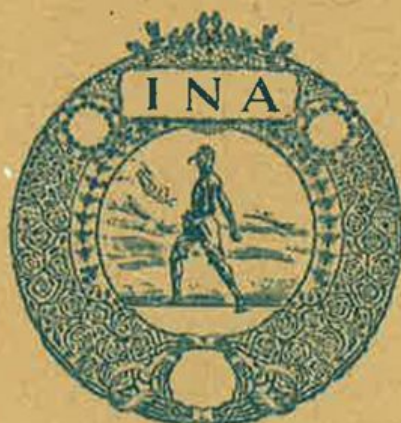


L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE
DELLE ASSICURAZIONI



ANNO XI - N. 2

15 APRILE 1942-XX

DIREZIONE • REDAZIONE • AMMINISTRAZIONE: ROMA, VIA SALLUSTIANA 51



Corporate Heritage
& Historical Archive

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

Consultorio di Medicina Preventiva e d'Igiene di Prato (Firenze).

Prestiti senza interessi per la spesa di viaggio alle stazioni termali e luoghi di cura che concedono facilitazioni agli assicurati dell'I.N.A. (v. *Notiziario*)

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite per il Collaudo della salute (a tutti, comunque assicurati, ogni due anni, presso i Centri e Consultori dell'I. N. A., vedi tabella a pag. III di copertina) **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 o 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 Consultori dell'I. N. A.

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

D) Consultazioni gratuite per le seguenti specialità:

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

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

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

F) Facilitazioni presso medici specialisti (per cure odontoiatriche, oculistiche e otorinolaringoiatriche) vedi 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. PENSO. - 5° «L'Assistenza Sanitaria» Rivista bimestrale d'igiene e di medicina preventiva - Edizione speciale.

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

Gli assicurati impossibilitati ad allontanarsi dalla loro residenza possono beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando il materiale da analizzare al Servizio Sanitario della Direzione Generale in ROMA od ai Centri di Assistenza Sanitaria (V. Tab. pag. terza della copertina) col mezzo più celere, insieme ai Buoni per Esami 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 apurinica (senza carne, cacao, caffè, cioccolato);

per la reazione di Meinicke o la R. di Ide; per la reazione citochol; per la reazione di Wassermann: 5-10 cc. di sangue, prelevato a digiuno o meglio 12-15 cc. 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. 51.

Il prelevamento del sangue va fatto detergendo la cute con etere senza adoperare alcool, oppure lasciando evaporare questo completamente prima di pungere la vena 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

Fondatore e 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, AMMINISTRAZIONE: VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA
 ABBONAM. ANNUO: PER L'ITALIA L. 20; PER L'ESTERO L. 40; PER I MEDICI FIDUCIARI L. 10

SOMMARIO

1. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:	
Dr. M. CLAUSI SCHETTINI, L'indice di Hirtz nelle varie età	50
Dr. ACHILLE CALATI, I rischi tarati nell'Assicurazione Vita	53
2. Varie:	
Nel trentennale dell' Istituto Nazionale delle Assicurazioni: Il Servizio Sanitario dell'I.N.A. alla fine del I° trentennale	72
3. Notiziario	78
4. Dai Periodici	81
5. Nella nostra biblioteca	94
6. Vuoti nelle file	96
7. Provvidenze Sanitarie	I-III

SOMMARIO DEL N. 2 - EDIZIONE SPECIALE

1. Consigli agli assicurati:	
a) Dr. ENRICO CHIARI: La lattuga	1
b) Prof.ssa MARIA VELE: La lacrimazione	4
c) Dalle riviste: Consigli d'igiene pratica	6
2. Notiziario	8
3. Provvidenze sanitarie:	
Parte ufficiale: Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati	I-VII

Studi e ricerche di medicina delle A. V.

L'INDICE DI HIRTZ NELLE VARIE ETÀ

Dott. MARIANO CLAUSI-SCHETTINI

Medico di Direzione dell'I.N.A.

S'intende, come è noto, per indice respiratorio di Hirtz la differenza fra i valori del perimetro toracico nella massima inspirazione e nella massima espirazione.

In condizioni normali questo indice è di cm. 6-9. Esso costituisce un utile complemento, accanto allo studio della capacità vitale e della resistenza all'apnea nell'esame completo del biotipo funzionale, in quanto è espressione della escursione respiratoria toracica massima. Fa parte cioè di quell'insieme di determinazioni morfologico-funzionali che stanno alla base della costruzione del biotipo completo.

Oltre alle determinazioni ora accennate, per quel che riguarda l'apparato respiratorio, Pende ricerca il valore del torace in litri secondo Viola, i caratteri della forma del torace (stretta, larga, piatta o tonda, corta o lunga) l'indice di sviluppo della regione apicale, delle regioni media e basale del polmone. Per queste ultime determinazioni egli misura sull'ortodiagramma toracico, il diametro longitudinale del polmone dalla cupola diaframmatica alla sommità della cupola pleurica apicale; i diametri polmonari trasverso, inferiore e medio, presi rispettivamente dall'estremo della curva pleurica in corrispondenza della I costola e della IV costola di destra ai punti omologhi opposti; il diametro trasverso polmonare inferiore preso dalla punta distale del seno pleurico di destra a quella del seno pleurico di sinistra. Calcola poi i singoli indici moltiplicando i singoli diametri trasversi per 100 e dividendo il prodotto per il valore del diametro longitudinale. In tal modo ha notato insieme con Cignolini, che nelle varie età il polmone si modifica poco nei rapporti fra lunghezza e larghezza dai 6 agli 8 anni, comincia ad allungarsi fino agli 11 anni, si allarga nel 12°-13° anno, torna ad allungarsi in modo pronunziato nella pubertà, dai 14 ai 17 anni, si allarga infine nell'età post-pubertaria e adulta.

Ma nelle varie età, oltre a quelle ora accennate, diverse altre modificazioni avvengono nel torace, morfologico-funzionali, e, pertanto, sul piano di un complesso di ricerche sui caratteri dell'individuo medio nelle varie età, avviato nell'ambiente medico dell'I. N. A. e nel campo e per i fini della medicina assicurativa, ho voluto ricercare quale fosse il comportamento dell'indice di Hirtz in vari gruppi di età. Questi fini furono segnati dal Romanelli nella espressione del suo concetto dell'età biologica in Assicurazione Vita.

Le modificazioni che con l'età avvengono nella respirazione sono legate anzitutto ai caratteri che viene ad assumere il torace senile. Fondamentalmente il torace senile presenta una minore elasticità e mobilità rispetto a quello del giovane. A questo proposito debbo precisare che se per ora mi sono limitato alle ricerche sulla escursione massima respiratoria del torace, cioè sulla differenza tra massima inspirazione e massima espirazione, ciò non vuol dire che io non assegni alcun valore al momento pausa respiratoria come elemento di misura.

Nella pausa respiratoria il torace è tornato, a respirazione tranquilla, per effetto di gravità ed elasticità, alla sua primitiva posizione dopo la dilatazione inspiratoria, e mentre questa (a parte l'azione del diaframma) è attiva per azione muscolare che determina innalzamento e rotazione delle costole con innalzamento dello sterno, la riduzione espiratoria, sempre a respirazione normale e tranquilla, si può considerare invece principalmente dovuta ad un ritorno passivo. Dunque la differenza tra inspirazione e pausa indica la vera elasticità toracica mentre l'indice di Hirtz, pur essendo legato alla elasticità del torace, per il nuovo elemento attivo espiratorio che in esso interviene è in certo modo un equivalente della capacità vitale.

Con l'aumento dell'età è stata notata una tendenza alla deformazione brachitipica della costituzione e del torace. Nel rapporto tronco-arti è soprattutto il torace che aumenta nei vecchi, per aumento dell'altezza dello sterno e per aumento del diametro antero-posteriore. Scrive lo Schiassi che « L'aumento di lunghezza dello sterno è la conseguenza dell'atteggiamento inspiratorio del torace senile, con arco costale a decorso orizzontale, con diminuzione di inclinazione dello sterno. Senza la diminuzione dell'inclinazione non si può concepire un aumento della lunghezza dello sterno ».

La deformazione morfologica, secondo Schiassi, influisce sulla economia generale. Difatti, mentre nel giovane ad un aumento del bisogno di ossigeno corrisponde un aumento del torace e quindi del polmone, e l'abito longitipico consente la realizzazione di una maggiore capacità vitale, nel vecchio la brachitipia, col torace inspiratorio, a diametro antero-posteriore aumentato, determina una diminuzione della capacità vitale, che non è proporzionata alla lieve riduzione del peso corporeo. Ne viene di conseguenza che nel vecchio avremo una diminuzione del rifornimento di ossigeno e una diminuzione delle attività organiche.

Se noi consideriamo le caratteristiche del torace longilineo e di quello brevilineo troviamo le seguenti note principali. Nel primo grande sviluppo del diametro verticale: i diametri trasversali prevalgono sui sagittali, le costole sono molto inclinate dall'alto in basso e dall'indietro in avanti. Per questa ultima caratteristica il torace ha la forma espiratoria. Nel secondo vi è scarso sviluppo del diametro verticale, direzione orizzontale delle coste, spazi intercostali ristretti, forma inspiratoria.

TABELLA I

ETÀ ANNI	Capacità vitale cm. ³	
	uomini	donne
15-25	3248	2198
25-35	3697	2348
35-45	3148	2098
45-55	3123	1848
55-65	2798	1699
65-75	2398	1436
75-85	2193	1249
85-93	1898	1099

Ciò spiega il comportamento della capacità vitale senza volere, con ciò negare l'interdipendenza tra conformazione toracica e polmone. Sappiamo infatti dalla fisiologia che per il sollevamento delle costole la cavità toracica si dilata in direzione sia sagittale che trasversale e il grado di tale sollevamento dipende dall'inclinazione delle costole stesse.

Sui dati di Geist Viale ha calcolato la tabella I per la capacità vitale secondo le varie età.

Emerge dall'esame di questi dati un fatto fondamentale, e cioè la notevole riduzione della capacità vitale nella vecchiaia.

Considerando in certo modo l'indice di Hirtz come un equivalente della capacità vitale, ho studiato il comportamento di esso in circa 2000 soggetti per la quasi totalità maschi, divisi per gruppi di età. Ecco i risultati ottenuti:

ETÀ ANNI	Indice di Hirtz cm. (media aritmetica)	Scostamento quadratico medio
15-20	6.2	1.64
21-30	5.9	1.64
31-40	5.7	1.56
41-50	5.3	1.59
51-60	5 .	1.65
61 oltre	4.9	1.61

Risulta dunque, dalle mie ricerche una diminuzione progressiva del valore dell'indice di Hirtz con l'aumentare dell'età da 15-20 anni a 61 e oltre.

Le differenze tra i vari gruppi di età non sono notevoli, ma se si pensa che i limiti di variabilità dell'indice sono molto limitati, è lecito assegnare al fenomeno osservato un significato abbastanza dimostrativo.

AUTORIASSUNTO.

L'A. ha ricercato il comportamento dell'indice di Hirtz nelle varie età su circa 2000 soggetti quasi tutti maschi, In base ai risultati ottenuti conclude che il valore dell'escursione massima respiratoria va diminuendo col progredire dell'età.

BIBLIOGRAFIA.

CLAUSI-SCHETTINI: *L'età biologica in A. V.* « Assistenza Sanitaria », 1941.

PENDE: *Trattato Biotipologia umana* - Vallardi.

SCHIAVI: *La vecchiaia.* « Arch. di Pat. e Clin. Med. », vol. XVIII, fasc. IV.

LEVI-PEPERE-VIALE: *Fisiopatologia della vecchiaia.* Ed. Istituto Sieroterapico Milanese.

LUZZATTO-FEGIZ: *Semeiotica fisica dell'apparato respiratorio.* Tip. Operaia romana.

FERRANNINI: *Semeiologia Medica.*

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**

I RISCHI TARATI NELL'ASSICURAZIONE VITA *

DOTT. ACHILLE CALATI

INTRODUZIONE.

Nel vasto campo dell'assicurazione sulla vita, il ramo dei « rischi tarati » (riferentesi cioè all'assicurazione di individui non perfettamente sani) ha assunto in questi ultimi tempi un'estensione ed una importanza così grande, che non è possibile in un breve studio come può essere questo pretendere di lumeggiare in modo completo tutti gli aspetti medici ed attuariali complessi che ne sono alla base.

Le difficoltà per una trattazione esauriente e completa dell'argomento sono anzitutto e soprattutto legate alla relativamente recente istituzione di questa nuova forma assicurativa, che per l'Italia si può far coincidere con la creazione del Consorzio Italiano dei Rischi Tarati (C. I. R. T.). Questo Ente sorse nel 1927 colla cooperazione delle varie Compagnie italiane d'assicurazione vita. Dato il breve periodo trascorso da tale istituzione, si può dire che, sebbene i risultati ottenuti in questi pochi anni siano più che soddisfacenti, non è possibile ancora, in questa fase di prova e di assestamento, arrivare a delle conclusioni definitive.

Altra difficoltà, dipendente in parte dalla prima, è data dalla mancanza quasi assoluta, sia in Italia che all'Estero, di pubblicazioni specifiche e complete sull'argomento.

Da ultimo, la segretezza quasi gelosa nella quale vengono tenuti dalle Compagnie gli speciali criteri e metodi di lavoro propri di ciascuna, ostacola certo la possibilità di uno studio razionale e approfondito del vasto e difficile problema.

Fatta questa premessa, necessaria per giustificare quelle eventuali lacune che non sarò riuscito a colmare, accennerò al piano di questo mio lavoro.

In una prima parte (generale) verrà detto brevemente del nascere, dell'evolversi e del progredire attraverso il tempo dell'assicurazione vita in genere e dei rischi tarati in specie, e verrà poi studiato, in modo più ampio, il meccanismo attualmente adottato in Italia ed all'Estero per la valutazione e l'accettazione dei rischi tarati.

Nella seconda parte verranno trattati in modo specifico e dal punto di vista medico-assicurativo alcuni rischi tarati, scelti, dietro suggerimento del prof. Cazzaniga, tra i più importanti e tra quelli che più frequentemente si presentano nella pratica assicurativa, e cioè: il diabete, l'ipertensione e la tubercolosi.

PARTE GENERALE

CAPITOLO I.

GENERALITA'

CONCETTO DI ASSICURAZIONE VITA - CENNI STORICI SULLA ORIGINE E LO SVILUPPO DELLA ASSICURAZIONE VITA IN GENERALE E DELLA ASSICURAZIONE DEI RISCHI TARATI IN PARTICOLARE.

Si può brevemente caratterizzare il concetto di assicurazione vita nel modo seguente. La morte è un evento certo, ma incerto è il tempo in cui si avvererà. La morte

(*) Pubblichiamo molto volentieri questa tesi di laurea compilata sotto la guida di uno dei migliori Maestri di Medicina legale d'Italia, il Prof. Antonio Cazzaniga, Direttore dell'Istituto di Medicina legale e delle Assicurazioni della R. Università di Milano. Saremmo lieti se a questa tesi altre ne seguissero, sia come tesi di laurea che come tesi dei Corsi di Perfezionamento per cui venissero illustrati sia gli studi e gli sviluppi dei rischi tarati svolti dal 1937 ad oggi successivamente alla compilazione di questo lavoro, sia la parte Speciale che fino ad ora solo scarsamente è stata trattata.

prematura apporta notevoli danni alla famiglia del morto. Questi danni possono venire ripartiti su una massa di individui, i quali, essendo in potenza tutti soggetti ad una morte prematura, desiderano premunire dal danno i loro familiari.

Esemplificando: la statistica ci dice che di 1000 individui di 45 anni molto probabilmente 10 non raggiungeranno il 46° anno. Se questi 1000 individui (i quali sanno che 10 tra di essi devono morire entro l'anno ma non sanno quali saranno i colpiti dall'evento morte) stabiliscono di alleviare il danno economico derivante alle famiglie dalla morte prematura, con una somma, supponiamo, di L. 10.000 per ogni famiglia colpita, sarà sufficiente che ognuno versi una somma di L. 100. ($100 \times 1000 = 100.000$; $10 = 10.000$).

Il concetto di Assicurazione in genere e di Assicurazione Vita in ispecie, nel significato attribuito da noi moderni a tali espressioni, è relativamente recente.

Forme vaghe di assicurazione si trovano fin nei primordi della Storia: alcune forme di assicurazione, specialmente contro i rischi dei trasporti per terra e per mare, infatti, esistevano già presso gli Indiani, i Fenici ed i Babilonesi, i Greci ed i Romani. Per esempio una forma di assicurazione mutua abbastanza definita la si può ravvisare nei « collegia funeraria » che avevano per iscopo di alleviare i danni sofferti da un membro della comunità ripartendolo fra tutti. Come si vede, è lo stesso principio fondamentale che sta alla base di ogni forma assicurativa moderna. Nella forma poi tali « Collegia » assomigliano alle moderne Mutue.

Solo nel Medio Evo però si deve ricercare l'origine della assicurazione come oggi è intesa, sotto forma, cioè, di un regolare contratto tra assicuratore ed assicurato. Sorge come giuoco o scommessa sui rischi della navigazione (1), isolatamente, senza calcoli prestabiliti, tali da dar modo di proporzionare i premi da pagarsi dall'assicurato, ai rischi che l'assicuratore effettivamente assume.

Ma è solo colla scoperta del calcolo integrale che si rese possibile di dare al contratto di assicurazione una base scientifica e di trasformare l'aleatorietà che caratterizzava in un primo tempo tale contratto in una corrispondenza esattamente proporzionata tra rischio e premio mediante il calcolo delle probabilità (tanto più perfetto quanto più grande è il numero dei casi contemplati).

Si profila così a poco a poco la moderna Impresa assicurativa, la quale basandosi sui risultati statistici, operando su larghe basi ed assunto sistematicamente un numero illimitato di rischi, può ormai considerare il contratto assicurativo come fonte sicura, e non più aleatoria, di utile. (Si comprende facilmente che l'Impresa sarà tanto più solida quanto più numerosi saranno gli assicurati). Al concetto di impresa va quindi necessariamente collegato quello del lucro: *l'impresa assicurativa ha come scopo immediato quello di conseguire un guadagno*. Occorre tenere ben presente questa affermazione per spiegarci tutto lo svolgimento della pratica assicurativa moderna: solo dove si profila la possibilità, desunta dal calcolo delle probabilità, di un guadagno certo, si svolge l'attività della impresa assicuratrice.

Questo ci spiega anche perchè le Imprese assicuratrici furono in genere contrarie in un primo tempo all'assicurazione di individui non perfettamente sani (« tarati »), presentando per esse questo nuovo ramo assicurativo, l'alea di una perdita economica.

All'impresa così concepita, la quale deve operare in un campo tanto vasto da po-

(1) Da ricerche compiute qualche anno fa da Enrico Bensa negli Archivi Genovese e Fiorentino, risulta in modo indubbio che l'origine del moderno contratto di assicurazione deve ricercarsi in Italia. Il bisogno di alleviare i gravi danni che la insidiosa via del mare poteva procurare ai nostri commercianti, spinse i nostri navigatori a trovare mediante un contratto il modo di evitare, ripartendone le conseguenze, i danni che potevano ad essi derivare dai sinistri del trasporto di merci per via di mare. Il Bensa infatti rinvenne una serie non interrotta di contratti di assicurazione a partire dal 1247 per l'Archivio Genovese e dal 1320 per quello Fiorentino, che ci dimostrano che la assicurazione si praticava già da allora nelle principali città commerciali italiane come cosa consueta e come sussidio necessario del commercio.

ter basare l'equiparazione del rischio al premio mediante il calcolo delle probabilità, occorrono capitali ingenti. Per questo motivo è solo coll'apparire delle moderne forme di società capitalistiche (anonime) che l'Impresa assicurativa può raggiungere tutto il suo sviluppo.

La costituzione di Imprese a società anonime, prodotto tipico della nascente Era capitalistica, ha inizio col principio del secolo XIX. Mentre però all'Estero le Società d'assicurazione sulla vita si sviluppano rapidamente, in Italia, che pure era stata la culla della pratica assicurativa, tali Enti hanno all'inizio una vita stentata e spesso si estinguono appunto per scarsità di contratti.

Bisogna arrivare all'anno 1825 per trovare la formazione della prima società italiana sorta col preciso scopo di esercitare l'assicurazione nel ramo vita: essa è la « Compagnia di Assicurazione Milano ».

Nel 1831 si fondano a Trieste le « Assicurazioni Generali ». Pure a Trieste nel 1838 sorgono la « Riunione Adriatica di Sicurtà » e qualche altra Impresa.

Ma il pubblico rimase ancora a lungo diffidente od indifferente, tanto che nel 1871 i capitali assicurati in Italia sono globalmente calcolati in L. 16 milioni, e nel 1880 in L. 36 milioni. Nel 1888 abbiamo invece già un salto a L. 348.817.124.

E' appunto verso il 1880-90 che anche in Italia si nota un grande sviluppo dell'assicurazione sulla vita. Sorgono numerose Società aventi questo preciso scopo, gli affari aumentano rapidamente, il pubblico si interessa vivamente e con maggior fiducia della nuova forma di previdenza.

Per dare una idea della importanza e dello sviluppo assunto al giorno d'oggi dalla organizzazione assicurativa del *ramo vita*, basta citare alcune cifre desunte da recenti statistiche.

Sono attualmente in vigore nel mondo circa 290 milioni di contratti, per un importo complessivo di L. 1.800 miliardi di capitali assicurati;

L'importo dei premi pagati annualmente dagli assicurati ascende a circa 65 miliardi di lire, e le riserve accumulate oltrepassano i 370 miliardi;

Le cifre che riguardano lo sviluppo dell'organizzazione assicurativa ramo vita in Italia sono le seguenti: (anno 1936)

Contratti in vigore: 1.064.250 (nel 1922: 542.622).

Capitali assicurati: 15 miliardi e 560 milioni (nel 1922: 4.708 milioni).

Premi incassati:) dall'I. N. A.: 653 milioni (nel 1922: 199 milioni);
) da compagnie private: 253 milioni (nel 1922 56.568.000).

Siamo ancora ben lontani dalle 127 Polizze su 100 abitanti, come si hanno in Olanda e presso a poco in Inghilterra: in Italia infatti abbiamo nel 1932, 25 assicurati su 1.000 abitanti. Nel 1912 se ne avevano invece 8,4 su 1000. Il progresso non trascurabile verificatosi in questi ultimi anni anche in Italia, fa sperare che la più pratica e la più nobile forma di previdenza e di risparmio, l'assicurazione vita, possa allargare sempre più la sua base anche nel nostro Paese.

Senonchè, dato lo scopo precipuo e immediato delle Società Assicuratrici che è quello del guadagno, era naturale che in un primo tempo fossero esclusi dalla possibilità della assicurazione vita coloro che, per la loro costituzione fisica o per altre ragioni di ordine patologico, rendevano più probabile a paragone degli individui normali il verificarsi dell'evento morte (coincidendo questo evento colla cessazione del percepimento dei premi e con l'obbligo da parte della Società di pagare il capitale assicurato).

Le Imprese assicuratrici infatti ebbero la preoccupazione costante di escludere tutti quelli che per una qualsiasi ragione rappresentassero per esse un rischio maggiore del normale.

Eppure è indubitabile che l'assicurazione vita avrebbe arrecato il massimo vantaggio a coloro che, per condizioni fisiche, congenite o acquisite, non sono perfettamente sani, ma sopportano delle *tare*, le quali, anche quando permettono loro una vita di lavoro abbastanza proficua, possono più facilmente abbreviarne la esistenza. Co-

storo più dei sani hanno bisogno della assicurazione vita, perchè ad essi più buio si presenta l'avvenire familiare; sia perchè più probabile è la loro morte, sia perchè il loro lavoro è di solito meno redditizio.

Socialmente non era giusto che proprio costoro non potessero usufruire dei vantaggi della assicurazione vita, perchè rifiutati dalle Compagnie. Per ovviare a tale inconveniente, del resto teoricamente, non occorre altro che poter determinare il maggior rischio che l'assicuratore si assumeva, allo scopo di adeguarvi il premio che doveva pagare l'assicurato tarato.

Così avvenne che in questi ultimi decenni si impose il problema della assicurazione dei *rischi tarati*. Medici ed attuari degli Enti assicuratori coordinarono i loro studi e le loro osservazioni, allo scopo di dare una base scientifica alla forma suddetta di assicurazione, ed in primo luogo per stabilire se ed a quali condizioni essa si potesse effettuare. Prima e durante tali studi si comprende benissimo, e si giustifica anche, come agli inizi della innovazione le Compagnie siano state timide e prudenti nell'assunzione dei rischi superiori al normale. Si affrontava infatti un campo nuovo che poteva riservare delle sgradite sorprese e che richiedeva, per poter essere sperimentato con sufficiente tranquillità, un enorme bagaglio di esperienza che, solo osservazioni e studi di anni e di decenni sulla sopra mortalità di individui tarati, avrebbero potuto dare.

Le Compagnie abbordarono pertanto il nuovo campo con criteri prudenziali e pessimistici. Oggi, dopo alcuni anni di esperienza, si vede che la prudenza e il pessimismo originali furono forse eccessivi ed esagerati. Da statistiche americane, pubblicate recentemente, risulta infatti che la mortalità dei rischi tarati si aggirò in questi ultimi anni, per le diverse Compagnie, sul 45-75-80 per cento della mortalità prevista e preventivata. Si vede quindi come i criteri attuati dalle Compagnie americane (e certamente anche da quelle europee e italiane) siano anche attualmente di carattere molto prudenziale e pessimistiche e che il lavoro nel campo dei rischi tarati, lungi dall'essere come si era temuto una causa di perdita, possa rappresentare una fonte di guadagno e quindi possa rientrare benissimo negli scopi commerciali delle Compagnie di assicurazione.

Quando nasce, in seno all'assicurazione Vita, il ramo specifico dei « rischi tarati? ».

Non si può fissare una data esatta. Vi fu un *primo periodo* che va dal 1850 circa fino al 1896 di tentativi e di esperimenti, fatti soprattutto in Inghilterra ed in Germania. Si può affermare che i risultati conseguiti in esso non furono molto soddisfacenti.

In genere si può dire che tutti i tentativi fatti nella seconda metà del secolo scorso per risolvere il problema dell'Assicurazione dei Rischi Tarati e dei rischi anormali in generale, sono caratterizzati dalla mira di fare ricadere il maggior rischio sul singolo assicurato (clausole di carenza, scaglionamenti ecc.).

Con l'anno 1896 si può far coincidere l'inizio di un *secondo periodo*. Infatti durante il sessennio 1890-1896 la Compagnia Americana « New York Life » aveva seguito e studiato i rischi rifiutati per l'assicurazione a condizioni normali. Da queste osservazioni aveva tratto delle statistiche, in base alle quali appunto nel 1896 iniziò su vasta scala l'assicurazione dei rischi anormali.

Nel 1905 sette Compagnie olandesi crearono la Società « De Hoop », la quale ancora oggi si occupa esclusivamente della assicurazione dei rischi tarati. Nel 1909 fu tenuto a Vienna il VI Congresso Internaz. degli Attuari: durante le discussioni di esso fu proposta la questione se fosse possibile, allora, la assicurazione di individui tarati secondo speciali classi di rischi, e, in caso affermativo, in quale modo si potessero ottenere le necessarie basi tecnico-statistiche. La formulazione stessa del problema durante quel congresso, dimostra che l'assicurazione dei rischi tarati si trovava ancora allo stato embrionale e le poche relazioni sui risultati pratici già conseguiti, mostrano che si limitava allora l'assicurazione ai migliori fra i rischi tarati, a quelli cioè che oggi verrebbero qualificati come aventi una sopra mortalità del 25-50 per cento. Soltanto in America erano già allora accettati rischi con una presumibile sopra mortalità del

75 per cento, in casi eccezionali del 100 per cento. Di importanza fondamentale fu in questo periodo la pubblicazione in America (negli anni 1912-14) dell'opera in 5 volumi « Medico-actuarial mortality investigation », che è uno studio molto esteso sulla sopra-mortalità dei rischi tarati.

Nel 1916 approssimativamente si può porre l'inizio di un *terzo periodo*. E' infatti in questo anno che la Compagnia di riassicurazione « Sverige » costituisce un reparto per i rischi tarati. Nello stesso anno 21 Compagnie tedesche fondano la « Hilfe » destinata esclusivamente a tale ramo. Ancora nel 1916 in Austria ed in Ungheria sorgono due Consorzi formati da tutte le Compagnie di Assicurazione Vita operanti nei rispettivi Paesi, e in Danimarca fu costituita la « Dana » col concorso di quasi tutte le Compagnie Danesi.

Qualche anno dopo sorsero: la finlandese « Varma », la norvegese « Norske Folk » e inoltre alcune grandi Compagnie di riassicurazione, come le tedesche « Koelnische Ruek » e « Muenchener Ruek », che iniziarono su vasta scala la riassicurazione dei rischi tarati. Insomma in pochi anni l'assicurazione dei rischi anormali aveva fatto rapidi progressi in quasi tutti i Paesi di Europa, cosicchè si ha l'impressione e si deve concludere che fra il 1916 ed il 1919 si siano resi evidenti i frutti di studi preparatori e di un lungo lavoro precedente.

Consorzi per l'assicurazione dei rischi tarati sorsero ancora in Cecoslovacchia nel 1922 e finalmente in Italia nel 1927 (C.I.R.T.).

L'inizio di un *quarto periodo* può essere posto nel 1927. In tale anno fu tenuto a Londra l'VIII Congresso Internazionale degli Attuari, al quale fu proposto il tema: « Assicurazione dei rischi tarati », formulazione che indica già la effettiva esistenza ed il riconoscimento del ramo. Su questo tema furono presentati al Congresso molti lavori importanti da parte degli Stati Uniti e dei principali Paesi Europei, lavori che diedero luogo a discussioni molto interessanti e proficue sull'argomento, il quale veniva finalmente messo in piena luce ed al posto di onore.

Nel Congresso di Londra inoltre fu impostato un importante problema, fino allora un po' trascurato: la necessità cioè di basare su statistiche e sulla osservazione medica lo studio dei rischi aggravati *classificati in gruppi omogenei*.

Altra circostanza che merita di essere rilevata è quella riguardante l'appello che fu rivolto da parecchi congressisti per una stretta collaborazione europea fra le organizzazioni che si interessavano della assicurazione dei rischi aggravati. Fu in seguito a ciò costituita una specie di « cooperazione internazionale » fra i vari Enti che si interessavano del problema dei rischi tarati, ed in quello stesso anno (1927) fu tenuta a Vienna la I Conferenza internazionale dei Paesi confederali, alla quale partecipò anche una delegazione italiana. Gli argomenti posti in discussione furono parecchi e interessanti ed i risultati furono molto importanti. Fu appunto alla Conferenza di Vienna che fu decisa la creazione di « perizie internazionali » o « pareri circolari ». Per questa importantissima innovazione i vari Enti e Consorzi federati provvedono a scambiarsi pareri sopra casi particolarmente interessanti capitati a ciascuno di essi, il che comporta la diffusione e la conoscenza delle basi medico-attuariali in uso presso ciascun organismo. E' appunto colla collaborazione di tutti e colla messa in comune della esperienza acquistata dai singoli, che si potrà accelerare e perfezionare la formazione delle indispensabili basi scientifiche e statistiche anche per l'assicurazione dei rischi tarati, analogamente a quanto si è fatto per i rischi normali.

La II Conferenza internazionale fu tenuta a Copenaghen nel 1931. Anche in questa furono presentate relazioni e comunicazioni del più alto interesse. Furono inoltre toccati due argomenti importanti, i quali però restarono insoluti (e lo sono tuttora), essendo stata la loro decisione rinviata a quando si potrà disporre di elementi statistici più attendibili di quelli attualmente posseduti. Tali argomenti riguardavano:

- 1) quale pressione arteriosa può ritenersi « normale » in rapporto alle varie età.
- 2) Quale peso può dirsi « normale » tenuto conto della età e del sesso. Sono questi problemi veramente fondamentali per la pratica assicurativa e che si devono risol-

vere, almeno provvisoriamente. Non si saprebbe infatti quale valore dare ad espressioni come le seguenti: « pressione arteriosa del 15 o del 30 per cento superiore alla norma », « sottopeso o sovrappeso fra il 10 ed il 25 per cento », come vuole la « scheda statistica unica » (1) approvata appunto a Copenaghen, se non si conoscono i rispettivi valori « normali ».

La conferenza di Copenaghen confermò inoltre la grande utilità degli scambi dei « pareri circolari » e di riunioni internazionali che trattino esclusivamente argomenti riguardanti l'assicurazione dei rischi tarati. Infatti nei tre anni che trascorsero fra la Conferenza di Copenaghen e quella successiva di Praga, le varie organizzazioni riunite nella « Cooperation internationale » si tennero in strettissimo contatto, attraverso lo scambio attivissimo di rischi, sui quali era chiesto il parere dettagliato di ciascuna di esse. Così il Consorzio Italiano (C.I.R.T) sottopose all'esame dei Consorzi esteri ben 250 rischi, i quali furono poi pubblicati, corredati ciascuno del parere di 8 o 9 organismi esclusivamente o specialmente versati nella pratica della assicurazione dei rischi tarati.

La III Conferenza internazionale per lo studio dei rischi tarati fu tenuta nel 1934 a Praga: essa fu certamente la più importante per le dotte relazioni e discussioni e per la soluzione di molti fondamentali problemi. Anche i risultati furono, più che per le precedenti Conferenze, di grande utilità pratica per le varie organizzazioni confederate. E ciò si comprende facilmente quando si tenga presente che i vari Consorzi, disponendo ormai di un discreto materiale di esperienza, potevano discutere e risolvere i vari problemi all'ordine del giorno, non più soltanto con criteri per la massima parte previsionistici e d'induzione, ma con dati statistici positivi e di maggior rigore scientifico. Il programma dei lavori della Conferenza di Praga comprendeva tre parti: la prima riguardava esclusivamente problemi di statistica; la seconda, argomenti tecnico-attuariali (rischi limite, carenze ecc.); la terza, argomenti di carattere puramente medico (valutazione dell'obesità, dell'ipertensione, del sovrappeso e sottopeso ecc.).

Nella discussione dei problemi di statistica la Delegazione Italiana è intervenuta suscitando grande interesse colla illustrazione della « scheda meccanica », la quale differisce più nella forma che nella sostanza da quella di Copenaghen. Caratteristica peculiare di essa è quella di permettere, mediante il massimo sfruttamento delle possibilità meccaniche, di raccogliere una larghissima mole di altri elementi assai utili ed importanti ai fini statistici, elementi che colla scheda di Copenaghen non erano rilevabili. La scheda italiana è costituita infatti da 45 colonne, nelle quali sono ordinatamente raccolti tutti i dati concernenti la personalità dell'individuo assicurato, dalle generalità alle misure somatiche, ai fattori ereditari, ai valori della glicemia, dell'azotemia, della pressione arteriosa massima e minima, alle tare (principali e secondarie), alla forma di assicurazione, ai precedenti assicurativi, alla durata del contratto, al capitale assicurato ecc.

La IV Conferenza sarà tenuta a Parigi quest'anno 1937.

Ho creduto opportuno soffermarmi un po' a lungo nel tracciare la storia e l'evoluzione nel mondo della assicurazione dei rischi tarati, perchè meglio fosse lumeggiato il problema e per non essere costretto in seguito a ritornare sopra l'argomento. Ma soprattutto ho voluto parlare di tale svolgimento per mettere in rilievo la grande importanza che recentemente si è attribuita al problema dell'Assicurazione dei rischi tarati, cosicchè in un ventennio (dal 1916-vedi sopra) si può dire che tale ramo assicurativo, (non tenendo conto dei primi studi e tentativi sporadici antecedenti), è nato

(1) La scheda statistica unica è stata creata per il bisogno sentito di raccogliere tutto il materiale statistico che doveva dare una base scientifica a tutto il sistema, secondo criteri e norme uniformi e uguali per tutti, di modo che il materiale raccolto da ciascuno fosse utile a tutti gli altri.

come ramo a sè stante e si è poi sviluppato enormemente con un progresso di anno in anno veramente grandioso.

Che se ancora non si è arrivati a dare a tutto il sistema rigoroso basi scientifico-statistiche, questo dipende anzitutto, io credo, dalla impossibilità di arrivarci, data la grande complessità del problema in cui troppi sono gli elementi varianti e soggettivi.

Infatti quando anche per ogni classe di rischi si conoscerà matematicamente l'indice di sopramortalità, resterà sempre la grande difficoltà d'ordine prettamente medico di assegnare il caso singolo a questa, piuttosto che a quella classe. Senza contare che tutto il fondamentale problema valutativo del rischio tarato è soggetto, per la sua natura intrinseca, a variare nel tempo, dovendo seguire le variazioni della prognosi delle malattie, prognosi che è strettamente dipendente dai nuovi ritrovati della scienza medica.

CAPITOLO II.

DEL CONCETTO DI RISCHIO TARATO

RAPPORTI TRA ASSICURATORE E ASSICURATO - PREMIO E SUA DETERMINAZIONE - TAVOLE DI MORTALITÀ - DIVISIONE DEI RISCHI IN: NORMALI, ADATTATI E TARATI - DEFINIZIONE DI RISCHIO TARATO - CRITERI GENERALI PER L'ACCETTAZIONE E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI TARATI.

Se si vuole definire cos'è nell'assicurazione Vita un rischio tarato, bisogna evidentemente definire prima cos'è un rischio normale. L'espressione « rischio tarato » presuppone infatti l'altra « rischio normale ».

Per giungere a tale definizione, credo quindi necessario dare alcuni cenni sui caratteri peculiari del contratto di assicurazione-Vita, sui rapporti intercorrenti tra assicuratore ed assicurato e, infine, sulla quantità e qualità delle prestazioni vicendevoli.

Avendo già avuto occasione di parlare dell'origine del concetto di assicurazione vita e della sua evoluzione nel tempo, potrò qui essere breve.

Si è visto come il concetto fondamentale, l'essenza stessa, del contratto d'assicurazione sulla vita sia stato, fin dalle origini, da una parte lo scopo di guadagno dell'assicuratore e dall'altra quello di una sana previdenza dell'assicurato. Questi infatti accedendo alla proposta di assicurazione sulla vita, mira a premunirsi contro il rischio di una morte prematura. A questa prima funzione di previdenza dell'assicurazione vita (la quale rimane anche oggi la più importante) si è aggiunta in epoca più recente un'altra funzione, complementare alla prima: quella del risparmio. Cioè, mentre nella sua concezione originaria, l'assicurazione Vita consisteva nell'obbligo da parte dell'assicuratore di pagare una determinata somma solo quando si fosse verificata la morte dell'assicurato (Contratto di assicurazione a « vita intera »), da qualche tempo è in uso un'altra forma di assicurazione detta « a termine fisso ». Con questa ultima forma di contratto l'assicuratore si impegna a pagare il capitale dopo un periodo *predeterminato* di tempo, sia ancora in vita allora l'assicurato o sia già morto.

Finalmente una terza forma, detta « mista », partecipa nei suoi elementi delle due forme precedenti, prevedendo il pagamento del capitale dopo un determinato numero di anni, o anche prima se la morte dell'assicurato si verifica avanti la scadenza del termine.

Alla prestazione dell'Ente assicuratore, costituita dal pagamento di un capitale ad una determinata epoca, deve necessariamente corrispondere una prestazione dell'assicurato. Questa, che viene chiamata « premio » viene di solito pagata a rate annuali, ma può anche essere pagata in unica soluzione.

I premi possono essere di due specie:

1) *premio di rischio*, che serve nella forma « a vita intera » a coprire il rischio costituito per l'assicuratore dalla morte dell'assicurato

2) *premio di risparmio*, che serve nelle forme di capitalizzazione a formare il capitale da pagarsi, all'epoca fissata, all'assicurato.

Su ambedue le specie di premi grava inoltre un « *caricamento* », un contributo cioè che non verrà restituito col capitale, e che serve a coprire le spese di gestione della Società assicuratrice ed a fornire ad essa l'utile commerciale.

La *determinazione del premio di risparmio*, che non riguarda direttamente il nostro studio, è basata esclusivamente su calcoli matematico-attuariali. Con essi si fissa l'ammontare dei premi annuali (o cifra globale pagata in unica soluzione) tali quantitativamente che, coll'aggiunta degli interessi composti, diano come totale il capitale assicurato, oltre l'importo delle spese di gestione e dell'utile per la Compagnia assicuratrice.

La determinazione invece del « premio di rischio » riguarda più da vicino il nostro argomento in quanto che, mentre nelle forme di capitalizzazione (« a termine fisso », come è intuitivo, non viene in rilievo la maggior probabilità di morte determinata dalle condizioni fisiche dell'assicurato, tale probabilità ha una importanza fondamentale nella forma « a vita intiera » e nella « forma mista ». La determinazione dell'ammontare del premio di rischio presuppone d'altra parte, oltre le cognizioni attuariali e statistiche (sufficienti da sole per fissare il premio di risparmio), tutto un complesso di cognizioni mediche; nè, nonostante l'ausilio di esse, tale determinazione può essere facile.

Infatti essendo in questo caso il rischio rappresentato dall'evento morte, è intuitivo che il premio da pagarsi dall'assicurato deve essere in relazione proporzionale alle maggiori o minori probabilità di morte presentate dall'individuo in esame. Ora essendo questa probabilità di morte legata allo stato di salute del soggetto in esame, si impone, di necessità, la distinzione fra individui « normali » e individui « tarati », cioè minorati nelle loro probabilità di sopravvivenza da malattie congenite o acquisite, in atto o precedenti e superate.

Cominciamo collo studio della determinazione del premio da pagarsi da individui normali (1). In questo caso (dei rischi normali) il calcolo è ancora relativamente facile: si tratta in fondo di stabilire la mortalità di grandi masse di individui normali divisi per gruppi di età, e di riferire il caso singolo (l'individuo assicurando), a seconda dell'età, a questo o a quel gruppo. Per raggiungere lo scopo le Compagnie si sono preparate delle *tavole di mortalità*, dalle quali risulta il numero delle persone che muore in un anno (« tasso di mortalità ») per ogni gruppo di età, e per mezzo delle quali si possono perciò dedurre le probabilità di morte di ogni gruppo, e quindi anche di ogni individuo appartenente ad un dato gruppo. Nelle tavole di mortalità riguardanti individui normali, in assenza quindi di ogni fattore perturbante rappresentato sia da tare che da speciali condizioni estrinseche (professioni pericolose, abitudini nocive ecc.), il tasso di mortalità, e quindi il premio da pagarsi, aumenta gradatamente e proporzionatamente col crescere dell'età.

Ne viene di conseguenza che la determinazione del premio di rischio riguardante individui in condizioni ideali di perfetta normalità, si potrebbe stabilire con precisione ed esattezza matematica, dovendo essere tanto minore quanto minore è l'età dei soggetti considerati.

Ma non sarebbe certamente applicabile una siffatta tavola, desunta cioè dallo studio della mortalità di individui in queste condizioni ideali, alla determinazione del premio di masse di individui accettati nell'assicurazione sia pure come normali. L'espressione « normale » non coincide infatti con quella di « clinicamente sano » per il fatto che la Compagnia accetta come normali anche individui con lievi tare, senza contare le non rare infiltrazioni in assicurazione di individui più o meno gravemente tarati che riescono, ingannando il medico fiduciario, a farsi accettare come normali.

(1) I criteri fondamentali infatti sono gli stessi che per i rischi tarati, salvo per questi una complessità infinitamente maggiore.

Di conseguenza la mortalità di individui appartenenti al gruppo ideale suddetto risulterà essere molto minore di quella degli individui accettati in assicurazione come «normali». Ora, poichè è appunto di questi ultimi che si deve determinare il premio, gli individui assicurandi verrebbero ad essere favoriti dalla applicazione di una siffatta tavola di mortalità ideale e la Società ne scapiterebbe; sarebbe come se la Compagnia adottasse come unità di misura un metro di... 90 cm. a suo esclusivo svantaggio. D'altro canto nemmeno sarebbe giusto servirsi di tavole desunte dallo studio della mortalità della popolazione generale divisa per gruppi d'età. In questo caso infatti, al contrario del precedente, la mortalità sarebbe troppo forte in confronto di quella vera degli individui «normali» di cui si deve fissare il premio. Infatti la visita medica, imposta dall'Ente Assicuratore, ha già eliminato tutti quelli con mortalità presumibilmente superiore alla norma: verrebbe in questo caso danneggiato l'assicurato con esclusivo vantaggio della Compagnia (... metro di cm. 110!). Queste tavole desunte dalla mortalità della popolazione generale sarebbero applicabili solo nel caso che la massima parte della popolazione fosse assicurata, potendosi allora fare a meno della visita medica e risultando allora la mortalità della massa assicurata molto vicina, se non uguale, a quella della popolazione generale. E' quello che è stato attuato in Italia e all'Estero nelle cosiddette «Assicurazioni Popolari» senza visita medica (a capitale assicurato molto piccolo).

Concludendo si deve dire che la tavola di mortalità, perchè risponda a criteri di giustizia e di equità tanto per l'assicurato che per l'assicuratore, deve uniformarsi alla direttiva fondamentale di essere desunta dallo studio della mortalità di grandi masse di individui *uguali o molto simili* dal lato della presumibile mortalità a quelli che si vogliono assicurare.

Così per determinare i premi di rischio degli individui accettati dalla Compagnia, previa visita medica, come normali, e quindi già selezionati, occorre necessariamente usare una tavola desunta dallo studio della mortalità di una massa di individui scelti cogli stessi criteri di selezione in uso presso quella stessa compagnia (per la visita medica preassicurativa).

Di conseguenza le tavole di mortalità, sulle quali le varie compagnie si basano, per la determinazione dei premi di rischio, dovranno essere diverse l'una dall'altra, se diversi sono i criteri di selezione medica adottati da esse. Ma non basta, e non è garanzia sufficiente di giustizia, stabilire in partenza una tavola che risponda al criterio suddetto. Occorre ancora continuamente vigilare e controllare a che la tavola di mortalità sia sempre rispondente ai criteri di selezione adottati di anno in anno dalla Compagnia e, variando questi nel senso di una maggior o minore rigosità, far variare pure nello stesso senso la tavola di mortalità. Non tutte le Compagnie si preoccupano però di fare ciò. Esemplicando: è innegabile che i criteri di selezione della visita medica sono diventati in questi ultimi tempi molto più rigorosi di quanto fossero 20 o 30 anni fa; e ciò grazie specialmente all'entrare nell'uso pratico delle nuove indagini cliniche e di laboratorio, che permettono di far la diagnosi di molte malattie agli inizi e di scoprire anche minime deviazioni della normalità. Ciò portò naturalmente ad un miglioramento del decorso della mortalità degli individui assicurati, al quale avrebbe dovuto corrispondere una diminuzione proporzionata dei premi. Molte Compagnie, come dissi, non si sono preoccupate di aggiornare le loro tavole di mortalità e di ritoccare conseguentemente i premi, per la semplice ragione che era contro il loro interesse il farlo, almeno in apparenza e considerando superficialmente il problema. Essi continuarono così a calcolare i premi colle vecchie tavole la cui mortalità è di ventata eccessiva e non più corrispondente a quella realmente presentata dalla massa degli assicurati. E' intuitivo che queste Compagnie applicano ai nuovi assicurati, selezionati secondo i moderni criteri, dei premi più forti del giusto. Ma questo, che in un primo tempo può rappresentare per esse un utile economico, a lungo andare si ritorce a loro danno, perchè automaticamente gli assicurandi si rivolgeranno sempre

in maggior numero ad altre Compagnie che, più aggiornate nelle tavole e nei calcoli relativi, perchè più scrupolose e più oneste, applichino premi più bassi.

In conclusione, risulta chiaramente che la tavola di mortalità è la base fondamentale di tutto il sistema della valutazione del rischio (normale o tarato) nell'Assicurazione Vita e quindi anche della determinazione del premio, il quale viene appunto fissato in relazione alla gravità del rischio. Che se fa difetto una tavola di mortalità giusta, ricavata secondo i criteri su esposti, manca la pietra angolare, l'unità di misura, il metro, e tutto il sistema poggerà su presupposti falsi o incerti. Non ci potrà essere allora giusta valutazione di alcun rischio, sia normale che tarato. Infatti la valutazione del rischio costituito da un individuo tarato, consiste sostanzialmente nel determinare di quanto la sua presumibile mortalità si discosti, per eccesso, dalla mortalità di un gruppo di individui della stessa età ma sani, cioè di quanto si discosta dalla mortalità dataci dalla « tavola di mortalità normale » per quell'età.

Dopo quanto sopra esposto, sui criteri che devono informare la compilazione della tavola di mortalità normale, ricordando che questa è il referto statistico che indica per ogni gruppo di età la mortalità che si verifica in una massa di individui ritenuti normali, vengono da sè le definizioni di rischio normale e di rischio tarato.

Si possono infatti definire come « normali »: quei rischi costituiti da soggetti la cui presumibile mortalità è uguale a quella delle masse di individui che servirono per la compilazione della « tavola di mortalità normale ».

Si possono invece definire come « tarati »: quei rischi costituiti da soggetti nei quali l'esame medico ha rivelato delle condizioni morbose, o postumi di queste, tali da rendere la loro presumibile mortalità sensibilmente superiore a quella indicata dalla tavola di mortalità normale pei corrispondenti gruppi di età.

L'espressione percentuale di questa maggior probabilità di morte degli individui tarati rispetto alla tavola di mortalità normale, dicesi « coefficiente o tasso di sopra-mortalità ».

Nella classificazione dei rischi dello Sturm, accettata quasi universalmente, sono contemplati, oltre ai rischi normali ed a quelli tarati, anche quelli cosiddetti « adattati » (si direbbe meglio « adattabili ») che comprendono quegli individui che, presentando qualche leggera anormalità, fanno prevedere una mortalità solo leggermente superiore alla normale, e che più precisamente hanno un coefficiente presumibile di sopra-mortalità del 25-50 per cento. Ma non mi pare esatto fare di questi rischi una speciale classe da contrapporre a quelle dei rischi normali e dei tarati. Questi soli sono da considerare come costituenti due classi ben definite, ognuna con caratteristiche sue proprie. I cosiddetti « rischi adattati » sono rischi tarati, nè più nè meno; si possono al massimo considerare come una sottospecie di questi, con l'unica caratteristica che, essendo leggeri (25-50%), sono di solito inclusi nel portafoglio normale delle Compagnie, le quali bilanciano il maggior rischio con qualche lieve aumento di premio o altri artifici. A partire dal coefficiente di sopra-mortalità del 25 o 50 % l'Assicurazione dei rischi tarati dovrebbe *teoricamente* abbracciare tutti i rischi che abbiano un coefficiente superiore. Non è detto che non si debba anche arrivare a questo in avvenire, considerata la sempre crescente larghezza nell'accettazione dei rischi; ma, per ora, siamo ancora ben lontani da tale mèta! Infatti i limiti massimi per l'accettazione sono costituiti attualmente per alcune compagnie da coefficienti di sopra-mortalità del trecento per cento (C.I.R.T.), per altre del 400 %, e infine, per qualche Compagnia Americana, anche del 500 %.

Bisogna ancora avvertire che esistono dei rischi i quali, pur presentando un coefficiente di sopra-mortalità anche fortissimo, non si possono, secondo me, far rientrare nella categoria dei rischi tarati. Sono questi, i rischi in cui la maggior probabilità di morte è legata a speciali condizioni di vita, estrinseche alla personalità clinica dell'individuo (ad esempio: corridori sportivi, piloti d'aeroplano): mi pare anzi che sarebbe il caso, ad evitare inutili confusioni, di distinguerli con la denominazione propria di *extrarischi*.

Se si dovesse accogliere la proposta fatta nel 1934 alla Conferenza di Praga di sostituire l'espressione «rischi tarati» con l'altra di «rischi aggravati», gli speciali rischi a cui accennavo sopra dovrebbero necessariamente venir raggruppati, sotto la stessa denominazione («rischi aggravati») insieme a quelli in cui il maggior rischio è legato a condizioni morbose dell'individuo («rischi tarati» propriamente detti). Infatti la dicitura «rischi aggravati» è di carattere prettamente attuariale tariffario, in quanto esprime una maggiorazione di rischio senza nessun riguardo alla causa di questa maggiorazione. Ora, questo accomunamento in un medesimo gruppo di quelli che noi chiamiamo rischi tarati e di questi speciali rischi (che, come ho detto, possiamo chiamare *extrarischi*) può essere fonte di inesattezze e di imprecisione. A prescindere da ogni altra considerazione, sussisterebbe sempre questa grande differenza fra le due specie di rischi: che gli *extrarischi* non possono affatto essere valutati secondo tavole prestabilite di sopramortalità, come invece avviene per i rischi tarati, ma devono essere valutati singolarmente con criteri soggettivi e probabilistici varianti da caso a caso.

Concludendo, per l'esattezza della nomenclatura, le varie specie di rischi assumibili dalle Compagnie assicuratrici esercenti il ramo vita, possono essere così raggruppate:

<i>Rischi</i>	{	normali anormali	}	{	aggravati diminuiti (1)	}	{	extrarischi tarati
---------------	---	---------------------	---	---	----------------------------	---	---	-----------------------

Esiste una fondamentale differenza tra rischi normali da un lato e rischi aggravati e tarati dall'altro per quanto riguarda la tranquillità e la sicurezza dell'assicuratore. I rischi accettati a condizioni normali, pur comprendendo rischi eccellenti accanto a rischi buoni e mediocri (molte Compagnie assicurano infatti, come si è detto, a condizioni normali individui con presumibile coefficiente di sopramortalità fino al 25%), avranno, durante il periodo di assicurazione, una mortalità corrispondente a quella indicata dalla tavola che ha servito per determinare il premio, e gli eventuali scarti da essa saranno minimi, e tali, ad ogni modo, da non costituire pericolo. Invece nel campo dei rischi tarati, per la impossibilità, o quantomeno per la grande difficoltà, inerente alla loro stessa natura, di dar loro una sicura base tecnico-statistica, gli eventuali scarti dalla tavola di sopramortalità (2) corrispondente in base alla quale è stato fissato il premio, potranno essere maggiori, o quel che più importa, difficilmente prevedibili. Inoltre, nel campo dei rischi normali, eventuali scarti anche forti dalla mortalità prevista (causati specialmente dal fatto che con una certa frequenza anche oggi molti assicurandi poco onesti riescono ad eludere la selezione medica tacendo tare o disturbi poco facilmente rilevabili) non vengono avvertiti nella loro gravità dall'assicuratore, per la impossibilità di suddividerli su di una grande massa di individui. Il contrario avviene nel campo dei rischi tarati, dato il numero relativamente esiguo degli assicurati. Di qui la necessità (del resto fin troppo compresa dalle Compagnie!) di una maggiore oculatezza e prudenza nell'accettazione dei rischi tarati, almeno fino a quando non si sarà giunti ad assicurare grandi masse di individui che non siano normali.

(1) Siccome in pratica non vengono considerati rischi diminuiti, l'espressione «rischi anormali» si può considerare come equivalente a quella di rischi «aggravati». Si può però ricordare che in America molte Compagnie praticano speciali sconti sui premi (del 20-30%) ad assicurandi con maggior probabilità di lunga sopravvivenza (agricoltori, ecclesiastici, professori universitari...). Si tratterebbe in un certo senso di rischi diminuiti.

(2) La tavola di sopramortalità, come dirò meglio in seguito, indica, per ogni tara, il grado della deviazione per eccesso della mortalità rispetto alla tavola di mortalità normale.

CAPITOLO III

DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI TARATI

DIFFICOLTÀ DELLA VALUTAZIONE - « METODO DEI GRUPPI DI TARATURE » E « METODO NUMERICO » - DETERMINAZIONE DEL SOVRA PREMIO: MAGGIORAZIONE D'ETÀ - CARENZA ASSOLUTA E FRAZIONATA - LA VALUTAZIONE DEI RISCHI TARATI IN ITALIA: IL C.I.R.T. - RISCHI CRESCENTI COSTANTI E DECRESCENTI.

Definito nel capitolo precedente il concetto di rischio tarato, esposti i criteri generali di valutazione dei rischi normali, in questo capitolo esporrò brevemente i criteri ed i metodi in uso per la valutazione dei rischi tarati e per l'adeguamento del soprappremio corrispondente.

Si è visto pure, nel capitolo precedente, come il problema dell'assicurazione dei rischi normali, sia, a paragone di quello dell'assicurazione dei rischi tarati, in complesso abbastanza semplice.

Infatti, una volta compilata una buona tavola di mortalità, per ogni assicurando si conosce con certezza matematica, sia pure teorica (perchè dedotta dalla statistica), il coefficiente di mortalità corrispondente alla sua età, e in base a quello è facile applicare un premio giustamente proporzionato al rischio. Manca quindi in questa valutazione ogni elemento soggettivo che possa essere causa di incertezza od errore, se si eccettui quell'iniziale di possibili difetti della selezione medica, per i quali potrebbe essere classificato come normale un individuo che tale non sia.

Ben maggiore è la complessità del problema dell'assicurazione dei rischi tarati. Esso può così impostarsi nelle sue due più grandi difficoltà: poichè questi rischi fanno prevedere una mortalità che si discosta per eccesso da quella dei rischi normali, è necessario anzitutto conoscere, almeno approssimativamente, il grado di questa variazione della mortalità per le diverse tare. In secondo luogo, è necessario inquadrare i singoli casi clinici rappresentati dagli individui assicurandi riferendoli a questo o a quel gruppo di tare in base alla valutazione medica del singolo rischio. Dall'impostazione suddetta del problema si vede subito che, a differenza di quanto avviene per i rischi normali, nell'assicurazione dei rischi tarati non si può sperare di poter arrivare, anche in un lontano avvenire, ad eliminare ogni elemento soggettivo. Infatti si potrà arrivare a ciò tutt'al più per quello che concerne la prima parte del problema, la determinazione cioè del tasso di sopramortalità per le singole tare. Ma nessun sistema, nessun meccanismo potrà mai sostituire il medico nel delicato compito della valutazione del singolo rischio e della assegnazione di esso a questo o a quel gruppo di tare. Vedremo infatti più sotto come anche il sistema di valutazione cosiddetto numerico, la cui caratteristica è appunto quella di cercare di ridurre al minimo gli elementi soggetti della valutazione, non solo non riesca allo scopo, ma, per la sua stessa eccessiva meccanicità, sia spesso causa di errore. E' la natura stessa della materia che male si presta ad essere valutata e tanto meno misurata. Siamo nel campo della patologia umana e, pur dovendo per necessità tariffarie esprimere con valori numerici la diversa gravità dei vari stati morbosi, non si potrà mai pretendere che questi numeri abbiano valore assoluto e corrispondano in modo esatto alla realtà delle cose: sarebbe come pretendere di ridurre la medicina in genere e la patologia in specie, ad una scienza esatta come la matematica. Il che è assurdo.

Ne viene anche come conseguenza che il compito del medico, ridotto a poca cosa nella valutazione dei rischi normali, diventa invece, nel campo dei rischi tarati, l'elemento preponderante ed il fattore decisivo.

Fatte queste premesse, necessarie per apprezzare nel loro giusto valore i dati

della valutazione, esaminiamo ora i principali metodi in uso per la valutazione dei rischi tarati.

Originariamente, nei primi esperimenti di assicurazione di rischi tarati, la valutazione era basata esclusivamente sull'esame medico individuale e isolato del singolo rischio. Secondo i risultati di questo giudizio soggettivo, veniva, caso per caso, applicato il premio corrispondente. Questo sistema, empirico ed individualistico, se poteva essere sufficiente allorquando rarissimi erano i rischi tarati da assicurare, man mano che questi si fecero più frequenti, si dimostrò sempre più insufficiente e inadatto, specialmente per la mancanza di ogni garanzia di uniformità e di continuità di giudizio, per cui fu da tutte le Imprese modificato in modo più o meno sostanziale.

Le dette modificazioni consistettero principalmente e fondamentalmente nel fornire dei criteri generali e delle norme-base che valessero per la valutazione di *tutti* i rischi tarati, pur riconoscendo e conservando al giudizio medico del singolo caso un valore preponderante. Conseguenza si fu che quasi tutte le Imprese si formarono e si perfezionarono col tempo un proprio sistema di cui ciascuna è piuttosto gelosa e le cui particolarità preferisce non rivelare.

Però due soli sono i sistemi fondamentali: quello *numerico* e quello cosiddetto dei *gruppi o classi di tarature*.

Comincerò a parlare di quest'ultimo, e perchè è lo sviluppo logico del sistema di valutazione dei rischi normali e perchè è quello usato in Italia dal C.I.R.T.

I) *Sistema dei «gruppi o classi di tarature»*. — Allo stesso modo che la tavola di mortalità normale è il presupposto necessario e la base fondamentale per la valutazione dei rischi normali, così, analogicamente, per la valutazione dei rischi tarati, secondo il metodo che ora esaminiamo, sono indispensabili delle *tavole di sopra-mortalità*, le quali ci dicano, per ogni tara, qual'è il grado di deviazione per eccesso della mortalità rispetto al normale. Per la compilazione di queste tabelle la Medicina Assicurativa si servi e si serve, oltre che delle nozioni di patologia e di clinica, principalmente dei dati della Statistica Medica. Questa potrebbe esercitarsi nel migliore dei modi e coi risultati più attendibili sugli assicurati tarati stessi divisi in gruppi omogenei a seconda della loro tara. Senonchè ciò avrebbe significato la necessità per molti anni di accettare e valutare i rischi tarati con criteri aprioristici e di probabilità, in attesa dei risultati degli studi intrapresi. E' evidente che ciò avrebbe rappresentato un pericolo non indifferente per l'Impresa assicuratrice. Inoltre, agendo in questo modo, non si sarebbe potuto disporre di grandi masse di individui, presupposto indispensabile per rendere attendibili i dati statistici.

Per ovviare a questo pericolo le Imprese escogitarono altri mezzi di indagine statistica. In modo speciale si giovarono degli studi sul comportamento ulteriore dei rischi rifiutati dalle Compagnie perchè anormali, e di studi sulla statistica delle cause di morte della popolazione generale. I primi hanno dato buoni risultati specialmente in America, ma sono di difficile attuazione, sia perchè implicano spese notevoli, sia perchè è difficile rintracciare i soggetti dopo anni da che chiesero l'assicurazione a condizioni normali.

I secondi invece sono molto facili ad eseguirsi consistendo nello studiare in quale percentuale ogni tara si presenta come causa di morte in una massa di individui; ma i loro risultati sono molto discutibili. Infatti essi partono dal presupposto che individui affetti da una tara siano maggiormente esposti solo alle cause di morte legate alla tara stessa. Questo non è vero, perchè in genere la presenza di una tara rende i portatori di essa più esposti a *tutte* le cause di morte. Si capisce come molti soggetti, morti per cause non legate alla tara preesistente e dominante o per malattie intercorrenti, non vengono colpiti o vengono colpiti male dalla statistica, i cui risultati quindi sono falsi e non aderenti alla realtà.

Bisogna dire che, date le enormi difficoltà di questi studi statistici, quasi tutte le imprese europee si sono avvalse, adattandoli, dei risultati di ricerche lunghe e meticolose compiute appunto sui rifiutati seguiti e studiati per molti anni, e pro-

mosse da Società Americane, specialmente dalla New York Life Insurance Company (1).

Prima di procedere oltre è necessario qui specificare bene il senso da darsi alla parola «tara» in questi studi di Statistica Medica. Essa non è sinonimo di malattia, ma caso mai potrebbe esprimere una condizione morbosa qualunque: per cui una stessa malattia può comprendere numerose tare corrispondenti ai diversi quadri clinici di essa. Inoltre possono rappresentare delle tare alcuni postumi e reliquati morbosi ormai stabilizzati, ai quali mal s'addice la denominazione di malattia. Ora le ricerche statistiche della sopramortalità devono riferirsi alle tare, intese in questo senso ristretto. Infatti non avrebbe, per esempio, che scarso valore pratico ai nostri fini il sapere che la sopramortalità globale per tutte le forme di tbc. è, supponiamo, del 200%; a noi interessa invece sapere qual'è il tasso di sopramortalità per le singole forme di tbc. (tbc. polmonare, renale, genitale, ossea, articolare, ecc.), e più specificatamente ancora qual'è il tasso di sopramortalità per i singoli quadri clinici variamente gravi di una stessa forma di tbc. (per es. tbc. polmonare latente o in atto, chiusa o aperta, ecc.).

In possesso di questi dati statistici, si formano varie *classi di sopramortalità* (del 50 %, del 75 %, del 100 %, del 150 %, ecc.), in ognuna delle quali si raggruppano varie tare, che pur avendo caratteristiche cliniche diverse, fanno presumere un decorso simile della mortalità nel tempo, in modo da permettere un trattamento uniforme per tutte.

Come si vede, questo procedimento è teoricamente alquanto artificiale, perchè si può dire che non esistano, quasi, due rischi tarati, e quindi due tare, che abbiano nel tempo un uguale decorso della sopramortalità. Praticamente però essendo i confini di ogni classe abbastanza ampi (per esempio da una sopramortalità del 100 % a quella del 150 %), si possono benissimo raggruppare in una stessa categoria rischi i cui tassi di sopramortalità, pur essendo diversi gli uni dagli altri, non si discostano presumibilmente molto da un valore medio, proprio di quella classe (così nel nostro caso: 125 %).

E' appunto su questo tasso di sopramortalità medio che viene determinato il premio di tutti i rischi appartenenti a quella data classe.

Quindi, ragioni pratiche consigliano a diminuire il numero delle classi per aumentare corrispondentemente i confini e l'estensione di ciascuna di esse e potervi includere rischi con caratteristiche leggermente diverse. Invece, teoricamente, il sistema risulterebbe tanto più perfetto quanto più numerose fossero le classi e quanto più limitata fosse l'estensione di esse, perchè allora il premio calcolato sul tasso medio di sopramortalità sarebbe più precisamente proporzionato alla gravità del rischio senza grandi sperequazioni tra i rischi che stanno ai limiti estremi di una data classe. Ma in tal caso, nell'esercizio pratico, davanti al singolo rischio da catalogare, si sarebbe troppo spesso incerti se assegnarlo ad una classe o alla successiva o alla precedente; perchè non ancora il giudizio medico è in grado (nè verosimilmente probabilmente lo sarà mai) di dire: «questo rischio ha un tasso di sopramortalità per es. del 120 %, non un'unità di più non una di meno».

Da questo si comprende come quasi tutte le imprese, che inizialmente con lo scopo di una maggior perfezione lavoravano con 15 e perfino con 20 classi, oggi invece abbiano di molto ridotto tale numero. Il C.I.R.T., per es., lavora con 8 classi.

Compilate le classi, nelle quali sono raggruppati tutti i rischi tarati ritenuti accettabili, resta l'altra grande difficoltà, la quale non può affatto essere superata coll'aiuto della sola statistica: l'assegnazione, cioè, del singolo rischio ad una determinata classe.

In questo compito, come ho già accennato, l'elemento decisivo è rappresentato

(1) Questi studi furono raccolti nella già citata opera fondamentale in cinque volumi: «Medico-actuarial mortality investigation» pubblicata negli anni 1912-14.

dal giudizio medico, e precisamente dal rapporto del medico fiduciario che compie la visita medica preassicurativa. Questi ha il compito di visitare attentamente l'assicurato, fare la diagnosi della tara dominante, preoccupandosi inoltre di rilevare tutti quei sintomi e quegli elementi che possono aggravare o diminuire il rischio e che devono servire al medico di Direzione per formarsi un concetto, il più possibile esatto e completo, sulle reali condizioni di salute dell'assicurato.

Il medico di Direzione infine, sulla scorta degli elementi raccolti e di quelli eventuali desunti da esami di laboratorio complementari e da notizie richieste al medico curante dell'assicurato, valuta prognosticamente il rischio e lo assegna ad una determinata classe di sopramortalità.

Al fine di diminuire, per quanto possibile, la soggettività di questo giudizio di valutazione (che è il punto più importante e più critico di tutto il sistema), la società assicuratrice si fa premura di preparare per ogni tara quadri fenomenici e sintomatologici di varia gravità, desunti dalla pratica clinica e statistica. Il medico di Direzione ha modo così, dalla presenza od assenza di alcuni sintomi e dalla presenza di essi in grado più o meno rilevante ed evidente, di riferire con maggior facilità e obiettività il caso singolo a questo o a quello schema prestabilito, e quindi a questa o a quella classe di sopramortalità.

Naturalmente tanto numerose sono le possibilità e le modalità con cui ogni tara può presentarsi, tanto svariate e complesse sono le combinazioni dei vari sintomi, tanto mutevole l'intensità con cui essi si possono presentare, che è praticamente impossibile fornire per ogni singola tara tanti quadri morbosi che rispecchino tutte le possibilità accennate.

Per di più, spesso si hanno in uno stesso soggetto associazioni di due o più tare, o combinazioni di una tara principale e dominante con altre piccole tare secondarie e accessorie; in questi casi è, in genere, difficile il prevedere aprioristicamente tutte le possibili influenze reciproche e l'intensità con cui queste si possono manifestare. Per cui di solito, questi schemi si riferiscono solo a quadri tipici di diversa gravità, di modo che servono solo a fornire dei criteri basilari e comparativi di valutazione, potendo, e dovendo anzi, il medico discostarsene ogni qualvolta non trova tra essi un quadro corrispondente a quello presentato dal soggetto in esame.

L'ultimo tempo del problema, riguardante l'adeguamento del premio, è d'importanza secondaria, ed essendo uguale per tutti i sistemi, verrà trattato più sotto.

Il «metodo delle classi di tarature» sviluppatosi dapprima in Danimarca (Compagnia Dana) ha trovato molti fautori, ed oggi è adottato, oltre che dalla Danimarca, dai Paesi Scandinavi, da molti Paesi dell'Europa Centrale e dall'Italia.

2) *Sistema numerico.* — Questo sistema ebbe le sue origini in America, dove fu introdotto dalla New York Life Insurance Company, e, per la sua praticità, fu adottato da molte Compagnie anche europee.

Attualmente, oltre che in America, è usato specialmente in Germania, in Svizzera e in Spagna.

Esso cerca di trasformare la valutazione qualitativa del medico, in una valutazione quantitativa, nel senso di dare un valore numerico ad ogni elemento costitutivo del rischio. Il suo principio informatore si può infatti, schematicamente, così esprimere: «partendo dal valore fisso 100 corrispondente al rischio normale, si aggiungono o si sottraggono da questa cifra i vari coefficienti *esprimenti numericamente* i vari fattori che aggravano o diminuiscono il rischio».

Ogni coefficiente, aggiunto o sottratto, rappresenta dunque, il grado presumibile di sopra o sotto-mortalità che il corrispondente fattore apporta all'andamento totale della mortalità del soggetto in esame e quindi del rischio.

Dalla somma algebrica di tutti i coefficienti considerati, risulta la sopramortalità prevista per il rischio in esame.

Non è da credere, però, che con tale sistema venga superata, come sembrerebbe in apparenza, la difficoltà intrinseca in ogni valutazione di rischio tarato. Essa viene,

invece, solo suddivisa in tante difficoltà minori corrispondenti alla valutazione di ogni singolo fattore costituente il rischio. Ma la somma di queste piccole difficoltà è, secondo me, pressochè uguale a quella di un giudizio valutativo globale del rischio, quale si ha nel sistema delle classi di tarature.

I fattori che di solito vengono considerati ed espressi numericamente sono:

- a) la costituzione fisica;
- b) l'anamnesi familiare;
- c) la professione dell'assicurando;
- d) l'anamnesi personale;
- e) le abitudini di vita;
- f) il risultato dell'esame obiettivo;
- g) l'ambiente e la residenza abituale;
- h) la moralità dell'affare;
- i) la forma di assicurazione.

Ma qual valore numerico si attribuirà nei singoli casi ai vari fattori suddetti? Con quali criteri si determineranno i vari coefficienti numerici da addebitare o accreditare?

Questo è il problema che, come abbiamo visto, è anche il problema fondamentale della valutazione in genere dei rischi tarati e che abbiamo già prospettato, sia pure sotto altro punto di vista, parlando del sistema dei gruppi di tarature.

Certamente i criteri fondamentali per la valutazione dei singoli fattori saranno desunti dai precedenti studi compiuti da medici ed attuari, e specialmente dai dati forniti dall'esperienza clinica e dalla Statistica Medica. Ma, come ebbi più volte occasione di osservare, questi dati non hanno un valore assoluto, cosicchè, ad es., ad uno stesso fattore, presente con uguale intensità in due diversi soggetti noi spesso non possiamo e non dobbiamo attribuire uno stesso valore nei due casi. Infatti si deve sempre tener presente la personalità patologica dell'assicurando nella sua interezza e totalità, e, pur cercando di dare un valore numerico analiticamente ai vari fattori, vedere questi nelle loro possibili interferenze ed influenze reciproche, *compito questo squisitamente soggettivo e proprio del medico.*

Su questa impossibilità di eliminare dal campo della valutazione dei rischi tarati ogni elemento soggettivo, ho già insistito più d'una volta, nè credo sia il caso di tornarvi sopra. Solo si deve dire che anche col sistema numerico, pur utilizzando i dati clinici e statistici, è solo con la lunga esperienza che si può formare quella speciale sensibilità, direi quello speciale «occhio clinico», che davanti al caso contingente, permette di valutare i singoli fattori secondo il loro effettivo valore.

L'originario sistema numerico è stato col tempo più o meno modificato dalle Imprese che lo hanno adottato. Più precisamente alcune hanno cercato di ridurre la meccanicità, attribuendo ai vari coefficienti numerici un valore non assoluto ma semplicemente indicativo. Altri invece hanno spinto all'eccesso appunto le caratteristiche meccaniche e analitiche del sistema, suddividendo ulteriormente ognuno dei fattori, che ho sopra numerato, in vari elementi, a ciascuno dei quali han dato espressione numerica. Per esempio il fattore: «anamnesi personale» è stato suddiviso in un numero grandissimo di elementi, corrispondenti allè varie tare che possono aggravare una anamnesi personale, ed è stato dato ad ognuno di essi un valore numerico.

Se si dovesse dire quale dei due sistemi descritti sia il migliore, non si saprebbe quale scegliere. Sta di fatto che ambedue, specialmente se usati da gente esperta, hanno fatto buonissima prova. A volerli analizzare un po', si vedrebbe che ambedue presentano dei pregi e dei difetti. Per esempio il sistema numerico possiede due innegabili vantaggi: quello di permettere una certa armonia di pareri, anche se medici diversi sono chiamati ad emettere il loro giudizio sopra lo stesso rischio, e quello che nessun elemento di una certa importanza può sfuggire al giudizio valutativo del medico, dovendo questi stabilire per ogni elemento se e di quanto aggrava o

diminuisce il rischio. D'altra parte tale sistema presenta anche degli svantaggi non indifferenti. Anzitutto la difficoltà, già accennata, di dare ad ogni elemento il suo giusto valore numerico, tenendo conto delle possibili influenze reciproche di esso cogli altri elementi presenti nello stesso soggetto. Inoltre la sentita necessità, per una equa valutazione dei singoli fattori, di basi medico-statistiche particolareggiate, che per lo più ancora mancano. Infine la facilità, legata alla natura intrinseca del sistema, con cui si è portati spesso a sopravvalutare qualche particolare di secondaria importanza ed a perdere di vista l'insieme. Quest'ultimo inconveniente è forse il principale, perchè il medico per natura e per la sua stessa mentalità, è abituato a fare delle diagnosi in cui, pur tenendo conto di vari elementi, arriva ad un giudizio globale e sintetico.

Ma, come ho detto, anche il sistema delle classi di tarature accanto ai notevoli vantaggi, presenta pure degli inconvenienti, alcuni dei quali ho già ricordato. Per es. quella che è la caratteristica principale di questo sistema, di permettere cioè al medico una maggiore libertà d'azione e di giudizio, è al tempo stesso un vantaggio ed un inconveniente. Infatti, se in generale questa maggior libertà è utile (e lo sarà fintanto che non saremo in possesso di sicure basi tecnico-statistiche), specialmente quando si devono valutare casi clinici non perfettamente tipici, d'altra parte essa comporta talvolta dei giudizi eccessivamente soggettivi, di modo che facendo valutare lo stesso rischio a due medici diversi, i risultati dei loro giudizi risultano talvolta alquanto discordanti.

E' forse da augurarsi che il sistema dei gruppi di tarature assimilati dal sistema numerico il lato migliore, consistente nella minuziosità analitica del giudizio che tiene conto di tutti i fattori costituenti il rischio, pur senza pretendere però di dare a ciascuno di essi una esatta espressione numerica, e tenendo sempre di mira la personalità patologica dell'individuo nella sua interezza. Ma, ripeto, anche tenuti distinti, i due sistemi hanno pregi e difetti e solo il tempo potrà dare il sopravvento all'uno o all'altro.

* * *

Esaurito così il problema valutativo, resta da considerare quello della *determinazione del soprapremio*.

Il modo con cui un giudizio medico, sia pure espresso in tasso di sopramortalità, viene trasformato in un soprapremio, è un problema che riguarda quasi esclusivamente l'attuario. Si può dire che esista un solo metodo quasi universalmente accettato perchè semplice e pratico: il cosiddetto *metodo della maggiorazione di età*. Esso consiste sostanzialmente nell'attribuire agli individui tarati, a seconda del loro coefficiente di sopramortalità, dei premi uguali a quelli che si attribuiscono ad individui normali, ma di un certo numero di anni più vecchi. Secondo esso, il maggior rischio viene compensato con una elevazione dell'età, per cui l'individuo tarato non viene assicurato secondo la sua età reale, ma secondo un'età di tanto maggiore di quanto la sua presumibile mortalità supera quella normale. Così per esempio il C.I.R.T. ad un individuo tarato dell'età di 20 anni e avente un tasso di sopramortalità del 100 %, attribuisce un premio uguale a quello che richiede ad un individuo normale che abbia 38 anni, che abbia cioè 18 anni di più del primo.

Questo sistema ha l'innegabile pregio di una grande semplicità e praticità ma non è esente da critiche. Infatti, se è possibile che in singoli casi la mortalità di individui tarati abbia un decorso nel tempo presso a poco uguale a quello della mortalità di individui normali più vecchi di un certo numero di anni, il generalizzare questa possibilità è certamente una illazione indimostrata. Questo sistema, insomma, considera i rischi tarati come costanti, per sé, nel tempo (a prescindere naturalmente dall'aggravamento generico legato al passare degli anni), e trascura completamente quella che può essere la loro evoluzione nel tempo. Invece è dimostrato che alcuni rischi tarati, gravissimi nei primi anni di assicurazione, si fanno meno gravi in

seguito, per avvicinarsi, se non per uguagliarsi, dopo un certo tempo, ai rischi normali. D'altra parte altri rischi tarati hanno una inversa evoluzione nel tempo. Benchè tale inconveniente sia stato già da tempo segnalato e studiato, la massima parte delle Compagnie non si è preoccupata di rimediarsi continuando a ritenere il decorso della mortalità dei rischi tarati come praticamente costante nel tempo. Solo da qualche tempo in Germania alcune imprese si impegnano in casi determinati a rivedere i premi dopo un certo numero di anni. Solo in Italia però, come dirò in seguito, il problema è stato affrontato in tutta la sua importanza e brillantemente risolto.

Spesso le Imprese, per premunirsi contro quei rischi che si presentano come presumibilmente gravissimi specialmente nei primi anni di assicurazione, ricorrono ad espedienti più o meno artificiosi per rendere accettabili dei rischi che altrimenti sarebbero costrette a rifiutare. Così, spesse volte, accanto o in sostituzione di un soprapremio, esse applicano delle *carenze*, in base alle quali la somma assicurata viene pagata soltanto se la morte avvenga dopo un certo numero di anni dalla stipulazione del contratto (« carenza assoluta »); oppure il pagamento avviene fin dal primo anno, ma non della somma intera, bensì di frazioni di questa che progressivamente crescono fino a raggiungere dopo un certo tempo la somma intera (« carenza frazionata »). Per esempio, se la morte avviene dopo due anni, vien pagato solo il 10%; se dopo 5 anni il 50%; se dopo 10 anni il 75%; se dopo 15 anni il 100%.

Oltre questi due tipi fondamentali (carenza assoluta e frazionata) molti altri metodi furono dalle varie Imprese escogitati allo scopo di limitare gli impegni dell'assicuratore nei primi anni di contratto. In genere si deve dire di essi che, se furono molto usati nei primi tempi dell'assicurazione dei rischi tarati, volendo l'Impresa premunirsi in un certo senso contro l'incertezza del rischio, ora vengono applicati sempre più raramente, perchè tornano sommamente sgraditi, per ovvie ragioni, agli assicurandi. Oggi, in presenza di elementi aggravanti in modo notevole ma *temporaneamente* un rischio, si preferisce differire la stipulazione del contratto ad un tempo in cui sia scomparso o siasi almeno attenuato o stabilizzato lo speciale elemento aggravante.

Trattato, sia pure per sommi capi, il problema della valutazione dei rischi tarati e quello conseguente della determinazione del soprapremio, voglio accennare in appendice a questo capitolo all'organizzazione dell'assicurazione dei rischi tarati in Italia.

Come ho già ricordato nel capitolo I, una regolare accettazione di rischi tarati in Italia si inizia solo nel 1927, anno in cui, colla cooperazione delle maggiori Imprese d'assicurazione sulla vita, viene costituito il Consorzio Italiano per i Rischi Tarati (C.I.R.T.) (1). Come si vede l'Italia è scesa tardi sul terreno della pratica attuazione di questa nuova forma assicurativa che invece altre Nazioni praticavano già da anni. E' da rilevare però che lo studio del problema dell'assicurazione delle vite tarate era già stato iniziato in Italia molti anni prima del 1927.

Già nel 1916 infatti, in seno all'I.N.A., veniva formata un'apposita Commissione col preciso incarico di « stabilire la morbilità e la mortalità di una determinata malattia, la durata media di essa, la vita media degli individui affetti da quella malattia... ». Come si vede, già da allora il problema era impostato nei suoi elementi fondamentali. Lungo fu il lavoro di preparazione, dedicato specialmente alla raccolta dei necessari dati medico-statistici.

Dal 1927 ad oggi il C.I.R.T. ha compiuto dei progressi veramente notevoli ed

(1) Al C.I.R.T. le Compagnie consorziate deferiscono tutti i rischi con un presumibile tasso di sopramortalità superiore al 50%. I rischi con tasso inferiore vengono dalle Compagnie accettati nel portafoglio normale con qualche lieve maggiorazione di premio.

ha modificato i criteri d'accettazione dei rischi tarati nel senso di una sempre maggior larghezza.

Per rilevare ciò basta confrontare le tabelle di sopra mortalità per i rischi tarati che servirono al C.I.R.T. all'inizio del suo esercizio (1927) colle tabelle attualmente in vigore. Si vede infatti che molti rischi che allora venivano rifiutati, oggi invece si accettano, e che per molti altri rischi, essendo diventate meno pessimistiche le previsioni, sono state notevolmente migliorate le condizioni di accettazione.

Il C.I.R.T. si è molto giovato della creazione già ricordata, dei « pareri circolari », avendo sottoposto e sottoponendo al giudizio dei Consorzi Esteri confederati nella « coopération internationale », un gran numero di rischi tarati, allo scopo di conoscere i criteri e i metodi di valutazione propri di ciascun Consorzio estero.

Anzi ogni sei mesi vengono pubblicati questi rischi, corredati ognuno dai pareri particolareggiati degli altri Consorzi. Dal confronto dei pareri risulta che, nella grande maggioranza dei casi, il giudizio espresso dal C.I.R.T. collima con quello espresso dalla maggior parte degli altri Enti, e che nei casi nei quali se ne distacca è spesso nel senso di un minor pessimismo.

Il C.I.R.T., come ho già detto, ha adottato per la valutazione dei rischi tarati il « metodo delle classi di taratura » e precisamente esso lavora con le seguenti 8 classi di sopramortalità: 50 % - 75 % - 100 % - 125 % - 150 % - 200 % - 250 % - 300 %.

Nel 1932 ha introdotto, primo e solo fra tutte le Imprese che esercitano l'assicurazione dei rischi tarati, un'innovazione che è sicuro indice della sua maturità e che lo ha imposto alla attenzione di tutto il mondo assicurativo europeo: il criterio cioè di determinare il soprapremio in rapporto col presumibile andamento nel tempo delle diverse tare, dividendo queste in tre categorie, e, precisamente in *crescenti*, *costanti* e *decrecenti*. Ho detto poco sopra come, invece, tutte le Imprese estere, allo scopo di semplificare la determinazione del soprapremio, considerano la gravità di ogni tara praticamente costante nel tempo. Il C.I.R.T. ha compreso la ingiustizia e la infondatezza di questo principio e dopo diligenti studi preparatori è venuto nella determinazione di risolvere coraggiosamente il problema.

A dire il vero il Consorzio Italiano fu spinto a questa determinazione non solo da ragioni di maggior giustizia sociale nel senso di fissare dei premi, che non solo all'inizio, ma sempre e in ogni momento fossero il più possibile proporzionati ed adeguati alla reale gravità delle diverse tare, ma anche da motivi di convenienza economica e commerciale. Infatti, studiando i contratti interrotti e stornati e ricercando i motivi che avevano determinata l'interruzione nei vari casi, dovette constatare che per lo più si trattava di individui i quali, essendosi la loro tara dopo qualche anno notevolmente attenuata, ritenevano eccessivi ormai, e sproporzionati al loro reale ed attuale stato di salute, i premi che avrebbero dovuto pagare ancora per molti anni sempre nella stessa misura.

Il rapporto assicurativo era diventato per essi troppo gravoso e non più conveniente, e ciò li induceva a interrompere il contratto.

Il C.I.R.T. pensò giustamente che, se parallelamente all'attenuarsi delle loro tare questi individui avessero potuto pagare un premio di anno in anno decrescente, essi con tutta probabilità avrebbero continuato nel rapporto assicurativo. Per la soluzione del problema si imponevano lunghi studi di statistica medica, per stabilire il decorso della sopramortalità di ogni tara nel tempo. Ma tutte le difficoltà furono risolte brillantemente e in un tempo relativamente breve, cosicché nel 1932, il C.I.R.T. poteva iniziare il lavoro coi premi decrescenti.

Venivano catalogate e distinte le varie tare (in numero di 96) in questo modo:

28 con sopramortalità costante (tra esse: magrezza; otite; malaria; aritmia semplice; calcolosi renali; ulcera gastrica guarita...);

30 con sopramortalità crescente (tra esse: cardiopatie; ipertensione; bronchite cronica; glicosuria; obesità...);

38 con *sopramortalità decrescente* (tra esse: tbc. polmonare, ossea, articolare clinicamente guarite; sifilide, nefrectomia per tbc., calcolosi o traumatica...).

La corrispondenza tra soprapremio e presumibile andamento della tara nel tempo è stata effettuata, molto opportunamente, per le *sole tare decrescenti*, mentre non solamente per le tare costanti ma anche per quelle crescenti, il soprapremio da pagarsi rimane invariato nel tempo. Ciò si capisce facilmente perchè l'istituzione di premi crescenti di anno in anno sarebbe riuscita enormemente invida agli assicurandi ed avrebbe distrutto i benefici effetti apportati dall'istituzione dei premi decrescenti.

La diminuzione della gravità della tara nel tempo si suppone avvenga in modo lineare anche se in pratica questo non sempre sia vero.

I soprapremi vengono ridotti di anno in anno fino a ridiventare costanti dopo 5, 10, 15 anni secondo i casi, corrispondendo allora ad un tasso minimo di sopramortalità.

Inoltre, qualche anno fa, il C.I.R.T., considerando il felice andamento finanziario dei precedenti esercizi, ha proceduto ad una diminuzione delle tariffe collo scopo di permettere la previdenza assicurativa ad un numero sempre più grande di individui tarati. Mentre prima le tariffe per l'assicurazione dei rischi tarati, prescindendo dai soprapremi, erano già per sè stesse superiori a quelle usate nell'assicurazione dei rischi normali, ora invece le prime sono state ridotte e uguagliate alle seconde.

In conclusione il C.I.R.T., pure in soli 10 anni di vita, non soltanto ha dimostrato chiaramente di saper valutare con criteri di giustizia ed equanimità i suoi rischi tarati nonchè quelli deferitigli dalle Compagnie Consorziatoe nella *Coopération Internationale*, ma si è preoccupato anche di andare incontro, nei limiti del possibile, ai desideri della massa degli assicurandi, sia con continui perfezionamenti dei metodi valutativi, suggeriti dall'esperienza e dagli studi medici e statistici, sia con ritocchi di tariffe e riduzioni di soprapremi.

(Continua).

Varie

NEL TRENTENNALE DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI (1913-1942)

Il Servizio Sanitario dell'I.N.A. alla fine del primo trentennale

Approvata la legge 4 aprile 1912, con la quale fu creato l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il Ministero provvide a nominare il Consiglio di Amministrazione ed il Direttore Generale. Si iniziò quindi la organizzazione degli uffici. Nell'ottobre 1912 il Consiglio di Amministrazione nominò tre Medici Consulenti con l'incarico di organizzare il Servizio Medico. Due dei Consulenti furono inviati a Parigi presso la sede colà della *New York Life* per studiare l'organizzazione del Servizio medico di quella Compagnia perchè potesse servire da modello per l'I.N.A.

Nel dicembre dello stesso anno fu nominato Direttore del Servizio Medico il Prof. Ettore Marchiafava e nell'ordinamento dei Servizi Centrali della Direzione Generale il Servizio Medico compare come uno dei dieci uffici in cui la Direzione era divisa e precisamente il VI.

Ai primi del gennaio 1913 fu nominato un primo Medico assistente e successivamente nel maggio del 1913 un secondo Medico assistente. E dopo che nel marzo 1913 gli Uffici della Direzione Generale dell'I.N.A. furono riuniti nel Palazzo di Via della Stamperia, all'Ufficio VI (Medico), oltre alla revisione dei rapporti dei fiduciari e relativo giudizio sul rischio che veniva fatto dai Consulenti, oltre all'esame dei

sinistri, alla preparazione della statistica medica, all'esame delle cessioni legali e delle riattivazioni che venivano fatte dai Medici assistenti, a costoro, a somiglianza di quanto si faceva alla New York, fu affidato anche un compito tecnico-amministrativo, quello cioè di controllare se i rapporti erano fatti dai Medici di fiducia dell'I.N.A. di mantenere la corrispondenza con essi per la illustrazione dei casi esaminati e di provvedere alla liquidazione degli onorari ai Medici Fiduciari.

Alla fine del 1914 il Prof. Marchiafava, per le sue occupazioni universitarie e professionali, rassegnò le dimissioni da Direttore dell'Ufficio VI e vi rimase in qualità di Consulente Capo; intanto quella parte tecnico-amministrativa (controllo delle firme dei Fiduciari, corrispondenza con costoro e liquidazione ad essi degli onorari), era stata trasferita all'Ufficio V, cioè all'Ufficio Assunzione rischi ed emissione polizze. Quindi l'Ufficio Medico si venne dapprima di fatto, e poi anche di nome, con la riforma del servizio del 1920, trasformando in un Segretariato alla dipendenza del Direttore Generale e la Consulenza mantenne il compito della revisione dei rapporti dei Medici Fiduciari e del giudizio sui rischi.

Nel 1916 sotto la presidenza del Prof. Marchiafava una speciale Commissione iniziò gli studi per l'accettazione di rischi mediocri e tarati.

La riforma dei servizi coincide con il tempo in cui il Prof. Marchiafava si dimise anche da Consulente Capo e fu sostituito dal Clinico di Roma il Prof. Vittorio Ascoli, che rimase con tale qualifica fino alla sua immatura fine.

Successivamente il Segretariato Medico nel 1925 tornò ad essere un Servizio alla pari degli altri e si chiamò: Servizio Sanitario.

Nel 1928 il Servizio Sanitario iniziò la sua partecipazione ai Congressi nazionali ed internazionali.

Nella primavera del 1930 ebbe inizio il programma di assistenza sanitaria agli assicurati.

Nel 1931 per reclutare nuovi medici per lo sviluppo del servizio fu indetto il 1° Concorso per titoli ed esami, scritti ed orali; tali concorsi si sono ripetuti quasi tutti gli anni fino al 1939. I Medici di ruolo all'inizio della presente guerra erano in numero di cinquanta circa, di cui non meno del 40 % è stato richiamato alle armi.

Nel 1935 fu inaugurato il primo Centro Sanitario regionale dell'I.N.A. in Torino, cui seguirono altri. Nel 1938 fu inaugurato il primo sub-Centro.

I Centri e i sub-Centri estesero la loro attività nelle città più importanti della loro circoscrizione, costituendo i Consultori di medicina preventiva ed igiene.

Attualmente il numero dei Centri Sanitari regionali è di 14, quello dei sub-Centri di 8 e quello dei Consultori è di 50.

Nel dicembre 1939 il Servizio fu elevato ad Ispettorato Generale Sanitario.

Così a chiusura del primo trentennale il Servizio Sanitario può dirsi costituito di un Servizio interno e di un Servizio esterno. Il Servizio interno, espletato dai medici di ruolo assunti per concorso, ai quali è riservata tutta una carriera indicata nel ruolo speciale per i medici dell'Istituto, ed un Servizio esterno costituito da Medici Fiduciari.

Servizio esterno. — I Medici Fiduciari vengono proposti dai Centri Sanitari dell'I.N.A. d'accordo con l'Ispettore Regionale; mentre il Medico Dirigente del Centro Sanitario si occupa prevalentemente delle qualità tecniche del Medico da proporre, l'Ispettore Amministrativo si occupa specialmente di conoscere se per il Medico da proporre vi siano ragioni di incompatibilità, come per es. legami di parentela con gli elementi della produzione. Il Medico che chiede di essere utilizzato come Fiduciario, deve sottoscrivere un Mod. speciale (N. 12) in cui è descritto il proprio « curriculum vitae ».

La proposta del Centro Sanitario, viene esaminata nel Servizio Sanitario della Direzione Generale da una speciale Commissione, dopo di che si spedisce al medico la lettera di autorizzazione (Mod. 13) in cui l'Istituto si dichiara cliente del medico, le

istruzioni (Mod. 45) e le tariffe degli onorari (Mod. 49) e si avverte contemporaneamente della nomina, l'Ispettore, il Centro Sanitario della regione e l'Agenzia Generale interessata.

Nel trentennio questo servizio esterno è stato notevolmente migliorato.

Nel 1913 furono assunti come Fiduciari i Medici delle Compagnie che avevano ceduto il Portafoglio all'I.N.A., ma che potevano anche dimostrare di non essere Medici di alcuna di quelle Compagnie di Assicurazione sulla vita autorizzate a continuare per un decennio ancora l'esercizio del ramo. Successivamente nelle nomine vi è stata una notevole selezione, specialmente dal punto di vista tecnico, tanto che oggi, per esempio su 76 Fiduciari complessivamente delle città di Torino, Milano, Genova, Firenze, Roma, Napoli, ben 41 sono liberi Docenti delle Università.

Al Servizio esterno, oltre i Fiduciari, appartengono i Medici consulenti straordinari e specialisti che vengono chiamati a dare il loro giudizio nei casi più difficili o in cui è necessaria l'opera dello specialista (otoiatra, neurologo, oculista, ecc.). Anche per costoro l'Istituto, come per i Medici Fiduciari, è un cliente che si rivolge al tecnico per ottenere l'opera professionale che retribuisce di volta in volta.

I Consulenti straordinari e gli specialisti vengono scelti tra i Professori di Università, Titolari o Docenti e fra i Primari degli Ospedali più importanti.

In complesso alla fine del trentennale l'Istituto può contare su di una organizzazione medica esterna di circa 6500 Fiduciari solo per l'Italia, senza contare i Fiduciari nelle Colonie e nei paesi esteri nei quali l'Istituto esercita la propria attività, oltre al notevole numero dei Medici Consulenti straordinari e Medici Specialisti.

Servizio interno. — Il Servizio interno espletato dai Medici di ruolo può essere diviso: in Centrale presso la Direzione Generale, e periferico.

Il Servizio periferico è costituito dai Centri regionali e dai Sotto Centri.

In ogni Capoluogo di regione vi è un Centro Sanitario diretto da un Medico Funzionario coadiuvato da altri Medici, sempre funzionari, di cui il numero varia a seconda la mole del lavoro del singolo Centro, e di uno o più preparatori. I preparatori sono operai specializzati che devono avere, oltre a qualità morali adatte all'ambiente delle Assicurazioni vita, anche qualità tecniche e cioè avere una cultura comune, conoscere l'importanza dei vari apparecchi dei Centri Sanitari, saper coadiuvare il Medico nelle ricerche di laboratorio di chimica e di sierologia, saper sviluppare pellicole radiografiche ed elettrocardiografiche, saper scrivere a macchina, ecc.; anche per questi operai specializzati vi è una carriera, per cui essi, da vice-preparatore, possono essere promossi a preparatore, a preparatore principale, ed aiutante sanitario.

I Centri Sanitari sono forniti di apparecchio radiologico completo che possa consentire tutte le ricerche, sebbene per ragioni attuali non si praticano ora quelle riguardanti gli organi dell'apparato digerente ed uropoietico. Alcuni Centri sono forniti anche di apparecchio elettrocardiografico e si attende che vi sia un apparecchio italiano adatto perchè tutti i Centri possiedano quest'ultimo mezzo così importante per la diagnosi.

Vi è poi un laboratorio di chimica dove si possono espletare tutti gli esami, da quelli delle urine, ai più delicati della microchimica sul sangue (azotemia, glicemia, ecc.).

Vi è un laboratorio di sierologia ove si esegue abitualmente la Wassermann, la Meiniche, la Kann, la Ide, la Citochol, ecc.

Completano l'arredamento, apparecchi per la misurazione della pressione arteriosa, bilancie con altimetri per misurare il peso e l'altezza degli assicurandi, nastri metrici.

Nelle Agenzie di Capoluogo di Provincia, dove il lavoro è notevole vi è un Sotto-Centro diretto anch'esso da un Medico Funzionario coadiuvato da un preparatore. Esso è fornito di un apparecchio radiologico più modesto e di tutti i mezzi per esami chimici, sierologici e microscopici, per la misurazione della pressione arteriosa, per le misure somatiche, ecc.; in altri termini è un Centro Sanitario con attrezzatura leggermente più modesta.

Il Centro Sanitario ha giurisdizione su tutta la regione; il Sotto-Centro su parte della regione e, pur corrispondendo direttamente con la Direzione Generale per correttezza di lavoro, è sotto la sorveglianza del Centro regionale, cui dà anche comunicazione di tutto il suo lavoro ed al quale chiede consigli ed eventualmente aiuti.

COMPITI DEI CENTRI SANITARI.

I Centri Sanitari hanno compiti assicurativi, assistenziali e culturali.

A) *Compiti assicurativi.* — Riguardano le Assicurazioni Vita, le Assicurazioni malattie della « Praevidentia », le Assicurazioni infortuni delle « Assicurazioni d'Italia » e della « Fiume » (tutte Società collegate con l'I.N.A.).

I) *Compiti assicurativi per le Assicurazioni Vita.*

a) Visita degli assicurandi che si recano presso la sede del Centro o presso la sede dei Consulteri dipendenti dal Centro Sanitario.

b) Visite di riattivazione dei contratti per le quali l'onorario della visita medica è a carico dell'assicurato; detta visita è invece gratuita quando l'assicurato si fa visitare presso il Centro Sanitario ed i Consulteri dipendenti.

c) Visite di controllo agli assicurandi sia quando le visite sono fatte da Medici non Fiduciari, sia quando il rapporto del Medico Fiduciario non illustra completamente il rischio.

d) Visite di complemento a quelle del Medico Fiduciario, quando dalla Direzione sono richieste ulteriori indagini come per esempio: esame radiologico dell'apparato respiratorio, esame elettrocardiografico o teleradiografico per l'apparato circolatorio, esame della funzione renale per gli albuminurici, ricerche della glicemia e curva glicemica per i glicosurici, ecc.

e) Esame per l'accettazione dei rischi delle assicurazioni popolari di cui le polizze siano emesse direttamente dagli Ispettorati regionali.

f) I Centri Sanitari si occupano anche dei sinistri di invalidità esaminando gli assicurati divenuti invalidi, sia in seguito alla prima denuncia, sia nelle successive periodiche revisioni della invalidità, eseguendo indagini anche circa le eventuali attività professionali degli assicurati invalidi.

g) Esaminano tutti i sinistri di morte redigendo per ciascuno di essi un modulo speciale (Mod. 106) che trasmettono alla Direzione Generale insieme a tutto l'incaricamento del sinistro ed eventualmente eseguono le prime indagini nel caso lo ritenessero necessario, allo scopo di illustrare il sinistro per mettere la Direzione in condizione di poter dare un giudizio nel più breve tempo. Qualora la Direzione riconosce la necessità di ulteriori indagini, queste vengono espletate dai Centri Sanitari e in casi difficili coadiuvati da un Medico della Direzione Generale.

h) I Centri Sanitari curano la organizzazione dei Medici Fiduciari, seguendola perchè in ogni tempo, in tutti i Comuni, anche i più piccoli, vi siano almeno due Medici Fiduciari, tranne là dove, per la presenza di un solo medico, non è possibile averne due. Nelle Agenzie dove il lavoro lo richiede, il Centro Sanitario propone all'Ispettorato Generale Sanitario, di aumentarne il numero.

i) Vigilano perchè le Agenzie, distribuiscano equamente le visite agli assicurandi fra tutti i Fiduciari accreditati.

l) I Medici dei Centri Sanitari esplicano la loro attività anche nei Consulteri dipendenti. Nelle città più importanti della Regione, accanto all'Agenzia Generale si organizza un Consultorio, fornito del necessario per una visita medica: un lettino, un apparecchio per la misurazione della pressione, una bilancia con altimetro, l'indispensabile per un primo esame delle urine. I Medici del Centro si recano periodicamente in giorni stabiliti, per lo più nei giorni di mercato, per espletare nei Consulteri gli stessi compiti assicurativi ed assistenziali che si esplicano nella sede del Centro,

meno quelle prestazioni che richiedono attrezzature speciali organizzate nella sede dei Centri o dei sotto-Centri.

II) *Compiti assicurativi per le assicurazioni malattie.*

a) L'assicurazione malattie è nelle mani del Centro Sanitario, in quanto la proposta malattia viene presentata dall'Agenzia al Centro Sanitario; se il rischio è accettabile, senz'altro il Centro restituisce all'Agenzia la copia della proposta col suo benestare perchè l'Agenzia emetta subito la polizza. Qualora invece la proposta non possa essere accettata a condizioni normali o debba essere rifiutata, il Centro spedisce la proposta alla Direzione Generale ed attende le disposizioni da essa.

b) Tutti i sinistri di malattia vengono denunciati al Centro il quale esegue tutti gli eventuali accertamenti e propone all'Ispettorato la misura delle indennità da versare all'assicurato.

III) *Compiti assicurativi per le assicurazioni infortuni.*

Per gli infortuni delle « Assicurazioni d'Italia » e della « Fiume » i Medici del Centro Sanitario, invitati dalle rispettive società, procedono agli accertamenti con esami radiografici e di laboratorio.

B) *Compiti assistenziali.* — Proprio per venire incontro ai bisogni assistenziali degli assicurati l'Istituto ha voluto decentrare il Servizio affidando ai Centri Sanitari regionali, ai sub-Centri ed ai Consultori dipendenti, tutta l'assistenza sanitaria.

a) Ogni due anni, periodicamente gli assicurati in qualsiasi forma e per qualsiasi somma hanno diritto gratuitamente ad una visita di collaudo della salute corroborata da tutte le ricerche di laboratorio, dalla azotemia alle ricerche sierologiche per la lue, dalla glicemia alla elettrocardiografia, all'esame radioscopico e radiografico del torace, sia per gli organi della respirazione che per quelli della circolazione, all'esame eventuale dell'espettorato, delle urine, ecc.

Questa visita è fatta con indagini circa il gentilizio, le malattie pregresse e con un esame obiettivo accurato completato da tutte le ricerche di laboratorio allo scopo di accertare non solo lo stato attuale della salute dell'assicurato, ma di ricercarne eventuali disposizioni morbose o gli eventuali indizi di deviazioni iniziali dal normale.

Con tutto il complesso di ricerche l'assicurato viene inviato al proprio medico curante per le eventuali cure, poichè esula completamente dal compito del Centro la cura dell'assicurato.

b) Consultori d'igiene. Tutti comunque assicurati, in qualsiasi momento possono recarsi al Centro Sanitario, al sub-Centro ovvero ai Consultori dipendenti per chiedere gratuitamente consigli di igiene e di medicina preventiva (igiene personale, igiene della famiglia, igiene del lavoro e norme per la prevenzione delle malattie infettive).

c) Quando l'Italia conquistò l'Impero fu istituito per tutti comunque assicurati, un Consultorio gratuito per la idoneità alla vita coloniale, allo scopo di permettere agli assicurati di conoscere la propria idoneità fisica alla vita dei vari climi delle colonie.

C) *Compiti culturali.* — A questi compiti assicurativi ed assistenziali si aggiunge per i Medici Funzionari dell'I.N.A. un compito assai importante: quello culturale.

a) I Medici dei Centri devono avere rapporti con le Università locali per arricchire la propria cultura e migliorare la propria tecnica. Essi sono invitati a seguire, con l'aiuto finanziario della Direzione, corsi di specializzazione in radiologia, in medicina legale e delle assicurazioni, in statistica, in medicina interna, corsi di laboratorio, ecc.

b) Hanno il compito di raccogliere tutti i dati degli esami di assicurandi e di

assicurati ai fini di una elaborazione statistica per lo studio dei vari problemi di medicina delle assicurazioni.

c) Hanno il compito di collaborare alla Rivista «L'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I.N.A.» Rivista bimestrale che si pubblica a Roma dalla Direzione Generale, in due edizioni: una di medicina delle assicurazioni e medicina preventiva destinata ai Medici e ai cultori della materia, l'altra «edizione speciale» di medicina preventiva e d'igiene, destinata agli assicurati.

d) Hanno anche il compito di collaborare ai lavori del Comitato Medico Consultivo della Federazione delle Imprese di Assicurazione e specialmente all'Assemblea annuale che è in effetti un Congresso Nazionale di Medicina delle Assicurazioni.

SERVIZIO CENTRALE PRESSO LA DIREZIONE GENERALE.

Il Servizio Sanitario presso la Direzione Generale è organizzato in Uffici e Reparti come gli altri Servizi della Direzione stessa. Esso ha compiti: A) assicurativi; B) assistenziali; C) culturali; D) di relazione anche con l'estero.

A) *Compiti assicurativi:*

a) Per l'assicurazione vita si occupa, in collaborazione con i Servizi dei rami competenti della accettazione dei rischi, dell'esame dei sinistri di morte e di invalidità.

- 1) dei rischi delle assicurazioni ordinarie;
- 2) dei rischi delle assicurazioni collettive;
- 3) dei rischi delle assicurazioni popolari.

b) Organizza il Servizio Medico esterno, detta norme ai Medici Fiduciari e ne controlla il regolare funzionamento.

c) In collaborazione con gli Uffici della «Praevidentia» si occupa della assicurazione malattie.

d) In collaborazione con il Servizio legale, si occupa di tutte le questioni medicolegali delle assicurazioni.

e) in collaborazione con il Servizio Personale si occupa della parte medica che riguarda il personale.

B) *Compiti assistenziali:*

a) Organizza la parte assistenziale, sia diretta attraverso la propria organizzazione (Centri, Sub-Centri, Consultori), sia indiretta stipulando convenzioni con Enti e Stabilimenti di cura per facilitazioni agli assicurati.

b) Detta norme ai Centri per la parte assistenziale e specie per gli esami di laboratorio, in seguito a ricerche fatte presso i laboratori di Roma.

c) controlla l'opera tecnica ed amministrativa dei Centri Sanitari.

d) Esamina e dà il parere sulle domande di prestito senza interesse per operazioni chirurgiche, ecc.

C) *Compiti culturali:*

a) Organizza ed esplica tutte le ricerche di statistica medica (dei rischi accettati; dei rischi rifiutati, delle provvidenze sanitarie).

b) Organizza le conferenze settimanali, nelle quali, a turno, i Medici della Direzione trattano argomenti di medicina delle assicurazioni e le migliori di esse vengono pubblicate nella Rivista «L'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I.N.A.».

c) Cura la pubblicazione delle due edizioni della Rivista «L'Assistenza Sanitaria agli Assicurati»:

1) edizione normale: periodico bimestrale di medicina delle assicurazioni di medicina preventiva, destinata ai Medici ed ai cultori della materia;

2) edizione speciale: di medicina preventiva ed igiene, destinata agli assicurati.

d) Raccoglie nei volumi « Sotto il platano di Coò » gli articoli originali della edizione speciale « L'Assistenza Sanitaria agli Assicurati ».

e) Propone alla Direzione bandi di concorso per pubblicazioni di igiené e medicina preventiva da diffondere tra gli assicurati e ne cura la stampa.

f) Studia tutti i miglioramenti del Servizio perchè possa sempre meglio perfezionarsi.

g) Cura di mantenere al corrente la Biblioteca medica, ove si trovano libri, non solo di medicina assicurativa, ma anche libri che possano in qualche modo interessare il Servizio Sanitario. Alla Biblioteca medica pervengono anche moltissime Riviste italiane ed estere, molte in cambio de « L'Assistenza Sanitaria » e nella quale, in ogni numero, vengono recensite. In tal modo i Medici della Direzione possono essere al corrente di quanto si pubblica in Italia e fuori.

D) *Compiti di relazioni culturali:*

a) all'interno:

1) Collabora con il Comitato Medico Consultivo della Federazione delle Imprese di Assicurazione;

2) partecipa ai vari Congressi che possono interessare l'assicurazione vita e malattie;

b) con l'esterno:

1) partecipa ai lavori del Comitato Internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita ed ai relativi Congressi;

2) partecipa alle Conferenze Internazionali per i rischi tarati;

3) collabora agli altri Congressi Internazionali riguardanti materie che possono interessare l'assicurazione.

Solo un Servizio bene organizzato con medici scelti con severi concorsi e che non siano distratti da preoccupazioni finanziarie o da altri lavori estranei può assolvere tanti e così delicati compiti, che possono riuscire utili, non solo all'Ente, cui il Servizio appartiene, ma anche allo Stato per la funzione assistenziale ed alla scienza per le ricerche che può compiere avendo a disposizione un materiale scientifico che nessun altro Ente possiede e mezzi tecnici modernissimi.

Notiziario

Visite di collaudo della salute agli assicurati dell'I.N.A.

A N N O	Buoni distribuiti N.	Buoni utilizzati N.	Percentuale utilizzata sui distribuiti %	Importo onorari medici Lire	Visite collaudo salute presso Centri e Consultori I. N. A.
Quinquennio 1931-1935	8.588	4.423	51,50	88.460	127
Quinquennio 1936-1940	13.773	7.738	56,30	154.760	50.459
1941	1.730	984	56,87	19.680	16.799
TOTALE 1931-1941 .	24.061	13.145	54,63	262.900	67.385

Nuove concessioni per gli assicurati.

La Direzione Generale dell'I.N.A. ha deciso di offrire, quale nuova provvidenza ai propri assicurati, il prestito senza interessi sulla polizza per la spesa di viaggio che essi dovranno sostenere per recarsi in una delle località di cura che concedono facilitazioni ai nostri assicurati (ved. copertina) semprechè tale cura sia giustificata da un certificato medico.

La CIT, con la quale l'I.N.A. ha stipulato in precedenza altro accordo per concessioni ferroviarie (attualmente sospese), si è impegnata a far ottenere agli assicurati dell'I.N.A. che si recano in dette località, notevoli agevolazioni alberghiere.

Per informazioni rivolgersi agli Uffici della CIT.

Sistemi e mezzi di lotta contro le malattie infettive in Ungheria.

Il prof. Bèle Jòhen, ha parlato su questo tema all'Istituto Superiore di Sanità in Roma il giorno 14 c. m., ricordando come fin dal 1927, funzioni un Istituto di Sanità con una Direzione Centrale. I benefici effetti della lotta sono comprovati dalle cifre che riguardano la morbosità e la mortalità per tifo e difterite che, con l'uso di nuovi vaccini è discesa del 70 %.

La riassicurazione dell'eccesso sinistri.

Il Prof. Gr. Uff. De Mori Consigliere Nazionale, Direttore Generale dell'Unione Italiana Riassicurazioni ha tenuto il 28 febbraio u. s. nella Sede dell'Istituto Italiano degli Attuari in Roma una conferenza nella quale ha fatto una disamina molto accurata dei vantaggi e degli inconvenienti che presenterebbe il sistema di riassicurazione fondato sull'eccesso sinistri di un dato esercizio rispetto a quello comunemente eseguito. La dotta illustrazione, seguita attentamente, raccolse i più vivi applausi.

Libera docenza.

Siamo lieti di annunciare che il Dott. Giuseppe Lucrezi, Medico di Direzione dell'I.N.A. ha conseguito nel marzo u. s. la Libera Docenza in Clinica delle malattie tropicali. Rallegramenti vivissimi.

Note ed appunti

NUOVA ORGANIZZAZIONE DI LOTTA CONTRO IL CANCRO IN GERMANIA.

Il dott. Ramm, Direttore dell'Ente Germanico per la lotta contro il cancro, ha riferito che vi sono ogni anno in Germania, 500.000 ammalati di cancro e che 100.000 persone muoiono di cancro tutti gli anni. Si tratterebbe ora di sottoporre alla visita preventiva tutti i soggetti. Tali visite verranno intraprese per tutta la popolazione femminile dai 30 ai 65 anni e per tutti gli uomini dai 40 ai 65 anni. Così verrà esaminata una popolazione complessiva di 18-20 milioni di esseri.

La realizzazione di così vasto progetto avverrà attraverso un'organizzazione a base nazionale. (Da « Rassegna di Oncologia », n. 6, 1941, Roma).

LE PROPRIETÀ BENEFICHE IGNORATE DELL'ACIDO CARBONICO NEL CAMPO MEDICO.

A tutti sono note le proprietà venefiche dell'acido carbonico, il quale combinandosi con l'emoglobina del sangue la trasforma in carbo-ossiemoglobina, talchè il sangue cessa di svolgere la sua funzione nutritiva e sopraggiunge la morte.

Ma, in questi ultimi tempi i fisiologi hanno scoperto che esso possiede una serie di proprietà, fino ad ora del tutto sconosciute e specialmente quella di concorrere fondamentalmente all'atto respiratorio, che intanto si compie in quanto esiste una certa quantità di acido carbonico nel sangue. E ciò avviene perchè il centro bulbare della respirazione, per agire, ha bisogno di un'azione di stimolo che viene data

appunto dall'acido carbonico. A comprova di tale asserzione è stato provato che se l'immersione in un bagno di acido carbonico puro produce l'asfissia, altrettanto avviene sostituendovi l'ossigeno, mentre per la continuazione della vita è necessaria l'unione dei due gas, in proporzioni non tanto rigorose come si potrebbe credere. L'acido carbonico, di cui è specialmente carico il sistema venoso sarebbe continuamente prodotto dalla combustione interna dei nostri tessuti. L'applicazione del principio suesposto è stata fatta nelle persone asfissiate per gas nocivi, per elettrocuzione; per affogamento e per certe affezioni polmonari nei quali praticando la respirazione artificiale, accompagnata dall'inalazione di ossigeno si riesce a far riprendere all'asfissiato l'uso dei polmoni ma talvolta non si impedisce che l'espiazione si rallenti e si rinnovi il rischio dell'asfissia.

Se invece si aggiunge all'ossigeno dell'acido carbonico nella proporzione del 5 per cento, il centro respiratorio reagisce più prontamente e i sintomi dell'asfissia scompaiono rapidamente. Da queste esperienze si è stati condotti ad usare una mescolanza di ossigeno e acido carbonico, che viene chiamata carbogeno, il cui impiego è specialmente efficace nelle sincope, in corso di anestesia generale chirurgica e in tutte le forme di dispnea, di origine cardiaca o tossica e nel coma di natura epilettrica alcoolica ed uremica. E non soltanto in questi casi.

Dato che l'acido carbonico è dotato di un potere ipotensivo manifesto, per un'azione eccitante sulle estremità dei nervi simpatici e forse anche di quelli sensitivi, ora si è passato all'applicazione dell'acido carbonico per la cura dell'ipertensione, dell'angina pectoris e della spasma-arteriosi, utilizzando anche il potere sedativo dell'acido carbonico sul sistema nervoso, principalmente per iniezioni ipodermiche. Il Bertagnani che ha condotto in questo campo i suoi studi («Mutualità Rurale Fascista», n. 10, 1941, Roma) afferma i buoni risultati e noi, pur circondandoci di qualche riserva, pensiamo che sia necessario una maggiore conoscenza di questo gas, finora ritenuto, soltanto, inutile e nocivo.

Dalla Gazzetta Ufficiale: leggi, decreti e ordinanze

Decreto Ministeriale 20 febbraio 1942 (G. U. n. 47, 1942). — Approvazione di una nuova tariffa di assicurazioni sulla durata della vita umana, presentata dalla Società Anonima Assicurazioni Generali, con sede in Trieste.

Decreto del DUCE del Fascismo, Capo del Governo 28 dicembre 1941 (Gazz. Uff. numero 23, 1942). — Approvazione del modulo per la denuncia dei nati deformati e delle lesioni invalidanti.

Legge 19 gennaio 1942, n. 22 (G. U. n. 35, 1942). — Istituzione di un'Ente Nazionale Fascista di Previdenza ed Assistenza per dipendenti statali.

Decreto del DUCE del Fascismo, Capo del Governo 31 luglio 1941 (G. U. n. 12, 1942). — Controllo preventivo obbligatorio dei sierici anticangrenoso, antiperitonitico e delle antitossine tetanica e stafilococcica.

Legge 12 febbraio 1942 (G. U. n. 67, 1942). — Disposizioni integrative della legge sulla bonifica integrale.

Legge 12 febbraio 1942, n. 184 (G. U. n. 67, 1942). — Autorizzazione all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni a partecipare all'«Unione per la copertura dei grandi rischi».

R. Decreto 29 gennaio 1942, n. 197 (G. U. n. 69, 1942). — Modificazione allo Statuto della Confederazione Fascista dei lavoratori delle Aziende del Credito e delle Assicurazioni.

R. Decreto 15 gennaio 1942, n. 205 (G. U. n. 70, 1942). — Approvazione di un nuovo Statuto della Federazione Nazionale Fascista degli Agenti di Assicurazione e del Credito.

Ministero dell'Aeronautica (G. U. n. 13, 1942). — Concorso a 40 posti di Tenente in Servizio permanente effettivo nel Corpo Sanitario Aeronautico.

Dai Periodici

Annali d'Igiene, n. 9, 1941, Roma.

PETRINI, *Ricerche sulla diagnosi batteriologica rapida della difterite e su una modificazione del terreno di Pergola.*

Le ricerche eseguite non hanno confermato i risultati ottenuti da Manzullo e Helmre circa la possibilità di una diagnosi rapida differenziale macroscopica del bacillo difterico da quello pseudo-difterico. La sostituzione dell'aurantia al tellurito di K. nel terreno di Pergola presenta evidenti vantaggi sul terreno originale. G.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. 11-12, 1941, Roma.

MATTACE-RASO, *Odierna vedute sull'adenoma prostatico.*

L'A. dopo avere ricordato le teorie in merito nei vari tempi, da Horne a Lannois, da Pende a Louis ed avere messo in evidenza le cause occasionali e determinanti della malattia, ritiene pertanto che la prostata tenda ad ammalarsi in rapporto con il declinare della vita sessuale per un processo di trasformazione adenomatosa paragonabile alla degenerazione adeno-fibromatosa della mammella e dell'utero. G.

Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parassitologia, n. 12, 1941, Roma.

COLONNELLO, *La sifilide della prostata.*

La sifilide della prostata costituisce un reperto eccezionale nella pratica clinica ed anatomo-patologica. L'A. passa ad una attenta disamina la letteratura e gli altri pochi casi caduti sotto le sue osservazioni: vengono ricordati poi i criteri clinici diagnostici fondati sulle lesioni vasali caratteristiche, sul tipo dell'essudato, sugli stadi differenti evolutivi del granuloma, sulla eccezionale presenza di spirochete nel tessuto che debbono guidare nel giudizio diagnostico della lesione. G.

Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia, fasc. IV, 1941, Milano.

BRAMBILLA, *Sulla demenza post-encefalitica.*

L'A. esamina il metodo di Rorschach applicato allo studio del parkinsonismo post-encefalitico, venendo alla conclusione che il concetto di bradifrenia del Naville, secondo il quale nei parkinsoniani esisterebbe un semplice rallentamento globale dei processi psichici, dovrebbe essere modificato secondo le ultime acquisizioni portate dal metodo. G.

Assicurazione (L'), n. 12, 1941, Milano.

ETRUSCO, *L'I.N.A. e la partecipazione dei suoi assicurati agli utili annuali. Quadro comparativo - GAMMA, I bilanci delle Compagnie Incendio e il costo delle operazioni peritali - SCOTTI, Il panorama assicurativo visto dagli Agenti - CHIARA, Si ritorna sull'utile delle Imprese Assicuratrici.* G.

Assicurazioni, fasc. 6, 1941, Roma.

ANGELONI, *L'assicurazione della responsabilità civile secondo la nuova legislazione.*

L'A. con dotte argomentazioni, sostiene il principio dell'obbligatorietà dell'assicurazione della responsabilità civile con cui il singolo sarebbe premunito contro le conseguenze della colpa altrui e senza nascondersi le obiezioni alla tesi ne prospetta i vantaggi. G.

Assistenza Fascista, n. 6, 1941, Roma.

CHIARI, *L'assistenza sanitaria ai lavoratori del Credito nell'anno 1941.*

Risulta dalla relazione dell'A. che gli iscritti all'Istituto Nazionale Fascista di Assistenza per i dipendenti delle Aziende di Credito, dell'Assicurazione e dei servizi tributari del 1940 furono 98.000 lavoratori, cui vanno aggiunti 211.000 familiari.

Furono indennizzati 55.737 casi di malattia con una spesa complessiva di L. 12.717.458. Nella ripartizione di tale importo, la percentuale del rimborso per spese è così ripartito: chirurgiche 25,45%, mediche 21,70%, medicinali 13,2% e per ricovero in case di cura dell'11,15%. Il costo medio di malattia è stato così determinato: L. 276,30 per costo medio malattie dell'iscritto; L. 295,80 per costo medio malattie del familiare. La durata media della malattia espressa in giornate nel 1940 è risultata di 28,7 e cioè in aumento su quella del 1939 che fu del 25,8 giornate. La maggiore durata fu data dalle malattie del sangue, del sistema nervoso, e dell'apparato cardio-vascolare. Su 55.737 casi, le malattie del sistema digerente hanno dato 15.603 casi, a cui sono seguite le malattie infettive con 7.643 casi. G.

Assistenza (L') Sociale, n. 11-12, 1941, Roma.

ENGEL, *L'accordo integrativo italo-tedesco per le Assicurazioni Sociali.*

Con questo accordo concluso nella primavera del 1941 vengono regolate definitivamente le questioni rimaste in sospenso col precedente accordo del 20 giugno 1939 e precisamente quelle riguardanti l'assistenza assicurativa nei casi di malattia. Altra convenzione è relativa all'assicurazione contro gl'infortuni. G.

Assistenza (L') Sociale Agricola, n. 11-12, 1941, Roma.

DIEZ, *Traumi e sindromi endocrino-neuro-organiche.*

L'A. tratta l'argomento in relazione a due malattie, morbo di Flajani-Basedow e morbo di Addison ed ammette che vi sono dei casi, in cui è difficile respingere i rapporti con un trauma, purchè si sia certi dell'assenza di una costituzione neuropatica manifesta. G.

Athena, n. 2, 1942, Roma.

DE CANDIA, *Le adiposità patologiche.*

Stabilito il concetto che la terapia dell'adiposità deve essere basata essenzialmente sul fattore endocrino, l'A. parla della opoterapia ipofisaria-genitale-tiroidea, dell'applicazione dei raggi X nell'obesità timica, delle cure diuretiche e vasodilatanti come la teobromina, sconsigliando decisamente le cure a base di dinitro-fenolo e sostanze affini per il loro elevato potere tossico. G.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, n. 20, 1941, Milano.

CRUGNOLA-SOSTEGNI, *Esperienze sulla tubercolosi renale, sperimentale, bilaterale.*

Gli AA. hanno praticato la nefrectomia da un lato e la resezione di un polo di rene nell'altro lato in cinque animali tubercolizzati in entrambi i reni. Quattro animali sono clinicamente guariti, mentre uno è morto presentando una sclerosi renale. G.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena e Studi della Facoltà Medica Senese, n. 6, 1941, Siena.

LAURINSICH, *Epidemiologia e trasmissione della leishmaniosi infantile.*

La conclusione del suo studio l'A. ritiene ancora insoluto il problema del Kala Azar, G.

Avvenire (L') Ostetrico, n. 12, 1941, Napoli.

La mortalità fetale ostetrica a Napoli - Conglutinatio orificii externi - Bibliografia - Notiziario.

Avvenire (L') Sanitario, n. 8, 1942, Milano.

La V Seduta Scientifica dell'Istituto di Medicina Legale di Padova.

Il problema dei pericoli connessi agli interventi medici e chirurgici ha costituito l'oggetto di una larga discussione. Il Prof. Pellegrini fa osservare che esiste un danno fortuito (in casi fortunamenti rari, può verificarsi anche la morte) indipendente

da ogni censurabile omissione o commissione del sanitario; danno che si riallaccia a condizioni particolari del soggetto, alla natura particolarmente pericolosa del mezzo impiegato, al sopravvenire di elementi imprevedibili ed eccezionali. Questo caso non ostacola l'azione del medico se esso ha lo scopo terapeutico; ciò che non può dirsi se l'intervento era stato fatto a scopo diagnostico. L.O. ha richiamato il Congresso alla necessità di dare una sistemazione alla materia nel quadro della medicina e chirurgia generale, allo scopo di potere distinguere con sicurezza il danno fortuito dal danno da errore. G.

Bibliografia Medico Biologica, n. 1-2-3, 1941, Roma.

Il fascicolo si apre con un notevole articolo di Pende sulle direttive moderne dell'ormono-terapia in cui l'A. tratta le questioni più attuali relative al sinergismo obbligato di ormoni con vitamine e con sali minerali allo stato elettrolitico, alla scelta della dose, alla terapia pluriormonale e plurighiandolare e all'ormonoterapia antagonista. L'A. conclude il suo articolo affermando che la terapia ormonale ha i suoi limiti rigorosi senza potere miracolistico e che si può in alcuni casi combattere alcuni stati di squilibrio ormonale. G.

Biochimica e Terapia Sperimentale, fasc. 12, 1941, Perugia.

BORASI, *Contributo allo studio dell'azione esercitata dallo zingo solo o associato all'insulina sulla glicemia.*

Lo zingo somministrato sotto forma di « zingo-gelatina », alla dose di gr. 0,0002 per kg. nel coniglio, non modifica in modo evidente nè la glicemia normale nè la curva glicemica da carico di glucosio, nè l'azione ipoglicemica dell'insulina. G.

Bollettino del Centro Studi dell'I.N.A., n. 2-3, 1941, Roma.

P., *Polizze cumulative e polizze individuali nel campo delle assicurazioni collettive* - CASALINI, *La polizza dell'Agricoltore* - CIMINALE, *Il contratto di assicurazione secondo il nuovo Codice* - C., *L'Assicurazione Malattie.*

Bollettino di Segnalazioni, n. 5, 1941, Roma.

Attività Federale - Notiziario delle Province - Premi e concorsi - Leggi e disposizioni - Previdenza sociale - La mutualità nei vari settori - Giurisprudenza - Studi e orientamenti - Africa Italiana.

Bollettino Statistico del Governatorato di Roma, n. 10, 1941, Roma.

Nel mese di ottobre il movimento demografico della popolazione è rappresentato da un 1.407.604 abitanti, con un aumento di 4.401 persone su quello del mese di settembre. Risulta un leggero aumento della mortalità (1086 morti) che è stata del 9,08‰ in rapporto al mese corrispondente dell'anno 1940, che è stata dell'8,78‰. Anche la natalità ha presentato una lieve depressione (2336 nati vivi), su quella del 1940 (2644 nativi vivi). Invece la nuzialità, con 1670 matrimoni (13,97‰) è stata superiore a quella del 1940 (1494 = 12,96‰). G.

Bollettino della Società Medico Chirurgica di Catania, n. 9, 1941, Catania.

TURCHETTI-SCHIROSA, *Influenza del respiro sulla pressione venosa.*

Gli I.A.A. hanno potuto determinare mediante la registrazione grafica continua della pressione venosa con il flebotensiografo di Condorelli, che le oscillazioni respiratorie della pressione venosa nell'uomo sono proporzionali all'ampiezza del respiro, e ritmiche con ondulazioni, i cui abbassamenti coincidono con la fase espiratoria e gli innalzamenti con la fase inspiratoria. G.

Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici, n. 2, 1942, Roma.

Atti e comunicazioni della Federazione - Scambi e valute - Assicurazioni trasporti -

Disposizioni tributarie - Assegni famigliari - Libretto di lavoro - Collocamento obbligatorio degli invalidi di guerra.

Chirurgia (La) Plastica, fasc. II, 1941, Roma.

USAI-GALLARDO, *Correzione statica della paralisi facciale in due tempi.*

L'A. propone un suo nuovo metodo di correzione, che ha lo scopo di eliminare l'asimmetria in stato di riposo, di ricostituire le pieghe cutanee della guancia riducendo il lagofalmo, metodo basato sulla sospensione delle parti paralizzate ottenuta con il trapianto, in tensione di uno o due fasci di fibre della « fascia lata ». G.

Critica Medico-Sociale, n. 2, 1941, Roma.

DE MANEFA, *Difendiamo le nuove generazioni dall'infezione luetica.*

L'A. s'intrattiene sui pericoli della lue che minacciano particolarmente la giovinezza e sviluppa i concetti relativi alla sua eziologia, alle sue complicazioni e alle conseguenze sulle future generazioni, esaltando i provvedimenti legislativi emanati dal Regime per la difesa della razza. G.

Cultura (La) Medica Moderna, n. 11, 1941, Palermo.

TAQUINI, *Il polso esofageo in condizioni normali e patologiche.*

L'A. dopo avere ricordato le teorie, che sono state emesse dal Fredericq e dal Rautenberg viene a stabilire l'esistenza di quattro tipi di polso esofageo ed a studiarne le variazioni in rapporto con la stenosi mitralica e con l'aneurisma dell'aorta discendente. G.

Cuore e Circolazione, n. 1, 1942, Roma.

MARZOCCHI, *Il cuore nell'ipertensione arteriosa - Studio clinico-radiologico.*

L'A. ha studiato su duecento casi di ipertensione arteriosa (I. A.) di varia origine il comportamento della grandezza cardiaca valutata in base a diverse misure ortodiagrafiche, giungendo alle seguenti conclusioni:

1) L'I.A. se non si accompagna con insufficienza circolatoria (i. c.) non porta nella maggioranza dei casi, che ad un grado minimo di ingrandimento del cuore che si manifesta specialmente a carico delle misure ventricolari sinistre.

2) Non esiste alcuna correlazione tra ingrandimento del cuore e ipotensione sistolica ma ne esiste una positiva con un livello della pressione diastolica nei casi con i. c.

3) Esiste un parallelismo tra ingrandimento cardiaco e grado dell'i. c.

4) Nei casi di I. A. di origine nefrogena l'ingrandimento del cuore appare, in media lievemente minore.

5) Non è possibile stabilire se esiste una correlazione tra durata dell'ipertensione ed ingrandimento del cuore. G.

Case (Le) di Cura, n. 1, 1942, Salsomaggiore.

Frequenze e cause più comuni di aborto nel Regno negli anni 1938-1939.

L'A. in una statistica accurata fa rilevare che il numero più frequente di aborto che si riscontra tra le cause genitali, è dovuto alle endometriti, alle cervico-metriti e metriti di origine gonococcica e ciò in ragione del 28,9 % sulla totalità dei casi. G.

Difesa Sociale, n. 11-12, 1941, Roma.

CENSI, *Risultati di un'indagine clinica e sociale, svolta sui tubercolotici assistiti dall'I.N.F.P.S. di Pavia nel decennio 1929-1938.*

L'A. sulla scorta dei dati registrati in apposite tabelle e corredati da figurazioni grafiche, riferisce sul numero, sul sesso, sull'età, sulla durata e sulle forme cliniche di 3895 assistiti per tbc. nel periodo 1929-1938 come pure sulle attuali condizioni di

lavoro e di guadagno di 3301 assistiti. La media dell'assistenza si aggira sui 15 mesi e il contributo massimo di assistiti è stato dato dai soggetti di età tra i 21-25 anni.
G.

Fisiologia e Medicina, fasc. I, 1942, Roma.

ZAPPALÀ, *Sistema reticolo-endoteliale, coagulazione del sangue, vitamina antiemorragica K.*

L'A. che ha condotto numerose ricerche, ritiene oramai acquisito che non solo il tasso di protrombina aumenta nel sangue in seguito all'azione della vitamina K. ma anche quello del fibrinogeno. Nel contempo viene confermata l'importanza degli elementi del S.R.E. nel processo di coagulazione del sangue.
G.

Folia Cardiologica, n. 5-6, 1941, Milano.

CRUCILLÀ, *Sul comportamento dell'elettro-cardiogramma nelle ipertonie arteriose sottoposte a regime aclorurato.*

L'A. in una serie di ricerche ecgrafiche eseguite su 25 pazienti affetti da ipertensione arteriosa e sottoposti a prolungato trattamento dietetico aclorurato, con conseguente abbassamento della pressione arteriosa, non ha riscontrato alcuna variazione dei singoli elementi del tracciato elettrico del cuore, prima, durante, e dopo la cura praticata.
G.

Folia Medica, n. 24, 1941, Napoli.

CORDARO, *Rilievi ed esperienze con la protamino-insulo-terapia.*

La cura è stata studiata su 42 diabetici e si è potuto accentare che l'effetto sulla glicosuria è più pronto che sulla glicemia: la tolleranza per i carboidrati è migliorata del 40% e il peso del corpo aumentato nel 14% degli individui. L'effetto sui corpi chetonici è inferiore a quello dell'insulina ordinaria.
G.

Forze (Le) Sanitarie, n. 1, 1942, Roma.

Affezioni dell'infanzia da cause allergiche.

Nell'infanzia è dato di riscontrare una trofo-allergia che riguarda la cute, l'apparato respiratorio, il tratto digestivo e la circolazione. L'eczema dei lattanti rappresenta l'esponente più evidente dello stato allergico, se può essere nettamente distinto da altre dermatosi eczematose.

Gazzetta Sanitaria, n. 3, 1942, Milano.

DECIO, *In tema di fattori abortivi - La vitamina è grande nel trattamento delle malattie neuro-muscolari - CHIARELLI, Su un caso di trombo-flebite settica del seno cavernoso guarita con la sulfamidoterapia - La mortalità per tumori maligni.*

Genova, dicembre, 1941, Genova.

Per il nuovo ordine mondiale - MARCHISIO, Il monumento di Genova a Costanzo Ciano - RIVA, Artisti nostri: Antonio Giuseppe Santagata - BOERO, Documentazioni inedite sui genitori di Maria Drago Mazzini - CAPPELLINI, Delle leggi costituzionali, corporative e marittime.

Giardino (Il) di Esculapio, n. 1, 1942, Milano.

Galileo nel terzo centenario della morte - Commemorazioni Murriane - Un letterato mercante e un medico d'occasione; Filippo Sassetti e Niccolò Mamucci - Libri di medici - Attualità - Poesia - La vitamina C. nel bilancio alimentare.

Giornale di Clinica Medica, fasc. 18, 1941, Parma.

BIANCHI, *Studio della fisiopatologia cardiaca nell'anemia perniciosa.*

L'A. dopo diligenti esami elettro-cardio-flebografici e roent-genchimografici, associati ad altri esami, è venuto alla conclusione che i disturbi cardiaci nell'anemia

perniciosa non sembrano in rapporto con la deglobulizzazione del sangue, ma con un'insufficienza relativa (o assoluta) del cuore sinistro con ipertensione nel piccolo circolo e conseguente stasi nel territorio polmonare scaricato spesso nella grande circolazione. G.

Giornale di Medicina Militare, fasc. 12, 1941, Roma.

CONDORELLI, *La patogenesi delle sindromi stenocardiche*.

Circa la genesi « dell'angor » l'A. mette in rilievo le turbe puramente funzionali del circolo coronarico, capaci di istituire un vero e proprio infarto miocardico emorragico senza lesioni coronariche. In questi casi l'apporto di ossigeno è talmente insufficiente per il lavoro cardiaco che la conseguenza più immediata è una forma di ischemia grave del cuore che dà luogo alla crisi stenocardica. L'A. considera infine un'altra categoria ancora più ampia di stenocardia cosiddetta da « discrepanza » in cui il fenomeno è dovuto ad una sproporzione tra le esigenze nutritive del miocardio e il lavoro compiuto dal cuore stesso. G.

Giustizia (La) del Lavoro, fasc. 11-12, 1941, Roma.

Diritto corporativo - Rapporti individuali del lavoro - Diritto processuale del lavoro - Assicurazioni ed assistenza sociale - Diritto penale del lavoro.

Industria Dolciaria, fasc. 6, 1941, Roma.

PIATOLONGO, *Le emulsioni nell'industria dolciaria*.

L'A. passa in rivista le diverse emulsioni del commercio che si è venuti a produrre, in Italia, con l'olio d'olivo e con altri oli commestibili. Fra questi prodotti emulsionati l'A. fa risaltare la bontà del nuovo prodotto « Panemullo A » che viene largamente adoperato per l'impasto dei biscotti. G.

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

SENNI, *Alle camerate e lettrici* - GEDDA, *L'uomo di marmo* - UGAZIO, *L'assistenza infermieristica negli ospedali e case di salute* - CARLOTTO, *Per la valorizzazione professionale* - PETRAGNANI, *Disinfezione*.

Infortuni e Malattie Professionali, n. 12, 1941, Roma.

BATTAGLINI, *In tema di assicurazioni contro le malattie professionali*.

Prendendo occasione da una sentenza della Corte di Cassazione l'A. prospetta le difficoltà della distinzione fra infortunio e malattia professionale, la quale ultima è soprattutto fondata giuridicamente sul criterio cronologico, non ritenendo criterio utile la conseguenza lesiva di carattere cronico. Successivamente l'A. esamina in base a recenti massime il concetto di causa violenta e la necessità del rapporto causale tra il lavoro e l'evento lesivo non solo per l'infortunio ma anche per le malattie professionali.

Italia (L') Medica, n. 238-239, 1942, Torino.

PELLEGRINI, *Il caso Gatti* - FERLINI, *Medici e maestri* - PODESTÀ, *A proposito di Casse mutue malattie* - SPIGOLATORE, *La « malattia poliomielitica »* - MAIOCCHI, *Carta e cartaccia*.

Italia (L') Odontoiatrica, n. 5, 1941, Milano.

SCAGLIONE, *Trattamento immediato e secondario degli stomatollesi di guerra*.

Lavoro (Il) Commerciale, n. 11-12 1942, Roma.

LUCREZIO, *Il problema della distribuzione nei vari Stati*.

L'A. ha tentato una classificazione ed un raggruppamento delle indagini condotte nei vari Stati ed intese a rilevare quei caratteri comuni che permettono di seguire

nel tempo i principali dati relativi alla dinamica delle vendite e dei costi, in modo da costituire una guida per la gestione delle aziende ed un interessante e continuo materiale per gli studiosi.

G.

Lavoro Umano, n. 11-12, 1942, Torino.

ORIGLIA, *Ambiente e demografia.*

L'A. esamina i vari elementi che concorrono a formare il fattore ambientale nei suoi rapporti con una politica demografica quantitativa, la posizione geografica, la fertilità del suolo, la densità della popolazione, il grado di frazionamento delle proprietà e di distribuzione della popolazione e inoltre l'urbanesimo e l'industrialesimo. Infine l'A. discute i concetti essenziali per la ricerca di un « optimum » ambientale demografico.

G.

Libro (II) Italiano, n. 11, 1941, Roma.

Nella prima parte sono contenuti studi di Carlo Bo, di Fortunato Bellonzi, di Giuseppe Camposampiero su Manzoni, e Lorenzo Viani a cui seguono guide bibliografiche, letture italiane, cronache e notizie. Nella seconda parte si ritrova una ricca bibliografia.

G.

Lotta contro la Tuberculosis, n. 12, 1942, Roma.

CAMPANI, *Le reazioni cuti-polmonari. Loro importanza semeiologica e patologica.*

Nella genesi di disturbi funzionali ed anche organici, viscerali, hanno una notevole importanza, per via riflessa, stimoli patologici, che partono dalla pelle. L'A. ritiene che il fenomeno debba anche verificarsi per le malattie polmonari, specialmente nei casi di infezioni cutanee cocciche, con reazioni ghiandolari e determinanti, attraverso il dolore, reazioni maggiori lontane in organi, predisposti o affetti da forme latenti.

G.

Maglio (II), n. 12, 1942, Torino.

OBSERVATOR, *Panoramica della guerra* - TIMBALDI, *Lavoro e salario del minatore* - FASSIO, *Dalla produzione agricola alla raccolta e ripartizione dei prodotti* - Costi di produzione, paghe basi e tariffe.

Malati Medici e Medicine, n. 1, 1942, Torino.

Gli inizi della medicina in Piemonte - Letteratura, arte, storia e folklore - Il tenente di guardia.

Malattie (Le) Infettive nel Regno, n. 49, 1941, Roma.

I casi denunziati nel 1941 in confronto con i precedenti 1936-1940, dimostrano che c'è stato un aumento della morbilità per morbillo, scarlattina, febbre tifoide, varicella, e meningite c. s. e. e una sensibile diminuzione della pertosse, difterite, poliomielite e febbre ondulante.

G.

Medicina (La) Internazionale, n. 1, 1942, Milano.

D'ESTE, *Ricostruzione plastica del tendine del m. estensore proprio dell'alluce, distrutto per ferita d'arma da fuoco* - MORACCI, *Studio clinico e contributo alla terapia dell'erosione della portio uterina* - DOLFINI, *Vantaggi della pneumotoracentesi libera in decubito sul lato affetto* - CACCIAVILLANI, *Il name in biologia e in terapia* - GOLIMARI, *L'importanza dell'interpretazione nei reperti radiologici.*

Medicina dello Sport e dell'Educazione Fisica, n. 4, 1941, Torino.

CASSINIS, *Il quoziente di Manouvrier e l'indice di Weil nel giudizio di tipo morfologico.*

L'A. che ha studiato, sopra 200 militari, il quoziente di Manouvrier, ne deduce che le formule adottate possono servire per determinazioni rapide di orientamento.

su masse di soggetti, e sono utili per la conoscenza del tipo morfologico dal lato antropometrico-costituzionale. G.

Metereologia (La) Pratica, n. 1, 1942, Perugia.

PAOLONI, *Rivista di metereologia, ecologia agraria e scienze affini* - AZZI, *Sui termini di incompatibilità fra produttività e resistenza alla siccità del fagiolo* - MARCHI, *Una caratteristica del mais correlata con la resistenza alla siccità* - BRAMANTI, *Gradiente di pioggia*.

Milizia Sanitaria, n. 5, 1942, Roma.

BOLLATI, *La guerra dal 15 febbraio al 10 marzo* - MANTOVANI, *Evoluzione e problemi della mutualità sanitaria* - DE FERRARI, *Il problema dei concorsi nello stato di guerra*.

Minerva Medica, n. 5, 1942, Torino.

FARINA, *Tracoma e costituzione*.

L'A. ritiene che la presenza del tracoma è legata in massima parte al linfatismo e alle condizioni generali deperate dell'ammalato per le quali il tessuto congiuntivale offre una speciale predisposizione all'attecchimento dell'agente infettivo. G.

Mutualità (La) Rurale Fascista, n. 10, 1941, Roma.

La mortalità per tubercolosi dei maestri elementari.

Secondo le statistiche della mortalità nel Regno per il 1938 risultano deceduti per la classe insegnanti, dai 15 ai 69 anni, complessivamente 1258 unità per cause generali, di cui 132 unità per malattia tubercolare, in un rapporto quindi in cui la tubercolosi rappresenta il 10,4% delle perdite per tutte le cause; ciò sta a significare quanto provvida sia stata la legge 2 giugno 1939, n. 738, con cui è stata istituita l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi per tutta la classe degli insegnanti e loro famigliari. G.

Mutualità (La) Rurale Fascista, n. 12, 1941, Roma.

CABIBBO, *Concetto di invalidità*.

L'A. discute il concetto di invalidità generica, in confronto a quella specifica e ritiene che la tesi dell'invalidità generica potrebbe ingenerare un orientamento pericoloso nella valutazione dell'invalidità ed anche sconfinare nell'arbitrio. Nella pratica applicazione della legge si restringerebbe notevolmente la tutela previdenziale. G.

Notiziario Farmaceutico, n. 2, 1942, Milano.

GIORDANO, *La necessità di aggiornare la « tariffa medicinale »* - *Collaborazione tra medico e farmacista* - *Mercato nero*.

Ospedale (L') Maggiore, n. 11, 1941, Milano.

VAGHI, *Epato-splenografia e mezzi di contrasto*.

L'A. dopo aver passato in rassegna i vari metodi conosciuti per porre in evidenza il fegato e la milza, riferisce su un nuovo sistema di contrasto ottenuto con un « Sol » di iodio, che avrebbe il vantaggio di una rapidissima eliminazione attraverso i reni. G.

Pensiero (Il) Medico, n. 56, 1942, Milano.

BRECCIA, *Dissodare - Il Centro Ospedaliero avanzato di Berat* - *Studi sulla etiologia della mortalità eccessiva tra i bambini ospedalizzati*.

Policlinico (II) (Sezione chirurgica), n. 4-1942, Roma.

Calcolosi dell'uretra prostatica.

L'A. dopo aver passato in rassegna la patologia chirurgica della calcolosi dell'uretra prostatica, riferisce un caso osservato in un bambino di due anni. Il calcolo aveva determinato una disuria per cui fu ricorso al taglio ipogastrico. G.

Policlinico (II) (Sezione medica), n. 2, 1942, Roma.

PATRIGNANI, Epistassi eredo - familiare parossistica (malattia Rendin-Osler) con splenomegalia emolitica perniciosiforme.

Secondo l'A. la malattia deve includersi tra le diatesi emorragiche tipo Werlof ed emofilia e che la definizione più propria da dare alla malattia, sia quella di epistassi eredo-famigliare parossistica. G.

Policlinico (II) (Sezione pratica), n. 6, 1941, Roma.

FIL, L'ipotensione ortostatica.

Molti individui vanno incontro a vari disturbi, e cioè da un semplice malessere ad una sincope quando rimangono a lungo in piedi o passano rapidamente dalla posizione ad un'altra, specialmente da quella supina a quella eretta. In tali casi si nota una costante diminuzione della pressione sanguigna, che quando è discesa a 50 mm di Hg. costituisce il momento più favorevole all'inizio dei disturbi. Secondo l'A. i fattori sono da ricercarsi nella rapidità della circolazione e mancato adattamento circolatorio e nella gittata cardiaca. G.

Preparazione (La) Materna, n. 5-6, 1941, Salsomaggiore.

ANTOGNETTI, Irregolarità mestruali. Fisiopatologia e Clinica.

L'A. espone la complessità dei meccanismi ormonici, che presiedono al normale succedersi dei flussi mestruali ed insiste sulla necessità di guardare il problema non più come una semplice insufficienza ovarica ma come una sindrome varia collegata alle interferenze ormonali, alle disfunzioni funzionali ovariche, ai consensi, e agli antagonismi delle varie glandole interne. G.

Problema (II) Alimentare, fasc. 3-4, 1941, Roma.

BAGLIONI, Il valore biologico delle farine nella confezione del pane.

Vengono studiate in dettaglio le modificazioni indotte nella composizione di tutte le sostanze chimiche della farina di grano, dai vari tipi di fermentazione e dalla cottura del pane. G.

Progresso (II) Sociale del Mezzogiorno, n. 12, 1941, Napoli.

Nona giornata nazionale della Madre e del Fanciullo - Il raiduno delle Ostetriche a Bologna - Nuove norme per l'Istituto Superiore di Sanità.

Rassegna Clinico-scientifica, n. 9, 1941, Milano.

TORRACA, Ulcera gastrica in un tabetico.

Accertata la presenza di un'ulcera duodenale in un soggetto affetto da tabe, di medio grado, coll'esame radiologico ed anatomo-patologico, a seguito dell'intervento, l'A.; esamina la questione dei rapporti dell'ulcera con la tabe e la lue e propende per quest'ultima forma. G.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del Lavoro, n. 12, 1941, Roma.

MAURELLI, La luce e il modo di usarne.

L'A. continuando il suo studio diretto a fissare le condizioni « optimum » di una buona illuminazione artificiale si occupa dell'illuminazione generale degli ambienti

e poi di quella particolare del posto di lavoro negli stabilimenti e negli opifici segnalando i vari tipi di lampade. G.

Rassegna di Clinica Terapia e Scienze Affini, n. 6, 1941, Roma.

COLACI, *Contributo allo studio dell'ormono-terapia ovarica.*

L'A. ritiene che gli estratti totali di ovaia sono capaci come gl'increti puri a determinare tutte le caratteristiche modifiche istologiche del ciclo estrale negli animali im-
puberi ma non castrati. G.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 12, 1941, Torino.

VIGLIANI, *Sulla calcificazione a guscio d'uovo delle linfo - ghiandole nella silicosi.*

L'A. avanza l'ipotesi che la formazione dei gusci d'uovo, che si riscontra in individui silicotici, con calcificazioni linfoghiandolari, dipenda dall'azione cronologicamente successiva dei due fattori tubercolare e silicotico, di cui uno alteri gravemente la linfoghiandola e l'altro ne cagioni l'incapsulamento, con successiva precipitazione nella capsula di sali calcarei. G.

Rassegna di Oncologia, n. 6, 1941, Roma.

CAPPELLI, *Oncoterapia chimica a scopo di indagine nel campo della disglucemia qualitativa.*

L'A. riferisce i risultati clinici da lui ottenuti mediante alcuni preparati zuccherati sulla falsariga dell'ipotesi disglucemico-disbiotica ed in base alle risultanze delle sue precedenti ricerche sulla crisi ipoglicemica del coniglio e l'eliminazione renale nell'uomo di fronte ai vari glicidi. G.

Rassegna Giuridica della Circolazione Stradale, n. 11, 1941, Roma.

DUNI, *La valutazione equitativa del danno secondo il nuovo codice delle obbligazioni* - MAZZARI, *Investimento automobilistico e risarcimento del danno* - ZANELLA, *Circolazione di autoveicoli e responsabilità del proprietario* - JANNITI-PIROMALIO, *Il contenuto di abitato in relazione all'art. 36 del Codice Stradale.*

Rassegna Medica, n. 4, 1941, Milano.

FERRANNINI, *Sul meccanismo di azione dei farmaci cardio-cinetici* - *Rassegna della stampa.*

Rassegna Sociale dell'Africa Italiana, n. 12, 1941, Roma.

GIANNINI, *Sviluppo della legislazione sull'impiego privato in Africa Italiana.*

L'A. ha ricordato e chiarito le norme emanate dallo Stato, nel campo economico e sociale a favore delle classi impiegate che si trovano in Africa; norme, che si sono dimostrate adeguate ai bisogni delle diverse categorie. G.

Riforma Medica, n. 3, 1942, Napoli.

Ricerche epidemiologiche sul morbo di Weil.

Il problema epidemiologico della spirochetosi ittero-emorragica nell'uomo è reso ora più complesso dalle osservazioni circa la trasmissione della infezione da parte di altri animali (gatti, scimmie, volpi) nei quali la presenza dell'infezione è stata dimostrata anche con prove sierologiche. G.

Rinascenza Medica, n. 2, 1942, Napoli.

PIRERA, *L'extrasistole da sforzo.*

L'A. riferendo il caso di un giovane caduto, sotto la sua osservazione, studia il meccanismo dell'extrasistole, che pone tra le aritmie dovute a cromotropismo e a batmotropismo positivo ammettendo che gli extrastimoli risentiti in anticipo da un mio-

cardio ipereccitabile portano il cuore alla contrazione prematura ossia all'extrasistole. Lo sforzo costituisce quell'extrastimolo che dà origine alla turba miocardica.

Rinnovamento Medico, n. 4, 1941, Genova.

I problemi della tubercolosi polmonare: la tosse - PICCONE, *L'estratto di larve di mosche nella terapia dei congelati* - *Numismatica medica*.

Risanamento Medico, n. 2, 1942, Roma.

Insegnamenti della guerra - CREMONESE - *Cosciente e sub-cosciente* - *La morte dell'Avv. Adelchi Angelini* - *Freddo e macchie solari*.

Rivista di Biochimica e Terapia, n. 11, 1941, Roma.

Cos'è l'omeopatia? Il bacillo di Koch non è la causa della tubercolosi?

Rivista di Biologia Coloniale, fasc. VI, 1941, Roma.

SCOTTI, *Etnologia funzionalistica e problemi coloniali*.

L'A. coglie nel suo studio alcuni sviluppi dell'etnologia con indirizzo funzionalistico per farne applicazione nel campo della colonizzazione dei popoli non civili; ciò che serve all'A. per mettere in evidenza le reciproche influenze. G.

Rivista di Medicina Aeronautica, n. 4, 1941, Roma.

CASELLA, *Reazioni varie ed alterazioni dell'orecchio e delle prime vie aeree da volo a tuffo*.

Dall'insieme dei dati osservati si è rilevato che, ad eccezione dell'orecchio, ed in un solo caso, dei seni della faccia, l'organismo sopporta bene i vari lanci praticati in posizione seduta purchè non sieno sorpassati taluni limiti di acceleramento, chè in tal caso potrebbero derivare turbe del sensorio fino alla perdita di coscienza, vertigine labirintica, spostamento degli organi interni. G.

Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica, n. 1, 1942, Milano.

Rinnovamenti spirituali nella storia della medicina - *La consegna dei premi delle fondazioni Piccinini presso gli Istituti Ospedalieri di Milano* - *La fisiologia in Italia* - *I principali nuovi indirizzi nella storia della medicina e il « Trattato Italiano » di storia medica*.

Rivista Militare di Medicina Veterinaria, n. 3, 1941, Roma.

MORETTI, *Sulle coliche del cavallo* - SCHIVILLING, *Immunizzazione contro la malaria* - MAZZA-RACCHIO, *Osservazioni e ricerche sulla mastite tubercolare della vacca* - LETH, *le soluzioni ipertoniche di solfato di soda nel trattamento delle ferite infette* - ZINCHI, *Sull'uso della Cibalgina negli interventi anestetici in piccoli animali*.

Rivista Italiana della Tubercolosi, n. 1, 1942, Udine.

SALOTTO, *Alcune considerazioni sul pneumo torace complessivo*.

Nella sua nota, l'A. riassume le indicazioni del p.n.t. complessivo e soprattutto analizza la linea di condotta che maggiormente convenga nell'attuazione della pressione positiva, accenna all'azione del p.n.t., ipotensivo, discutendo le diverse opinioni dell'Ascoli, del Parodi e del Morelli. G.

Rivista Italiana di Igiene, n. 11, 1941, Pisa.

MAGNANI, *Brevi considerazioni sulle condizioni igieniche delle stalle*.

Il problema è di speciale importanza se si pensa che in Italia esistono 7.890.000 bovini, di cui il 35 per cento, sono vacche, sfruttate essenzialmente per la produzione

del latte. L'A. pur constatando i notevoli progressi conseguiti nella costruzione delle stalle, sull'esempio dei paesi più civili, come l'America del Nord, considera il problema nei suoi vari aspetti igienico, edilizio ed economico e mette in evidenza l'importanza della stalla, nei confronti della carica batterica, che solitamente inquina il latte per mancanza di pulizia e di adatta attrezzatura.

Idem, n. 12, 1941, Pisa.

BEVERE, *Possibilità attuali di chemio-profilassi collettiva della malaria.*

L'A. riferisce i risultati ottenuti con l'uso profilattico della certuna. Su una popolazione di una borgata di 1000 abitanti del Foggiano, durante cinque anni consecutivi, si è ottenuto il mutamento del tipo epidemico locale, con una scomparsa quasi totale della forma estivo autunnale, già prevalente e con un miglioramento sensibile degli indici splenico e parassitario. G.

Saggiatore (H), n. 11, 1941, Torino.

CAPPELLETTI, *La colchicina e i poliploidi.*

L'A. riferisce i risultati fin'ora ottenuti con l'uso della colchicina nella tecnica riproduttiva dei vegetali e ritiene di poter affermare, che questo metodo rappresenta un mezzo sicuro per provocare sperimentalmente la produzione dei poliploidi e potrà ancora recare grandi servizi nella produzione di anfiploidi fertili. G.

Scienza e Tecnica, fasc. I, 1942, Roma.

CITELLI, *Influenza delle vegetazioni adenoidi sulla funzione ipofisaria.*

L'A. dopo avere rilevato come le vegetazioni adenoidi hanno importanti rapporti di vicinanza e circolatori con l'ipofisi faringea e l'ipofisi centrale, mette in evidenza il fatto che in forza di tale rapporti le vegetazioni adenoidi vengono frequentemente ad alterare la funzione ipofisaria e a danneggiare di conseguenza lo sviluppo somatico, lo sviluppo e la funzione delle glandole sessuali ed anche lo sviluppo e il rendimento intellettuale. G.

Settimana Medica (La), n. 1, 1942, Palermo.

GIUFFRÈ, *Del metodo clinico dall'antichità ad oggi.*

L'A. esposto il metodo di Ippocrate, nei suoi libri e nella tradizione e quello di Baglivi, riassunto nel detto « ratio et observatio » prospetta in concisa sintesi i principali esami semiologici, dagli antichi a più moderni, ponendo in rilievo gli errori che sono stati commessi per inosservanza o inesatta applicazione del metodo, nel quale distingue i teoretici ed i pratici. Chiude la dotta esposizione, uno studio sull'evoluzione dell'insegnamento clinico in Italia dall'800 ad oggi. G.

Stomatologia (La) Italiana, n. 11, 1941, Roma.

SCAGLIONE, *Sulla struttura della polpa dentale.*

L'A. ha prospettato alcuni quesiti sugli elementi costituenti la polpa dei denti e con molteplici preparati istologici e disegni schematici, ha cercato di portare un contributo alla migliore conoscenza dell'argomento. G.

Svastica (La), n. 38, 1941, Berlino.

Il vero indice della vita negli Stati Uniti - Gli eserciti di ieri e di oggi - Australia e Inghilterra - Scavi tedeschi nel Mediterraneo - La stampa del Terzo Reich - La Russia vista dagli Americani.

Tempo (Il), n. 11-12, 1941, Roma.

G. G., *Gli sportelli - I brillanti risultati finanziari dell'Industria Assicurativa Italiana - Gli Agenti di Assicurazione nella Legge spagnola - L'Assicurazione - Vita e i suoi fini nella conferenza inter-americana degli Avvocati.*

Tubercolosi, n. 10-11, 1941, Roma.

PICCINELLI, *La tubercolosi polmonare miliare cronica*.

L'A. sintetizzate le conoscenze precedenti, sulla t.b.c. miliare polmonare cronica, riferisce quattro osservazioni, i cui dati clinico-radiografici ed anatomo-istologici confermano tale entità nosografica ed inducono a formulare delle conclusioni circa la patogenesi in rapporto alle lesioni vasali alla batteriemia, alla morfogenesi degli elementi istologici, ai fenomeni immuno biologici, che ne determinano le varie caratteristiche.

G.

Vetro (II), n. 1, 1942, Roma.

L'edilizia di domani - ESPOSTO - *Il vetro cemento caposaldo dell'industria edilizia* - VARRISCO - *Progetto del vetro cemento armato* - DOTTORI - *Efficacia del vetro cemento contro l'offesa aerea* - DAMIANI - *Verso la casa in vetro cemento* - CAIMI - *Dai diffusori normali ai diffusori temperati* - PRITONI - *Doti peculiari del vetro cemento*.

Vita Universitaria, n. 7, 1942, Roma.

PUNCTATOR, *Troppi studenti?* - PLATONE, *Come ridurre le iscrizioni* - ORECCHIA, *Il primo Convegno Nazionale di studi filosofici* - RUSSO, *A proposito delle nomine delle commissioni giudicatrici per concorsi Universitari* - DAL PLAZ, *A proposito dello scambio di pubblicazioni con l'estero*.

Villagio (II) e i Campi, n. 1, 1942, Roma.

Le concimaie - *Concimi per la terra* - *La mangitura razionale* - *Trattamenti invernali con insetticidi ai fruttiferi* - *L'importanza dell'aria pura*.

Africa Medica, n. 11, 1941, Lisbona.

DRUMMOND BORJES, *Sifilide e tubercolosi*.

In un articolo di propaganda igienica l'A. fa osservare che se il pubblico ignora molte cose che si riferiscono principalmente alla salute dell'individuo, della famiglia e della società, la colpa è degli uomini competenti che non fanno abbastanza per avvertirlo dei pericoli della sua ignoranza. Ne prende lo spunto per trattare dei pericoli inerenti alla diffusione della sifilide e della tubercolosi che presenta nei quadri clinici più svariati e nelle loro conseguenze fatali per la salute della razza. L'articolo si conclude con l'esposizione di un programma profilattico nazionale per la lotta contro le due malattie.

G.

Bulletins Périodiques de Compagnies Suisses d'Assurance sur la Vie, n. 2, 1941, Zurigo.

MULLER, *Il certificato del medico curante*.

L'A. ricorda l'importanza di una diligente anamnesi nella compilazione del certificato medico; anamnesi che spesso rimane incompleta per quanto riguarda la natura e l'evoluzione delle malattie precedenti. Il candidato dinanzi al medico della compagnia trascura di dichiarare, senza conoscerne il valore, quelle affezioni che si riferiscono a malattie a tipo cronico e che possono divenire pericolose nel corso della vita. Da ciò nasce il grande aiuto, che può venire alle compagnie di assicurazione dalla fiduciosa collaborazione del medico curante, che è in possesso di notizie che non sono state rivelate al medico esaminatore e che possono servire notevolmente al capo della compagnia per valutare al giusto valore le condizioni di ammissione. Questo procedimento, che va fatto sotto il più rigoroso segreto professionale e con ogni riservatezza, è nell'interesse reciproco sia del candidato che della collettività degli assicurati in quanto il primo, si vede applicate tariffe quanto più possibilmente eque e gli assicurati vengono a partecipare ai benefici che risultano da un corso favorevole della malattia.

G.

Medicina y Chirurgia, n. 20, 1941, Santiago de Compostero.

FONTAN MAGUERRA, *La alopecia rachitica*.

La grande percentuale dei bambini colpiti da alopecia, in Galizia ha indotto l'A. a fare uno studio patogenetico approfondito della questione ed è venuto alla conclusione che si tratti di una manifestazione di rachitismo di cui può essere qualche volta un sintomo precoce. Le osservazioni cliniche corredate da numerose fotografie molto dimostrative stanno in appoggio della tesi sostenuta, tanto più che la cura che si è dimostrata più efficace e più rapida a debellare il male, è stata quella a base di vitamina D.2 iniettata in forti dosi. G.

Medizinische Klinik, 14-11-41, Berlino.

K. HINSBERG, *Problemi nell'indagine dei carcinomi*.

L'A. mette in rilievo i progressi che sono stati portati allo studio e alla terapia del carcinoma dall'applicazione di scienze esatte, come la fisica e la chimica, e ritiene che la conoscenza etiologica del problema del cancro possa derivare soltanto da una intima collaborazione fra le varie scienze: la chimica, la radiologia, la fisica e la biochimica. F. T.

Nella nostra biblioteca

ALBERTI, « *Diaeta parca* » e Salute. — Ediz. Hoepli, 1941, Milano.

L'A. non ha tratto motivo alla sua pubblicazione dalle contingenze attuali, ma, con una vigorosa rievocazione del passato e di antiche dottrine filosofiche che vanno da Pitagora a Seneca sino a Chittenden, Moleschott, Luciani e Baglioni, ha ancora ribadito il concetto di una alimentazione sobria e parsimoniosa, basata fondamentalmente sugli alimenti di origine vegetale, che, dal punto di vista biologico e fisiologico meglio risponde allo sviluppo e alla sanità dell'uomo. Poichè a tale alimentazione si fa il rimprovero di non contenere sufficienti proteine, l'A. con un'acuta disamina scientifica e storica, esalta il valore proteico del glutine della farina di frumento e di legumi vera carne vegetale e mette così nella sua luce l'importanza della scoperta di Jacopo Bartolomeo Beccari (medico, fisico, fisiologo, vissuto a Bologna nel 1728, venerato maestro di Luigi Galvani) che, primo fra tutti i fisiologi, aveva dimostrato la natura proteica del glutine e con divinazione chimica, confermata dagli studi posteriori l'aveva avvicinato alle proteine animali.

Il volume, che si legge con speciale godimento per il suo stile facile e per la ricchezza dei particolari, che si riferiscono alla vita degli antichi conventi, fondati sulle regole dettate dai nostri Santi più rinomati, si chiude con un capitolo dedicato alla illustrazione di « *dieta parca* » così come va intesa modernamente. G.

Valore clinico sociale delle cure idro-termali dell'I.N.F.P.S. — Estratto dai nn. 6-7-8 di « Difesa Sociale », 1937, Roma.

La pubblicazione dopo aver esposto la evoluzione subita dalle istituzioni assicurative di previdenza sociale, dal 1898 ad oggi, s'intrattiene specialmente sull'attrezzatura idro-minerale dell'I.N.F.P.S. nei suoi diversi stabilimenti sparsi in Italia. Risulta che nel 1936 furono ammessi alle cure complessivamente tra uomini e donne 11.820 persone di cui guarirono 1459 (12,34%), migliorarono 7731 (64,51%) e rimasero stazionari 2630 (22,25%). Le malattie delle articolazioni (sindromi reumatiche) e quelle del ricambio diedero il maggior contributo di ammalati (6861 su 11.820). G.

NAPOLI, *Il succo di limone in combinazione coi saccarosii nella terapia clinica*. — Estratto dalla « Rivista Sanitaria Siciliana », n. 16, 1932, Palermo.

Id., *Contributo clinico allo studio della idropisia amencefalica*. — Estratto dalla « Cultura Medica Moderna », n. 5, 1934, Palermo.

ID., *Rachialgia in soggetto neurostenico, con tara ereditaria alcoolica.* — Estratto da « Progressi di Terapia », n. 11, 1935, Milano.

NICEFORO, *Asterischi di psicologia criminale e ai margini.* — Estratto da « Giustizia Penale », Società Tip. « L. da Vinci », Città di Castello.

L'A. nel suo stile chiaro ed efficace traccia uno studio psicologico del criminale nel quadro di una criminologia che abbia come suo obbietto la considerazione della personalità del delinquente ai fini di una forte ed illuminata difesa sociale contro la criminalità. Sono così passati in rivista e sottoposti a rigorosa critica i vari metodi scientifici usati in criminologia. G.

ORTOLANI, *La levatrice e i suoi attuali compiti nell'opera di tutela dell'infanzia.* — Estr. da « Difesa Sociale », n. 8, A. XII.

PALMIERI, *Rilievi statistici e medico-legali su 400 infortunati industriali e agricoltori liquidati con oltre l'80 %.* — Estr. da « Infortuni e Malattie Professionali », dicembre 1941.

In questo interessante studio che riguarda casi occorsi all'Ispettorato delle Puglie e Molise, il chiaro Direttore dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni di Napoli, illustra con tabelle la distribuzione dei sinistri per grado, per apparato e per sesso. La minorazione plurima risulta prevalente tra gli addetti all'industria, in questi la minorazione unica prevalente è la nervosa; negli agricoltori prevale invece la lesione visiva. Le precipitazioni si equivalgono nei due gruppi. Nell'ultima parte vengono esaminati i diversi atteggiamenti negativistici della sezione grandi invalidi, nei riguardi della prestazione. St.

ID., *Intossicazione mescalina sperimentale e l'ebbrezza peyotistica nell'uomo.* Con riferimenti medico-legali. — Estratto dal vol. LXXXV. « Rend. R. Acc. di Scienze Mediche », Napoli, 1941.

E' una memoria in cui viene riferita la sintomatologia sperimentale negli animali; il quadro dell'ebbrezza nell'uomo tentato dall'A., con dosi medie di mescalina o con l'estratto totale della pianta, non si è riprodotto e tutto si è limitato ad un periodo di confusione ideativa e di svogliatezza. Il reperto istologico dei parenchimi degli animali venuti a morte per iniezioni ripetute chiude il pregevole studio. St.

PINCHERLE, *I capisaldi più concreti e fattivi della prevenzione nazionale-sociale della mortalità infantile.* — Estr. da « Difesa Sociale », n. 7, A. XV, Roma.

L'A. espone ai fini di una buona propaganda igienica i criteri direttivi che debbono presiedere ad una azione efficace per combattere le malattie infantili e tratta del contagio tubercolare, dell'infezione reumatica, luetica, dell'allattamento e dell'alimentazione, come anche dell'ambiente fisico sociale in cui si sviluppa il bambino. G.

57° *Relazione di affari della Nürherger Lebensversicherung A G. sull'anno commerciale 1940.*

L. SCHMITT, *Selezione dei rischi e decorso della mortalità nella Società di Assicurazione vita « Basler » (1864-1939).*

L'A., dopo aver ricordato l'importanza della medicina di assicurazione vita e gli importanti lavori di Haegler, espone in tabelle e grafici l'andamento della mortalità tra gli assicurati della « Basler », dal 1864 al 1939. Sul materiale della « Basler » già avevano riferito Hesse per gli anni 1865-1897 e l'A. stesso per gli anni 1898-1922.

Per gli anni 1864-1897 le cause di morte più frequenti furono la tubercolosi col 23,32 %, il cancro col 9,06 % e le malattie dell'apparato cardiovascolare coll'8,28 %, mentre le malattie infettive (4,34 %), le morti accidentali (3,14 %) e i suicidi (2,17 %) avevano un'importanza molto minore.

Nel periodo 1898-1922 invece si notarono già notevoli variazioni, in quanto le

malattie dell'app. cardiovascolare salirono al 15,47% e il cancro a 11,62% mentre la tubercolosi discese all'11,15%; le malattie infettive raggiunsero la percentuale del 7,76%, mentre le morti accidentali e i suicidi mantenevano le stesse percentuali modeste.

Nell'ultimo periodo (1923-1939) è salita ancora la mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (21,49%) e per cancro (14,13%), mentre diminuiva quella per tubercolosi (9,60%).

Riguardo l'età alla morte degli assicurati e l'antidurata dei contratti l'esame del materiale dal 1864 al 1939 dimostra che quasi il 40% di sinistri avvennero nei primi 10 anni di assicurazione e che gli individui morti per cancro e cardiopatie avevano meno di 50 anni rispettivamente per il 29% e per il 52% mentre per lo stesso gruppo di età, nei morti per tubercolosi, raggiungeva quasi il 75%. F. T.

TIZZANO, Sulla mortalità per malattie dell'apparato circolatorio. — Estr. da « Difesa Sociale », n. 10, A. XV, Roma.

E' un diligente lavoro statistico nel quale in numerose tabelle la mortalità per malattie circolatorie viene rappresentata in rapporto alle singole malattie, alle stagioni, stagioni, alle altitudini e ai gruppi di età. G.

Tutela Sanitaria e Sociale del Lavoro e della Razza. — Quaderno IV della « Difesa Sociale ».

La pubblicazione contiene 30 tavole fuori testo pubblicate nell'anno 1937-XV dalla Rivista « Difesa Sociale », illustranti gli aspetti clinico-sociale più evidenti dell'assistenza svolta dall'I.N.F.P.S. per la tutela del lavoro e la difesa della razza. G.

VAMPA, Inchiesta in una città d'Italia sulle abitazioni della popolazione povera assistita. — Estr. da « Difesa Sociale », nn. 4-5, A. XV, Roma.

L'inchiesta riguarda la città di Pesaro e mette in evidenza lo stato e le caratteristiche delle abitazioni in cui vivono le famiglie povere assistite dalla Società di S. Vincenzo de' Paoli, con un quadro impressionante delle loro condizioni antigieniche. G.

VUOTI NELLE FILE.

Fra i Medici Fiduciari.

- Dott. AUDINO AURELIO, Porto S. Stefano (Grosseto).
- Dott. GALA GIUSEPPE, Copertino (Lecce).
- Dott. GHEZA GIUSEPPE, Darfo (Brescia).
- Dott. MICUCCI GIUSEPPE, Pergola (Pesaro).
- Dott. PAGANELLI LORENZO, Civitello-Paganico (Grosseto).
- Dott. PIERPAOLO UMBERTO, Chivasso (Torino).
- Dott. ZAPPETTINI LORENZO, Reggiolo (Reggio Emilia).

Fra gli Agenti Generali.

Il 30 marzo u. s. è deceduto a Bologna il Gr. Uff. Dott. Ing. AURELIO MANARESI nostro Agente Generale a Bologna e Provincia. Consigliere Nazionale, Vice Presidente del Consiglio Provinciale delle Corporazioni e squadrista.

Il 30 marzo a Vercelli il Geom. FEDERICO D'AZZO, Agente Generale di quella città, già combattente della grande guerra.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

LOCALITÀ		ORARIO	LOCALITÀ		ORARIO
PIEMONTE					
Torino	Via Maria Vittoria, 1	Giorni feriali			
Alessandria	Via Roma, 14	1° e 3° lunedì 8,30-12,30 14,80-17,80			
Asti	Via Aliberti, 2	Giorni feriali			
Biella	Via Arnolfo, 20	Lunedì 9-12			
Novara	Via S. Giacomo, 2	Giovedì 9-12			
Vercelli	C. Carlo Alberto	2° e 4° martedì 8,30-18			
LOMBARDIA					
Milano	P. Diaz, 6	Giorni feriali			
Bergamo	V. Camozzi, 33	1° e 3° lunedì 9-12,30			
Brescia	P. Vittoria - Pal. INA	1° e 3° martedì 9-12,30			
Como	V. D. Fontana, 2	2° e 4° giovedì 9,30-12,30			
Cremona	V. Campi, 1	1° e 3° mercoledì 9,30-12,30			
Legnano	C. Vittorio Emanuele, 5	2° e 4° martedì 9-12			
Pavia	C. Mazzini, 3	2° e 4° sabato 9-12,30			
LIGURIA					
Genova	V. Carducci, 3	Giorni feriali			
VENEZIA TRIDENTINA					
Bolzano	V. Rosmini, 20	mercoledì e sabato 9-12 15-18			
Bressanone	V. Roma, 5				
Rovereto	Piazza Rosmini	4° venerdì 9-12 15-18			
Trento	V. Bellanzani, 14	martedì, giovedì 9-12 15 18 (1)			
VENEZIA VENETA					
Padova	P. Spalato, 1	Giorni feriali			
Belluno	V. Garibaldi, 1	3° sabato 9-12			
Isola Scala	P. Nazario Sauro	3° venerdì 9-12 15-18			
Legnago	P. Duomo	1° e 3° venerdì 9-12, 15-18			
Treviso	V. Vitt. Emanuele, 29	1° e 3° martedì 8,30-12 (2)			
Udine	V. Sanro, 1	2° e 4° martedì 9-12, 14,80-18,30			
Venezia	Calle larga XXII Marzo	Giorni feriali			
Verona	V. Vitt. Emanuele, 11	lunedì 9-12, 15-18			
Vicenza	P. Roma, 11	3° lunedì 8,30-12			
VENEZIA GIULIA					
Trieste	P. Dalmazia, 3	Giorni feriali			
Piume	V. XXX Ottobre	2° e 4° martedì 9-12, 15-18			
Gorizia	V. Crispi, 8	1° e 3° giovedì 8,30-12 dal 1°-5 al 80-8 e 14,30-18,30 dal 1°-10 al 80-4			
Monfalcone	V. Duca d'Aosta, 26	1° e 3° mercoledì (sospeso)			
Pola	V. Garibaldi, 13	2° e 4° venerdì 14-17			
EMILIA					
Bologna	V. Pignattari, 1	Giorni feriali			
Modena	P. Mazzini, 4	1° e 3° lunedì 9-18			
Parma	V. Garibaldi, 23	2° e 4° giovedì 9-18			
Piacenza	P. Cavalli, 2	2° e 4° mercoledì 9,30-12,30			
Reggio Emil.	V. Emilia S. Stefano, 5	1° e 3° martedì 9-12,30			
TOSCANA					
Firenze	Piazza Stazione, 2	Giorni feriali			
Prato	P. S. F. d'Assisi, 5	1° e 3° Lunedì			
Livorno	V. Cairoli, 9 (Pal. Galleria)	Lunedì 10-12, 14,80-18			
MARCHE E DALMAZIA					
Ancona	C. Mazzini, 13	Giorni feriali			
Ascoli Piceno	P. Popolo - V. Archivio	1° e 3° mercoledì 10,30-12,30, 15-17			
Macerata	V. Ricci, 2	Ultimo mercoledì 10,30-12,30, 15-17			
Pesaro	V. Rossini, 2	2° e 4° martedì 10,30-12,30, 15-17			
Zara	Calle Larga	2° giovedì 10,30-12,30, 15-17			
ABRUZZI					
Pescara	C. V. E. 146	Giorni feriali			
LAZIO E UMBRIA					
Littoria	P. XXIII mar. Pal. I.N.A	Domenica 8-12			
Perugia	P. Vittorio Emanuele, 1	2° e 4° martedì 9-18			
Roma	Via Sallustiana, 1	Giorni feriali			
Roma	V. Tritone, 142	Giorni feriali			
Terni	V. Tacito	Mercoledì 8,30-12			
Tivoli	V. S. Croce	2° e 4° sabato 14-17 (sospeso)			
Viterbo	V. G. Marconi, 7	1° e 3° sabato 9-12			
CAMPANIA					
Avellino	P. Libertà, 52	2° e 4° martedì 11-14			
Benevento	V. Isabella Morra, 6	1° e 3° mercoledì 9,30-12,30			
Caserta	C. Umberto, 53	2° e 4° giovedì 9-12 (sospeso temp.)			
Castell. Stabia	V. S. Maria dell'Orto, 3	1° e 3° giovedì 9-12			
Napoli	P. Costanzo Ciano, 32	Giorni feriali			
Portici	V. Bellucci Sessa, 17	2° e 4° sabato 9-12			
Salerno	C. Garibaldi (Pal. Natella)	lunedì e mercoledì			
PUGLIE					
Bari	Via A. Gumma, 73	Giorni feriali			
Lecce	V. Augusto Imperatore, 16	Giorni feriali			
LUCANIA					
Potenza	P.azz Prefet. Pal. I.N.A.	Venerdì e Sabato			
CALABRIA					
Catanzaro	P. Roma, 20	Giorni feriali			
Cosenza	C. Mazzini	2° martedì 9-12			
Reggio Cal.	C. Garibaldi, 2	1° e 3° mercoledì 9-12			
SICILIA					
Catania	V. A. Mussolini, 16	Venerdì e sabato 9,80-18			
Messina	V. Colombo, 40	Giorni feriali			
Ragusa	V. M. Coffa, 19				
Siracusa	V. dei Mille, 2				
Agrigento	V. Roma, 291				
Enna	V. Vitt. Eman., 2				
Palermo	V. Maqueda, 182	Giorni feriali			
Trapani	V. Torrearsa				
SARDEGNA					
Cagliari	V. Roma, 73				



Corporate Heritage
& Historical Archive

Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
BOLOGNA	Osp. « B. Mussolini » del- l' I. N. F. A. I. L. . . .	20%, 1 ^a e 2 ^a cl. 10%, 3 ^a cl.	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20	30%, 30%
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	20, 25 e 30%.	MODENA	Casa « Berti »	30%
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - P. S. Benedetto	30%.	NAPOLI	Sanatorio « G. Forlanini »	30%, diaria L. 20
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati	30%.	PALERMO	Clin. Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	30%, 30%, retta 20%, interventi e ricerche
CATANZARO	Ist. clin. diagn. fisioter. Dr. G. Mazza - V. Duomo	30%.	PALERMO	Casa « Noto »	30%, 30%, retta 20%, interventi e ricerche
COMO	Ist. Card. Prof. G. Galli - Via Volta 46	30%.	PIACENZA	Casa « Piacenza »	20%.
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	30%.	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	30%.
GENOVA	Poliambulatorio del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi .	20 e 25%.
GENOVA	Ist. Inalaz. Dr. B. Oxilia - Via XX Settem. 1-2 .	30%.	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40%, ass. popolari L. 11' visita annuale 35%, 30 e 40% 15%, prestazioni med. - chir. che
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro .	30 %.	TORINO	Clin. malattie profess. - R. Università	ass. popolari L. 11' visita annuale 35%, 30 e 40% 15%, prestazioni med. - chir. che
MESSINA	Ist. ter. fisica Dr. G. Spagnolio - P. Stazione	30%.	TORINO	Istit. terapia ortozonica - Corso Oporto 10	ass. popolari L. 11' visita annuale 35%, 30 e 40% 15%, prestazioni med. - chir. che
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I » .	10 e 20%.	TORINO	« Villa Maria » - V. Princi- pessa Felicita, 15-bis, 17	ass. popolari L. 11' visita annuale 35%, 30 e 40% 15%, prestazioni med. - chir. che
			TORINO	Ospedale Maggiore S. G. Battista e della Città di Torino	ass. popolari L. 11' visita annuale 35%, 30 e 40% 15%, prestazioni med. - chir. che
			TREVIÙO	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	30%.
			TRIESTE	Casa di Cura Duttogliano	20 o 10%.

Cliniche specializzate e case di cura

BARI	Clin. Prof. D'Erchia - Via M. Signorile, 2 (ostetr. e ginecologia)	30%.	ROMA	Guardia Ostetrica perma- nente E. Pestalozza	50, 30, 20%.
CAGLIARI	Casa B. Salvatore (ostetr. e ginecologia)	30%.	ROMA	Casa « Immacolata Conce- zione » (artr., sciatica e reumatismi) - V. Pom- peo Magno, 14	50%, ambulanza 1 ^a cl. L. 50 retta 2 ^a > > 40 > 3 ^a > > 25 >
ROMA	Clin. Ostetr. Ginecolog- ica R. Univ. di Roma Cura della sterilità.	A tutte le as- sicurate visite gratuite gio- vedì e sabato ore 15	PADOVA	Casa « La Salutare » (loca- lità Altichiero) (neu- rologia)	20%.
ROMA	Osp. S. Gallicano (der- mosifilopatia)	diaria 30,50	TREVIÙO	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otori- nolaringologia)	30%.
ROMA	Ist. « Regina Elena » (tum.)	» 35 -	MIAZZINA (Novara)	Casa « Eremo » (malattie polmonari)	15 e 30%.
ROMA	Clinica Odontoiatrica R. Università	20%.			