto nei casi di coppie suicide in cui troppo spesso il suicidio non riuscito da parte dell'incube fa dimenticare il grave reato di cui questi si è reso colpevole. Molto opportunamente il nuovo C. P. ha creato con l'art. 579 la nuova figura dell'omicidio del consenziente per il quale delitto viene comminata la pena di reclusione da sei a quindici anni; tale reato viene addirittura equiparato all'omicidio se il fatto è commesso su persona che sia di età ed in condizioni psichiche di non imputabilità. Ardua riesce in questi casi la dimostrazione medico-legale del consenso al difuori della affermazione dell'imputato, sempre di dubbia testimonianza, l'affinità con il reato di omicidio in tali casi è più che giustificata.

Tale diagnosi differenziale, come riconosce in un recente articolo MENESINI, « urta contro difficoltà veramente insormontabili, comunque si può risolvere con elementi accoglibili con molta riserva ». Tale A. fa anche rilevare che nel caso specifico il soggetto passivo non deve essere considerato l'ucciso, ma lo Stato; tale evenienza perciò costituisce un reato sulla persona, ma non contro la persona. Una simile interpretazione può evidentemente essere estesa a tutti i suicidi.

Sulla coppia omicidio-suicidio (articolo 580 C. P.) alla quale dovrebbero riportarsi la maggior parte delle morti violente a due non ci soffermeremo. Tipico nella giurisprudenza è rimasto in tal senso l'errore di imputazione in occasione del processo Sbarigia-Grandi, nel quale l'istigazione all'avvelenamento si dimostrò simulata mentre si trattava di

omicidio con avvelenamento e di simulazione di suicidio. Giustamente FRANCHINI ha recentemente ricordato come l'omicidio-suicidio debba essere distinto, per ragioni del differente complesso psicologico, dall'omicidio del consenziente-suicidio e dal vero suicidio in comune. Per tale A. quasi sempre in questi casi esisterebbe una grave alterazione mentale; soprattutto frequente sarebbe la fase depressiva di una psicosi periodica.

Senza ulteriormente trattenerci su questo argomento ci soffermeremo solo a ricordare come da una ricca statistica sull'omicidio-suicidio pubblicata da GRZYWO-DABROWSKI che si riferiva al quinquennio 1931-35, la causa d'onore, almeno in Polonia, risulta molto meno frequente di quanto potrebbe ritenersi. E' sempre l'istinto della violenza maschile che prevale nei due reati opposti; così mentre il rifiuto dell'uomo alla promessa sposa fa registrare solo 11 casi di omicidio-suicidio effettuato da parte della donna, il rifiuto della donna al matrimonio ha provocato ben 57 casi di omicidio-suicidio per azione dell'uomo. Ugualmente l'infedeltà coniugale nella stessa statistica presenta di fronte ad un solo caso di tale crimine per parte della donna, 17 casi per azione dell'uomo.

Queste cifre confermano quanto già vedemmo nella parte statistica e patologica, come cioè la reazione psichica violenta sulla persona in senso generico sia in rapporto più ai fattori individuali legati al sesso anzichè al movente dell'atto. Così da queste cifre il dramma della seduzione femminile che ha fatto sciupare fiumi di inchiostro ai cronisti ed ai penalisti, diviene scialbo, tranne non si voglia considerare l'uomo passibile di seduzione con straordinaria facilità.

Ciò confermerebbe l'opinione del FERRI che riteneva entrambe le forme di violenza omicida e suicida contro la persona quali manifestazione di una stessa causa

psicogena, ciò che l'antropologia criminale ha spesso dimostrato sebbene in proposito i pareri medico-legali siano discordi. Tra gli AA. recenti troviamo che condividono la stessa interpretazione CARRARA-ROMANESE i quali ammettono come si tratti « in fondo dello stesso genere di violenza che per particolari condizioni ambientali si esplica ora contro se stessi ora contro gli altri ».

Anche all'art. 580 possono essere riportati i casi di suicidio collettivo di molte persone per istigazione di colui che ha maggiore autorità, abitualmente il capo di famiglia, il quale talvolta procede all'uccisione dei singoli membri per suicidarsi subito dopo. Tali psicopatici sono abitualmente dei melanconici che presumono con il loro folle gesto di evitare a persone care il tormento di miserie o di umiliazioni irreparabili.

In questa scorsa penalistica del suicidio meritano di essere ancora ricordate altre evenienze psicologiche quali i casi di morte che risultano in soggetti affetti da algognosia dei quali la letteratura è abbastanza ricca per le forme di suicidio impreveduto e che potremmo chiamare preterintenzionale (primo gruppo della classifica proposta, varietà *a*). Rarissimi sono invece i casi in cui la lesione venne prodotta da altri; uno di speciale interesse prodotto da una minorene è stato descritto dal PELLEGRINI; in questo non si può parlare di omicidio del consenziente previsto dall'art. 579 C. P., ma di omicidio colposo.

Quest'ultimo codificato all'art. 589 potrebbe essere invocato a carico dei familiari di dementi suicidi nella quale evenienza la contestazione per omessa denuncia di malattia mentale giunge anche al medico (art. 717). Quest'ultima imputazione non è però giuridicamente esatta perchè, come osserva giustamente PALMIERI, il concetto di pericolosità richiesto da questo articolo dovrebb

be essere attuale e non futuro, conformemente a ciò che accade per lo stato di necessità e per le lesioni personali gravi (artt. 54 e 583 C. P.).

Riassumendo possiamo dunque dire che la legislazione penale moderna, pur presumendo il suicidio quale un illecito, non lo ha considerato come reato perseguibile nella persona che lo attua su se stesso, cosa che potrebbe essere possibile nei frequenti casi in cui il suicida non ottiene lo scopo.

Esistono invece delle speciali disposizioni che puniscono gli istigatori o colui che comunque aiuta l'esecuzione dell'atto. Il nuovo Codice ha poi considerato la figura di omicidio del consenziente (art. 579) le cui sanzioni aumentano ancora, come abbiamo visto, nei casi in cui la imputabilità e la responsabilità del suicida risultano fortemente diminuite. Può infine il suicidio essere dissimulato perchè eseguito con un mezzo che può essere riferito a malattia, ad infortunio od anche ad omicidio. Le ragioni di un simile comportamento le dobbiamo ricercare o per quel disagio morale che circonda la memoria del suicida presso i famigliari, oppure perchè l'atto aveva una seconda finalità quale quella di far incolpare altri della propria morte, ciò che è eccezionale, come nel caso Taranto su cui torneremo, sia infine più spesso per ragioni di speculazione economica di origine assicurativa della quale evenienza anche esporremo.

NEL CODICE CIVILE. — Se nel campo penale abbiamo visto il suicidio quale un illecito non punito ma non tollerato, come dimostra l'azione sugli istigatori, nel civile il problema riguarda l'accertamento della capacità di ogni atto perchè al soggetto venga riconosciuta una sufficienza psicologica. Argutamente BORRI, trattando della situazione psichico-giuridica nei rapporti del di-

ritto privato, osserva come l'individuo per navigare nella vita civile deve possedere una bussola, non essendo più sufficiente l'etica ordinaria ad evitare le secche e giungere in porto col carico integro nell'interesse proprio e familiare.

Insomma la capacità civile richiede dei postulati medico-legali più complessi perchè essa possa essere esercitata, postulati che secondo KRAEPELIN sono tre e cioè: l'intellettivo, il sentimentale od etico ed il volitivo. ALTAVILLA ritiene che gli elementi per riconoscere la capacità di agire in campo civile siano la conservazione dell'istinto di conservazione, la capacità di valutare l'atto e la autodeterminazione in conformità della personale utilità. Nel suicidio ragionato che abbiamo presentato come determinazione del quarto tipo psicologico e che prevale di gran lunga nella pratica non risultano mai integri tutti e tre i postulati di KRAEPELIN essendo per lo meno offuscato quello etico; così pure secondo il criterio di ALTAVILLA verrebbe obliterato almeno l'istinto della conservazione.

In linea assoluta si potrebbe perciò presumere che siano contestabili gli ultimi atti civili eseguiti dal suicida poichè in questi casi sembra ricorrere l'evenienza della terza ipotesi di incapacità a testare secondo l'art. 1376 C. C. del II Libro del nuovo Codice. In esso è infatti detto che l'incapacità risulta quando « si provi essere stati (i testatori) per qualsiasi causa anche transitoria non sani di mente nel momento in cui fecero testamento ». Chi può d'altra parte dimostrare che il suicida, spesso dichiarantesi per tale nell'atto di testare, non sia sano di mente? Il non poter escludere la incapacità non significa affatto provarla.

L'esperienza insegna che nel diritto

extracontrattuale questo problema si pone molto raramente. Ciò perchè il suicida presenta accanto al tono affettivo alterato una completa indifferenza per quanto si riferisce alle disposizioni testamentarie e la famiglia non ne viene danneggiata economicamente. Strano contrasto! Nessuno impugna la capacità civile di testare al suicida riconoscendo implicitamente ogni facoltà di intendere e di volere a tale soggetto, mentre si trovano sempre periti ed avvocati disposti, in occasione di sinistri di assicurazione, ad affermare e sostenere che il suicida non era responsabile dei propri atti quando commise l'atto inconsulto. Spessissimo poi la stesura del testamento si è svolta in occasione di tempo e di luogo dove, subito dopo, si è avuto il suicidio.

Ai fini pratici bisogna d'altra parte riconoscere che lo stato depressivo che ha condotto al suicidio non è di solito espressione di una vera psicosi e pertanto non impedisce la capacità a disporre secondo la propria libera volontà intesa nel senso d'uso corrente che è quello legale. Il delirio sistematico di autoaccusa che è così frequente nei suicidi è limitato ad un settore di idee mentre la restante ideazione e volitività è ancora sufficientemente integra.

Già vedemmo quanto difficile sia individuare l'alterazione psichica nei suicidi e come questa si riscontri nella profondità della coscienza senza che niente affiori nell'ordinario comportamento di vivere. I limiti tra il normale ed il patologico sono così ardui in psicologia che i medici legali, tutori nei limiti del possibile, della volontà individuale sono molto cauti prima di ammettere l'incapacità totale civile.

(Fine al prossimo numero)

L' ECO DELLA STAMPA

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

Varie

Frequenza ed ereditarietà del diabete mellito in rapporto alla medicina preventiva

Dott. CORRADO CONFORTO

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

L'interesse scientifico che il diabete ha sempre provocato nel campo delle ricerche cliniche è stato, in questi ultimi tempi, superato da nuovi e più profondi studi. Clinicamente questa malattia è piuttosto accessibile alla diagnosi, mentre la sua etiopatogenesi, malgrado i progressi della endocrinologia e della chimica biologica, resta con molte incognite; specialmente quando si vuole mettere questa in rapporto alla aumentata frequenza. Statistici e medici hanno tentato di scerverare se questa è apparente o reale senza potere arrivare a conclusioni definitive. STARNA, esaminando tutte le ipotesi che sono state formulate finora, riconosce che non è possibile spiegare « l'allarmante aumento », come questo A. lo definisce, e conclude ammettendo che la patogenesi del diabete è alquanto complessa perchè si possa riferire ad un unico elemento la causa di tale fenomeno, che deve attribuirsi a fattori molteplici (abuso di carboidrati, fattori endocrini ed ereditari, ecc.).

A rendere ancora più complicato il problema ha contribuito il vasto insieme degli studi razziali resi noti dagli AA. tedeschi, che estendendo le indagini sulla genotipia agli ascendenti e collaterali per diverse generazioni, hanno messo in evidenza come il diabete sia una malattia che si constata con una impressionante frequenza, pur non mostrando una uniforme recessività. Da questi studi ne sono derivati nuovi orientamenti sia nel campo preventivo che in quello curativo. Lo sforzo principale è teso a scoprire il diabetico, non tanto allo stato iniziale, cosa agevole con i mezzi scientifici di cui si dispone, quanto a mettere in evidenza il predisposto, sotto la scorta dei dati ricavati dallo studio della genotipia. Non si può negare che i nuovi metodi di indagine hanno portato alla luce una infinità di casi che prima passavano inosservati (FERRARO) ma certamente devono influire sulla aumentata

frequenza anche le mutate condizioni di vita e anche altri moventi a noi ignoti. L'argomentazione che gli statistici hanno portato in causa, per quanto di ordine tecnico, come ha dimostrato il COLUZZI, pure non sono sufficienti ad escludere, che l'aumentata frequenza è una inconfondibile realtà. Ciò era stato già segnalato dal Romanelli che aveva notato come la mortalità per diabete fino al quinto decennio di età era al disotto dell'unità mentre nel sesto decennio aumentata del 9,02 per centomila.

Infatti nel triennio 1935-37, nei vari compartimenti i numeri indici danno la seguente mortalità, elencata in ordine crescente, rispetto a quella del 1900-02 fatta uguale a 100:

TAVOLA I.

(CONFORTO)

Lucania	157	Lazio	278
Sardegna	189	Toscana	281
Puglie	216	Veneto	301
Calabria	217	Liguria	310
Abruzzo e Molise.	244	Lombardia . . .	313
Campania	260	Sicilia	330
Marche	262	Piemonte	420
Umbria	274		

L'esame di questa tavola dà una veduta di insieme sulla distribuzione del diabete in Italia, senza però permettere di trarre delle sicure illazioni; per quanto per alcune regioni potrebbero essere invocate certe concause, come l'etilismo in Piemonte e lo abuso dei farinacei e dolciumi in Sicilia. STARNA aveva già segnalato (1936) l'influenza dell'abuso dello zucchero in alcune regioni sulla patogenesi del diabete, ma

in alcune di queste, come il Piemonte e la Liguria, bisogna tenere anche conto della perfezionata organizzazione diagnostica e ospedaliera che possono dare un più numeroso contributo di diagnosi esatte e precoci, anche nel novero delle complicanze più comuni del diabete, aumentando così le percentuali di morbilità di questa malattia (FERRARO).

Nel 1938 e nel 1939 la mortalità per diabete in Italia ha continuato a mantenersi elevata, 10,2 per 100 mila abitanti nel 1938 e 9,8 nel 1939, mentre era stata del 3,4 in media nel triennio 1900-02 e del 4,8 nel 1910-12, e del 4,9 nel 1920-22 (vecchi confini), di 8,6 nel 1930-32 e di 10 nel 1935-37 (attuali confini). Vedi la tavola II.

TAVOLA II.

Mortalità per diabete.

(Media — proporzione per 100.000 abitanti) - (FERRARO)

REGIONE	Triennio 1935-37	Triennio 1900-02	Anno 1938
1. Liguria	17,6	5,7	20,5
2. Lazio	14,4	5,2	13,9
3. Sicilia	12,2	3,7	12,0
4. Piemonte	12,1	2,9	12,0
5. Venezia G. e Zara	11,7	2,0	12,2
6. Toscana	11,3	4,0	11,3
7. Campania. . . .	10,1	3,9	10,4
8. Umbria	9,7	3,5	11,5
9. Marche	9,4	3,0	9,9
10. Emilia. . . .	9,2	3,5	8,3
11. Lombardia . . .	8,8	2,8	9,8
12. Veneto. . . .	8,4	1,3	8,4
13. Venezia Trident.	7,6	3,0	8,3
14. Sardegna	7,6	4,0	9,0
15. Abruzzo e Molise	7,6	3,1	7,8
16. Puglie. . . .	5,7	2,7	5,3
17. Calabria	6,5	3,0	6,5
18. Lucania	4,9	3,1	4,5
<i>Media generale . .</i>	9,5	3,4	10,8

La tavola III dimostra gli indici rispetto al sesso e all'età.

L'età più colpita è quella oltre i 40 anni; ciò che dimostra che il diabete giovanile non è poi così frequente. Il sesso più colpito è il femminile e come indica il COLUZZI questo fatto, così saliente, non può essere spiegato con una più perfetta diagnosi, perchè avrebbe dovuto aversi una corrispondenza sulle cifre della mortalità maschile.

Anche le statistiche italiane del 1938 (2422 femmine morte di diabete contro 2033 maschi) confermano questo fenomeno, che trova riscontro anche sulle cifre degli Istituti inglesi di cura, che danno una maggiore frequenza delle femmine sui maschi. In rapporto alle altre nazioni, l'Italia occupa una posizione intermedia ma più vicina ai quozienti minori.

Osservando la tavola IV si può vedere come la mortalità è poco differente in alcuni paesi, che peraltro sono diversi di clima, di abitudini e di nutrizione. Per alcuni paesi, come gli Stati Uniti, bisogna tenere conto di certi elementi, che incidono fortemente sulla patogenesi del diabete, come il tabagismo, l'alcoolismo, il logorio eccessivo del sistema nervoso (commerci, industrie, alta finanza ecc.), la promiscuità delle razze, il notevole numero di ebrei, che sembra siano molto più esposti degli ariani a questa malattia. In altri paesi come la Germania e l'Olanda, la conformità degli indici può essere spiegata con il comune tipo di alimentazione, ricco di grassi e l'uguale clima con la Germania del nord, dove pare più abbondano i diabetici. Non trovano analogia alcuna, Francia e Norvegia con uguale indice e così differenti di clima e di abitudini.

In ragione dei dati suesposti bisogna ammettere che il diabete ha raggiunto una tale diffusione da essere considerato dal punto di vista sociale. Pure ammettendo con lo ZOIA, che il diabete è « una malattia del metabolismo più chiaramente legato ad attitudini costituzionali e spesso familiari », chi può escludere che non influiscano fattori sociali? Come si può non constatare che nella distribuzione topografica i centri più colpiti sono quelli nei quali la vita di relazione è più intensa e emotiva? E' sufficiente a spiegare questo fenomeno l'affermazione che nei centri urbani sono più numerosi i mezzi diagnostici?

Comunque il problema venga considerato sia dal punto di vista sociale che in quello

Mortalità per diabete riguardanti il triennio 1935-37.

(COLUZZI)

Età	Media annuale			Numeri indici (1900-02 = 100)			
	Anni	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0 — 9		0,3	0,3	0,3	100	150	100
10 — 14		0,6	0,7	0,6	120	175	120
15 — 24		1,5	0,8	1,1	107	89	100
25 — 34		2,1	1,5	1,8	95	125	106
35 — 44		3,0	3,0	3,0	88	150	111
45 — 54		10,6	10,9	10,8	149	295	204
55 — 64		35,9	36,4	36,2	238	396	299
65 e più		68,4	71,8	70,2	289	608	397
Tutte le età		9,6	10,4	10,0	223	433	294

individuale, resta sempre di primaria importanza per la medicina preventiva, che ne imposta la sua risoluzione su due punti essenziali:

1) la conoscenza della genotipia del fenotipo;

2) la diagnosi precoce del diabete latente.

Per potere ponderare l'importanza della conoscenza della ereditarietà del fenotipo è necessaria fare una sintesi dei moderni studi che AA. tedeschi hanno condotto a scopo razziale, sugli ascendenti, collaterali e discendenti. Sorvolando sui complessi metodi di indagine non diretti alla anamnesi e funzione del singolo sistema organico leso ma a tutto l'organismo, veniamo alle conclusioni che più ci interessano nel campo del diabete. Bisogna anzitutto tenere conto che nella ereditarietà di questa malattia non frequentemente a fenotipo diabetico corrisponde ascendente diabetico; ma nella maggior parte dei casi si riscontrano neuropatie accompagnate da scompensi pluriglandolari, specialmente dei gruppi ormonali preposti al ricambio degli idrocarbonati. A tale proposito bisogna ammettere col FAELLI della scuola di PENDE, che « la moderna concezione pluriglandolare correlazionistica consente di spiegare le molteplici forme di questa multiforme malattia, attribuendo ad ogni glandola endocrina una potenziale importanza nella genesi del diabe-

te ». E' molto raro, come hanno dimostrato GÜNTHER VON MENTZINGEN, NAUNJN ecc. non riscontrare nella genotipia del fenotipo

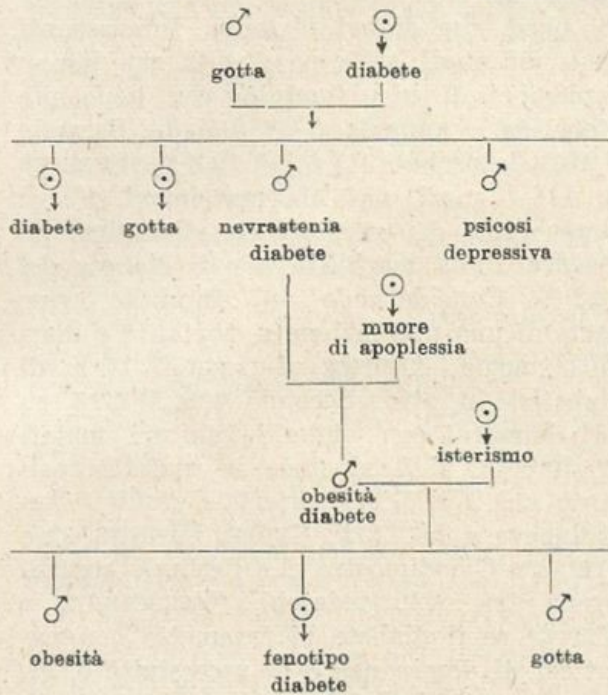
Mortalità per diabete per 100.000 abitanti.

(COLUZZI)

Stati Uniti	1936	24
Danimarca	1937	21
Belgio	1937	20
Germania	1936	19
Olanda	1937	19
Gran Bretagna	1937	18
Svizzera	1936	15
Svezia	1935	12
Italia	1937	10
Francia	1936	10
Norvegia	1936	10
Finlandia	1937	8
Portogallo	1936	6
Ungheria	1937	6
Grecia	1937	5
Giappone	1936	4
Romania	1935	3

con caratteri recessivi del diabete, soggetti con alterato sistema nervoso. La tavola V riporta una mia osservazione personale:

TAVOLA V.



Di queste osservazioni più o meno differenti, perchè le alterazioni del sistema nervoso, benchè sempre presenti, possono essere le più diverse, gli AA. tedeschi ne hanno una larga esperienza. VON MENTZINGEN è venuta alla conclusione che le turbe nervose e psichiche sono sempre riscontrabili nella genotipia diabetica. Un rapporto numerico assoluto non è ancora possibile formulare, ma dai casi da me esaminati finora, esclusi quelli nei quali l'indagine genealogica si è dovuta fermare per mancanza di dati attendibili, è all'incirca dell'84%. Fra le più disparate turbe nervose quella che dà le più alte percentuali è l'isterismo, e ciò perchè il più colpito è il sesso femminile che come è noto si ammala più frequentemente del maschile di diabete. Non mancano le psicopatie a tipo maniaco depressivo, anche le turbe della sfera sessuale sono alquanto frequenti, come hanno segnalato gli AA. tedeschi, che indicano queste alterazioni sotto il nome generico di ipersessualità. Negli uomini si riscontra con facilità l'impotenza che però si accompagna spesso a forme maniaco-depressive. Anche la vitalità dei feti è scarsa. Per quanto riguarda da consanguineità, secondo ricerche di FINKE, la incidenza diabetica tra consanguinei è 7 volte maggiore che tra quelli

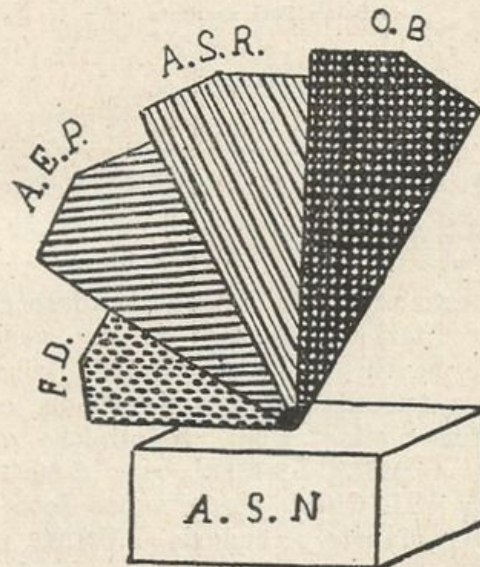
diabetici. Per sintetizzare in ordine di frequenza le diverse affezioni più spesso concomitanti nella genotipia diabetica è dimostrativa la seguente tavola:

L'esame di questo schema, per quanto sommariamente, dà una veduta di insieme della genotipia del diabetico. Questa ha sempre nella generalità dei casi un fattore costante: le alterazioni del sistema nervoso. La constatazione non è nuova, già la scuola francese l'aveva segnalata e più recentemente la dott. A. VON MENTZINGEN, della clinica medica di Heidelberg, ne ha dato un largo contributo casistico.

Il riscontrare il diabete in atto nella ereditarietà del fenotipo non è così frequente come potrebbe intendersi a prima vista. FINKE su 750 diabetici della clinica di Umber ne trovò 114 pari al 15%.

TAVOLA VI.

Concomitanze patologiche riscontrabili in ordine di frequenza nella genotipia diabetica.



A. S. N.

Alterazioni del sistema nervoso (nevralgia, paralisi, isteria, distrofe, ipersensibilità, forme maniaco depressive, ecc.)

O. B.
Obesità

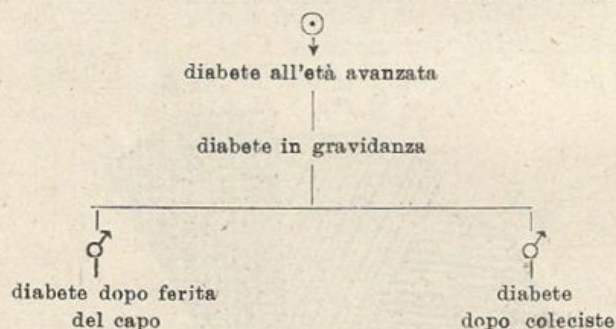
A. E. P.
Alteraz. endocrine pluriglandolari (ipofisarie, ipertiroidiche, insulari surrenali, paratiroidiche renali)

A. S. R.
Alterazioni ricambio (gota, calcolosi, diabete, ossaluria, ecc.)

F. D.
Artrite e forme diverse non raggruppabili per frequenza.

Di 1500 ammalati della Clinica di Umber, 181 avevano precedenti ereditari uguali al 12 %. Queste cifre stanno a dimostrare come l'eredità del diabete si riduce in ultima analisi ad una particolare reattività alla malattia. Questi valori però non sono assoluti, in quanto, come dirò appresso, mancano le percentuali dei così detti diabetici latenti. A convalidare ciò basta il fatto che Umber raccogliendo solo l'anamnesi trovò nelle famiglie dei suoi 1500 ammalati solo il 26 % di diabetici, mentre STEINER praticando l'esame delle urine e la prova di carico ne trovò il 35 %. In quanto alla forma nosologica, bisogna notare, che questa può ripetersi, ma in senso stretto non si eredita, ma si eredita invece una abnorme reazione degli organi preposti al ricambio degli idrocarbonati. Riporto una osservazione di genotipia unilaterale di FINKE:

TAVOLA VII.



A questo proposito è bene ricordare che nella ereditarietà diabetica possono verificarsi forme che si manifestano in conseguenza a traumi o a malattie sempre che preesistano minorazioni genotipiche del pancreas (UMBER, LEMSER), come dimostra la tavola VII. Queste forme vanno sotto il nome di « diabete secondario ». UMBER nei suoi 1500 casi ne riscontrò 14 in ragione del 0,93 %. Si può dunque ritenere che in ordine di frequenza il fenotipo presenta solo in modesta percentuale ereditarietà omologa mentre questa è più notevole quando il fenotipo è obeso.

L'obeso è troppo frequentemente diabetico perchè in caso che ne vada apparentemente indenne, non si debba sospettare come in stato latente.

Le recenti statistiche di UMBER hanno dimostrato come 1/3 dei 1500 diabetici della sua clinica erano obesi. ANDERS e JAMESSON hanno riscontrato che su 1306 obesi 119 erano diabetici, in ragione del 9,04 %. Anche

BDUCHARD nella sua statistica di diabetici asserisce che il 36 % erano obesi; io ne ho trovato in rapporto del 41 %. Ma queste statistiche non danno valori assoluti in quanto gli AA. non hanno tenuto conto degli obesi con diabete latente. Interessanti sono gli studi sulla possibilità che hanno i membri di una famiglia con genotipia diabetica a ammalarsi di diabete. Secondo UMBER la probabilità è del 19,8 %. STEINER su 441 ragazzi, nati da matrimoni di cui almeno uno dei genitori era diabetico, ha osservato una morbilità per il diabete del 22,2 %. Considerando 487 famiglie come parte di una popolazione a mortalità e morbilità media, STEINER vi trovò il 14 % di diabetici in atto. Secondo VON WEITZ su 124 bambini con ambo i genitori malati di diabete, si è ripetuta la malattia soltanto nel 27,4 %. Il materiale studiato apparteneva a MULLER, GROTE, PANNHORST e STEINER. Ciò dimostra che l'attuale controversia tra AA. tedeschi (VERSCHEUR e WEITZ) se il diabete si trasmette con caratteri di dominanza o di recessività è, almeno per ora, basata su esigue percentuali, che non possono differenziare sufficientemente le due tesi, senza dire che la percentuale riportata da STEINER sarebbe sicuramente accresciuta se i 124 bambini da lui osservati fossero stati esaminati dopo il 40° anno di età. Secondo l'esperienza degli AA. tedeschi e anche francesi, la prova di carico dovrebbe essere sufficiente per metter in evidenza, con lo studio delle curve di eliminazione, una alterazione anche incipiente, del ricambio degli idrocarburi. Nel soggetto normale la prova di carico di 50 gr. di zucchero di uva, dà luogo ad una rapida ascesa dei valori della curva glicemica, seguita da una rapida discesa, che raggiunge valori più bassi di quelli iniziali. Nel diabetico latente il comportamento è molto diverso:

- 1) i valori glicemici a digiuno sono sempre abnormemente alti;
- 2) L'ascesa della curva glicemica conseguentemente a immissione di zucchero d'uva è rapida, non discende subito, ma si mantiene a lungo alta;
- 3) la discesa che è lunga e ritardata è sempre incompleta;
- 4) non si raggiungono con l'abbassamento della curva valori al di sotto di quelli iniziali.

Quale importanza abbiano queste ricerche in soggetti sospetti di diabete nel campo della medicina preventiva è facile prospettarselo. Si tratta di intravedere, attraverso l'indagine anamnestica, il futuro diabetico, a ciò vale:

1) una minuziosa ricerca anamnestica estesa agli ascendenti collaterali per almeno 3 generazioni;

2) la ricerca metodica dei caratteri recessivi del diabete.

GÜNTHER riferisce che la prova così detta di latenza ha dato già numerosi ottimi risultati. Molti sono, secondo questo A., gli eredo-diabetici che mercè opportune cure dietetiche, hanno evitato di ammalarsi in modo conclamato di diabete. UMBER riferisce di un interessante caso di due gemelli, dei quali uno soffriva di diabete, mentre l'altro ne sembrava indenne. Quest'ultimo alla prova di carico mostrò un comportamento anormale della curva glicemica. Si potè così stabilire come entrambi fossero congenitamente disposti al diabete, che si era manifestato in uno per intervento di fattori esterni (alcool). Bisogna però ammettere, secondo UMBER, che vi sono forme di diabete senza manifestazione alcuna, a queste forme, secondo lo stesso A. appartiene il diabete giovanile, che cade alla nostra osservazione quando dà manifestazioni apprezzabili, piuttosto gravi. In quanto agli obesi, che pare dianò il maggiore numero di sofferenti di diabete latente, si è potuto evitare lo sviluppo di questa malattia mediante una dieta rigorosa, che ha dato ottimi risultati provocando la scomparsa dello abnorme comportamento della curva glicemica.

In conclusione si può affermare che per cause non bene individuabili, che probabilmente possono essere riferite a fenomeni in rapporto alle mutate condizioni di vita, se non di nutrizione dei popoli, il diabete è effettivamente in aumento, e se non ha tutti i caratteri di una malattia sociale,

esso è, senza dubbio, uno dei più incalzanti problemi della medicina preventiva. Lo studio della ereditarietà ha messo in evidenza che il diabetico non è sempre figlio di un diabetico conclamato ma più spesso di un nevropatico con turbe pluriglandolari. Questo dato anamnestico può essere di guida al medico per sospettare il diabetico latente. La conferma può aversi praticando la prova di carico e studiando il comportamento della curva glicemica.

Restano però sempre, per quanto in esigua percentuale, forme di diabete completamente mute, che esplodono improvvisamente con sintomatologia allarmante: a questo appartiene il diabete giovanile.

ZUSAMMENFASSUNG. — *Der Verfasser zeigt die benunruhigende Häufigkeit der Zückerkrankheit in Italien und beweiset wie in den Erblagen sind immer nervöse Störungen.*

BIBLIOGRAFIA

- CACCURI, *Del diabete in gravidanza*. — Rinasceza medica, 19, 1940.
- FAELLI, *Evoluzione dei concetti patogenetici del diabete*. — Sett. Med. n. 19, 1940.
- Rassegna Clinico-scientifica. — N. 4, XIX.
- FERRARINI ANDREA, *Ereditarietà del Diabete*. — Riforma medica, n. 36, 1937.
- FERRARO, *Il diabete costituisce una malattia sociale?* — Le Forze San., n. 9, A. X.
- FERRARO, *Complicazioni vasali del diabete*. — Le Forze San., n. 4, A. X.
- GÜNTHER, *Schriften zur Erblehre und Rassenhygiene*. — Metzner Berlin, 1935.
- LEHMANN, *Erbklinik innerer Krankheiten*. — Med. klin., n. 23, 1941.
- MASSA MARIO, *Ereditarietà del diabete mellito*. — Giorn. di Clin. Med., 1937-X.
- STARNA, *Il diabete mellito nell'era insulinica*. — Assistenza Sanitaria, n. 4, Anno V.
- ROMANELLI, *Atti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni*, vol XII.

L'ARALDO DELLA STAMPA

UFFICIO DEI RITAGLI DELLA STAMPA INTERNAZIONALE - CORRISPONDENTI NELLE PRINCIPALI CITTÀ DEL MONDO

Fondata nel 1918 - Direz. Amministr.: Via Ripetta, 226 - ROMA

PER IL RECUPERO SANITARIO SOCIALE DEI MINORATI

Risale ad appena qualche mese fa — e precisamente al marzo u. s. — una comunicazione dell'Unione Italiana Ciechi con cui si avverte che, in base ad una recente circolare ai Prefetti del Regno, il Ministero dell'Interno ricorda alle provincie il loro dovere di provvedere non solo all'istruzione generica, ma a quella professionale dei ciechi, in quanto non ci pensino nè i Consorzi nè altre istituzioni autonome.

Compito — questo — a cui le provincie provvedono sia attraverso alle scuole istituite e riconosciute dall'Educazione Nazionale, sia con le scuole quadriennali di rieducazione professionale a carattere tecnico.

Provvedimento — non c'è che dire — ottimo, in quanto esso risponde al doppio scopo di alleviare le comunità del peso morto di un'importante categoria di minorati, mentre dà ad essi, nel contempo, la sensazione di *bastare a sè stessi* attraverso ad un lavoro non solo redditizio, ma socialmente utile.

E' questo — infatti — dei minorati un problema non di rado affrontato, ma per settori, per spicchi, parzialmente; non mai fino ad oggi abbracciato nella sua interezza e come tale prospettato e risolto.

Evidentemente la nazione non ha la sensazione del peso che su tutto il suo sistema economico — ed attraverso a questo — su ogni forma di attività grava in rapporto al complesso problema dei minorati.

Sono al massimo i vari Ministeri delle Finanze, o le Amministrazioni Comunali e Provinciali che se ne rendono conto allorchè in sede di bilancio devono accantonare rispettabili somme per il mantenimento di questa o quella categoria di minorati, ma non i singoli cittadini!

Eppure è chiaro che allorchè il professionista incassa i suoi onorari o l'impiegato intasca la sua busta-paga o l'operaio riscuote il suo salario nel devolvere sotto varie forme e denominazioni al fisco parte del loro reddito, come essi contribuiscono alla costruzione e alla manutenzione di strade, ponti, ferrovie, fortificazioni e via dicendo, essi lasciano un contributo che andrà

al parziale o al totale sostentamento di una classe sia qualitativamente che quantitativamente niente affatto trascurabile: quella dei minorati.

Minorati appartenenti alle categorie più varie. Portatori talvolta di minorazioni gravissime e tali da rasentare l'invalidità, tal'altra da attenuazioni minime della loro capacità lavorativa che li fanno spesso confondere con individui perfettamente validi.

Si va dai deficienti e ciechi nati ai sordomuti, ai tubercolosi, ai pazzi, ai gravemente mutilati della guerra e del lavoro, ai cardiopatici compensati o scompensati, ai diabetici, ai nefritici... e la lista potrebbe continuare.

Che questa particolare categoria di individui gravi, col mantenimento proprio e delle famiglie che eventualmente si sono costituiti, sulla comunità, è pacifico, solo che non sempre ci si rende conto della misura dell'aggravio che per i Comuni, le Provincie, le Nazioni essi possono rappresentare.

Ci limiteremo a citarne qualche esempio.

QUALCHE ESEMPIO.

Un illustre medico sociale rumeno, il Banu (1) ci afferma come nel 1929 esistessero in *Germania* 306.000 pazzi ricoverati, 13.000 completamente ciechi e 50.000 sordomuti.

Inoltre da 50 a 60.000 individui tarati per sole forme ereditarie.

Ad essi il Banu calcola doversi aggiungere un buon numero di alcoolizzati cronici cosicchè non è esagerato di calcolare una cifra di *mezzo milione di tarati fin dalla nascita*, a cui bisogna aggiungere tutte le minorazioni acquisite, come sarebbero i mutilati gravi della guerra e del lavoro, i tubercolosi — sia pure parzialmente recuperati — i cardiopatici, i diabetici e via dicendo, aggiunta che per lo meno *raddoppia la cifra iniziale*.

(1) Dott. G. BANU: *Les grands problèmes de la Médecine Sociale. La Science de la Médecine Sociale*. Bucaresti, « L'Hygiène de la race ».

E veniamo a qualche altra nazione.

Recentemente gli *Stati Uniti* avevano 290.456 pazzi ricoverati per grave malattia mentale.

Più un cospicuo numero di deficienti, semideficienti e ritardatari a cui era impossibile seguire un corso comune di istruzione militare, che nel loro insieme costituivano una massa di *mezzo milione di individui*, a cui andavano aggiunti altri 95.935 fanciulli storpi e mutilati cui doveva provvedere il Ministero dell'Interno.

A sua volta l'*Inghilterra* annunciava recentemente 250.000 ciechi e 350.000 deficienti in continuo aumento, senza contare 200.000 storpi e deformati di cui si occupa il *Central Council for the Welfare of Crippled* — patronessa S. M. la Regina.

Secondo lo Schreider esistono in *Francia* non meno di 30.000 ciechi, e in *Algeria* se ne hanno 11.258, ossia 1 ogni 490 abitanti.

Secondo Sicard de Plauzoles nel 1928 le scuole francesi erano frequentate da ben 70.000 anormali.

E nel 1927 i pazzi internati nei manicomi francesi erano 95.000.

E veniamo all'*Italia*.

QUALCHE CIFRA ITALIANA.

Il 31 dicembre 1938 i ricoverati nei manicomi italiani erano 94.816, ma viceversa dal manicomio erano passati in quello stesso anno ben 123.076 degenti.

Padre Gemelli calcolava che intorno a quel periodo in Italia esistevano almeno 80.000 gravemente deficienti.

E sempre intorno a quel periodo — e precisamente nel 1939 — nei sanatori italiani si erano alternati 102.790 malati.

In Italia secondo il Lusignoli 30.000 all'incirca sono i sordomuti; e nella sola età lavorativa — compresa cioè fra i 18 e i 50 anni — secondo Niccolodi almeno 5.000 sono i totalmente ciechi.

Quanti sono i deformati dalla nascita? A che cifra ascendono le cifosi, le scoliosi, le lussazioni congenite dell'anca? Ahime! Non abbiamo cifre.

Nè abbiamo sottomano le statistiche dei gravemente mutilati di guerra (grande guerra, guerra d'Africa, guerra di Spagna e guerra attualmente in corso), solo sappiamo che nel 1939 si era riusciti ad impiegare 51.666 invalidi della guerra e della causa nazionale.

E i mutilati del lavoro? E gli infortunati? Nel 1938 gli infortuni che lasciavano invalidità permanente sia negli addetti all'industria che negli agricoltori assommavano complessivamente a 45.553.

Calcolando vivi i soli invalidi degli ultimi 10 anni si raggiunge una cifra di 455.530... Ma la massima parte delle invalidità riscaldate dalla passata legge erano invalidità minime, per lo meno nell'industria (l'agricoltura esigeva un minimo del 15%). Ma anche invalidità del 15, del 20, del 25% non riducevano sensibilmente la capacità lavorativa di coloro che erano colpiti; ma perfino l'invalido al 50% poteva trovare e trovava non di rado proficuo lavoro.

Ciò non toglie che a partire dal 30% all'incirca l'invalido permanente poteva considerarsi un modestamente minorato (col 35% col vecchio criterio di lista si compensava un occhio perduto), cosicchè sommando le invalidità più lievi con quelle più gravi un 10% dei risarciti dall'Assicurazione Infortuni Industriali e dall'Assicurazione Infortuni Agricoli possono considerarsi dei minorati.

E sono altri 50.000 all'incirca.

Ma e gli invalidi da malattia? Possiamo parlare dei soli tubercolosi? Fin dal 1928 il Barbara calcolava che esistessero in Italia da 67.000 a 134.000 gravemente cardiopatici, nè le sue cifre appaiono esagerate, se si pensa che qualche anno dopo — e precisamente nel triennio 1935-37 — i morti per malattie cardiovascolari furono in media 84.815 per anno.

Non abbiamo la cifra esatta dei gravemente diabetici.

Non abbiamo la cifra esatta dei gravemente nefritici.

Non tutti i malguariti da encefalite letargica figurano tra gli ospiti temporanei o permanenti dei vari manicomi, nè sono registrati fra i deficienti.

Ma nell'insieme sappiamo di attenerci ad una cifra non troppo pessimistica se calcoliamo che in Italia la cifra complessiva dei minorati si aggiri sul *milione*.

Un milione di individui di cui almeno 1/4 sono dei capi-famiglia significa una cifra più considerevole di individui che gravano sulla comunità.

Per il popolo italiano « far famiglia » equivale a fare — a breve scadenza — dei figli: supponiamo che i figli siano soltanto 2, e che appena 1/3 del milione di minorati a

cui accennavamo l'abbia fatta, questa famiglia, eccoci di fronte ad una massa di 1 milione di individui costituiti in unità familiare a cui devono essere aggiunti gli altri 750.000 non coniugati, cosicchè si arriva ad una massa di 2 milioni di individui gravanti sulle finanze pubbliche.

Nè si giudichi troppo severamente il minorato che viene a trovarsi a capo di una famiglia. Si tratta di famiglie fiduciosamente o qualche volta spensieratamente fondate dal nevrastenico, di cui la vera e propria forma mentale non era ancora esplosa; dal luetico o dall'alcoolizzato che non si sapevano tali o che non avevano ancora avuto manifestazioni gravi a carico del sistema nervoso; dal gozzuto o semi-deficiente che si accoppiava ad una gozzuta, persuaso probabilmente che la maggior parte dell'umanità presentasse tare simili od equivalenti; dal tubercoloso, i cui polmoni erano soltanto delicati, e le cui prime manifestazioni morbose apparivano così trascurabili da poter essere guardate con le lenti del più roseo ottimismo; dal futuro infortunato, che era ancora un normale operaio o tutt'al più un indocile o un vanaglorioso imprudente. Da tutta una folla — insomma — di non ancor minorati (o di incosciamente minorati) i quali si erano onestamente creduti in diritto di fondare una famiglia ai cui bisogni credevano onestamente di poter sopperire.

Certo si tratta di masse imponenti di individui socialmente passivi i quali vivono a spese delle comunità sottoponendole ad aggravii che molte volte oltrepassano le loro possibilità finanziarie.

E poichè anche in questo campo è desiderabile essere per quanto possibile precisi, verremo a qualche pratico esempio.

QUANTO GRAVA SULLA COMUNITÀ IL MANTENIMENTO DEI MINORATI.

Noi abbiamo parlato — per la *Germania* — di 150.000 pazzi internati: ebbene, ognuno di questi pazzi costa, secondo Staemmler, 4 marchi al giorno.

E ciò mentre un operaio non qualificato non dispone, per il proprio mantenimento e per quello della famiglia (sempre in *Germania*) che di 2 marchi e mezzo al giorno, mentre un funzionario raggiunge appena marchi 3,6.

Il mantenimento giornaliero di un sordomuto in un'istituzione adatta costa 3 mar-

chi e mezzo al giorno, e quello di un cieco marchi 25,1.

Il mantenimento complessivo dei soli idioti costa annualmente alla *Germania* marchi 185.000.000.

E — ad esempio — i deficienti di *Am-burgo* pesano sul bilancio di ogni cittadino con l'onere di 35-36 marchi all'anno!

Appaiono esagerate queste cifre? Ecco qua il *Sand* sanzionare colla sua indiscussa autorità la loro verosimiglianza.

Renato Sand assicura infatti che l'educazione di un arretrato mentale, di un deficiente, di un sordomuto costa da 5 a 10 volte quella di un ragazzo normale; e nota inoltre come l'internamento di un pazzo in un manicomio o di un detenuto in un penitenziario per 20 anni non costa meno di 100.000 lire (1).

Ma veniamo a qualche altra cifra.

Nel 1934 l'Associazione per la prevenzione della cecità degli Stati Uniti accennava ad una cifra di 114.000 ciechi, di cui ben 44.836 venivano soccorsi dalla pubblica assistenza.

Ad ogni cieco veniva corrisposta una somma di 25,24 dollari al mese, ciò che corrisponde ad una somma annua di dollari 13.741.337.

Ma qui si parla semplicemente di sussidi ai ciechi poveri.

Nell'anno scolastico 1926-27 le scuole per i ciechi costarono approssimativamente 4 milioni di dollari.

Bisogna calcolare — poi — il costo amministrativo di 30 uffici per i ciechi disseminati nei vari Stati allo scopo di organizzare un servizio speciale di visite ai ciechi, ed inoltre gli aiuti ai 70 laboratori per ciechi attualmente esistenti negli Stati Uniti, si calcoli inoltre il danaro speso dall'Ufficio della Educazione degli Stati Uniti in collaborazione con l'Ufficio di Stato per la riabilitazione di adulti minorati, e si aggiungano le spese sostenute da Associazioni private a favore di ciechi... si vedrà che si arriva a cifre veramente considerevoli.

Ma veniamo all'Italia.

QUALCHE DATO ITALIANO.

Noi abbiamo già accennato come nel 1938 i pazzi ricoverati in Italia fossero 123.076. I posti però occupati al 31 dicembre 1938

(1) RENÉ SAND: *L'économie humaine par la Médecine sociale*, pag. 141.

erano soltanto 94.816, posti a cui si erano alternati evidentemente i 123.000 dementi più sopra accennati.

Orbene, le Amministrazioni italiane spendono ogni anno per il ricovero dei pazzi L. 302.680.018.

Ossia una cifra evidentemente inferiore alla cifra minima possibile che fino a qualche semestre fa era di 12 lire giornaliere; che oggi evidentemente deve essere per lo meno portata a 15. Ciò che corrisponde ad una diaria media giornaliera di L. 1.442.240 ossia L. 524.417.600 all'anno (più di mezzo miliardo). Rimangono quindi L. 221.787.582 che verranno certamente coperte da rette pagate dalle famiglie, da Enti benefici ecc.

Ma che in ogni modo gravano sulle finanze pubbliche.

Altre spese sostenute dalle provincie: per i ciechi e i sordomuti le provincie spendono annualmente L. 10.812.289,35.

Anche il Ministero dell'Educazione Nazionale spende però per i ciechi e i sordomuti una certa somma in rapporto al tipo speciale di educazione che deve venir loro impartita. Per es. nel 1937-38 queste scuole costavano allo Stato 2.954.000.

Ma si tratta di inezie.

Veniamo invece ad un altro ordine di spese.

L'assicurazione tubercolosi consente all'Istituto di previdenza sociale un margine annuo di L. 287.926.934 che non solo non vengono accantonate neppure in parte ma che vengono incrementate con l'aggiunta di qualche altra diecina di milioni.

I Consorzi dispongono di annue lire 152.000.000, mentre la Campagna della tubercolosi ad es. del 1938 fruttava oltre a 26.000.000 (26.076.000).

Nel 1937-38 il Ministero dell'Interno devolve a sua volta alla lotta contro la tubercolosi la somma di L. 3.943.000, ciò che complessivamente importa una somma di lire 469.869.934 da consacrarsi alla tubercolosi, senza contare il contributo della Croce Rossa nè i continui apporti della beneficenza e filantropia privata.

Per quanto non si tratti di somme iperboliche abbiamo tuttavia raggiunto delle cifre che qualche anno fa sarebbe stato pazzesco sperare... ma che sono ben lungi dal sintetizzare *tutte le spese* inerenti ai bisogni di questa particolare categoria di minorati.

E ne daremo subito la prova.

Incominceremo col premettere che nel 1937 l'Istituto sociale pagava 20.317 pensioni per invalidità tubercolare, pensioni che non gravavano sui bilanci dell'assicurazione tubercolosi, ma che andavano a pesare su quelli dell'assicurazione invalidità e vecchiaia.

Ma non basta considerare il minorato in sé. Bisogna ricordare che molte volte sulle sue spalle grava una famiglia i cui membri ben di rado sono valide unità lavorative impegnate come sono le donne nell'assistenza del malato e nell'allevamento dei figli, tarati assai spesso i figli per il contagio paterno.

Abbiamo parlato finora dei tubercolosi in posizione di favore, ossia degli assicurati.

Ma in tutti gli altri casi chi sopprime al vitto, all'alloggio, al vestiario del tubercoloso e della sua famiglia? Il Consorzio? Il Consorzio arriva appena a sostenere le spese dei medicinali e delle cure. Ma per il resto minorato e famiglia ricadono sulla pubblica beneficenza.

E veniamo ad un'altra non certo trascurabile categoria: *quella dei criminali*.

Nel 1938 le varie Magistrature italiane condannarono a pene che vanno dalla reclusione all'ergastolo 119.503 individui.

I prigionieri un tempo quasi del tutto oziosi adesso quasi ovunque lavorano, ma con quali risultati? Noi non siamo pessimisti come il Sand il quale calcolava che 20 anni di reclusione di un criminale equivalessero per il bilancio pubblico a 100.000 franchi di deficit, ma neppure crediamo che il lavoro dei detenuti oltre a sopperire al loro mantenimento permetta l'invio di aiuti alle famiglie che nella gran maggioranza ricadono sotto diversa forma sotto la pubblica assistenza.

E passiamo ad un'altra categoria di minorati in continuo e preoccupante aumento: *i cardiaci*.

CARDIOPATICI E DIABETICI QUALI MINORATI.

Abbiamo già riferito le cifre approssimative del Barbara per quanto concerne la morbosità da forme cardiache, ricordando pure come nel 1938 la mortalità per forme cardiache toccasse gli 88.996. Nello stesso anno l'Istituto di previdenza corrispondeva,

sempre per malattie cardiache, 34.292 pensioni invalidità.

Ma le pensioni invalidità non vengono concesse se non allorquando i 2/3 della capacità lavorativa è abolita.

Or è mai possibile supporre che negli altri oltre 50.000 cardiopatici destinati a morire nell'anno la capacità lavorativa rimanesse integra al punto di permettere un rendimento lavorativo del 100 %? Non è logico supporre che non solo in questi candidati alla prossima morte, ma anche in coloro che la malattia porterà ad una meno imminente fine, la possibilità di lavoro e di guadagno sia fortemente limitata?

E veniamo al diabete.

Nelle file dei lavoratori il diabete non effettua certo i vuoti delle cardiopatie, pure nel 1937 il numero delle morti ascendeva a 4.510 e nello stesso anno l'Istituto della previdenza corrispondeva ben 1.393 pensioni invalidità ad operai inabili al lavoro per diabete.

Tenendo conto degli 80.000 deficienti, dei 123.000 pazzi, dei 102.000 tubercolosi gravi, se ricoverati durante l'annata stessa nei sanatori italiani, dei 90-100.000 cardiaci, dei 119.000 detenuti, dei forse 20.000 diabetici, degli almeno 50.000 non lievemente invalidi del lavoro, dei 30.000 sordomuti,

dei 5.000 ciechi nati in età lavorativa, e dei gravemente nefritici, e dei convalescenti di encefalite letargica, a cui va aggiunto un discreto numero di minorati ortopedici che non rientrano nei mutilati del lavoro e delle loro famiglie, facendo ascendere a circa 2 milioni la massa di individui che direttamente o indirettamente, completamente o per la massima parte gravano — per il loro mantenimento — sulle finanze pubbliche, siamo sicuri di non allontanarci troppo dal vero.

Ma di fronte ad un bilancio così grave, ad una prospettiva finanziaria e morale così severa ci vien fatto di chiedere: ma sarà davvero impossibile ottenere — da tutti questi individui — un regolare se pur modesto lavoro modestamente remunerato? E dovranno forzatamente, questi operai, questi agricoltori, questi artigiani in potenza, questi lavoratori, se non al 100 %, al 40, al 70, qualche volta all'80 %, andare ad ingrossare il già cospicuo esercito di disoccupati, dolorosa zavorra che ogni nazione, pur avida di mano d'opera, sembra costretta a trascinarsi dietro?

E' quanto ci proponiamo di studiare in un nostro prossimo articolo.

Prof. ELENA FAMBRI

Le cause di morte degli assicurati dell'I. N. A. durante il 1938

Dalle tabelle che pubblichiamo nelle pagine seguenti, risulta che il maggior numero dei decessi è dovuto alle affezioni dell'apparato circolatorio: specialmente se si aggiungono quelle dovute a turbe di circolo cerebrale (emorragia, trombosi, embolia) essi raggiungono un totale complessivo di 449 decessi con 590 contratti. Pertanto il rapporto tra assicurati e contratti è di 1,33 per ogni individuo.

Sono di poco numericamente inferiori i morti per ogni forma di t.b.c. che sommati a quelli dell'apparato respiratorio in genere, raggiungono 388 decessi e 474 contratti con 1,5 nel rapporto assicurati-contratti.

Seguono i morti per tumori in numero di

205 con 276 contratti con l'indice di rapporto 1,35 tra assicurati e contratti.

Infine i decessi per affezione dell'apparato digerente risultano in ragione di 163 con 215 contratti con l'indice 1,32 del suddetto rapporto.

L'esame della tabella della antidurata ci permette di accertare come, entro il primo biennio dal perfezionamento, i gruppi di malattie che abbiamo esaminato offrano la seguente frequenza di mortalità sul totale dei decessi per lo stesso gruppo di cause di qualsiasi antidurata per: l'apparato digerente 15,81 %, per: l'apparato respiratorio 15,22 %, per: l'apparato circolatorio 7,04 % e per: tumori 2,54 %.

Assicurati dell'I.N.A. deceduti per tutte le cause durante l'anno 1938 (uomini)

Portafoglio diretto c. v. m. (per assicurati)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ETÀ ALLA MORTE													TOTALI
	da 0	da 15	da 20	da 25	da 30	da 35	da 40	da 45	da 50	da 55	da 60	da 65	ed oltre	
	14	19	24	29	34	39	44	49	54	59	64			
Ogni altra forma di T.B.C.	—	—	4	11	23	24	23	14	12	14	4	2	131	
Altre malattie infettive	—	—	1	2	16	19	19	22	23	17	18	10	147	
Tumori	—	—	1	—	4	18	21	30	41	38	28	24	205	
Emorragie, trombosi, embolie cer.	—	1	1	2	—	4	3	17	26	35	28	33	150	
Malattie sistema nervoso e organi di senso	—	—	—	—	3	3	9	8	5	6	2	3	39	
Malattie apparato circolatorio	—	—	1	2	6	21	29	41	48	62	49	40	299	
» » respiratorio	—	—	1	2	11	31	39	42	38	31	33	26	257	
» » digerente	—	—	—	4	9	20	24	30	28	26	13	9	163	
» » genito urinario	—	—	2	—	2	10	11	24	11	17	14	16	107	
Gravidanza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Suicidi	—	—	—	3	3	3	5	9	3	7	2	—	35	
Morti violente ed accidentali	—	—	6	17	14	24	27	24	9	11	3	4	139	
Altre cause di morte	—	—	1	—	2	5	6	9	6	5	6	7	47	
Diabete	—	—	—	—	1	1	2	4	3	4	3	4	22	
Cause non precisate	—	—	1	2	—	10	5	13	16	13	9	13	82	
	—	1	19	45	97	193	223	287	269	286	212	191	1.823	

Assicurati dell'I.N.A. deceduti per tutte le cause durante l'anno 1938 (uomini)

Portafoglio diretto c. v. m. (per contratti)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	A N T I D U R A T A											TOTALI
	da 0 a 6 m.	da 6 a 1 anno	da 1 2	da 2 3	da 3 4	da 4 5	da 5 10	da 10 15	da 15 20	da 20 25	da 25 ed oltre	
Ogni altra forma di T.B.C.	—	8	10	7	16	15	42	35	13	5	1	152
Altre malattie infettive	8	2	10	10	9	9	47	39	26	12	—	172
Tumori	—	2	5	7	24	25	48	62	49	30	24	276
Emorragie, trombosi, embolie cer.	3	5	6	9	10	8	39	55	33	19	5	192
Malattie sistema nervoso e organi di senso	2	1	4	5	—	2	27	13	5	—	—	59
Malattie apparato circolatorio	7	11	10	16	13	26	113	97	67	31	7	398
» » respiratorio	14	11	24	13	19	20	76	102	26	18	—	322
» » digerente	6	7	21	13	12	16	62	35	28	13	2	215
» » genito urinario	9	2	4	8	6	6	43	39	21	6	2	140
Gravidanza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suicidi	—	2	1	4	6	2	19	15	4	2	—	46
Morti violente ed accidentali	7	7	14	19	12	13	47	33	7	8	—	167
Altre cause di morte	—	—	3	4	—	5	10	17	12	4	1	56
Diabete	—	—	2	1	1	1	6	10	2	4	—	27
Cause non precisate	2	7	3	1	5	9	35	27	11	10	—	110
	52	65	117	117	133	157	605	579	303	162	42	2.332

Notiziario

L'accantonamento dei fondi per le indennità di licenziamento

Un recente R. decreto-legge fa obbligo alle persone fisiche e giuridiche di versare ad un fondo speciale gestito dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni gli accantonamenti necessari per le indennità di licenziamento. Tale obbligo è esteso anche alle somme finora maturate per dette indennità.

Le somme dovranno essere investite a cura dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per l'80 per cento in titoli di Stato e pertanto i versamenti all'Istituto stesso da parte delle persone fisiche e giuridiche interessate possono essere effettuati senz'altro in buoni del tesoro ed in altri titoli di Stato.

Nuove Agenzie Generali dell'Istituto Naz. delle Assicurazioni.

La Direzione Generale dell'I.N.A. ha istituito le seguenti nuove Agenzie Generali:

Zara: comm. Giulio Marini.

Lubiana: Agente Generale sig. Giuseppe Zotti, Via 3 Maggio, 11.

Spalato e Cattaro: comm. Giuseppe Torrini.

Inoltre è stata costituita l'Agenzia Speciale di Propaganda di Mentone che viene affidata al comm. dott. Amicucci.

Per la Rappresentanza Generale del Montenegro è stato affidato l'incarico al gr. uff. avv. Arturo Danise.

La mobilitazione civile dell'I. N. A.

Con decreto del Duce in data 16 agosto 1941-XIX, il nostro Istituto è stato sottoposto alla disciplina della mobilitazione civile.

Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni.

Presso la Segreteria della R. Università di Roma sono aperte le iscrizioni alla Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni, diretta dal Prof. Giuseppe Moriani ed alla quale collaborano at-

tivamente i più importanti Istituti di Assicurazione e di Previdenza.

Questa Scuola — alla quale possono accedere tanto i laureati in Medicina quanto quelli in Giurisprudenza — intende dare a coloro che si apprestano ad esplicare la loro attività nel campo della Medicina Legale, in quello della Magistratura ed in quello delle Assicurazioni, una cultura adeguata ai compiti delicatissimi che dovranno essere loro affidati.

Il Diploma di « Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni » conseguito dopo aver frequentato questa Scuola, è considerato come titolo di preferenza nei concorsi banditi dal Ministero di Grazia e Giustizia. Tale diploma di Specialista dà altresì la preferenza per la nomina a Perito Medico-legale (v. art. 314 del C. P. P.) e presso gli Enti di Assicurazione.

Alla fine del 1° ed alla fine del 2° anno gli iscritti dovranno sostenere un esame concernente le rispettive materie di insegnamento.

La Scuola che ha la durata di un biennio avrà inizio il 15 novembre 1941; le iscrizioni si ricevono sino al giorno 5 novembre 1941-XX.

Note ed appunti

SULLA BIOCHIMICA DEL CANCRO.

Warburg ha dimostrato (« Rassegna clinico scientifica », n. 8) come la cellula cancerosa, a differenza di quella normale, presenta nel metabolismo degli idrati di carbonio uno squilibrio tra processi glicolitici anaerobici e processi sintetici ossidativi di glicogenesi con grande prevalenza dei primi e con la comparsa di un aumento di acido lattico nel sangue. Ora l'importante ricerca viene ad incontrarsi con un'altra eseguita dal Kogl che nella composizione chimica della cellula cancerosa ha riscontrato la presenza, oltre che di amino-acidi levogiri che sono i normali, amino-acidi destrogiri. Secondo Kogl dunque la causa intima della neoplasia maligna starebbe nel fatto che la cellula normale, pur potendo sostituire le necessarie proteine a base di amino-acidi levogiri mediante i suoi naturali fermenti ma essendo incapace di produrre amino-acidi destrogiri non trovasi in grado di opporsi alla invasione delle cellule cancerose che pertanto spiegano la loro azione infiltrante e distruggitrice. Il Donati, allargando tale concetto patogenetico ritiene che la causa della cancerogenesi qualunque essa sia debba anzitutto avere agito sul sistema dei

fermenti intracellulari (Catepsine Wellstatter) e fra queste, le polipeptidasi che, come è noto, regolano gli scambi cellulari normali e patologici. E certamente a queste influenze bisogna aggiungere anche le modificazioni delle secrezioni interne, specialmente dell'ipofisi e dell'ovaia e la comparsa di sostanze antiormoniche indirizzate precisamente contro gli ormoni dei due detti organi. G.

LA DURATA DELLA VITA DEGLI SPOSI.

In un giornale americano Ciocco (« Medizinische Klinik », 6 giugno 1941) ha riferito interessanti constatazioni sulle cause di morte di 2500 coppie di sposi nel periodo di tempo dal 1898 al 1938. L'accurata analisi del materiale statistico ha dimostrato anzitutto che esiste una relazione abbastanza stretta nella lunghezza della vita dei due sposi, che pare abbiano la tendenza ad avere la stessa durata di vita. Inoltre si è visto che non solo facilmente ammalano e muoiono di tubercolosi sposi il cui coniuge aveva già avuto questa malattia, cosa che già si sapeva, ma che anche altre malattie, come l'influenza, la polmonite, il cancro, le malattie di cuore ecc. costituiscono spesso la stessa causa di morte per i due coniugi, anche se a distanza di tempo per l'uno e per l'altro. Se questa relazione è facilmente comprensibile per malattie infettive croniche, come la tubercolosi, lo è inoltre meno per le altre. F. T.

INDAGINI SUI GEMELLI PER LE RICERCHE DELL'EREDITARIETÀ UMANA.

Le indagini sull'ereditarietà dei gruppi sanguigni, eseguita da Verschuer di Francoforte (« Rinascenza medica » n. 14, Napoli, 1941) hanno condotto alla conclusione che mentre i gemelli univitellini possiedono in modo assoluto il medesimo gruppo sanguigno, nei bivitellini invece nel 36% si possono riscontrare gruppi diversi nei due gemelli. Su 16 coppie di gemelli univitellini affetti da frenostenia il comportamento è stato sempre identico in entrambi; all'incontro su 50 coppie di gemelli bivitellini, soltanto quattro presentarono gli stessi segni di malattia. La tubercolosi e la delinquenza nei gemelli univitellini dà una percentuale morbosa uniforme nei due soggetti che raggiunge il 65-70%; il che rivela in modo abbastanza chiaro la predisposizione ereditaria per l'inclinazione a delinquere o ad ammalarsi di tubercolosi.

L'opposto accade in altre malattie infettive in cui la tendenza ad ammalare è in dipendenza di fattori ambientali e dell'influenza dell'agente

patogeno, come si è potuto accertare nella pertosse e nel morbillo. Questi studi basati sul comportamento fra gemelli univitellini e bivitellini vengono ora a lumeggiare in modo chiaro la parte di eredità e di ambiente che ha dato luogo al manifestarsi di una malattia, di una tendenza, di una anomalia, ecc. G.

IL TRAPIANTO DELLA CORNEA NELL'OCCHIO UMANO (dalla « Svastica », n. 24, Berlino 1941).

Sebbene oltre un secolo fa i tedeschi avessero intrapreso i primi tentativi di trapianto solo al principio di questo secolo sono stati eseguiti tentativi sperimentali di tale intervento. Si è dimostrato preferibile procedere alla plastica sostituendo la cornea difettosa con cornea di altra persona (omoplastica) poichè la cornea di animale dava più facilmente intorbidamento secondario. Le difficoltà che si opponevano all'attuazione di questo intervento erano date dalle difficoltà della tecnica che sono state superate dopo l'invenzione di uno speciale coltello a trapano circolare e dalla possibilità di utilizzare la cornea di cadaveri che si può mantenere per alcuni giorni. Quanto al risultato finale della cheratoplastica secondo viene qualificato l'intervento, mentre in molti casi la cornea trapiantata resta assolutamente trasparente, in altri si ha un intorbidamento lieve che però non aumenta col tempo e pertanto determina sempre un miglioramento della capacità visiva. Non è stata ancora trovata la ragione del diverso comportarsi della cornea trapiantata.

L'argomento è importante perchè oltre al ritorno della capacità lavorativa del soggetto vengono esaminati delicati problemi di ordine biologico. St.

Leggi, decreti e ordinanze della « Gazzetta Ufficiale »

Legge 1-5-1941, n. 615 (G. U. n. 163). — Modificazioni alla Legge 12-6-1931, n. 924, sulla vivisezione degli animali vertebrati a sangue caldo.

G. U. n. 162, anno 1941. — Concorso a 25 posti di Tenenti medici in servizio permanente effettivo nel corpo sanitario militare marittimo.

Legge 22-4-1941, n. 633 (G. U. 166). — Protezione del diritto di autore e di altri diritti connessi al suo esercizio.

R. Decreto 27 giugno 1941, n. 680 (G. U. 176). — Autorizzazione all'Accademia delle Arti e delle Lettere del Comune di Siena ad assumere la denominazione di Accademia Senese degli « Intronati ».

Dai Periodici

ITALIA

Annali d'Igiene, n. 6, 1941, Roma.

FRANCO, *Sulla natura del potere battericida del miele.*

Sulla base di numerose ricerche, eseguite su diversi campioni di miele naturale e di controlli fatti con mieli artificiali l'A. è venuto alla conclusione che il potere battericida dipende dalla somma dei componenti del miele (alto contenuto zuccherino, reazione acida, presenza di polline) e non da uno solo come è stato affermato. G.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. 7-8, 1941, Roma.

ANDRENELLI, *Le ereditarietà neuro-relatopatica, neuro-vegetopatica e psichiatrica complessivamente e singolarmente negli stessi ordini di malattie.*

Si tratta di un lavoro pubblicato in « Rassegna di studi psichiatrici », fasc. 1, 1941, riassunto dalla Rivista, dei fattori patogenetici ereditari, con ricerche eseguite su oltre 2000 malati e documentati da numerosi quadri e tabelle. L'A. è venuto alla conclusione che esiste nelle malattie nervose e mentali, una ereditarietà simile genetica, con prevalenza omonima generica. G.

Archivio Italiano di Scienze mediche coloniali e di parassitologia, fasc. 6, 1941, Roma.

TARSITANO, *L'azotemia nella malaria.*

L'A. che ha rilevato l'azotemia quasi sempre normale nei malarici, non febbrili, ha pure constatato, che essa tende ad elevarsi durante gli accessi febbrili e prospetta l'ipotesi che ciò debba mettersi in rapporto con un'alterazione del sistema reticolo-endoteliale (blocco) del fegato. G.

Assistenza Fascista, n. 2, Roma, 1941.

L'assistenza sindacale in Italia.

Viene presentato un quadro sintetico dell'assistenza prestata, mediante le Casse Mutue di Malattie, agli impiegati dell'industria, dell'agricoltura, del commercio, del credito e assicurazioni, con la dimostrazione del crescente sviluppo delle suddette istituzioni assistenziali. G.

Assistenza Sociale (L'), n. 6, 1941, Roma.

FERRI, *Concorso di inabilità e minimo indennizzabile.*

L'A. aderisce alle recenti decisioni della Corte Suprema in materia di rivalutazione delle lesioni plurime policrone, solo che, come tali, in una o più volte, determinino un'incapacità, che raggiunga il previsto limite minimo. G.

Assistenza Sociale Agricola (L'), n. 5-6, Roma, 1941.

CAMPESE, *Verso la riforma della legge degli infortuni del lavoro in agricoltura: sistema contributivo.*

Dopo una ampia discussione dei due sistemi previsti dalla legge del 1917 per le determinazioni dei contributi assicurativi, basati l'uno sull'estensione e sulla specie di coltivazione e l'altro sull'imposta erariale con un limite massimo per ettaro, l'A. propone un sistema intermedio correttivo, che tenga in giusto conto gli interessi di tutti e che praticamente potrebbe essere attuato, elencando le speciali lavorazioni « surrischiose », graduando i soprapremi secondo la « rischiosità » con l'obbligo dei proprietari a denunciare le lavorazioni di carattere industriale. G.

Assicurazioni, n. 3, Roma, 1941.

PAGLINO, *Su la distribuzione dei guadagni degli assicurati.*

L'A. tratta le distribuzioni di frequenza degli assicurati secondo i guadagni realizzati nelle principali forme di assicurazione vita e quelle di concentrazione corrispondenti alle dette distribuzioni, accompagnando l'elaborato studio con tavole che riferiscono le curve di concentrazione dei guadagni degli assicurati al variare del tasso di interesse e della mortalità teorica ed effettiva. G.

Assicurazione Italiana (L'), n. 7, Milano, 1941.

G., *La difficile situazione delle imprese - DON, I c. s. - Le legittime aspirazioni degli agenti - D'ERRICO, Assicurazioni e utili - Bilanci - Notiziario Assicurativo.*

Athena, n. 6, 1941, Roma.

SABATINI, *Metodi e modelli di registrazioni grafiche delle prove di concentrazione e diluizione riguardanti la funzionalità del rene.*

L'A. presenta delle tabelle grafiche nelle quali è dato di seguire le unità di tempo di emissione delle urine, la loro quantità per ogni emissione con il relativo peso specifico: vengono così a stabilirsi delle curve, variamente decorrenti, a secondo dei vari gradi dell'efficienza renale. Da esse si ricava la prova della concentrazione e quella della diluizione delle urine.
G.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, nn. 1-3, 1941, Milano.

SPINELLI ROHONCI, *Ricerche statistico-anamnestiche su 2361 casi di neoplasie maligne.*

Da tali studi, è emersa la grande importanza dell'età in rapporto all'insorgenza delle manifestazioni tumorali, ma sembrano non importanti il fattore ereditario e l'infezione luetica. Meritano speciali considerazioni l'azione oncogena del tabacco, per i tumori dell'orofaringe; dei traumi, specie se unici, per i tumori connettivali; e dei traumi cronici per i tumori maligni epiteliali della bocca.
G.

Id., n. 9.

LASAGNA, *Endoscopia e tubercolosi polmonare.*

L'A. illustra i vantaggi della bronco-scopia, sia come metodo terapeutico diretto nelle forme t.b.c. tracheo-bronchiali, sia come metodo diagnostico associato alla broncorafia nelle forme polmonari della stessa natura.
G.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici in Siena e Studi della Facoltà medica senese, n. 3, 1941, Siena.

BARSINI, *Sulla presenza del b. tubercolare nell'aria di alcuni ambienti confinati.*

Il germe è stato messo in evidenza nell'aria di cinque ambienti sui 19 esaminati; non è stato ritrovato nei locali del dispensario, nella stanza abitata dal tubercoloso e nelle aule scolastiche.
G.

Avvenire Ostetrico (L'), n. 6, 1941, Napoli.

Il valore della vita in ostetricia.

Nell'articolo vengono ricordate le grandi responsabilità morali dell'ostetrico quando si trovi dinanzi casi di gravidanze anormali o di parti pericolosi, e vengono profilate le necessarie soluzioni che debbono essere dettate da una elevata coscienza umana e sociale.
G.

Avvenire Sanitario (L'), n. 19, 1941, Milano.

SANTO, *Luci ed ombre dell'assistenza sanitaria.* - TROPEANO, *Insegnamenti della guerra passata* - CASTELLINO, *Riflessi patologici della chimica di guerra.*

Biochimica e Terapia sperimentale, fasc. 5, 1941, Perugia.

ERCOLI, *Ossidazioni bio-chimiche nel gruppo delle sterine e degli ormoni sessuali.*

Si descrive la ossidazione biochimica ottenuta mediante il micrococcus dehydrogenans, il cui prodotto ha l'azione propria del corpo luteo.
G.

Bollettino del Centro Studi dell'I.N.A., n. 10, 1941, Roma.

CASALINI, *Vie errate... fra i rurali* - CIMINALE, *Il contratto di Assicurazione secondo il nuovo Codice* - «Praevidentia» - *Assicurazione malattie* - *La riattivazione dei contratti vita.*

Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle imprese assicuratrici, n. 9-10, 1941, Roma.

Atti e comunicazioni della Federazione - *Legislazione.*

Bollettino della Società medico-chirurgica di Catania, n. 4, 1941, Catania.

SCAVO, *Contributo alla conoscenza dei tumori maligni multipli.*

L'A. sulla base di un caso di cancro spinocellulare della lingua, riprende la questione dei tumori multipli, discutendone la frequenza e il significato biologico.
G.

Bollettino mensile di Statistica dell'Istituto Centrale di Statistica, giugno 1941-XIX, Roma.

Al 30 giugno la popolazione del Regno ammontava a 45.209.937 abitanti: nello stesso mese erano stati celebrati 17.893 matrimoni: erano nati vivi 74.163 bambini, in numero maggiore di quelli del giugno 1940: sono morti (esclusi i morti di guerra) 43.414 individui. L'eccedenza dei nati vivi sui morti è stata minore di quella del giugno 1940.
G.

Bollettino Statistico del Governatorato di Roma, n. 3, 1941, Roma.

La popolazione di Roma, a fine marzo, era aumentata di 4617 persone con un complesso totale di 1.380.777 abitanti. Gli indici di nuzialità, di natalità e di mortalità sono rispettivamente inferiori a quelli del 1940. G.

Case di Cura (Le), n. 5, 1941, Milano.

L'attività dell'Istituto Vittorio Emanuele III nel 1940 per lo studio e la cura dei tumori.

L'interessante relazione del Prof. Rondoni rispecchia l'intensa attività svolta dall'Istituto nel 1940 da cui risulta la tendenza progressiva del cancro in Italia con 35000 vittime ogni anno e ciò in contrasto della tubercolosi che presenta una netta discesa. L'Istituto accolse nel 1940 1959 ammalati con un totale di 55913 giornate di degenza. G.

Idem, n. 5, 1940.

Le Case di Cura per il patrimonio idro-minerale italiano.

Riferendosi ad un articolo pubblicato dal Prof. Arnone sull'Avvenire Sanitario sul termalismo italiano nei rapporti con le case di salute, viene fatto rilevare come poco nota sia ancora la ricchezza del patrimonio idro-minerale italiano, e consiglia una maggiore industrializzazione nazionale delle nostre preziose fonti termali mediante la creazione di una ricca rete di Case di Salute. G.

Cultura Medica (La), n. 4, 1941, Palermo.

MARION, *Indicazioni terapeutiche nei calcoli dei reni.*

L'A. presenta e descrive le diverse forme cliniche e relative indicazioni.

Idem, n. 4, 1941.

PAVONE, *Rendiconto clinico-statistico di 10 anni di attività urologica.*

Riguarda l'attività chirurgica nel Reparto urologico dell'ospedale Civico di Palermo e nella clinica urologica della R. Università spiegata dal prof. Pavone, negli ultimi 10 anni, da cui si traggono preziosi ammaestramenti per la esatta valutazione di alcune forme morbose. Molto interessante appare il contributo portato allo studio della tubercolosi renale, che, in Sicilia, è frequentissima, quanto e forse più che nelle altre regioni d'Italia. G.

Cuore e Circolazione, n. 6, 1941, Roma.

PIROLLI, *Azione delle ghiandole genitali sulla pressione arteriosa.*

L'A. prospetta l'ipotesi che l'ipertensione arteriosa della menopausa sia dovuta ad una maggiore sensibilizzazione del tono arteriale per cessata funzione genitale verso gli ormoni ipertensivi, ciò perchè gli animali castrati presentano una ipertensione vago-pressinica più elevata che gli animali sani. G.

Difesa Sociale, n. 5, 1941, Roma.

MIRRI, *Mortalità femminile e stato civile.*

L'A. sulla base dei risultati pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica rileva come lo stato coniugale influenza la mortalità femminile nel senso di una mortalità minore per le coniugate, una maggiore per le vedove ed una massima per le nubili. Le cause possono attribuirsi al fatto della selezione matrimoniale e al tenore di vita delle coniugate, sotto vari aspetti, più confortevole, rispetto a quello delle nubili. G.

Fiaccola (La), n. 6, 1941, Roma.

La rinascita del Montenegro - L'offerta del Labaro di Sassari - In Memoria di Ugo Franceschi - Medaglie d'oro.

Fisiologia e Medicina, fasc. 6, 1941, Roma.

PROVENZALE, *Di un nuovo metodo per la ricerca dell'idremia plasmatica e corpuscolare.*

L'A. descrive una tecnica basata sull'impiego dell'Eparina per ottenere la separazione della parte liquida da quella corpuscolare per il dosaggio del tasso idremico del plasma e dei globuli, con risultati soddisfacenti. G.

Folia Medica, n. 6, 1941, Napoli.

MARTELLA, *Comportamento della creatina totale nel sangue dei tetanici.*

Nelle ricerche eseguite sui tetanici, in apiressia o con una temperatura inferiore a 38°, l'A. ha trovato ipercreatinemia, che è in rapporto alla compartecipazione dei muscoli, alla sintomatologia e alla durata della malattia. G.

Forze Sanitarie (Le), n. 12, 1941, Roma.

CARELLI, *L'eredità dei tumori.*

L'A. riferisce le osservazioni di Rondoni sul problema virus e tumori, che trova ammissibile

l'ipotesi patogenetica del cancro a base di virus, purchè con il termine di virus s'intenda un agente endogeno capace di moltiplicarsi e di trasmettersi nella nuova razza cellulare come una acquisizione permanente. L'influenza ereditaria è dimostrata dall'esame di numerosi alberi genealogici, in contrasto con gli studi sui gemelli uniovulari eseguiti dal Bauer che depongono contro una preponderanza del fattore ereditario nella genesi del cancro. G.

Fronte Unico Antitubercolare, n. 2, 1941, Torino.

CATTANEO, *Alcune considerazioni sul metodo Monaldi dell'aspirazione di caverne.*

Gazzetta Sanitaria, n. 7, 1941, Milano.

Pressione arteriosa.

L'A. esamina le sue variazioni fisiologiche e patologiche e conclude come l'ipertensione non sia sempre l'appannaggio dell'età ma assai sovente una manifestazione dell'usura dell'organismo indipendente dall'età. G.

Giardino d'Esculapio, n. 3, 1941, Milano.

I grandi degenerati della storia.

Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari, n. 1, 1941, Roma.

SIBIRANI, *Sugli ammortamenti* - TRICOMI, *Sviluppo dei polinomi di Laguerre e di Hermite, in serie di funzione di Bessel* - MERLI, *Sulla convergenza in media della formula di interpolazione di Lagrange* - BARRACCO, *Modificazioni di una formula per il calcolo dei corsi teorici dei titoli a reddito fisso, nel caso in cui si tenga conto delle imposte e tasse* - *Rassegna assicurativa - Bibliografia e recensioni.*

Giornale di Medicina Militare, fasc. 5, 1941, Roma.

GIACOBBE, *Esoftalmo pulsante traumatico.*

L'A. illustra un caso trattato con successo, mediante l'allacciatura della carotide interna e senza il seguito di turbe nervose. G.

Idem, fasc. 6, 1941.

CASSINIS, *La Psicotecnica al servizio dell'esercito.*

L'A. espone i metodi di psicologia applicata

alle truppe di terra di differenti nazioni, soffermandosi specialmente su quanto è stato fatto in Germania e in Italia. G.

Giustizia del Lavoro, fasc. 4, 1941, Roma.

Criteri di applicazione della legge 17 marzo 1941-XIX, n. 288.

Bilancio di previsione del Ministero di Grazia e Giustizia per l'anno 1941 - L'utilizzazione professionale dei marittimi mercantili - Nuove norme per le controversie di dipendenti da enti pubblici - L'aumento delle ore lavorative nell'industria e nell'agricoltura - Periodo di disoccupazione indennizzabile.

Illustrazione del Medico (L'), n. 79, 1941, Milano.

FABBIETTI, *La pietrificazione dei corpi: un segreto svelato.*

Industria Dolciaria (L'), fasc. III, 1941, Roma.

CORTESI, *Il mandorlo.*

L'A. fornisce dati molto importanti circa l'utilizzazione del mandorlo nella industria dolciaria, con molte notizie circa le sue varietà, le caratteristiche morfologiche del frutto, la produttività e distribuzione nelle diverse province. G.

Italia Medica (L'), n. 220, 1941, Torino.

M. V.: *La giornata della tecnica* - STEFANUTTI: *Il medico condotto, medico sociale* - LEONI: *I medici e la vita sociale* - CENTERBE: *Conclusione sugli estratti fluidi - L'aeroplano e il motore al servizio della medicina e della chirurgia.*

Lavoro Commerciale, n. 8, 1941, Roma.

CAO PINNA, *Le restrizioni del consumo del latte e dei latticini in Europa.*

Lavoro Umano, n. 7-8, 1941, Torino.

SAMORETTI, *Esercizio fisico e glucidi.*

L'A. ha notato una certa tendenza alla iperglicemia nell'esercizio fisico di lieve entità e al termine dell'affaticamento, mentre si hanno valori ipoglicemici nell'esaurimento; il glicogeno del fegato appare notevolmente aumentato nell'esercizio fisico. G.

Maglio (II), n. 28, 1941, Torino.

BELLEI, *Contenzioso sindacale* - DIOTTO, *La disciplina del profitto* - BOETTI, *Studio e lavoro* - TAMONE, *La nostra guerra* - GIRAU, *In tema di diritto*.

Malati Medici e Medicine, n. 6, 1941, Torino.

Sui margini della storia - Il maleficio terrore del Medio Evo - Per la famiglia del medico - La Tripolitania e la Cirenaica viste da un medico.

Malattie Infettive del Regno (Le), n. 14, 1941, Roma.

Il fascicolo riguarda i casi delle principali malattie infettive e sociali dell'uomo denunziati nella settimana dal 31 marzo al 6 aprile 1941.

Medicina Contemporanea (La), n. 3, 1941, Torino.

VIRANDO, *Tumori benigni dello stomaco*.

L'A. dimostrato che benchè rari, i tumori benigni dello stomaco sono più frequenti di quanto si creda comunemente, riferisce su tre casi ricavati in un lasso di tempo relativamente breve ed in un numero di casi non troppo numerosi. G.

Medicina Internazionale (La), n. 5, 1941, Milano.

FERRANNINI, *Il tono mitralico diastolico*.

L'A. sostiene che alla punta non esiste una partizione del secondo tono ma nella stenosi mitralica può aversi un tono aggiunto prodotto in diastole dalle vibrazioni della valvola mitralica tesa, quando per aderenze limitate dei margini valvolari, il sangue, che dall'atrio scende nel ventricolo sottostante, non arriva ad accollare alle pareti ventricolari i lembi valvolari immobilizzandoli. G.

Milizia Sanitaria, n. 14, 1941, Roma.

Rivoluzioni in marcia - L'opera dei veterinari nell'attuale momento - Gli autotreni sanitari - Funzione del medico condotto.

Minerva Medica, n. 16, 1941, Torino.

GUARNERIO CAMBRIA, *Considerazioni diagnostiche su alcuni casi di cancro primitivo del polmone*.

L'A. dopo avere illustrato i lati anatomo-patologici delle diverse forme del carcinoma primitivo ed esposto i sintomi generali funzionali e fisici che l'accompagnano fa seguire una discussione di diagnosi differenziale con la tubercolosi accennando ai metodi di semeiotica basati sulla broncografia e la broncoscopia, la biopsia e la puntura esplorativa. G.

Idem, n. 30.

DOMINICI, *Elementi biologici della genesi delle affezioni emorragiche*.

Ancora oscuro è il processo di coagulazione del sangue nonostante le molte teorie che sono state emesse. L'A. passando in rivista i singoli fattori, che secondo la dottrina di Morawitz lo costituiscono (piastrine, protrombina, trombochinasi, trombina, fibrinogeno e fibrina) studia le cause morbose che alterano la normale coagulazione del sangue, ammettendo che esistono molte lacune nelle attuali conoscenze. G.

Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno, n. 3, 1941, Roma.

Il volume, che viene pubblicato dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica con la solita ricchezza di dati e di illustrazioni, è dedicato agli studi sulla malaria e si apre con una esposizione storica e dottrinale dell'argomento del prof. Petraghani. Seguono altri lavori molto importanti del Frongia, Savinetti, Canalis, Del Vecchio e Petrisi che riguardano i diversi aspetti del problema malarico nel campo igienico profilattico e curativo. G.

Ospedale Maggiore (L'), n. 4, 1941, Milano.

ZOZZOLI, *Criteri di orientamento per l'impostazione climatica di un sanatorio di montagna*.

Policlinico (II) Sez. Medica, n. 7, 1941, Roma. BINI, *Sui tumori e i granulomi diffusi delle meningi*.

L'A. riferendosi ad un caso di granuloma pseudo-tumorale primitivo delle meningi, ampiamente descritto, lo ravvicina per i suoi caratteri clinici ed istologici al granuloma Hodkgin. G.

Praevidentia, n. 13, 1941, Roma.

Compiendosi i primi dieci anni di esercizio della Società Praevidentia, il Bollettino ricor-

da l'importante cammino percorso e i nuovi orizzonti della sua attività con l'assicurazione delle malattie. G.

Prima Idea (La), n. 7, 1941, Bologna.

FALZONE, *Il bimbo e le rane* - FINESCHI, *Andre, ragazzo boero* - E. F., *L'orologio* - FANFULLI COPPINI, *Battaglia navale* - GIANNI, *Le lettere di Gianni* - BADINI, *L'aeroplanino* - GIANBIONDELLO, *La volpe e il somaro*.

Progresso Sociale del Mezzogiorno (Il), n. 6, 1941, Napoli.

Attività nell'assistenza ospedaliera e post-ospedaliera - Stazioni idroclimatiche e turistiche di Napoli.

Rassegna Clinico-Scientifica, n. 4, 1941, Milano.

Il problema sociale del diabete mellito.

Nell'articolo vengono espone le statistiche della mortalità per diabete in Italia nel triennio 1900-902 e nel triennio 1935-37, dalle quali si ricava l'aumento progressivo della malattia nonostante le cure insuliniche. Essa si aggira tra il 9,8 e il 10,2 per centomila abitanti. Viene quindi esaminato il fattore ereditario, oramai generalmente ammesso, del diabete e il suo carattere di malattia sociale, dato che essa colpisce specialmente età ancora produttive, dà, con frequenza, sterilità ed aborto e incide sulla prole. G.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del Lavoro, n. 5, 1941, Roma.

CASTIGLIONI, *I problemi della prevenzione degli infortuni nella edilizia.*

L'A. nell'espone un quadro generale della grande e multiforme industria edilizia ricorda i doveri che incombono agli intraprenditori esponendo una rassegna delle cause degli infortuni e prospettando un programma di lotta adeguata. G.

Rassegna di Clinica Terapia e Scienze Affini (La), n. 4, 1941, Roma.

SERONO e MONTEZEMOLO, *Sul potere estrogeno del miele.*

L'A., eseguendo ricerche sul potere estrogeno del miele, mette in evidenza il suo contenuto relativamente alto di ormoni sessuali femminili. G.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 5, 1941, Roma.

SCHIAVINA, *Contributo critico e sperimentale allo studio della tio-pneumoconiosi.*

L'A. conclude il suo elaborato studio esprimendo l'opinione che la polvere di zolfo abbia una importanza nel determinare almeno una parte delle lesioni riscontrate nell'apparato respiratorio degli zolfatai ma che esse siano tuttora da definire potendosi fin da ora ritenere di carattere essudativo e quindi ben diverse da quelle prodotte dalla polvere di silice. G.

Rassegna di Oncologia, n. 3, 1941, Roma.

GANDOLFO, *Il cancro della mammella.*

L'A. riporta una statistica particolareggiata delle operazioni radicali della mammella eseguite durante il periodo 1939-40 nel R. Istituto Regina Elena (n. 209 casi operati con mortalità operatoria 1,5%). Fa seguire considerazioni sui caratteri morfologici ed ietologici del cancro della mammella e sull'intervento più opportuno nei casi di metastasi. G.

Rassegna Giuridica della Circolazione Stradale, n. 6, 1941, Roma.

LA TORRE, *Principi generali sulla requisizione e norme speciali sulla requisizione di autoveicoli - Note e sentenze - Giurisprudenza.*

Rassegna Medica, n. 2, 1941, Milano.

ANGELICI, *Il latte da potersi consumare crudo ossia latte scelto e controllato.*

L'A. riferendosi ai suoi studi precedenti sul latte alimentare espone le direttive tecnico-scientifiche per la produzione e la vendita del latte crudo, sicuramente sterile che vuole sia denominato con la parola «latte scelto e controllato» onde differenziarlo da quello sterilizzato con altri mezzi. G.

Rassegna Sociale dell'Africa Italiana, n. 4, 1941, Roma.

D'ONOFRIO, *Il problema degli otorroici cronici.*

L'A. ricorda le difficoltà diagnostiche che presentano le otiti croniche specialmente nei riguardi dei provvedimenti medico-legali: difficoltà nell'accertare se esistono veramente dei dolori negli operai che vogliono sfruttare la loro infermità senza parlare della responsa-

bilità che incombe sul medico per il suo giudizio di validità o meno al lavoro. Soltanto uno studio obiettivo e minuzioso dell'orecchio può risolvere i diversi problemi. G.

Riforma Medica (La), n. 20, 1941, Napoli.

PONTONI, *Costituzioni ed eredità nelle endocrinopatie.*

Secondo l'A. le malattie endocrine ripetono la loro origine nella costituzione mentre una scarsa importanza va data ai fattori etiologici esogeni. G.

Rinascenza Medica, n. 12, 1941, Napoli.

GASBARRINI, *Tubercolosi linfoghiandolare addominale in adulto.*

L'A. dissertando sulla diagnosi differenziale tra linfo-granulomatosi maligna addominale e tubercolosi linfoghiandolare addominale espone tutta una serie di acute osservazioni cliniche, confortate dai dati biopsici e dai reperti anatomici. G.

Risanamento Medico, n. 7, 1941, Roma.

FLESCH, *L'Italia alla luce della biopsicologia criminale* - SANSONETTO, *Nuovi pensieri sopra gli uomini e la società* - CREMONESE, *Variazioni fisiologiche dell'equilibrio acido-basico.*

Rivista dell'Assistenza, n. 6, 1941, Roma.

LO MONACO-APRILE, *A proposito del recupero economico dei minorati.*

L'A. propugna l'assistenza dei minorati con lo scopo del loro recupero economico facendo rilevare l'immenso aggravio che per la loro presenza pesa sul bilancio dello Stato. G.

Rivista di Biochimica e Terapia, n. 5, 1941, Roma.

Cure termali.

Vengono riassunte le principali indicazioni delle cure termali nelle diverse malattie del ricambio ed esposti opportuni dettami tecnici per la loro applicazione.

Rivista di Biologia Coloniale, n. 3, 1941, Roma.

BALDACCI, *Studi sulle termiti.*

L'A. riporta i tentativi di coltura di batteri cellulolitici partendo dall'intestino di individui di calotermes flavicollis defaunati e discute i risultati negativi che ne sono seguiti. G.

Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica, n. 6, 1941, Milano.

Rinnovamenti spirituali - La radiologia in Italia - Libri nuovi e pubblicazioni di speciale importanza - Coltivazione degli arenili.

Rivista Italiana della Tubercolosi (La Fiaccola), n. 5, 1941, Udine.

CARBOGNIN, *Bocca e denti nell'infezione tubercolare e nella profilassi.*

Considerata l'importanza della bocca e dei denti come vie di trasmissione dell'infezione tbc., vengono proposti servizi ispettivi sulle condizioni igieniche della bocca nelle persone dedite ai servizi domestici. G.

Rivista Italiana d'Igiene, n. 4, 1941, Pisa.

QUARANTA, *L'evoluzione dell'infezione sperimentale brucellare e tubercolare aviaria associate nel cane.*

Saggiatore (II), n. 7, 1941, Torino.

RUFFILLI, *Virus e tumori.*

L'A. portando un contributo allo studio dell'istogenesi dei tumori sulla base delle esperienze di Carrel e quella di Ludford ammette come nel tessuto tumorale si producano o come cataboliti o per disfacimento delle cellule maligne, sostanze (virus) capaci di stimolare la crescita di cellule anormali. G.

Scienza e Tecnica, n. 7, 1941, Roma.

L'eredità nelle malattie mentali.

Il Prof. Bruger di Basilea esaminando non meno di 16.000 parenti di malati schizofrenici ha dimostrato che mentre la schizofrenia sull'intera popolazione svizzera si verifica solo nel 0,8% tra i genitori dei malati si riscontra in ragione del 4,4%, tra i fratelli di 9,3% e tra i discendenti in ragione del 16,4%. Il 32,4 per cento degli altri discendenti mostrano segni evidenti di carattere schizofrenico. L'80 - 100 per cento dei bambini idioti provengono da una coppia di genitori ambedue affetti da idiozia. La psicosi maniaco-depressiva che è del 0,5% sull'intera popolazione raggiunge la cifra di 11% tra i discendenti di tali malati e cioè 55 volte maggiore. G.

Settimana Medica (La), n. 23, 1941, Palermo.

GIUFFRÈ, *L'evoluzione storica del concetto di predisposizione alla tubercolosi.*

L'A. fa un'ampia sintesi delle teorie antiche e moderne sulla predisposizione alla tbc. e sulla base degli studi dell'ereditarietà dei caratteri della costituzione organica e sulle mutazioni e modificazioni di essi per influenza delle condizioni ambientali, formula una teoria biologica che sta in rapporto con le nuove dottrine circa i poteri allergici-immunitari dell'organismo. G.

Stomatologia Italiana (La), n. 6, 1941, Roma.

GATTO, *L'ipofisi nelle sue correlazioni con l'apparato bucco-dento-mascellare.*

Le recenti ricerche hanno dimostrato quale importanza essenziale spetta all'ipofisi nello sviluppo dell'apparato bucco-dentario. Ed è in forza di queste sicure acquisizioni che l'A. segnala le diverse sindromi, dovute ad ipo od iperfunzione per la glandola pituitaria, e spiega così alcuni stati morbosi, che colpiscono i denti nella loro evoluzione naturale. G.

Studi Sassaresi, n. 1, 1941, Sassari.

PADULA, *Considerazioni sulla terapia della calcolosi unilaterale.*

Svastica (La), n. 20, 1941, Berlino.

Vecchio e nuovo mondo - Mosca e i Dardanelli - Dominazione e soprusi della Gran Bretagna in Palestina - L'agricoltore americano.

Terapia, n. 264, 1941, Milano.

RUGGERI, *La cura dell'emierania con veleni ofidici.*

Tubercolosi, n. 4, 1941, Roma.

DUSE, *Le perforazioni pleuro-polmonari.*

Dopo aver trattato la sintomatologia delle perforazioni polmonari, variabile, da caso a caso, secondo il tipo e le dimensioni e dopo aver accennato alla terapia più appropriata, l'A. offre una statistica di sei casi osservati accompagnati dalla dimostrazione radiografica. Se la perforazione è dovuta all'ago di pneumotorace, essa è innocua e non provoca reazione, se invece dovesse verificarsi lo svuotamento di focolai caseosi nel cavo pleurico con formazione di un empiema tubercolare la complicazione diventa gravissima e pericolosa di vita. G.

Vetro (Il), n. 7, 1941, Roma.

La lussuosa Rivista contiene fotografie di artistici manufatti che sono una prova di arte

e di grazia e una efficace dimostrazione dei grandi progressi raggiunti dall'industria vetraria, per la sostituzione dei comuni metalli e legni.

Vita Universitaria, n. 20, 1941, Roma.

Contributo degli Universitari nel primo anno di guerra - Gli studi geo-mineralogici e la loro riorganizzazione - Attività dell'Istituto Nazionale per le applicazioni del calcolo - Istituti culturali - Vita culturale.

Zacchia, n. 2, 1941, Roma.

PELLEGRINI, *Valutazione di danno nelle invalidità policrone.*

L'A. riferendosi ai concetti già espressi in altri articoli circa la divisione delle invalidità multiple in monocrone e policrone nota come nei danni policroni emerge spesso una quota di maggiorazione con un valore globale della invalidità superiore a quella dei singoli danni. Ritiene però che essa possa verificarsi alla condizione di una interferenza tra le diverse invalidità. G.

ESTERO

Bulgaria

Rivista oftalmologica, n. 3, 1940, Sofia.

PASCHEFF, *Ricerche sulle localizzazioni dell'oftalmia simpatica.*

L'A. occupandosi delle lesioni tardive dell'oftalmia simpatica ritiene che generalmente si tratta di una infiammazione dell'uvea. Le forme cliniche nelle quali si manifesta si possono ridurre a tre: irido-ciclite; irido-coroidite; coroidite essudativa. In quest'ultima forma l'essudato può provocare uno scollamento retinico. G.

Francia

Presse Médicale (La), n. 24, 1941, Parigi.

HOUFERT DURAND, *Il crino di Firenze « iodato » nella diagnosi radiologica.*

Gli AA. premettono che l'esplorazione radiologica si basa sull'apprezzamento dei caratteri di contrasto e precisamente dei riflessi bianchi o neri ottenuti a mezzo di proiezioni di contrasti naturali e artificiali. Nel campo della radiologia stomatologica, specialmente nei casi di esplorazione dei condotti salivari, spetta allo iodio una parte assai importante per l'azione di contrasto utilizzata con tale mezzo. Gli

AA. in sostituzione dei fili metallici che possono creare false strade preferiscono l'uso di crini di Firenze, e danno la tecnica di preparazione per questa pratica radiologica. G.

Germania

Blätter für Versicherungsmathematik und verwandte Gebiete, febbraio 1941.

HANS PARTHIER, *I fattori di calcolo dei premi di assicurazione vita nella loro influenza sulle parti costitutive dei premi.*

Medizinische Klinik, 4 luglio 1941.

F. FREMEL, *I ronzi d'orecchio.*

I ronzi d'orecchio possono essere divisi in due gruppi: il primo comprende tutti i casi in cui vi è un reperto otoliatrico obbiettivo, giacchè causa del ronzio possono essere le infiammazioni acute e croniche dell'orecchio medio, tutte le malattie infiammatorie, tossiche e traumatiche del nervo acustico e l'otoclerosi giovanile. Il secondo gruppo comprende invece quei casi in cui il reperto otoliatrico è negativo e in cui la causa del ronzio d'orecchio va ricercata in malattia dell'apparato circolatorio, delle ghiandole endocrine o in intossicazione di varia specie. F. T.

Medizinische Klinik, 6 giugno, 1941.

W. LEHMANN, *Ereditarietà delle malattie interme.*

L'A. si intrattiene sulla questione della ereditarietà del diabete.

Le numerose ricerche hanno ormai dimostrato che esso di regola si stabilisce in individui che hanno una minorazione ereditaria del tessuto insulare del pancreas e che i fattori esterni precedentemente valorizzati (traumi, malattie infettive, errori alimentari, ecc.) hanno una importanza soltanto secondaria. Molti dati statistici mostrano l'alta frequenza familiare del diabete: secondo Steiner fino al 35,1%. L'ereditarietà del diabete, secondo la maggioranza degli Autori, sarebbe a tipo recessivo.

Dall'esame di molti gemelli nati da diabetici si può anche vedere quanta sia l'importanza da dare ai fattori ereditari e quanta ai fattori ambientali ed esterni per la manifestazione del diabete. Tra i fattori esterni le gravidanze hanno mostrato una netta azione favorente e così pure il tipo di alimentazione, specie l'abuso di idrati di carbonio, di grassi e di alcool. Riguardo agli agenti infettivi Lemser ritiene

di non dover dare quella importanza che comunemente si crede alla infezione delle vie biliari come favorente il diabete. F. T.

Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft.

BERGHOLM PAUL, *L'Assicurazione dei rischi tarati in Svezia.*

In occasione del suo 25° anno di vita la società svedese di riassicurazione « Sverige » ha pubblicato un numero commemorativo in cui, tra l'altro, sono resi noti i risultati di una ricerca sulla mortalità dei rischi tarati, fatta in base al proprio materiale. Questo è rappresentato da 11.117 assicurazioni con soprapremio, il cui inizio cade negli anni tra il 1915 e il 1938, con 76.718 anni di osservazione e 916 casi di morte.

Dopo un accenno alla percentuale di accettazione dei rischi proposti, viene rilevato che circa l'80% delle cause determinanti il rischio tarato si possono ricondurre ai seguenti sei gruppi principali: tubercolosi, malattie del cuore e dei vasi (senza ipertensione), nefropatie, ipertensione, malattie del sistema nervoso e diabete.

La percentuale di perfezionamento delle polizze dei rischi accettabili con soprapremio è risultata del 64% (oscillando fra 57 e 73%) e precisamente si è potuto notare che tanto più alto è il soprapremio, tanto più bassa è la percentuale di perfezionamento del contratto.

Dal 1915 al 1939 la società ha pagato per cause di morte il 75,6% delle somme preventivate in quanto la mortalità reale è stata minore di quella prevista. Riguardo alla ricerca sulla mortalità degli assicurati il materiale è riunito in tabelle che lo dividono in 14 gruppi a seconda delle malattie e in 7 gruppi a seconda dell'entità del rischio.

Le ricerche si sono limitate alle seguenti questioni:

1) Mortalità media nel materiale complessivo secondo gruppi di età di 5 anni; è risultato che i gruppi di età fra 25 e 34 e quelli fra 40 e 49 mostrano il più favorevole decorso di mortalità, avendo una mortalità di circa il 30% inferiore a quella prevista.

2) Mortalità media durante il primo, secondo e successivi anni di assicurazione: si è visto che il rapporto fra morti reali e morti previsti rimane presso a poco costante nei singoli anni di assicurazione.

3) Mortalità media per ogni tipo di rischio secondo gruppi di età di 5 anni: la mortalità è

apparsa più favorevole per le classi 2,3 e 4 (rischi tarati giudicati come aventi una sopra-mortalità fra 71 e 200 %) in cui si è avuto una sottomortalità del 30 % rispetto alla mortalità prevista.

4) Decorso della mortalità nei due più grandi gruppi di rischi tarati: tubercolosi e cardiopatie. Per la tubercolosi si è avuta una mortalità più alta nelle età fino a 25 anni e una più bassa nelle età da 50 in poi; per le cardiopatie invece la mortalità più alta è stata per l'età fra 50 e 59 anni, minore fra i 60 e gli 84 e ancora più bassa sotto i 50 anni.

Infine è stata fatta una statistica delle cause di morte da cui appare che dei 916 casi di morte 258 hanno avuto come causa di morte malattie dell'apparato circolatorio (cioè il 28 %) e 20 la tubercolosi (24 %). Inoltre è risultato che nel 42 % dei sinistri, la causa di morte corrispondeva a quella della tara, nel 15 % vi era un qualche rapporto che invece mancava completamente nel restante 43 %.

F. T.

Portogallo

Africa medica, n. 3, 1941, Lisbona.

AMADO, *Un problema nazionale*.

In questo articolo viene proclamata la necessità che per il Portogallo così come si è fatto nelle Nazioni più civili e progredite si affrontino i problemi di medicina sociale, con un piano organico, a larghe vedute onde sia aumentata la potenza della razza, conservata la salute della popolazione e data la necessaria assistenza profilattica e igienica alle popolazioni. G.

Idem, n. 6.

MENEZES DE ALMEIDA, *Epatiti di origine malarica*.

Viene presentata una casistica molto interessante di forme cirrotiche epatiche e di colicistite biliare di sicura origine malarica, accertata. L'A. ritiene che queste forme sarebbero state sicuramente evitate, se, a tempo opportuno, si fosse iniziata la cura antimalarica con un trattamento sistematico e scientifico.

Spagna

Consejo General Colegios Medicos de España, n. 14, 1941, Madrid.

La classe medica in lutto: la morte del Prof. Súner - Consegne - Un ciclo di conferenze mediche - L'Assistenza pubblica - Il Congresso nazionale di mobilitazione culturale medico-pratica - Orientamento mutualistico - Patronato per gli orfani dei medici.

Svizzera

Bulletins periodiques des Compagnies Suisses d'assurance sur la vie, n. 1, 1941, Zurigo.

Questi bollettini che vengono pubblicati dalla Riunione dei Direttori delle Compagnie Svizzere di Assicurazione Vita, sono destinati ai medici Fiduciari e contengono articoli di semeiotica, di diagnostica e di tecnica medica su argomenti di speciale interesse dal punto di vista assicurativo. Per la loro chiara e sintetica esposizione, molto efficace per la pratica medica quotidiana vogliamo segnalare gli articoli relativi alla misura della pressione arteriosa e quelli sulla reazione pupillare normale, il sintomo di Argyll-Robertson e la sindrome di Adie. Essi contengono osservazioni e considerazioni molto importanti che mettono il medico in grado di evitare pericolose confusioni diagnostiche.

G.

Stati Uniti

Medical Record, 16 aprile 1941.

H. G. HADLEY, *Gli effetti del tabacco sul sistema circolatorio*.

Gli A.A. hanno fatto dei confronti tra gruppi di individui fumatori da molti anni e individui non fumatori. Hanno notato che, in media, nei fumatori la frequenza del polso è più alta e la pressione arteriosa sia sistolica che diastolica più bassa; l'influenza del fumo sull'elettrocardiogramma si manifesta con un aumento della frequenza cardiaca, aumento dell'ampiezza del tratto QRS e diminuzione dell'ampiezza delle onde P. e T.

F. T.

Medical Record, 21 maggio 1941.

H. HADLEY, *L'effetto del tabacco sull'accrescimento, la longevità ed il metabolismo*.

L'A. ha studiato gli effetti dell'uso prolungato del tabacco, comparando un grosso gruppo di fumatori con un altro di non fumatori. Per quanto riguarda l'accrescimento l'A. ha considerato il peso e l'altezza. Mentre l'altezza si è dimostrata in media quasi eguale nel gruppo fumatori e in quello non fumatori, il peso invece è stato in media minore nei fumatori. Il fumo ha mostrato un'azione sfavorevole sulla durata della vita, specialmente dopo i 40 anni. La vita media dei fumatori è infatti nettamente più breve dei non fumatori. Infine l'A. ha potuto constatare che l'uso abituale di tabacco aumenta il metabolismo basale individuale.

F. T.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

ANTONGIOVANNI, *Emorragie secondarie esterne nei feriti di guerra.* — Estratto da « *Athena* », 1941, Roma).

L'A. con sobrie note porta un notevole contributo al capitolo della traumatologia di guerra costituita dalle emorragie secondarie e suggerisce direttive e metodi di intervento. G

ERBA, *Le origini della politica dell'Asse.* — Quaderni dell'« Istituto Naz. di Cultura Fascista », n. 6.

LUCA DEI SABELLI, *Il controllo sui traffici marittimi in Italia.* — Quaderni dell'« Istituto Nazionale di Cultura Fascista », n. 4.

MASCIOTTI, *Un procedimento matematico per la variazione del saggio di interesse.*

MASCIOTTI-MORI, *La popolazione scolastica sotto il profilo statistico e le possibilità delle assicurazioni popolari.*

Gli AIA. ispirandosi al concetto che la scuola è la prima e più grande collettività inquadrata ed organica della vita di ogni individuo espongono un piano organizzativo, basato su calcoli razionali e scientifici inteso alla propaganda. G.

MORETTI, *Mani sante*, Ed. Sormani 1941, Roma.

Il libro, che viene ora alla luce, si aggiunge alla collana dei libri di guerra, di cui si è arricchito questo periodo, agitato ed eroico, dei nostri tempi; ma dagli altri si discosta perchè nella sua forma semplice e volutamente modesta si scopre un altro lato più profondo e più sensibile della guerra, che arriva direttamente al nostro cuore, l'umana pietà e la luce dell'amore in mezzo agli orrori della guerra, agli infiniti strazi della carne, alle inaudite sofferenze dei feriti e dei caduti! L'Atrice, che quale infermiera della C.R.I. ha adempiuto la sua nobile missione in tre guerre (Etiopia, Spagna, Libia, 1935-41) attraverso un documentario impressionante e commovente rievoca, con la sua squisita anima d'artista, l'attività prodigiosa svolta nelle più difficili contingenze tra il rombo dei cannoni e il fragore delle bombe cadute dal cielo. E sempre la stessa serenità di spirito, la stessa devota dedizione al dovere, la stessa passione di far bene e lenire i dolori! Mani sante! E' la parola di riconoscenza, pronunciata dai doloranti nell'atto dei loro più atroci dolori ed è quella che meglio si conviene all'opera sublime dell'infermiera nell'adempimento di uno dei più sacri doveri umani. G.

PISENTI, *Del danno dei nefrectomizzati.* — Estratto da « *Infortuni per malattie professionali* », n. 5, 1941.

Molto discusso è stato sempre in medicina legale il danno valutabile per la perdita di un rene in seguito ad infortunio e l'A., con l'alta sua competenza prendendo occasione dalle idee esposte dal Prof. Nisio nel suo trattato di traumatologia infortunistica dell'apparato urinario fa una vivace critica dei criteri di valutazione ivi sostenuti appoggiandosi alle più recenti statistiche italiane e straniere ma più specialmente a considerazioni statistiche e pratiche di indiscusso valore.

Secondo l'A. la questione del danno in potenza per la mancanza di uno degli organi urinari non ha qui il valore che per altri organi colpiti, dato il grande adattamento del rene superstite al nuovo stato per la larga disponibilità di quel quid che comunemente si chiama forza di riserva. G.

POZZAN, *L'Arte del produttore*, Tip. edit. Salustiana, 1941, Roma, 2ª edizione.

Ci siamo già occupati di questa nuova pubblicazione, ed ora, che è comparsa la seconda edizione, al suo terzo migliaio, nella solita veste nitida ed elegante, ci piace segnalarla perchè in tempi, in cui tutta la vita economica del popolo, è permeata dallo spirito di prevenzione e di assicurazione, resta al produttore un compito di speciale importanza che mira direttamente ad alti fini sociali e si innesta in una attività consapevole delle difficoltà che occorre superare e dei mezzi necessari a raggiungere lo scopo. L'A. profondo conoscitore della materia, ha raccolto, nel suo libro, visioni e situazioni caratteristiche del quotidiano lavoro, cui è chiamato il produttore, tali che, dalla meditazione di esse, si possa trarre, con molta facilità, l'ammaestramento utile per conseguire i maggiori successi pratici in un campo ancora vasto di feconde applicazioni. G.

Relazioni e bilancio dell'Istituto Italiano di Previdenza, Milano 1941.

Contiene una pregevole relazione del Dott. Azzario da un resoconto dettagliato dell'attività svolta nell'esercizio 1940.

Relazioni e Bilanci della Società Cattolica di Assicurazione per l'esercizio 1940. « *La Tipografia Veronese* », Verona.

L'esercizio si chiude con un notevole incremento nei primi e nelle riserve e con il programma di ampliare il campo di azione della

Società ad alcuni rami mancanti e cioè infortuni e responsabilità civile. G.

SPOLVERINI, *Le malattie di cuore quale pericolo sociale dal punto di vista pediatrico.* — Estratto dai Rendiconti dell'« Istituto di Sanità Pubblica », Roma, 1939.

La mortalità per malattie di cuore in Italia si trova al secondo posto tra tutte le cause di morte ed è quasi il triplo di quelle dovute alla tubercolosi e al cancro. L'A. per i caratteri sociali delle malattie di cuore che spesso hanno la loro prima manifestazione nell'infanzia propone un piano di organizzazione profilattica di grande interesse. G.

Statistica Sanitaria del Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma nell'anno 1940. Tip. Barchi, 1941, Roma.

Il volume molto elaborato fa seguito alle pubblicazioni uscite negli anni precedenti a partire dall'anno nosocomiale 1933 e si divide in due parti: nella prima sono esposti i dati statistici generali sul movimento degli infermi e posti-letto negli Ospedali Riuniti e nei singoli reparti, con le operazioni chirurgiche eseguite, il costo della diaria, il consumo commestibili e l'elenco nosologico. La seconda parte riguarda il movimento generale degli infermi con il relativo frazionamento nei diversi servizi, fra cui quelli di pronto soccorso e di ambulatorio. G.

TOSBERG, *Fondamenti di calcolo e tabelle per l'assicurazione delle spese di malattia.*

Con questo importante lavoro vengono dati per la prima volta nella storia dell'assicurazione malattie dei fondamenti attuariali di calcolo che possono aspirare ad una applicabilità praticamente illimitata. Permettendo di calcolare le quote di copertura per tutte le comuni combinazioni delle prestazioni dell'assicurazione malattie, essi raggiungono risultati finora non realizzabili.

La parte essenziale del lavoro è costituita dalle tabelle che sono state ricavate da un materiale di osservazione proveniente dalle ricerche della Deutschen Kranken-Versicherungs A. G. di Berlino e rappresentato da circa 180000 assicurati con più di un anno di durata di assicurazione.

Infatti lo scopo del lavoro è di dare la prova che è possibile ricavare dal materiale di osservazione di una singola società assicurativa delle

tabelle utilizzabili, con le dovute limitazioni suggerite dalla pratica, per la determinazione dei premi per qualsiasi tipo di assicurazione malattie, così come nella assicurazione vita vengono usate le tabelle di mortalità.

L'A. non pretende con questo suo saggio di aver fatto opera definitiva: anzi si aspetta che la pratica apporti alla sua idea continui miglioramenti, sicchè il sentiero da lui tracciato possa diventare ampia e comoda strada.

F. T.

TOZZI, *L'enuresi.* — Estratto da « Rivista medica ». Archetipografia, 1939, Milano.

IDEM, *Considerazioni pratiche e diagnostiche su un caso raro di sindrome di Ayerza congenita.* — Estratto da « Rivista medica », 1940, Milano.

IDEM, *L'epatoterapia nell'anemia perniciosa e nell'anemia da anchilostoma duodenalis.* — Estratto dal « Giornale del Medico pratico », 1939.

IDEM, *Un caso grave di ulcera gastrica recidiva guarito con la cura medica.* — Estratto da « Rivista medica », 1939.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari

Dott. AVETTA STEFANO, Santhià (Vercelli).

Dott. GIUSO ALERAMO, Campomorone (Genova).

Dott. GALATI DOMENICO, Vallelonga (Catanzaro).

Nell'adempimento del proprio dovere il nostro Fiduciario di Quinto Vercellese Dott. ANTONIO BROCCHI è deceduto in Africa ove prestava servizio quale ufficiale medico richiamato.

Il giorno 8 ottobre è deceduto in Napoli il Prof. GIUSEPPE FALCO Direttore dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni di quella R. Università. L'opera di scienziato e di maestro che attesta la Sua attività è specialmente connessa alle ricerche sull'identità personale e sulla sessuologia. Era anche Direttore della Scuola Superiore di Polizia Scientifica di Roma.

Alla sua memoria va il reverente saluto di quanti conobbero ed apprezzarono il valore, la rettitudine e la squisita bontà d'animo di Lui.

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 A L I T A	O R A R I O	L O C A L I T A	O R A R I O
PIEMONTE			
Torino	Giorni feriali 1° e 3° lunedì 8,30-12,30, 14,30-17,30 Giorni feriali Lunedì 9-12 Giovedì 9-12 2° 4° martedì 8,30-13	Via Maria Vittoria, 1 Via Roma, 14 Via Aliberti, 2 Via Arnolfo, 20 Via S. Giacomo, 2 C. Carlo Alberto	Ancona <i>Ascoli Piceno</i> <i>Macerata</i> <i>Pesaro</i> <i>Zara</i>
LOMBARDIA			
Milano	Giorni feriali 1° 3° lunedì 9-12,30 1° 3° martedì 9-12,30 2° 4° giovedì 9,30-12,30 1° 3° mercoledì 9,30-12,30 2° 4° martedì 9-12 2° 4° sabato 9-12,30	P. Diaz, 6 V. Camozzi, 53 P. Vittoria - Palazzo INA V. D. Fontana, 2 V. Campi, 1 C. Vittorio Emanuele, 5 C. Mazzini, 3	Marche e Dalmazia C. Mazzini, 18 P. Popolo - V. Archivio. V. Ricci, 2 V. Rossini, 2 Calle Larga LAZIO E UMBRIA P. XXIII marzo - Pal. I.N.A. P. Vittorio Emanuele, 1 Via Salustiana, 1 V. Tritone, 142 V. Tacito V. S. Croce C. Vitt. Emanuele
LIGURIA			
Genova	Giorni feriali	V. Carducci, 8	CAMPANIA P. Libertà, 52 V. Isabella Morra, 6 C. Umberto, 53 V. S. Maria dell'Orto, 3 P. Costanzo Ciano, 32 P. Belluoci Sessa, 17 C. Garibaldi (Pal. Natella)
VENEZIA TRIDENTINA			
Bolzano	mercoledì e sabato 9-12 15-15 4° venerdì 9-12 15-15 martedì, giovedì 9-12 15-18 (1)	V. Rosmini, 20 V. Roma, 5 Piazza Rosmini V. Bellonuzzi, 14	AVULSINO Domenica 8-12 2° 4° martedì 9-13 Giorni feriali Giorni feriali Mercoledì 8,30-12 2° 4° sabato 14-17 1° 3° sabato 9-12
VENEZIA VENETA			
Padova	Giorni feriali 2° sabato 9-12 2° venerdì 9-12, 15-18 1° e 3° venerdì 9-12, 15-18 1° e 3° martedì 8,30-12 (2) 2° e 4° martedì 9-12, 14,30-18,30 Giorni feriali Lunedì 9-12, 15-18 3° lunedì 8,30-12	P. Spalato, 1 V. Garibaldi, 1 P. Nazario Sauro P. Duomo V. Vitt. Emanuele, 29 V. Sauro, 1 Calle larga XXII Marzo V. Vitt. Emanuele, 11 P. Roma, 11	LECCO Via Augusto Imperatore, 18 POTENZA P.zza Prefettura, Pal. I.N.A. CATANZARO P. Roma, 20 C. Mazzini C. Garibaldi, 2
VENEZIA GIULIA			
Trieste	Giorni feriali 2° e 4° martedì 9-12, 15-15 1° 3° giovedì 8,30-12 dal 1°-5 al 30-9 e 14,30-16,30 dal 1°-10 al 30-4 1° 3° mercoledì (sospeso) 2° e 4° venerdì 14-17	P. Dalmazia, 5 V. XXX Ottobre V. Orispi, 9 V. Duca d'Aosta, 26 V. Garibaldi, 13	SALERNO 2° 4° martedì 11-14 1° 3° mercoledì 9,30-12,30 2° 4° giovedì 9-12 (sospeso temp.) 1° 3° giovedì 9-12 Giorni feriali 2° 4° sabato 9-12 Lunedì e mercoledì
EMILIA			
Bologna	Giorni feriali 1° 3° lunedì 9-13 2° 4° giovedì 9-13 2° 4° mercoledì 9,30-12,30 1° 3° martedì 9-12,30	V. Pignatari, 1 P. Mazzini, 4 V. Garibaldi, 23 P. Cavalli, 2 V. Emilia S. Stefano, 3	SICILIA V. A. Mussolini, 16 V. Colombo, 40 V. M. Coffa, 12 V. dei Mille, 2 V. Roma, 291 V. Vitt. Eman., 2 V. Maqueda, 152 V. Torrensau
TOSCANA			
Firenze	Giorni feriali Lunedì 10-12, 14,30-16	Piazza Stazione, 2 V. Cairoli, 9 (Pal. Galleria)	SARDEGNA V. Roma, 75 Agenzia Principale INA V. Garibaldi, 81 Agenzia locale INA P. Italia, 7
Livorno	(1) Consultorio per la G. I. L. - (2) Consultorio per la G. I. L.		CAGLIARI <i>Iglesias</i> <i>Nuoro</i> <i>Oristano</i> <i>Sassari</i>

A tutti è reso possibile di sottoscrivere ai nuovi Buoni Novennali del Tesoro 5% mediante speciali polizze dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

La sottoscrizione ai nuovi Buoni del Tesoro Novennali 5% a premi, con scadenza settembre 1950, si chiude nel modo più brillante; il che dimostra come il popolo italiano senta profondamente il dovere di contribuire con tutte le sue forze alle imprescindibili necessità della Patria in armi.

Ma vi sono larghi strati della popolazione, che pur consci di questo dovere non sanno come assolverlo perchè per la loro situazione economica o per cause contingenti, non dispongono di mezzi sufficienti. Per essi particolarmente l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha stabilito di emettere delle SPECIALI POLIZZE DI ASSICURAZIONE che consentono di partecipare alla patriottica sottoscrizione con pagamenti rateali del capitale e che in pari tempo costituiscono un perfetto atto di previdenza a garanzia dei contraenti e delle loro famiglie.

Ricordiamo che nel 1941, due assicurati con polizze di identico tipo emesse dall'Istituto in occasione della precedente emissione di Buoni del Tesoro, hanno guadagnato, ciascuno, un premio di UN MILIONE DI LIRE. E l'uno e l'altro, fino al momento della vincita, non avevano speso per la loro polizza che poche centinaia di lire!

....

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alle Agenzie dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI.