

# L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE  
DELLE ASSICURAZIONI



ANNO XI - N. 5-6

15 OTTOBRE-15 DICEMBRE 1942-XXI

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 in Taranto.**

## 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) eventualmente completate dalle seguenti ricerche ed esami di laboratorio:

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

*Espettorato*;

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

*Elettrocardiogramma*;

*Misurazione della pressione arteriosa*;

*Esame radiologico 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) Presidi senza interesse per operazioni di alta chirurgia** (agli assicurati con polizze ordinarie e collettive per le relative spese debitamente comprovate) (Mod. S. S. 59) e per viaggi alle stazioni di cura.

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

**G) Facilitazioni presso ospedali o case di cura** (vedi tabella a pag. VII dell'Ed. Speciale).

**H) Facilitazioni presso stabilimenti termali** (vedi tabella a pag. IV-V dell'Ed. Speciale).

**I) Pubblicazioni di medicina preventiva e d'Igiene** 1° «Salute, tesoro della vita» del Prof. Dr. O. BELLUCCI - 2° «Sotto il platano di Coo» Consigli d'Igiene e di medicina preventiva. - 3° «Sotto il platano di Coo» (Seconda giornata) - 4° «Igiene della vita coloniale» del Prof. G. PESSO. - 5° «L'Assistenza Sanitaria» Rivista bimestrale d'Igiene e di medicina preventiva; Edizione speciale.

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

Gli assicurati impossibilitati ad allontanarsi dalla loro residenza possono beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando il materiale da analizzare al Servizio Sanitario della Direzione Generale in ROMA ed 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.

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

<i>Cambio della guardia.</i>	194
<b>1. Studi e ricerche di medicina della Assicurazioni Vita:</b>	
Dott. RISOLDI, La valutazione della colelitiasi e delle sue complicanze nella med. delle Ass. Vita	196
Dott. A. STARNA, Visita medica e antiselezione nella A. V.	207
Dott. A. CALATI, I rischi tarati dell'A. V. ( <i>fine</i> )	220
<b>2. Indagini di Statistica Medica:</b>	
Dott. F. TOSTI-CROCE, Il rapporto tra perimetro del collo e peso corporeo per determinati gruppi d'altezza in A. V.	242
<b>3. Dalla pratica Assicurativa:</b>	
Dott. Prof. M. VELE, Alcune osservazioni sui rapporti dei Medici Fiduciari.	249
<b>4. Varie:</b>	
Dott. E. ROGARI, Contributo alla casistica delle forme neurosiche di pseudo-paralisi agitante post-traumatica	254
<b>5. Notiziario</b>	259
<b>6. Dai Periodici</b>	264
<b>7. Nella nostra biblioteca</b>	284
<b>8. Vuoti nelle file</b>	288
<b>9. Provvidenze Sanitarie</b>	I-III

### SOMMARIO DEL N. 5-6 - EDIZIONE SPECIALE

<i>Cambio della guardia</i>	1
Dott. A. STARNA, I capelli: perchè ci sono e perchè se ne vanno	2
Dott. C. PERDRIX, Pregi e difetti del vino	9
Dott. F. TOSTI-CROCE, Attenzione alla prostata	10
Dalle riviste: Consigli d'igiene pratica	12
Parte ufficiale: Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati	I-VII

## Cambio della guardia

Come avemmo occasione di comunicare nel numero precedente l'Ispettore Gen. Sanitario Prof. Ilario Romanelli ha recentemente lasciato, per raggiunti limiti di età, la Direzione del Servizio. Con questo numero pertanto il Prof. Romanelli lascia al nuovo Capo Servizio Sanitario Dott. Pietro Trottarelli, la Direzione della « Assistenza Sanitaria », la quale, dell'attività medico-scientifica dell'Istituto, rappresenta l'espressione più viva e fedele.

Le indagini e gli studi che i medici di Assicurazione Vita, col contributo anche di valorosi altri medici, hanno svolto su questa palestra, ormai da oltre un decennio, sono stati, in parte notevole, promossi dal Direttore uscente, che della Rivista è stato il Fondatore. In tal modo i giovani medici italiani di assicurazione, già alieni da simile disciplina, hanno tentato nuove vie e portato i primi risultati con il prezioso materiale assicurativo dell'I.N.A.

I nostri lettori avranno potuto seguire sopra queste pagine come la medicina delle A. V. tenda ad avvalersi ogni giorno di più di tutti i progressi che la clinica, la semeiotica e la tecnica di laboratorio ci offrono. Il nostro campo di lavoro più arduo, ma anche più importante, è costituito da mezzi di accertamento obiettivo di una diagnosi allorquando l'anamnesi è vaga, se non proprio muta, e dalla determinazione più precisa possibile della prognosi lontana nei rischi non normali.

Gli studi che già per molte malattie abbiamo presentato dimostrano come in Italia s'intenda impostare questi gravi problemi; la loro soluzione non può trovarsi che da una felice contemperanza del criterio clinico a quello statistico. Il giudizio emesso, al contrario, in base ad un criterio univoco, secondo schemi sinottici standardizzati in uso presso altre Compagnie straniere, alla nostra mente latina ed universale, ci risulta inadeguato ai fini della pratica assicurativa.

Ma il nostro compito non si arresta entro tali limiti. Certamente la Medicina delle A. V., già preponderante nei primi tre Congressi Internazionali dei Medici delle Compagnie di Assicurazioni (Bruxelles 1899, Amsterdam 1091, Parigi 1903), subì un rallentamento della propria attività scientifica per il rapido incremento assunto soprattutto dalla Assicurazione Infortuni.

Se a quei primi Congressi l'Italia si limitò ad inviare una modesta rappresentanza senza alcun apporto scientifico, da parte degli studiosi, successivamente, per merito del Servizio Sanitario dell'I.N.A., quando nel dopo guerra europeo furono iniziati i Congressi Internazionali di Medicina delle Assicurazioni Vita, il contributo non mancò. Esso fu notevole al I Congresso Internazionale di Medicina delle A. V. tenutosi a Londra nel 1935 e fu ancora maggiore al II Congresso di Parigi nel 1939.

Senza ripeterci ricorderemo che la vasta e molteplice attività svolta dal Servizio Sanitario dell'I.N.A. sotto la sapiente guida del Prof. Romanelli è stata già riassunta nelle dense sebbene aride note: « Nel trentennale », che siamo andati pubblicando nell'anno corrente.

Come la traumatologia deve allo sviluppo dell'Assicurazione Infortuni notevoli risultati scientifici e pratici, così noi siamo profondamente convinti che non minori saranno i benefici che la medicina interna e specie la prognostica potranno trarre dalle acquisizioni della medicina delle A. V., non solo nello studio dell'andamento delle affezioni croniche, ma anche per la conoscenza delle successioni morbose e per gli accertamenti su vaste collettività dell'ereditarietà patologica.

Non diversamente dalla Infortunistica e dalla Medicina del Lavoro, anche la nostra specialità ha suoi propri problemi di Medicina Legale per l'applicazione giuridica contrattuale e di Medicina Sociale per la prevenzione delle malattie. Ai primi è dedicata una nostra rubrica e per la seconda oltre a varie note e riferimenti comparsi nella nostra Rivista, è stata dedicata la Edizione speciale divulgativa riservata agli assicurati.

Infine le recenti forme di assicurazione contro le malattie, come pure la polizza complementare contro l'invalidità, ci prospettano problemi che già appartennero soltanto alle Assicurazioni Malattie e alle Assicurazioni Sociali. Ecco perchè il medico di assicurazione sulla vita ha, come non altri, una visione armonica di insieme di tutti i rami dell'esercizio assicurativo.

Il nostro oggi non vuole essere un programma. Abbiamo per un attimo fatto il punto della situazione, lieti della nostra fatica, unici in Italia e spesso primi in Europa. Anche se la nostra opera è ben lontana dal compimento crediamo di aver posto molti problemi su buone basi per la loro soluzione. Conoscemmo difficoltà e ne conosceremo delle maggiori; ma ciò non ci turba.

Superato con la indefettibile Vittoria delle nostre armi questo laborioso momento di vita nazionale che ha chiamato tanti di noi in guerra, svolgeremo con maggiore lena e respiro la nostra attività. Per ora al cambio della guardia, mentre porgiamo il più fervido ringraziamento e saluto al Camerata uscente Romanelli, al suo valente e fedele collaboratore di tanti anni dott. Trottarelli, nuovo Direttore, porgiamo il più fervido benvenuto.

Per leggi biologiche gli uomini si succedono; ma l'idea, come una eterna vita resta e si tramanda. Lo disse con un distico immortale il grande Lucrezio:

« Inque brevi spatio mutantur saecula animantum  
Et quasi cursores vitae lampada tradunt ».

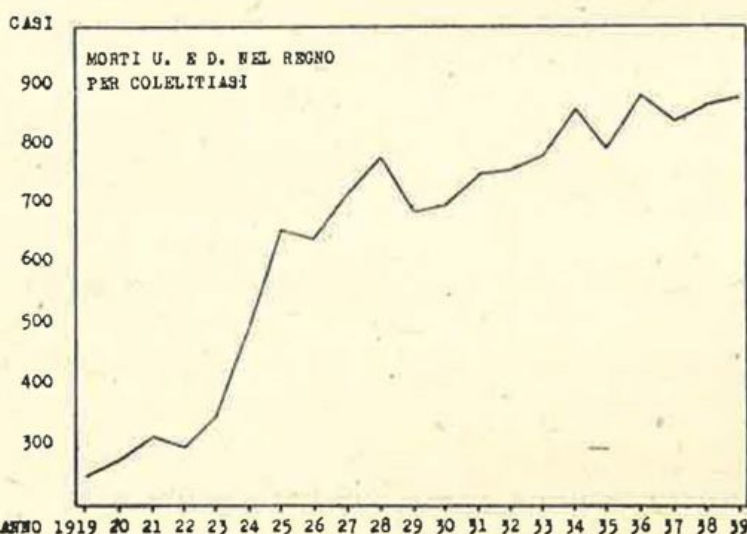
*Ieri, oggi e sempre la nostra opera continua.*

IL REDATTORE CAPO.

Studi e ricerche di medicina delle A. V.**La valutazione della colelitiasi e delle sue complicanze  
nella medicina della assicurazione vita**

Dott. LUIGI RISOLDI

Le cause di morte in seguito allo sviluppo dell'igiene e dei mezzi d'indagine diagnostica hanno modificato negli ultimi anni la loro frequenza: accanto a malattie che tendono a diminuire, ve ne sono altre che invece si dimostrano più frequentemente causa di morte. In Italia tra queste possiamo ascrivere la calcolosi biliare, la quale, sebbene per i numeri assoluti non rappresenti un'entità molto importante, per il suo incremento fa sì, che sopra di essa dobbiamo richiamare l'attenzione dei Medici. Ciò soprattutto per la valutazione del rischio vita per tale affezione, che occorre non raramente nei rapporti medici. Come si può vedere dal grafico n. 1, in meno di 20 anni, la colelitiasi, è divenuta causa di morte



molto più frequente; dai 300 casi circa di morte del 1919, si arriva ai 900 circa del 1939. Non è facile dire le ragioni di questo aumento, che andrebbe indagato e studiato nelle sue cause determinanti, ma le complicazioni e le successioni morbose della malattia che ci proponiamo di illustrare brevemente, possono forse farci intravedere in esse un fattore non trascurabile di mortalità.

Secondo diversi autori (DOMINICI, FERRIO ed altri), sono proprio le complicanze

e le successioni morbose che contribuiscono grandemente ad aggravare la prognosi della calcolosi biliare, in quanto costituiscono un notevole fattore nello sviluppo della morbidità e della mortalità tra individui, che si trovano ancora in fase di vita produttiva. Difatti mentre la colelitiasi latente è benigna, come è dimostrato dai reperti anatomici assai frequenti di colecisti ripiene di calcoli, e che non danno mai segno di sé durante la vita dei pazienti, la prognosi di essa, diviene invece severa, allorchè la malattia da manifestazioni cliniche di episodi dolorosi che rivestono il tipo classico della colica biliare; è il momento in cui individui semplici portatori di calcoli, si trasformano in veri e propri malati, e perciò soggetti oltrechè alle coliche, anche a tutte le altre sofferenze che conseguono alla malattia.

La patogenesi dei calcoli, ha dato luogo a varie teorie che brevemente

passeremo in rassegna, notando d'incidenza che le prime e più antiche teorie, tendono al lume delle più recenti ricerche, a dimostrarsi le più probabili.

Prima ancora di parlare della formazione dei calcoli, sarà bene ricordare che la colelitiasi va intesa come una malattia a base generale discrasica, caratterizzata, come assai spesso si è osservato, da aumento del contenuto di colesterina nel sangue (ipercolesterinemia). Tale stigmata, presente in quasi tutti i colelitiasici, è per lo più idiopatica e costituzionale, ma può essere favorita ad insorgere, da particolari condizioni, come per esempio la gravidanza. Non è poi trascurabile il fatto, che i malati di calcolosi biliare rientrano come tipi morfologici nel quadro della diatesi così detta neuro-artritica, nella quale si trovano insieme alla malattia, l'obesità, il diabete, l'iperuricemia. D'altro canto, se queste malattie non si rinvencono nei colelitiasici stessi, possiamo ritrovarle negli ascendenti e nei collaterali, come malattie familiari: vi è perciò in questi individui un braditrofismo di origine probabilmente neuro-ormonico e costituzionale, che predispone alla discrasia in genere, ed alla malattia in particolare. Oltre queste alterazioni generali degli umori (non per nulla Ippocrate parlava di « melancolia » in questi soggetti, richiamando l'attenzione su una alterata secrezione della bile che le odierne ricerche hanno dimostrato vera), il fegato può, per lesioni anatomo funzionali clinicamente non rilevabili, secernere una bile alterata nella sua composizione fisico-chimica, diminuita nella sua quantità, e perciò più concentrata. GROSS pensa che l'infiltrazione grassa e l'impoverimento in glicogene, possono provocare il fenomeno. Cosicché in ultima analisi la colelitiasi sarebbe oltre che una malattia discrasica, forse anche una malattia del parenchima epatico.

Naturalmente l'alimentazione sovrabbondante (quale fattore dannoso per il fegato), l'ereditarietà, le infezioni delle vie biliari da tifo e b. Coli, la gravidanza, i fattori di stasi biliare (corsetti, busti nelle donne) sono stati indicati come cause coadiuvanti o predisponenti. NAUNYN pensava che la stasi biliare prodotta da un qualunque fattore unita alla flogosi, fosse una causa di calcolosi. Anche MECKEL attribuiva importanza al catarro litogeno. La stasi avrebbe agito nell'aumentare la concentrazione della bile e quindi la sua facilità a precipitare intorno a dei nuclei, costituiti da muco, desquamazioni epiteliali e germi provocatori della flogosi: difatti tagliando i calcoli, specie quelli misti di colesterina e pigmenti, vi si trova al centro un nucleo di sostanza organica. BOUCHARD elaborò una teoria fisico-chimica, ammettendo l'ipercolesterinemia quale fattore di calcolosi, coadiuvata da difetti di ossidazione, per cui la colesterina precipiterebbe, dando le concrezioni; anche CHAUFFARD, HANSEN, BACMEISTER propendono per questa ipotesi. Un punto fermo è stato messo da ASCHOFF e BACMEISTER i quali constatarono l'interdipendenza fra contenuto di colesterina e sali biliari nella bile (taurocolati e glicocolati di sodio) nel senso che una deficienza di sali biliari, predispone alla precipitazione della colesterina. Difatti nella bile libera della cistifellea, la colesterina è contenuta ad un tasso del 10%; deve esserci perciò un fattore che la tiene in sospensione; la biochimica ammette ormai, che questo sia rappresentato dai sali biliari; la diminuzione o la mancanza di tali sostanze, sarebbero causa di una rottura del rapporto di equilibrio, e quindi di precipitazione della colesterina, sotto forma di calcoli. NEWMANN, ANDREWS, HRDINA e DOSTAL hanno pure riportato molti casi in cui in seguito a malattie di fegato, diminuisce l'escrezione dei sali biliari; tali Autori pensano perciò, che un semplice disturbo funzionale del fegato, può predisporre o addirittura dar luogo, a pro-

duzione di bile povera di sali; questo sarebbe il fattore patogenetico della formazione del calcolo. Altri lavori sperimentali in attesa di conferma, hanno dimostrato che legando il dotto cistico nel cane, la bile della cistifellea si concentra per alterazione del rapporto sali-colesterina, con riassorbimento dei sali e dell'acqua.

Se alla legatura del cistico, si aggiunge un'infezione provocata della vescichetta, l'assorbimento di sali e di acqua diviene forse anche maggiore da parte della mucosa infiammata. Questo esperimento conferma, che nella colelitiasi, esiste una alterazione del rapporto sali-colesterina e che in certi organismi si abbia secrezione di bile alterata in seguito alla deficienza di sali. Negli ipercolesterinemi, il rapporto sali-colesterina, è anche alterato, perchè la colesterina si trova in eccesso nel sangue, oltrechè nella bile. Concludendo si può dire che verosimilmente ogni causa che turbi il rapporto costante sali-colesterina (infiammazione ipercolesterinemia o disfunzione del fegato), può condurre l'organismo alla malattia.

Dal punto di vista della sintomatologia dicemmo già, che la colelitiasi può essere un reperto d'autopsia, e quindi mancare affatto, di segni clinici e di disturbi.

Quando però non è silente, offre a considerare un quadro assai vario: dai piccoli disturbi dispeptici, consistenti in digestioni lente e laboriose, lingua impaniata, senso di bocca amara al mattino, acidità di stomaco, si va ai piccoli dolori, avvertiti magari soltanto all'epigastrio, e che spesso sviano l'attenzione del medico (varietà dispeptica della colelitiasi). Tali dolori insorgono dopo i pasti, ma possono esseri presenti anche a digiuno; sono fissi, e senza irradiazioni particolari, oppure a tipo di crampo, con o senza bruciori. Vi sono poi le dolenzie che il malato avverte soltanto se si palpa l'ipocondrio mentre lo si fa respirare profondamente (segno di Murphy): od anche si tratta di dolori all'ipocondrio, presenti quasi tutto il giorno, con le tipiche irradiazioni alla spalla destra. Vi è infine la colica biliare, più o meno violenta, che costituisce per il malato un pericolo, potendo dar luogo come vedremo, alle più svariate complicazioni. Lo episodio doloroso può essere scatenato da cause varie, tra cui si citano gli eccessi alimentari, specie dei cibi controindicati nella malattia (uova, grassi, frittare) od una moderata assunzione di tali sostanze, i raffreddamenti, gli strapazzi (viaggi in ferrovia, in auto) i patemi d'animo. E' però anche vero che, spesso il medico e il malato, che ricercano insieme la causa di una colica, finiscono col non trovarne alcuna; v'è dunque qualche fattore ignoto e che per ora ci sfugge, capace di determinare la colica, la quale può scoppiare, o dopo prodromi di malessere indefinibile con dolori violentissimi, oppure essere preceduta da piccoli dolori, che poi aumentano sino ai più alti parossismi. Il dolore è descritto dai pazienti in vario modo, cioè come una punta di coltello infissa nello ipocondrio destro, o come un senso di strappamento del viscere; è localizzato per lo più al fianco stesso, con irradiazione alla spalla destra, e talora anche all'epigastrio od a tutto l'addome. L'ammalato cerca la posizione più idonea a diminuire il dolore (posizioni antalgiche), ma per lo più rimane immobile, per non esacerbare il dolore; vi sono sudori freddi, spesso si ha vomito e febbre. Ecco rapidissimamente il quadro della colica, la cui patogenesi è stata ricercata nella distensione delle vie biliari operata dai calcoli col loro passaggio, e nella ricca innervazione sensitiva che esse posseggono. Ed eccoci finalmente alle complicazioni ed alle successioni morbose della malattia. Se il calcolo, durante la colica

riesce ad attraversare il dotto cistico e coledoco, viene eliminato con le feci e tutto risolve. Si tratterà di guarigione definitiva, se il calcolo era unico, apparente se era multiplo. Quando invece il calcolo non riesce, per varie ragioni a percorrere tutte le vie biliari, a seconda dei tratti ove esso può fermarsi, si hanno diverse evenienze che ora esamineremo; cioè a dire, l'occlusione del dotto cistico, l'occlusione del dotto epatico, l'occlusione del dotto coledoco. Nel suo passaggio il calcolo può ledere la mucosa delle vie biliari e della colecisti, potendo così provocare colecistiti ed angiocoliti per consecutivo impianto di germi. Si sa che i calcoli possono essere unici, ed allora sono per lo più voluminosi: oppure multipli, e si tratta in tal caso di calcoli piccoli, della grandezza di un fagiolo, di una nocciola, mentre i calcoli solitari possono raggiungere il volume anche di una piccola mela.

E' ovvio che più i calcoli sono piccoli, maggiore è la loro probabilità di migrazione attraverso le vie biliari, e quindi di complicanze.

I calcoli unici o solitari invece hanno lunghi periodi di latenza, essendo meno mobili; si possono perciò considerare più benignamente.

L'occlusione del dotto cistico si ha quando il calcolo si ferma nel cistico, allorchè, per la cronicità della condizione morbosa, questo presenta fatti di sclerosi, che ne limitano la sua normalmente buona distensibilità. Per la chiusura del cistico, non si versa più bile nella colecisti; quella che v'era al momento della chiusura, viene riassorbita dai linfatici; in tal modo la vescichetta si svuota, verificandosi le condizioni che portano all'idrope « ex vacuo »: un liquido filante, chiaro, sterile, viene secreto dalla mucosa che è molto distesa, e tale secrezione si accompagna a degenerazione grassa dell'epitelio. L'idrope rimane sterile, pur tuttavia essa provoca disturbi consistenti in dolori, gonfiore dello ipocondrio, e crescendo di volume, può anche rompersi, e per secondario impianto di germi infettarsi, dare luogo all'empiema della cistifellea. Tale complicanza è assai grave e reclama un'intervento chirurgico: si accompagna ad uno stato generale settico grave, febbre a tipo piemico, dolori all'ipocondrio, ove si palpa una tumefazione più o meno voluminosa e dolente. L'operazione riveste carattere d'urgenza, dato che la perdita di tempo predispone a seconda della virulenza dei germi e dell'esistenza o meno di aderenze, alla rottura dell'empiema nel peritoneo con consecutiva peritonite diffusa acuta: come si vede le complicanze possono verificarsi l'una di seguito all'altra con svolgimento logico, in dipendenza di fattori predisponenti anatomici e fisiopatologici.

L'occlusione del dotto epatico, provoca un ittero netto da ritenzione, con tutti i sintomi caratteristici, e cioè, colorazione gialla della cute e delle sclere, bradicardia prurito, stato dispeptico del tubo digerente, feci acoliche, urine ipercolorate.

Tale sindrome, persistendo l'occlusione, non ha la minima tendenza a scomparire e permane sempre, fino a che resta in atto il fattore provocatore. Dapprima il fegato soffre poco o nulla, poi con l'andar del tempo, si hanno fatti di dilatazione delle vie biliari che trovansi a monte dell'ostacolo, e danni gravi del parenchima epatico, con l'istaurarsi di una vera e propria cirrosi secondaria (così detta cirrosi colostatica): talora invece in un tempo minore, può aversi un disfacimento delle cellule epatiche con episodio finale di atrofia gialla acuta e morte rapida.

L'occlusione del dotto coledoco da pure luogo a ristagno di bile, con ittero cronico da ritenzione, dilatazione delle vie biliari a monte dell'ostacolo, compresa

la colecisti; queste occlusioni da calcoli dei dotti biliari, sono state anche denominate come calcolosi secondaria delle vie biliari. Anche in queste condizioni morbose la cura è soprattutto chirurgica, e le statistiche degli operati di colecotomia mostrano la difficoltà e la pericolosità di questi interventi, e la percentuale di mortalità è superiore a quella delle operazioni di colecistectomia a freddo; il che c'induce a notare d'incidenza, che a diagnosi fatta di calcolosi radiograficamente accertata, è bene operare subito, poichè l'intervento può evitare le complicazioni che abbiamo fin qui passato in rassegna.

La colecistite e l'angiocolite insorgono quando i calcoli nel loro sforzo per uscire dalla colecisti e dai dotti biliari, ledono la mucosa di questi organi. E' noto che le vie biliari albergano germi che possono risalire dall'intestino (duodeno) o giungervi per via ematica, e che sono poi eliminati con la bile, come si verifica per i bacilli del tifo e per il colibacillo; si sa pure che questi microrganismi, trovano nelle vie biliari, un « habitat » favorevole al loro sviluppo, si da permanervi anche molti anni (portatori di bb. tifici). Tali germi, sotto l'influenza di particolari condizioni d'ambiente, assumono talora proprietà piogene e provocano vere e proprie infiammazioni settiche, attraverso la porta d'entrata che producono i calcoli, con le loro abrasioni nella mucosa. La colecistite si annunzia con dolori, tumefazione dell'organo, febbre a tipo suppurativo che insorge con brivido e rimette con sudore, stato generale compromesso. Anche qui la piocolicistite, può dar luogo a seconda della virulenza dei germi e dell'esistenza di aderenze, alla temibile perforazione della colecisti, con consecutiva peritonite acuta diffusa, che reclama l'urgente intervento operativo. EBSTEIN su 85 casi di colelitiasi trovò 5 casi di perforazione della colecisti; HORAMMER osservò un caso rarissimo di apertura della colecisti perforata attraverso la parete addominale. L'angiocolite di tipo catarrale, o suppurativo di maggiore gravità, si manifesta con ittero se questo già non preesisteva, febbre alta a tipo piemico, dolori gravativi all'ipocondrio, ingrandimento del fegato; noteremo che la causa dell'ittero in questa complicazione, se non è già provocata da occlusione calcolosa, è data dalla flogosi, che con l'edema infiammatorio e relativo turgore dei vasi biliari, riesce a vincere la bassa pressione esistente in essi. Nei casi favorevoli, l'angiocolite suole avere un esito buono, ed i casi di tipo catarrale per lo più guariscono.

In casi straordinari la colecisti ripiena di pus, per posizione anormale o per altre ragioni, può provocare un ascesso subfrenico, con pleurite destra basale reattiva, che necessita di cura chirurgica (MARGRETH 1928). Talora per diffusione dei processi purulenti angiocolitici, possono aversi infezioni del parenchima epatico, con formazioni di ascessi miliarici di prognosi infausta; si tratta però di un'evenienza molto rara. Riassumendo l'ittero cronico, le flogosi catarrali e purulente della colecisti e dei dotti biliari, talora diffuse al peritoneo, al subfrenio, al tessuto epatico, sono le complicazioni più gravi. Un altro incidente però non va trascurato: talora in soggetti anziani, arteriosclerotici, con o senza lesioni del miocardio, la colica per la violenza del dolore, può provocare uno scompenso acuto del cuore, in qualche caso mortale. PAVEL e PANNESCU-PODEANU, nel 1936 hanno trovato 3 volte su 4 casi di colecistite con dolori a tipo anginoso localizzati allo sterno, modificazioni elettrocardiografiche che rivelavano cattiva circolazione coronarica. Nel 4° caso, l'offesa cardiaca era assolutamente fuori dubbio.

Anche le successioni morbose della colelitiasi sono interessanti, e meritano

di essere ricordate, sebbene esorbitino in parte dal nostro argomento: le esporremo, come abbiamo fatto per le complicazioni, seguendo un criterio anatomicopatologico, che ci illumina sulla loro origine e sulle loro cause.

La cirrosi biliare secondaria, segue inevitabilmente agli itteri cronici da ritenzione per ostruzione dei dotti biliari, datanti da molto tempo. La stasi biliare si riflette sul fegato inducendovi fatti di proliferazione connettivale prima ipertrofica (con ricca vascolarizzazione), poi atrofica e distruggitrice, per la retrazione del tessuto connettivo, dell'armonia costruttiva del parenchima epatico; si ha così il quadro che ricorda la cirrosi di MORGAGNI-LAENNEC, fino all'esito letale per insufficienza epatica.

La colecistite cronica calcolosa anche quando è silente, può acquistare importanza nel senso che i vari fatti di sclerosi e di atrofia della mucosa che i calcoli provocano, sono stati messi in rapporto e forse giustamente da vari AA. con gli epitelomi della cistifellea, che parrebbero essere favoriti nella loro insorgenza da queste lesioni, cui si può dare il valore di precancerose.

In quanto alla necrosi acuta del pancreas, della quale non pochi casi sfuggono nelle statistiche per calcolosi, quasi tutti gli AA. sono d'accordo nel ritenerla legata alla colelitiasi: le statistiche mostrano quasi sempre precedenti di questa malattia o nei pazienti venuti a morte, o nei loro ascendenti e collaterali. Sul modo di agire dei calcoli, si è constatato al tavolo anatomico, che le concrezioni avevano occluso lo sbocco della papilla di VATER, la quale distesa dalla stasi aveva lasciato refluire bile nel dotto di WIRSUNG con conseguente processo di digestione del tessuto pancreatico: concomita anche una autodigestione del pancreas prodotta dai suoi succhi che trovano sbarrata la via al loro normale deflusso.

Noi stessi abbiamo osservato due casi di necrosi del pancreas, in soggetti maschi entrambi affetti da colelitiasi, rispettivamente di 48 e di 59 anni, ancora in fase di piena attività lavorativa.

Clinicamente non sono bene individualizzabili dei quadri di pancreatite cronica sclerotica che la colelitiasi può produrre, e che si manifestano (sebbene i loro sintomi possano confondersi con la dispepsia gastro-intestinale propria della calcolosi) con digestioni lente, diarree, steatorrea (per imperfetta o mancata digestione dei grassi).

Si tratta di quadri che spesso si offrono a considerare soltanto al tavolo anatomico, e che alcuni Autori rendono responsabili di forme diabetiche più o meno gravi che spesso i colelitiasici presentano.

Comunque possiamo parlare di pancreatite cronica come di un'altra successione morbosa della colelitiasi.

La fistolizzazione della colecisti è un'altra evenienza, che se non intervengono complicazioni, può non considerarsi del tutto pessimisticamente, in quanto, le fistole tra vescichetta e stomaco o tra vescichetta e colon rappresentano una via di eliminazione dei calcoli all'esterno. Vi sono però sempre pericoli di infezioni e di altri incidenti (intasamento di calcoli voluminosi nell'intestino) per cui è sempre bene affidare questi ammalati al chirurgo.

Venendo all'argomento che più c'interessa, dal punto di vista della medicina A. V. possiamo asserire che le complicazioni e le successioni morbose della colelitiasi sono cause non trascurabili di morte per individui che assai spesso sono ancora in fase di vita produttiva, ed in età ancora giovine. La prognosi della malattia, considerata da un punto di vista generale, dipende da varie cause che

in parte ci sfuggono. - Dai casi in cui gli individui non hanno mai disturbi durante tutta la vita, pur avendo calcoli nella cistifellea (questi sono i casi di prognosi ottima *quoad vitam e quoad valetudinem*) si va ai casi maligni in cui una delle complicazioni che abbiamo passate in rassegna, peggiora le condizioni del malato o ne tronca la vita. Tra questi estremi, v'è una gamma svariata di individui, che soffrono quasi di continuo e la cui prognosi (*quoad valetudinem*) è cattiva nel senso che la capacità lavorativa può essere abbastanza ridotta o addirittura compromessa. Sarebbe molto utile poter conoscere la ragione per cui la calcolosi talvolta è silente, mentre altre volte provoca e le coliche e le complicazioni morbose ben note.

In occasione della visita di assicurazione sulla vita, si rivolge sempre la domanda se vi sono state o no sofferenze epatiche del tipo della colica biliare però il soggetto può avere ragione talvolta di nascondere i suoi disturbi, oppure non ricorda degli episodi dolorosi molto lontani nel tempo, o non sa dare importanza a disturbi che avverte sporadicamente di modica intensità, e che cedono a cure sintomatiche banali (sostanze antiacide e antispastiche). Talora poi le sofferenze sono riferite ad organi vicini, come lo stomaco (sotto forma di piccoli crampi, di acidità, di digestioni lente e laboriose che si giovano dei rimedi suaccennati) che non allarmano il soggetto. In tal modo l'assicurando non si crede malato, mentre i suoi disturbi sono espressione di calcolosi latente. Se poi dalla anamnesi si ha il sospetto che la malattia esista, sarà bene essere più che mai scrupolosi nella ricerca dei segni clinici e di laboratorio (punti dolorosi caratteristici, ricerca del tasso della colesterina nel sangue, urobilina nelle urine) fino al punto di richiedere un esame radiologico col mezzo di contrasto, quando sia possibile, ottenendo così una completa illustrazione del caso, doppiamente utile per il soggetto e per l'ente assicuratore. L'assicurando che al momento della visita medica dichiara di avere avuto coliche epatiche, andrà interrogato particolareggiatamente, sul numero delle coliche, sull'epoca a cui risale l'ultima, su la loro intensità, se ebbe o no ittero. In base a queste dichiarazioni ci si può fare un concetto del decorso della malattia e regolarsi di conseguenza.

Gli assicurandi che hanno subito interventi per calcolosi debbono dichiarare la natura dell'intervento stesso avendo una prognosi migliore gli operati di colecistectomia (data l'eccezionale riproduzione dei calcoli nei dotti biliari) che non quelli per esempio operati di colecistostomia, intervento che del resto non si pratica quasi più.

Sono assai interessanti i pareri dei Medici di Assicurazione Vita, segnalati al Congresso delle Compagnie di Assicurazione di Parigi nel 1903, che il professore Romanelli riporta nel suo lavoro del 1915 « La Colelitiasi in A. V. ».

Il GARRICUS formulava così le sue conclusioni: 1°) L'assicurando che ha avuto una sola colica si può accettare dopo trascorsi 4 anni, e se ha esame obiettivo negativo. 2°) Rifiutare coloro che hanno avute parecchie coliche; i colelitiasici sono da considerare rischi tarati da accettare per contratti brevi e con soprappremio. De HAVILLAND HOLL proponeva di rifiutare gli assicurandi con coliche ripetute; li accettava se erano passati molti anni. SCROEDER rifiutava il rischio, se non era stata praticata l'operazione chirurgica, o se non erano trascorsi 5 anni dall'ultima colica. Il MOREAU consigliava di rifiutare in genere tutti i colelitiasici, nonchè i figli di colelitiasici; Simon, assai ottimista, considerava il rischio come favorevole.

Da quanto abbiamo riportato, si nota come le idee di quei Medici siano ancora le attuali, ed informano il trattamento che gli Enti assicuratori hanno per i colelitiasici, considerandoli rischi tarati.

Difatti in una relazione del GLADULI, sulla valutazione delle colecistopatie in A. V. fatta al Comitato Medico Consultivo nel novembre 1939, l'autore veniva, per quanto riguarda la colelitiasi, alle seguenti conclusioni:

- 1°) rifiutare la colelitiasi in atto, con colecistite;
- 2°) la colelitiasi manifestatasi entro l'ultimo anno, indipendentemente dall'età, è da sospendersi per un anno

L'autore distingue inoltre, i casi curati medicalmente e quelli curati chirurgicamente: per i primi un attacco di colecistite o colelitiasi verificatosi 5 anni prima, si può accettare a condizioni normali, in ispecie se si tratti di calcolo solitario. Un attacco sofferto 2-3-4 anni prima della proposta può accettarsi con il 75-50 rispettivamente 25 % di sopramortalità, da togliersi allo spirare del 5° anno se non si sono più avuti attacchi.

Per i casi trattati chirurgicamente, propone la sospensione nel primo anno; i colecistectomizzati, trascorso il primo anno si possono accettare a condizioni normali, premessa però la mancanza di fenomeni soggettivi ed obbiettivi. I casi trattati con il drenaggio delle vie biliari possono accettarsi col 50 % le donne, e col 75 % gli uomini. Dopo queste conclusioni, il Comitato Medico Consultivo ha approvato la tabella dei tassi di sopramortalità per le colecistopatie, proposta dal GLADULI in collaborazione col PILOTTI. Riportiamo qui, la parte riguardante la calcolosi biliare:

A) Colica unica:

- 1°) tra 6 mesi ed 1 anno dall'ultima colica 100 % co. Scala 1/5 Rev tra 2 anni;
- 2°) tra 2-3 anni dall'ultimo attacco 75 % co. Rev 2 anni;
- 3°) tra 2 e 3 anni dall'ultimo attacco 50 % co.
- 4°) dopo il 5° anno 25 %.

B) Coliche multiple:

da prendersi in considerazione per la taratura della colelitiasi con coliche multiple, il numero degli attacchi, l'età del soggetto, l'inizio dell'affezione e la data dell'ultimo attacco, e ciò con le seguenti direttive:

- 1°) coliche multiple di cui l'ultima sofferta fra 6 mesi ed 1 anno 125 %;
- 2°) coliche multiple tra 1 e 2 anni 100 %;
- 3°) coliche multiple dopo 3 anni 5 %.

Per la calcolosi biliare trattata chirurgicamente si approvò la seguente tabella:

- 1°) intervento da almeno 3 mesi 150 % Scala 1/5 Rev. 2 anni;
- 2°) intervento tra 6 mesi ed 1 anno 100 % Scala 1/3 Rev. 2 anni;
- 3°) intervento tra 1 e 2 anni 75 % Rev. 2 anni;
- 4°) intervento dopo 2 anni 50 % co.
- 5°) intervento dopo 5 anni 25 %.

Abbiamo esaminato i sinistri di morte per colelitiasi, con speciale riguardo alle sue complicazioni, alle sue successioni morbose, nonché agli interventi richiesti dalla malattia, verificatisi tra gli assicurati dell'I. N. A., per un periodo di 15 anni, cioè dal 1926 al 1940. Se ne sono ricavati 110 casi di morte fra sog-

TABELLA 1.

**Sinistri dell'I. N. A. per complicanze e successioni morbose della colelitiasi**  
(1926-40 - Portafoglio ordinario).

DECEDUTI PER COMPLICAZIONI E SUCCESSIONI MORBOSE:	DECEDUTI DOPO INTERVENTI PER COLELITIASI:
Colecistite acuta . . . . . 36	Colecistectomia . . . . . 14
Angiocolite acuta . . . . . 15	Colecistectomia e coledocotomia . . . 1
Angiocolecistite acuta . . . . . 9	Coledocotomia . . . . . 5
Peritonite da perforazione . . . . . 14	TOTALE . . . 20
Calcolosi del coledoco . . . . . 6	
Empiema della cistifellea . . . . . 3	
Fistola biliare . . . . . 1	
Ascesso subfrenico . . . . . 1	
Ascesso epatico . . . . . 1	
Cancro della cistifellea consecutivo a colecistite calcolosa . . . . . 1	
Colangioepatiti croniche . . . . . 3	
TOTALE . . . 90	

getti maschi, dovute alle varie evenienze morbose della colelitiasi che abbiamo passate in rassegna. I casi tra le donne sono stati rarissimi (circa il 2%) e questo potrebbe sembrare in contrasto con quanto si sa della prevalenza della malattia in tale sesso nel rapporto di 3 a 1. Il contrasto è soltanto apparente, perchè i nostri assicurati del portafoglio ordinario, che è l'unico da noi esaminato, sono in fortissima prevalenza di sesso maschile: perciò limiteremo la nostra indagine ai soli sinistri tra gli uomini per la malattia in esame. La tabella n. 1 ci mostra, come la colecistite acuta, l'angiocolite acuta, l'angiocolecistite e la peritonite da perforazione della cistifellea, siano state le complicazioni più frequenti. Seguono la calcolosi secondaria del coledoco, l'empiema della colecisti, l'ascesso subfrenico e l'ascesso epatico. Tra le successioni morbose, le più frequenti sono state le colangioepatiti croniche con tre casi, cui seguono la fistola biliare ed un caso di epiteloma consecutivo a colecistite calcolosa cronica. Dei

Tabella 2.

**Distribuzione dei sinistri per gruppi d'età.**

	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 in poi
All'ingresso	5	7	15	18	17	37	12	7	2	—
Alla morte	1	3	6	6	13	19	31	13	9	9

110 sinistri, ben 20 si sono avuti per interventi chirurgici sulle vie biliari. La colecistectomia che di per se stessa, quando viene eseguita in periodo intervalle fra le coliche, senza fatti di stasi biliare, non è un intervento grave, ha dato il più alto numero di decessi. Non possiamo sapere in quali condizioni siano stati operati quei malati, ma pensiamo che un certo numero di essi, debbano essere andati al chirurgo in condizioni generali organiche non buone, magari in istato di ittero più o meno cronico, cioè tali da aggravare notevolmente l'operazione. Si sa che la coledocotomia è un intervento più grave della colecistectomia, anche perchè si tratta di malati che vengono operati appunto per ovviare a stati di ittero cronico da occlusione calcolosa, con insufficienza epatica già instaurata da tempo, che si rivela con sintomi nervosi (astenia, sonnolenza, ecc.), con la tendenza alle emorragie: difatti nella nostra tabella troviamo 5 casi di decessi in seguito a tale intervento.

Per quanto abbiamo detto finora, l'intervento combinato di colecistectomia e coledocotomia, offre a considerare la massima mortalità operatoria nelle statistiche di tutti i chirurghi: noi ne abbiamo un solo caso seguito da morte.

Dalla tabella n. 2 possiamo notare come tali soggetti siano entrati in assicurazione in età compresa nel quindicennio 35-49 anni, e la morte avvenga soprattutto nei gruppi d'età compresi tra 45 e 54 anni. Ciò ci fa ritenere che le antidurate di questi contratti siano state brevi, come infatti risulta dalla seguente tabella n. 3:

Tabella 3.

## Antidurata dei contratti.

0-5	5-10	10-15	15-20	20-25 .	25-30
35	43	20	10	1	1

Come si vede ben 78 di tali soggetti sono morti entro il primo decennio dall'ingresso in assicurazione e probabilmente una parte notevole di costoro doveva avere qualche disturbo, anche indeterminato a carico del tubo gastroenterico. Dallo spoglio delle dichiarazioni all'ingresso però non risultano che due casi in cui fu denunciata pregressa colecistite ed angiocolite. Si comprende come la maggior parte di coloro che dichiararono dei disturbi epatici sono stati qualificati come rischi tarati, soggetti ai quali non abbiamo esteso la nostra indagine.

Quanto alla costituzione, come ci dice la clinica, i sovrappesi sono in prevalenza, con 64 soggetti, i sottopesi occupano l'ultimo posto con soli 14 soggetti.

Tabella 4.

## Tipi di costituzione

Normali	Sottopesi		Soprappesi	
	lieve	medio	lieve	medio
42	10	4	45	9

Infine quanto alla professione, data la disuguale distribuzione dei nostri assicurati in tali gruppi, non possiamo fare delle deduzioni probative: ci limiteremo a ricordare che 67 di essi erano ufficiali impiegati e pensionati; 22 industriali e 21 professionisti ed artisti. Da questa rapida rassegna, possiamo desumere che i soggetti deceduti per complicazioni e successioni morbose della colelitiasi, non raramente dovevano soffrire di disturbi gastroenterici prima dell'ingresso in assicurazione, data la relativa brevità della malattia, ed inoltre che tali soggetti, hanno probabilmente trascurati i propri disturbi, tanto che sono poi stati colpiti da complicazioni della malattia, intervenute forse dopo una sola, o dopo poche coliche, e che hanno richiesto interventi gravi (coledocotomia, drenaggi delle vie biliari, ecc.), oppure una complicazione od una successione morbosa hanno colpito i malati già defedati, in condizioni di ittero cronico, difficoltà ed aggravando gli interventi chirurgici anche più semplici. Riteniamo perciò, che se di questi malati, almeno quelli cui era nota la diagnosi anche radiografica della loro malattia, si fossero per tempo sottoposti alla colecistectomia, che se non sempre libera i soggetti da tutte le sofferenze, li mette tuttavia al riparo dalla riproduzione dei calcoli (eccezionale nei dotti biliari) e delle complicanze cui possono dar luogo, la mortalità sarebbe stata certamente minore, con diverso e più favorevole esito anche dal punto di vista assicurativo.

Da quanto abbiamo scritto fin qui risulta chiara l'importanza della colelitiasi in generale, e delle sue complicazioni in ispecie, quale fattore di mortalità.

Su questo abbiamo creduto di dover richiamare l'attenzione dei Medici di A. V. perchè nella visita agli assicurandi, sia tenuta ben presente la malattia, così che possa essere ricercata nei casi dubbi, e diagnosticata a tempo.

#### RIASSUNTO.

L'A., passate in rassegna le complicazioni e le successioni morbose della colelitiasi, affezione che si dimostra dalla statistica delle cause di morte nel Regno, in aumento continuo, sulla scorta di 110 sinistri fra gli assicurati dell'I.N.A. dal 1926 al 1940, per tale malattia, richiama l'attenzione sul fattore di mortalità e di breve antedurata dei contratti, che esse rappresentano.

#### BIBLIOGRAFIA

- KAUFMANN, *Anatomia Patologica*, Ed. Vallardi, 1932.  
 MCCALLUM, *A test book of Pathology*, Ed. Saunders, 1938.  
 HANDFIELD AND GARROD, *Recent advances in Pathology*, Ed. Churchill, 1938.  
 SISTO, *Semeiotica e diagnostica medica*, Ed. Minerva Medica, 1941.  
 CECONI, *Medicina interna*, Ed. Minerva Medica, 1939.  
 FERRIO, *La diagnosi clinica delle malattie interne*, U. T. E. T., 1932.  
 ALESSANDRI, *Manuale di chirurgia*, Ed. Pozzi, 1934.  
 BEGOUIN, *Patologia Chirurgica*, Ed. Vallardi, 1933.  
 D'AMATO, *Le epatiti croniche*, Ed. Pozzi, 1934.  
 ASCHOFF, *Anatomia Patologica*, U. T. E. T., 1932.

## L'ARALDO DELLA STAMPA

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

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

## Visita medica e antiselezione nella Assicurazione Vita

Dott. ALBERTO STARNA  
Medico Principale dell' I. N. A.

### (Nota preventiva)

Non è raro il rilievo avanzato dal punto di vista industriale che cioè nella prassi assicurativa la visita medica possa costituire una pratica piuttosto fastidiosa nell'ingranaggio della produzione in quanto, nel regime facoltativo con cui viene gestita, essa costituisce un intralcio nel rapido disbrigo della procedura.

D'altra parte è ovvio che qualora si accettassero in assicurazione per qualsiasi forma di contratto tutti gli individui senza richiedere alcun controllo medico; ma ci si limitasse alle dichiarazioni generiche di buona salute, non pochi sarebbero coloro che, conoscendo di essere affetti da malattia grave, stipulerebbero contratti nella previsione di potere in tal modo far trarre lucro ad altri dalla propria morte o trarlo direttamente da quella degli altri nei casi in cui il contraente beneficiario è persona diversa dall'assicurato sulla cui vita viene stipulato il contratto.

Forme di assicurazione sulla vita senza visita medica sono abitualmente praticate all'estero, ed in Inghilterra furono iniziate ai primi di questo secolo. Successivamente hanno avuto sviluppo anche in Italia raggiungendo, in questi ultimi anni, un numero notevolissimo di assicurati come può esser accertato dai bilanci e se ne può anche arguirsi dall'andamento dei sinistri (V. tav. 4). Ma è evidente che in tali forme di assicurazione l'Ente si premunisce richiedendo un equo periodo di carenza o limitando l'intera copertura del rischio che di solito viene scaglionata in cinque o tre anni; spesso accanto ad una limitazione di capitale le tariffe sono più gravose per l'alea che tali assicurazioni possono presentare.

In uno studio matematico attuariale fatto nel 1933 da HICKOX e PUCKRIDGE su materiale inglese e riguardante gli anni 1941-1931 si riscontrava il seguente andamento percentuale della morte effettiva rispetto a quella attesa secondo la tavola di mortalità (Medical Standard) nei due sessi nelle assicurazioni stipulate senza visita medica.

Anni di anti furata	Uomini (tutte le età)	Donne
0-1 . . . . .	123	114
1-3 . . . . .	113	121
3-5 . . . . .	107	93
oltre . . . . .	106	94
Media . . . . .	112	105

Tali AA., pur riconoscendo i vantaggi tecnici ed amministrativi di tale forma che viene fatta precedere dalla compilazione di un questionario di natura medica assai più dettagliato che non nelle assicurazioni ordinarie, vi riconoscono che nei primi tre anni dall'ingresso la mortalità è indiscutibilmente maggiore e permane sfavorevole anche dopo per gli uomini che all'ingresso hanno già superato i quaranta anni. Poichè in tale categoria rientrano un numero non indifferente di assicurati si comprende la difficoltà ed i timori che hanno accompagnato lo sviluppo di queste forme assicurative.

Comunque la estensione di tale assicurazione soprattutto negli ultimi anni pone il problema di accertare se la mancanza della visita medica modifica l'andamento della mortalità e per quanto tempo venga ad essere protratta questa modificazione che di solito assume il carattere antiselettivo.

Anche le stesse Compagnie canadesi che nel 1921 hanno iniziato lo sviluppo dell'assicurazione senza visita medica, secondo l'esperienza del primo decennio, a quanto ha riferito SMITH al X Congresso Internazionale degli Attuari, pur essendo favorevoli come principio a tali forme riconoscono che tale produzione deve essere raccolta da personale di massimo affidamento ed integrità. Dalle stesse tabelle allegate al lavoro suddetto la mortalità delle assicurazioni senza visita medica (S.V.M.) si è dimostrata in media leggermente più alta di quella che si riscontra nelle forme con visita medica (71 % in confronto a 68 %). La differenza però assume maggiore importanza per le brevi antidurate poichè in tali casi mentre nelle S.V.M. la mortalità effettiva è del 52 % nelle forme con visita medica essa è appena del 19 %. Anche se dal punto di vista matematico-attuariale si deve tener conto che col passare degli anni tali differenze si riducono di molto fin quasi a scomparire, ciononostante esiste sempre un danno economico all'Ente oltre alla possibilità del danno morale che potrebbe sollecitare all'inganno.

Ancora più favorevoli alle assicurazioni S.V.M. si dimostrano i risultati osservati in Svezia da Lundberg il quale riferiva nel 1933, dopo un periodo iniziale durante il quale si era riscontrato il fenomeno antiselettivo, ormai esse presenterebbero in quel paese la stessa mortalità delle forme con visita medica. Tale affermazione non era però condivisa da altri relatori dei paesi del Canada e dell'Inghilterra, come abbiamo sopra visto, e nei quali l'assicurazione è specialmente sviluppata e progredita.

In Italia con materiale dell'I.N.A., che si riferisce al quindicennio 1922-1936, il DE MEIO ha elaborato un vasto studio matematico di raffronto sulla mortalità di gruppi di assicurati rilevando come l'antidurata dei contratti sinistrati sia piuttosto in relazione con la forma assicurativa anzichè con l'età dell'assicurato « per cui, ammesso che l'età all'ingresso non varii sensibilmente per le varie categorie di contratti, si può formulare l'ipotesi che la bassa età media alla morte degli assicurati S. V. M. sia per lo meno in parte originata dalla tendenza dei soggetti più deboli o tarati a dirigersi verso le forme S.V.M. ». Simile opinione è convalidata dal seguente prospetto che riassumiamo dalla pregevole monografia dello stesso A. (V. tab. 1). I risultati in essa registrati subiranno negli anni successivi rettifiche per una perequazione dei rischi, tuttavia una notevole antiselezione è a tutt'oggi ancora evidente.

Abbiamo fin qui voluto di proposito riferire le conclusioni degli attuari e statistici che, a differenza dei medici, nella concezione industriale del lavoro tendono fatalmente a limitare d'importanza la funzione della visita medica. Nonostante ciò, la maggior parte di essi riconosce alla visita medica una funzione selettiva di tale importanza che altre garanzie vengono richieste quando essa viene a mancare. Abbiamo perciò voluto nel presente lavoro vedere con occhio medico l'efficacia della visita sanitaria ed i suoi effetti nella frequenza e nelle caratteristiche dei sinistri raffrontando ciò che si verifica nei contratti stipulati con visita medica (C.V.M.) con i contratti senza visita medica.

Si è da taluni affermato che mai si possono fare confronti tra diverse

Distribuzione %<sub>00</sub> dei contratti sinistrati divisi per antidurata.

(1932-36 - I. N. A.)

ANTIDURATA	Con visita medica	Senza visita medica	Popolari
0 - 1 anno	65,4	289,5	320,9
1 - 2 A.	77,5	141,0	255,1
2 - 3 A.	69,5	108,2	170,9
3 - 4 A.	72,5	89,9	107,7
4 - 5 A.	66,1	87,7	58,5
5 - 10 (media annua)	59,1	44,8	16,7
10 - 15 (idem)	37,9	7,4	0,6
15 - 20 (idem)	23,8	3,6	—
20 - 30 (idem)	4,4	0,3	—

Riassunto da Dr. MEO « Sulla mortalità di gruppi di Assicurati Vita ».

forme contrattuali perchè esse corrispondono a categorie di assicurati di diversa condizione sociale cui spesso corrisponde anche una diversa età per ragioni economiche. In realtà la prima affermazione è di scarso valore medico-sociale; attualmente le condizioni igieniche sono assai migliorate rispetto a cinquanta anni fa, ed anche negli ambienti più modesti la loro influenza non ci sembra possa agire in modo apprezzabile. Più grave è la seconda obiezione poichè dalla patologia sappiamo come alcune malattie prediligano certi gruppi di età.

E' questa ad esempio la parziale giustificazione che si potrebbe avanzare per l'alto tasso di mortalità per tubercolosi polmonare che si riscontra tra gli assicurati senza visita medica in forma Popolare. Ma tale elemento di per sé non è sufficiente a giustificare la reale entità dei sinistri riscontrati per tale voce, specie quando ci si limita ad esaminare i sinistri verificatisi durante i primi anni (V. dopo Graf. II).

Tale rilievo, che ebbi occasione di fare in una comunicazione del 1935 al Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari, è stato avanzato anche dal DE-MEO, il quale dal confronto di grafici sulla frequenza di mortalità in forma Mista Ordinaria e Mista Popolare arriva alle stesse conclusioni affermando come i quozienti per tbc siano « di gran lunga maggiore per i contratti popolari fino ad oltre sei volte i corrispondenti quozienti delle assicurazioni ordinarie » (cfr. pag. 170 Atti dell'I.N.A. 1941).

D'altra parte in simili raffronti non si può prescindere da ragioni extra-mediche e quindi accanto al processo spontaneo antiselettivo da parte dell'assicurando ed a quello della differenza sociale che potrebbero in minor misura contribuire, dobbiamo accertare che i rischi siano ugualmente distribuiti nei vari portafogli. Sebbene l'indagine sopra riferita dal DE-MEO riguardi periodi di osservazione assai più estesi di quelli contenuti nella mia comunicazione precedente sull'esercizio delle assicurazioni popolari dell'I.N.A. la distribuzione

delle cause di morte si è andata ulteriormente modificando negli anni successivi. Così l'esame delle cause di morte, per qualunque antidurata, in due diversi trienni, a distanza di pochi anni di osservazione ha fatto discendere la tbc. polmonare dal 23,16 % a meno della metà (Tab. 2); ciononostante il quoziente deve essere ritenuto troppo alto.

TAB. 2.

## Sinistri per tbc polmonare tra gli assicurati in forma Popolare

(I. N. A. - solo uomini)

Numero sinistri anni 1930-32		Numero sinistri anni 1936-38	
205	tbc polmonare 23,16 %	882	tbc polmonare 11,39 %
239	ogni forma tbc 27,01 %	1018	ogni forma tbc 13,15 %
Totale dei sinistri: 885		Totale dei sinistri: 7740	

Bisogna pure tener presente che esistono alcune forme assicurative nelle quali, sebbene non venga praticata la visita medica, l'assicurazione viene limitata a collettività che per ragioni di lavoro sono sottoposte a visite mediche all'atto dell'assunzione in servizio, per di più si richiede la continua presenza al lavoro ciò deve far ritenere che lo stato di salute dei componenti sia stato e si mantenga buono. Pertanto queste assicurazioni che costituiscono il portafoglio delle Collettive vengono a costituire una categoria a sè che, pur mancando del controllo sanitario, assumeranno in certo modo caratteristiche proprie nell'andamento della mortalità.

Le assicurazioni Popolari vengono invece praticate singolarmente al ceto più modesto del popolo con quote mensili che raggiungono al massimo qualche decina di lire. Altre volte infine il contratto S.V.M. è in forma Ordinaria perchè l'assicurando non vuol sottoporsi a visita medica o le sue condizioni di salute non permetterebbero l'accettazione immediata del rischio; naturalmente tale tipo di assicurazione prevede un lungo periodo di carenza. Ho ritenuto utile mantenere divisi i sinistri dei tre Portafogli S. V. M. per le suddette diverse caratteristiche di ciascuno di essi, ciò che non era stato in precedenza mai praticato.

Il confronto circa gli effetti e l'efficacia della visita medica nell'Assicurazione Vita potrà perciò risultare nel raffronto dei sinistri che si verificano nei vari Portafogli, tenuto nel debito conto le variazioni per la eventuale diversa composizione per gruppi di età delle collettività ed in grado non trascurabile delle peculiari caratteristiche professionali che possono determinare la prevalenza di alcune forme morbose.

Tali indagini di raffronto hanno lo scopo di sostituire la esatta conoscenza della mortalità tra queste forme assicurative, i cui Portafogli subiscono modifiche continue e notevoli, in modo da individuare se e dove si può verificare il fenomeno antiselettivo. Abbiamo in tal modo raccolto nella Tab. 3 un numero di oltre 25.000 sinistri verificatisi nel primo quinquennio dall'ingresso, epoca che corrisponde al lasso di tempo massimo entro il quale la visita medica può costituire funzione di controllo efficace circa le reali condizioni fisiche di un assicurando.

Con ciò non vogliamo affermare che tutti coloro che muoiono entro il suddetto termine fossero malati di forma cronica all'ingresso. Ugualmente non si può escludere che alcuni sinistri verificatisi dopo tale periodo riguardino soggetti già affetti all'ingresso da qualche tara; ma con tutta probabilità esse in tale epoca non esistevano o non erano avvertite dal soggetto. La medicina ci dice

che accanto a forme morbose che hanno una durata media abbastanza prevedibile fino al verificarsi dell'esito (tbc polmonare, cancro, angina pectoris) ve ne sono altre (ulcera gastro-duodenale; diabete, ipertensione) in cui il momento dell'esito non è facile prevedere, almeno per le forme di media gravità o per quelle a decorso lieve.

Tali evenienze in un senso o nell'altro sono possibili; ma non infirmano il concetto che abitualmente i sinistri avvenuti nei primi anni possono far presumere la conoscenza della malattia da parte dell'assicurato. Orbene dalla suddetta tab. 3 vediamo che nel Portafoglio Ordinario C. V. M. esiste una distri-

**Distribuzione dei sinistri nei singoli Portafogli  
durante il primo quinquennio dall'ingresso.**

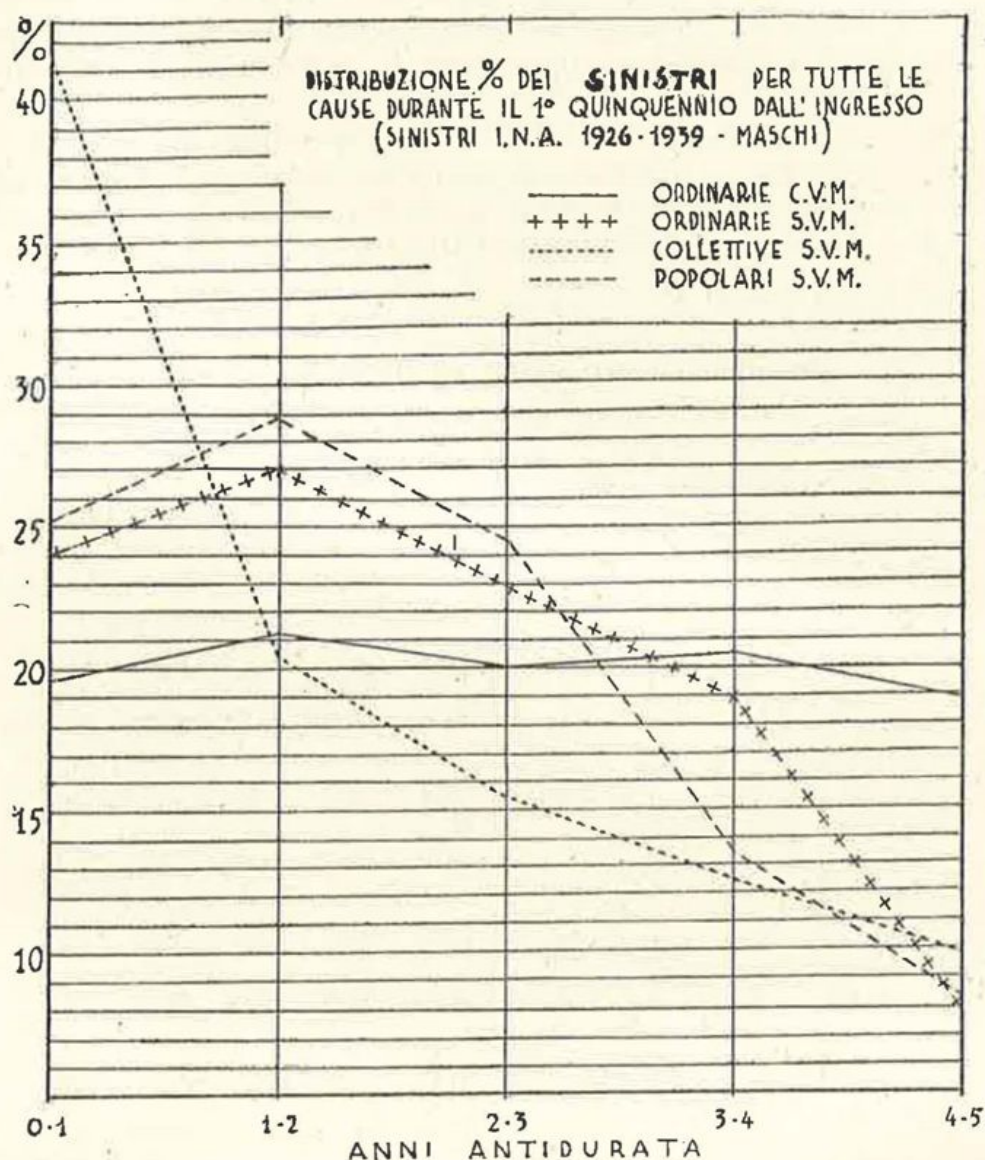
(I. N. A., 1926-39, solo uomini)

		Anni antidurata						
		0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	Totale	
CON VISITA MEDICA -	Ordinarie	Sinistri	1417	1534	1446	1468	1363	<b>7228</b>
		%	19,60	21,22	20,01	20,31	18,86	
SENZA VISITA MEDICA	Ordinarie	Sinistri	283	276	235	196	86	<b>1076</b>
		%	26,30	25,65	21,84	18,22	7,99	
	Collettive	Sinistri	1128	545	395	316	253	<b>2637</b>
		%	42,78	20,67	14,98	11,98	9,59	
Popolari	Sinistri	3747	4228	3576	1954	1205	<b>14710</b>	
	%	25,47	28,74	24,31	13,29	8,19		
		Totale dei sinistri						<b>25651</b>

buzione quasi uniforme dei sinistri nei singoli anni ciò che depone per una sufficiente azione correttiva operata dalla visita medica. Di fatto la maggior parte delle malattie croniche ad esito letale sono prevedibili dal controllo medico due o tre anni prima in base all'esperienza clinica ed è precisamente entro tale lasso di tempo che tenderanno a raggrupparsi i sinistri nei Portafogli che permettono l'antiselezione all'ingresso.

Invece nelle diverse forme senza visita medica notiamo subito una disuguale distribuzione dei sinistri. Così nelle Collettive si raggiunge nel primo anno il 42,78 % del totale dei sinistri nel quinquennio, invece nel Portafoglio delle Popolari la cifra maggiore è data dal secondo anno con il 28,74 %. Un andamento non dissimile da questo Portafoglio è dato dalle assicurazioni Ordinarie

(Graf. I)



S. V. M. Aver riscontrato una uguale distribuzione tanto nelle Ordinarie S. V. M. che nelle Popolari ci fa perciò ritenere che come alle prime gli assicurandi giungono spontaneamente ovvero per consiglio degli agenti di assicurazione in seguito alle cattive condizioni sanitarie, così alle seconde (non garantite per l'Ente da un ugual periodo di carenza) vi giungono per un volontario processo anti-selettivo.

Il grafico I ci da una visione d'insieme di questa distribuzione nei Portafogli in esame. Da esso può ben vedersi la mancanza di ogni selezione per le Popolari la cui curva anzi si dimostra maggiormente antiselettiva delle ordinarie S.V.M. Le carenze in vigore per quest'ultimo Portafoglio si dimostrano assolutamente giustificate dalla distribuzione stessa dei casi di morte nel tempo e sono una conferma della giustezza del parere sanitario precedentemente espresso in senso sfavorevole.

Ad un primo sommario esame può risultare strano l'aggruppamento dei sinistri nel primo anno tra gli assicurati in forma collettiva, l'andamento del grafico dimostra come l'alto quoziente si verifichi immediatamente dopo l'ingresso in assicurazione; ma a ben considerarlo si avverte che la linea corrispondente del grafico è diversa da quella già ricordata, che potremmo dire antiselettiva tipica, riscontrata per i sinistri delle Popolari e delle Ordinarie S.V.M. Tale prevalenza di morte nelle Collettive all'inizio deve essere evidentemente dovuto ad un qualche elemento che coincide con l'ingresso in assicurazione ma con tutta probabilità deve ritenersi dovuto ad un fattore accidentale non biologico.

L'addensamento iniziale dei sinistri, addirittura ai primi mesi, nel Portafoglio delle Collettive è anche più evidente dalle altre seguenti percentuali che si riferiscono ai sinistri tra gli uomini verificatisi nel tredicennio 1926-38. Infatti da una simile indagine, che per brevità omettiamo dal riportare per intero, ci risulta come dei vari Portafogli S.V.M. le Collettive registrano, già nel primo semestre, il 10 % dei sinistri sul totale del quinquennio, cui seguono le Popolari con il 12,07 % ed infine ultime vengono le Ordinarie con 8,69 %.

D'altra parte dobbiamo ancora ricondare che l'incremento di tutti i Porta-

TAB. 4.

## Sinistri per tutte le cause verificatesi durante il primo quinquennio dall'ingresso.

(I. N. A., 1926-39, solo uomini)

A n n i	Cifre assolute		Totali cifre assolute	Ripartizione % tra i due tipi di assicurazione	
	C.V.M.	S.V.M.		C.V.M.	S.V.M.
1926. . . . .	474	73	547	86,65	13,35
1927. . . . .	588	116	704	83,52	16,48
1928. . . . .	560	189	749	74,77	25,23
1929. . . . .	639	233	872	73,28	26,72
1930. . . . .	541	384	925	58,49	41,51
1931. . . . .	563	512	1075	52,37	47,63
1932. . . . .	496	588	1084	45,76	54,24
1933. . . . .	488	692	1180	41,36	58,64
1934. . . . .	490	1133	1623	30,19	69,81
1935. . . . .	526	1534	2060	25,53	74,47
1936. . . . .	475	2292	2767	17,17	82,83
1937. . . . .	490	3173	3663	13,38	86,62
1938. . . . .	470	3738	4208	11,17	88,83
1939. . . . .	428	3766	4194	10,21	89,79
	7228	18423	25651		

fogli S. V. M. e specialmente quello delle Popolari e Collettive ha in modo apparente turbato l'andamento della distribuzione dei sinistri il cui rischio nel periodo in esame non risulta perequato, ma addensato ai primi anni di assunzione. Ciò fu già da noi rammentato nella comunicazione sopraricordata del 1935 ed ancor oggi per il successivo incremento dei Portafogli deve essere tenuto presente. Per tale ragione quindi il forte numero dei sinistri riscontrato nei primissimi anni dall'ingresso deve essere rettificato da computi matematico-attuariali e con il trascorrere del tempo subirà assai probabilmente altre notevoli modificazioni. In proposito ci riserviamo di riportare in un successivo lavoro i valori della mortalità, tenendo presente il numero degli assicurati.

In ogni modo lo sviluppo ormai imponente delle assicurazioni S.V.M. come fa supporre la Tav. 4, ci palesa il completo capovolgimento quantitativo dei sinistri verificatisi in meno di 15 anni nei Portafogli C. V. M., in confronto ai Portafogli S. V. M. Ciò impone ai Servizi Sanitari di approfondire le indagini non più come per l'addietro limitatamente alle polizze ordinarie C.V.M.; ma di seguire a maggior ragione la frequenza e la distribuzione dei sinistri tra le polizze S.V.M.

Se la breve antidurata di un contratto è un indice di sospetto nei riguardi

TAB. 5.

## Mortalità nei contratti con antidurata inferiore a 2 anni divisi per causa di morte

CAUSA DI MORTE	(Tutte le età)			
	UOMINI		DONNE	
	Reale	Presunta	Reale	Presunta
Malattie infettive. . . . .	208	220,3	78	67,5
Tbc . . . . .	224	223,0	106	69,6
Malattie polmonari . . . . .	295	292,9	78	55,2
Tumori maligni . . . . .	178	129,1	113	73,7
Malattie org. cuore . . . . .	161	90,4	55	25,5
Arteriosclerosi e apoplezia . . . . .	89	53,8	25	16,6
Malattie tubo digerente e fegato . . . . .	192	153,6	52	53,2
Malattie del rene e vescica . . . . .	106	72,5	33	48,8
Diabete . . . . .	13	9,9	6	7,3
Sangue ed organi emopoietici . . . . .	32	46,5	11	24,3
Malattie nervose . . . . .	45	50,9	19	17,0
Cause violente compreso suicidio . . . . .	383	311,4	53	32,3
Varie . . . . .	110	94,2	50	58,6
<b>Totale</b>	<b>2036</b>	<b>1748,5</b>	<b>742</b>	<b>624,8</b>

Riassunto da E. H. HICKOX e C. E. PUCKRIDGE.

delle condizioni sanitarie all'ingresso, maggior valore avrà l'indagine che ora rivolgeremo per accertare la causa di morte dei sinistri. Non escludiamo che talvolta, nel timore di contestazione, possa essere denunciata una causa diversa da quella reale; ma nel complesso dei casi tale falsificazione non è possibile sia perchè richiederebbe la condiscendenza del medico sia perchè la vera natura del male si desume dal quadro clinico della malattia riferita nella speciale relazione sanitaria che il curante deve compilare.

All'estero un saggio di tali indagini nei contratti S. V. M. è stato fatto anni addietro nel 1934 da HICKOX e PUCKRIDGE per l'Inghilterra; tali autori però limitarono la ricerca ai sinistri dei primi due anni di antidurata (Tav. 5); la mortalità effettiva in tale periodo fu maggiore tra gli uomini e notevolmente superiore alla presunta specie per gli apparati cardiovascolari, digerente e renali. Tra le donne invece i suddetti AIA. trovarono una mortalità effettiva più alta solo per la tubercolosi e per i tumori maligni.

Uno sguardo panoramico di più ampio sviluppo è quello che qui presentiamo raccolto nelle Tab. 6, 7, 8, 9, che comprendono 24.627 sinistri. In esse sono riassunti i casi verificatisi tra gli assicurati di sesso maschile dell'I. N. A. in forma S. V. M. nel quattordicennio 1926-39 divisi per tredici cause di morte. Per una modesta aliquota di essi non è stato possibile sapere la malattia e pertanto questi quadri considerano complessivamente un numero di sinistri inferiore di un migliaio di unità rispetto alla Tab. 3; ma dal punto di vista sanitario queste ultime tabelle soltanto ci permettono un'orientamento.

A fianco di ogni Portafoglio abbiamo indicato la distribuzione percentuale della causa di morte durante i singoli anni del quinquennio per dare un'idea

TAB. 6

**Sinistri nel primo quinquennio tra gli assicurati con visita medica**  
(I. N. A. Ordinarie, Collettive, 1926-39, solo uomini)

N. sinistri per antidurata						Distribuz. % delle antidurate						
0- anno	1-2	2-3	3-4	4-5	To- tale	CAUSE DI MORTE	0-1 anno	1-2	2-3	3-4	4-5	To- tale
120	209	196	199	144	868	Ogni forma di t.b.c.	13,82	24,08	22,58	22,93	16,59	100
213	190	192	156	143	894	Altre mal. infett. e paras.	23,82	21,25	21,48	17,45	16	100
95	126	136	136	156	649	. . Tumori maligni . .	14,64	19,40	20,96	20,96	24,04	100
6	8	9	6	16	45	. . . Diabete . . .	13,33	17,78	20	13,33	35,56	100
93	83	75	97	85	433	. Emorragie cerebrali .	21,48	19,17	17,32	22,40	19,63	100
40	39	44	39	43	205	Mal. sistema nervoso	19,52	19,02	21,46	19,02	20,98	100
112	166	130	173	171	752	» apparato circolat.	14,89	22,07	17,29	23,01	22,74	100
215	209	180	185	179	968	» » respirat.	22,21	21,59	18,60	19,11	18,49	100
205	188	148	151	135	827	» » digeren.	24,79	22,73	17,90	18,26	16,32	100
57	70	85	89	87	388	» » genito-urin.	14,69	18,04	21,91	22,94	22,42	100
36	54	71	74	56	291	. . . Suicidi . . .	12,37	18,56	24,40	25,43	19,24	100
185	144	130	124	105	688	Morti violente e acciden.	26,89	20,93	18,90	18,02	15,26	100
36	46	48	38	41	209	Altre cause di morte	17,22	22,01	22,97	18,18	19,62	100
1413	1532	1444	1467	1361	7217	. . . TOTALE . . .	19,58	21,23	20	20,33	18,86	100

TAB. 7

**Sinistri nel primo quinquennio tra gli assicurati senza visita medica**  
(I. N. A. Ordinarie 1926-30 solo uomini)

N. sinistri per antidurata						Distribuz. % delle antidurate						
0-1 anno	1-2	2-3	3-4	4-5	To- tale	CAUSE DI MORTE	0-1 anno	1-2	2-3	3-4	4-5	To- tale
40	45	39	35	18	177	Ogni forma di t.b.c.	22,60	25,43	22,03	19,77	10,17	100
20	28	13	16	2	79	Altre mal. infett. e paras.	25,32	35,43	16,46	20,26	2,53	100
8	21	17	16	4	66	. . Tumori maligni . .	12,12	31,82	25,76	24,24	6,06	100
1	—	5	2	—	8	. . . Diabete . . .	12,50	—	62,50	25,00	—	100
9	13	12	14	5	53	. Emorragie cerebrali .	16,98	24,53	22,64	26,42	9,43	100
11	14	4	4	2	35	Mal. sistema nervoso	31,43	40,00	11,43	11,43	5,71	100
25	24	36	24	10	119	» apparato circolat.	21,01	20,17	30,25	20,17	8,40	100
31	28	28	27	9	123	» » respirat.	25,21	22,76	22,76	21,95	7,32	100
24	28	23	9	8	92	» » digeren.	26,09	30,43	25,00	9,78	8,70	100
9	9	14	13	10	55	» » genito-urin.	16,36	16,36	25,46	23,64	18,18	100
6	4	3	1	1	15	. . . Suicidi . . .	39,99	26,67	20,00	6,67	6,67	100
39	32	18	15	5	109	Morti violente e acciden.	35,78	29,36	16,51	13,76	4,59	100
5	13	7	4	1	30	Altre cause di morte	16,67	43,34	23,33	13,33	3,33	100
228	259	219	180	75	961	. . . TOTALE . . .	23,73	26,95	22,79	18,73	7,80	100

TAB. 8

**Sinistri nel primo quinquennio tra gli assicurati senza visita medica**  
(I. N. A. Collettive 1926-30 solo uomini)

N. sinistri per antidurata						Distribuz. % delle antidurate						
0-1 anno	1-2	2-3	3-4	4-5	To- tale	CAUSE DI MORTE	0-1 anno	1-2	2-3	3-4	4-5	To- tale
57	66	45	36	22	226	Ogni forma di t.b.c.	25,22	29,20	19,91	15,93	9,74	100
120	47	28	18	19	232	Altre mal. infett. e paras.	51,72	20,26	12,07	7,76	8,19	100
39	32	30	23	23	147	. . Tumori maligni . .	26,53	21,77	20,40	15,65	15,65	100
6	2	1	2	3	14	. . . Diabete . . .	42,85	14,29	7,14	14,29	21,43	100
26	17	13	11	6	73	. Emorragie cerebrali .	35,61	23,29	17,81	15,07	8,22	100
16	7	10	7	3	43	Mal. sistema nervoso	37,20	16,28	23,26	16,28	6,98	100
53	27	29	33	30	172	» apparato circolat.	30,81	15,70	16,86	19,19	17,44	100
117	64	43	38	12	274	» » respirat.	42,70	23,36	15,69	13,87	4,38	100
125	33	32	25	15	230	» » digeren.	54,35	14,35	13,91	10,87	6,52	100
23	12	9	10	11	65	» » genito-urin.	35,39	18,46	13,85	15,38	16,92	100
12	18	13	4	4	51	. . . Suicidi . . .	23,53	35,30	25,49	7,84	7,84	100
294	151	92	73	74	684	Morti violente e acciden.	42,98	22,08	13,45	10,67	10,82	100
66	6	9	6	4	91	Altre cause di morte	72,53	6,59	9,89	6,59	4,40	100
954	482	354	286	226	2.302	. . . TOTALE . . .	41,44	20,94	15,38	12,42	9,82	100

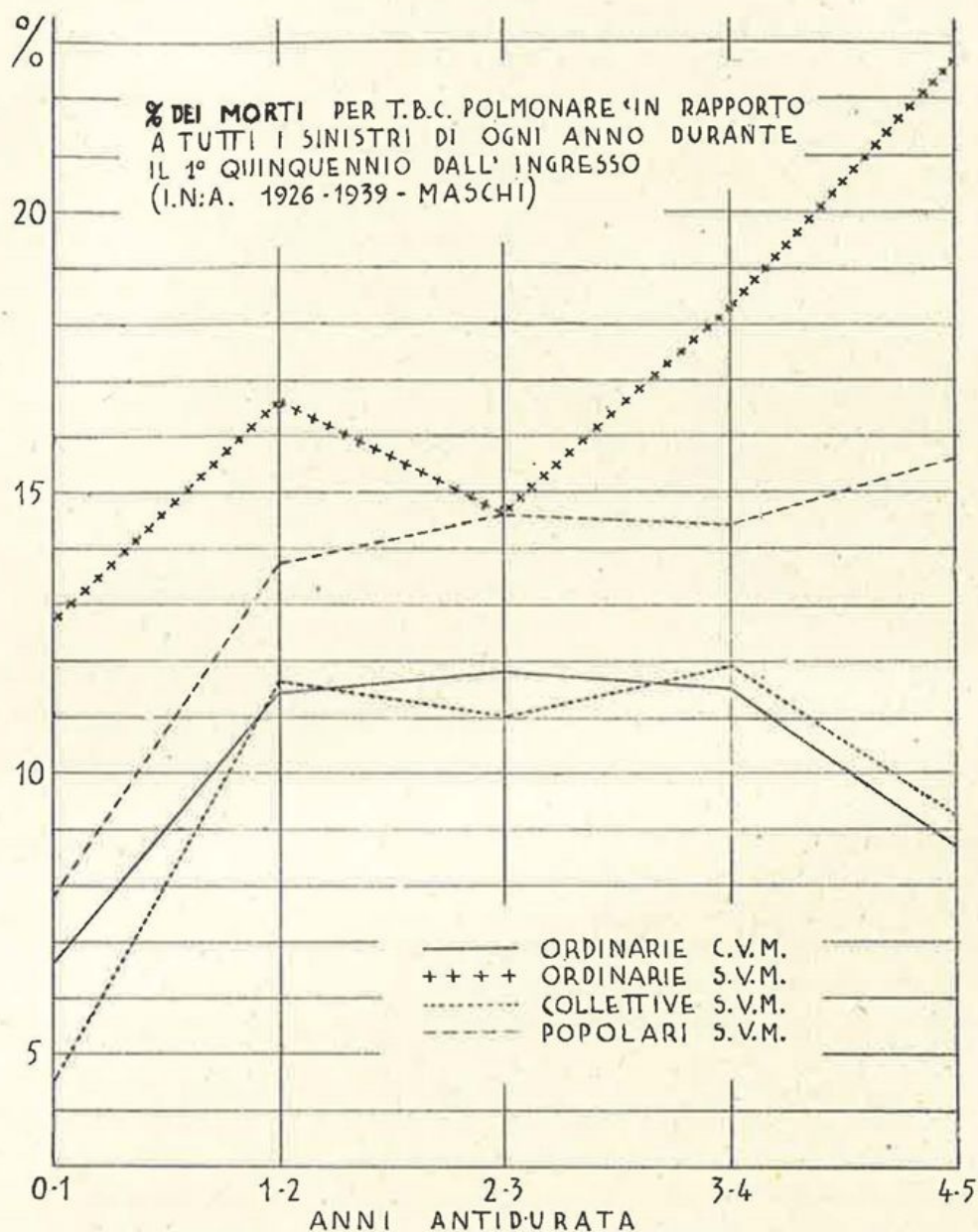
**Sinistri nel primo quinquennio tra gli assicurati senza visita medica**  
(I. N. A. popolari 1926-39 solo uomini)

N. sinistri per antidurata						Distribuz % delle antidurate						
0-1 anno	1-2	2-3	3-4	4-5	Totale	CAUSE DI MORTE	0-1 anno	1-2	2-3	3-4	4-5	T
486	655	577	303	208	2.229	Ogni forma di t.b.c.	21,80	29,39	25,89	13,59	9,33	100
356	348	272	125	84	1.185	Altre mal. infett. e paras.	30,04	29,37	22,95	10,55	7,09	100
267	363	311	195	106	1.242	. . Tumori maligni . .	21,50	29,23	25,04	15,70	8,53	100
22	28	19	14	5	88	. . . Diabete . . .	25 —	31,82	21,59	15,91	5,68	100
199	230	206	124	66	825	. Emorragie cerebrali .	24,12	27,88	24,97	15,03	8 —	100
88	137	108	60	27	420	Mal. sistema nervoso	20,95	32,61	25,72	14,29	6,43	100
364	445	389	262	147	1.607	» apparato circolat.	22,65	27,69	24,21	16,30	9,15	100
676	757	643	326	213	2.615	» » respirat.	25,85	28,95	24,59	12,47	8,14	100
387	411	343	190	116	1.447	» » digeren.	26,75	28,40	23,70	13,13	8,02	100
148	182	139	87	63	619	» » genito-urin.	23,91	29,41	22,45	14,05	10,18	100
30	42	57	37	17	183	. . . Suicidi . . .	16,39	22,95	31,15	20,22	9,29	100
442	369	285	108	77	1.281	Morti violente e acciden.	34,50	28,81	22,25	8,43	6,01	100
97	120	98	60	31	406	Altre cause di morte	23,89	29,56	24,14	14,78	7,63	100
3.562	4.087	3.447	1.891	1.160	14.147	. . . TOTALE . . .	25,18	28,89	24,37	13,36	8,20	100

circa l'andamento del fenomeno. Esamineremo in altro articolo partitamente alcune malattie; comunque scorrendo le tabelle si può fin d'ora osservare l'andamento generale dei gruppi. Così nei sinistri in forma C.V.M. la distribuzione, pur mantenendosi abbastanza uniforme, presenta un discreto aumento verso gli ultimi anni di antidurata per le voci che riguardano i tumori, il diabete le affezioni dell'apparato circolatorio e del genito-urinario per le quali malattie la visita medica ha potuto eliminare i casi che si sarebbero verificati nei primi anni, in senso opposto si comportano quasi tutti i Portafogli S.V.N. nei quali l'andamento decrescente è però comune a quasi tutte le voci.

Ci limitiamo ora soltanto a qualche breve considerazione circa le morti da cause violente e accidentali e a quelle per tbc. polmonare. Quanto alla prima vediamo che questo sinistro è molto frequente tra gli assicurati in forma collettiva superando complessivamente il 30 %, di tutti sinistri verificatisi. Orbene la cifra assoluta di 294 denunciata nel primo anno dall'ingresso ci dice che quasi la metà, più esattamente il 42,98 %, si è rapidamente determinata; tale percentuale è la più alta in senso assoluto di qualsiasi altra per questo e per ogni altro Portafoglio.

Ciò significa che il doloroso contributo di sangue, dato soprattutto dalla collettività industriali è dovuto alla scarsa preparazione tecnica del proprio lavoro e conferma come la lotta della prevenzione infortuni debba essere ancora più intensificata di quanto non lo sia stato finora. Notevole importanza a tale fine potrebbe avere una rigorosa selezione con esame psico-fisico per l'orientamento professionale. In tutti gli altri Portafogli le morti accidentali, pur dimostrandosi quale sinistro frequente, non raggiungono neanche il 10 % nel totale dei sinistri del primo anno.



A questo punto ci si potrebbe domandare se il corrispondente onere economico di così numerosi infortuni che si dimostrano in evidente dipendenza della professione non dovrebbe far richiedere un soprapremio professionale più spesso di quanto non si pratica attualmente. La frequenza della morte per infortunio nelle collettività nel primo anno presso gli assicurati delle collettive costituisce precisamente la spiegazione della guglia iniziale già osservata nel grafico I ciò che non poteva essere attribuita a un processo antiselettivo spontaneo la cui curva regolata da leggi biologiche presenta, come abbiamo visto, un minore allineamento nel tempo.

Per ulteriore conferma di quanto siamo passati sopra ad esaminare, ricavandoli dai sinistri del gruppo generico della tubercolosi, i casi di morte per

tbc. polmonare malattia più comune e più frequente ad essere dissimulata dagli assicurati in forma S.V.M.. Il grafico II conferma quanto già affermammo in principio nei riguardi di questo Portafoglio; come cioè tra questi assicurati per le ragioni stesse della presenza al lavoro in continuità non risulta possibile uno spontaneo processo antiselettivo. Infatti dal grafico si riscontra un parallelismo assoluto tra questo Portafoglio e quello C.V.M. nei riguardi della frequenza della mortalità annua per tbc. polmonare riferita al totale dei sinistri del relativo Portafoglio. E' pure evidente dallo stesso grafico una disposizione antiselettiva negli altri due Portafogli S.V.M., disposizione che tende, a differenza di quanto si potrebbe supporre, ad aggravarsi col procedere degli anni. Ma sulla distribuzione delle singole malattie nei vari Portafogli a seconda l'antidurata torneremo altra volta. Ci riserviamo di elaborare dal punto di vista statistico il presente materiale quando avremo completato la raccolta necessaria.

A conclusione di quanto siamo venuti passando in rapida rassegna non possiamo esimerci dall'affermare fin d'ora, che, nonostante possibili lacune di vario ordine, la visita medica rappresenta sempre la migliore e più semplice, sebbene talvolta fastidiosa, garanzia per l'Ente e nel contempo per l'assicurato in buona fede. Attraverso questo vaglio il contratto assicurativo sulla vita viene accettato dalle parti con completa cognizione di causa. Questa collaborazione può permettere il premio più favorevole ed in assicurazione, come in ogni altra obbligazione, può offrire i migliori vantaggi e la massima garanzia per tutti i contraenti.

#### RIASSUNTO.

*Dopo aver riferito i risultati riscontrati all'estero sui sinistri nei Portafogli S.V.M., l'A. esamina comparativamente la distribuzione dei sinistri nei Portafogli S.V.M. verificatisi entro il primo quinquennio dall'ingresso concludendo per l'esistenza di un processo antiselettivo tra gli assicurati in forma Popolare ed Ordinaria S.V.M. Due grafici illustrano alcune caratteristiche antiselettive per gruppi di malattie riscontrate dall'esame di oltre 25.000 sinistri dell'I.N.A. che l'A. si riserva di elaborare statisticamente altra volta.*

#### BIBLIOGRAFIA.

- DE MEO, *Sulla mortalità di gruppi di Assicurazione Vita* - Atti dell'I.N.A., Volume XIII, 1941.
- HICKOX E C. E. PUCKRIDGE, *On Assurance without medical examination in Great Britain* - Atti del X Congresso Internazionale degli Attuari, Vol. IV, 1934, Roma.
- LUNDBERG, *Lebensversicherung ohne arztliche Untersuchung*. - Vol. IV, 1934, Roma.
- SMITH, *Life insurance without medical examination in Canada*. - Vol. IV, 1934, Roma.
- STARNA, *Le cause di morte nelle Assicurazioni Popolari nel triennio 1932-34*; Comunic. al Congresso Naz. delle Assicurazioni Popolari - Venezia 1935.

# I RISCHI TARATI NELL' ASSICURAZIONE VITA

Dott. ACHILLE CALATI

(v. prec. num. 2 - 3 - 4)

## CAPITOLO SECONDO

### L'IPERTENSIONE - RISCHIO TARATO

Tra le tare che più frequentemente vengono rilevate durante la visita medica preassicurativa, l'ipertensione arteriosa occupa certamente uno dei primissimi posti, per non dire il primo. Questo fatto, che basta da solo a spiegare la grande importanza dell'ipertensione nell'assicurazione dei rischi tarati, è in perfetto accordo colla grande diffusione di essa nella popolazione generale e col fatto che insieme alle malattie di cuore e all'arteriosclerosi costituisce, secondo le statistiche dei vari Paesi, una delle più frequenti cause di morte (1). Da recenti statistiche americane risulta che in questi ultimi venti anni le malattie delle arterie (specialmente ipertensione e arteriosclerosi) si sono quadruplicate, e il NOSENTHAL ritiene che il 23 % delle morti siano dovute appunto all'ipertensione e precisamente alle due più gravi e frequenti conseguenze di essa: insufficienza miocardica ed emorragia cerebrale.

La misurazione della pressione arteriosa ha poi nel campo assicurativo, una speciale importanza. Essa infatti, oltre ad illuminare il medico assicuratore sullo stato di funzionalità di determinati organi (cuore e reni), gli fornisce criteri prognostici di ordine più generale sullo stato di salute e sulle probabilità di una più o meno lunga sopravvivenza degli individui esaminati; il che costituisce lo scopo ultimo e fondamentale di ogni valutazione di rischio tarato. Infatti da tutte le statistiche concordemente si rileva che la mortalità degli ipertesi è molto superiore di quella dei normotesi e più ancora di quella di individui leggermente ipotesi.

Di massima importanza è ancora il fatto che l'ipertensione all'inizio, e anche per un lungo periodo di tempo, può rimanere completamente asintomatica, di modo che una ipertensione anche notevole può sfuggire alla visita medica preassicurativa, qualora non venga sistematicamente e di proposito ricercata (2). Di conseguenza ne deriva che, non avendosi la premura di misurare sempre la press. art., possono venire accettati in assicurazione a condizioni normali soggetti ipertesi (ma apparentemente sani), che colla loro morte verificantesi spesso a brevissima scadenza della stipulazione del contratto assicurativo, possono arrecare danni non indifferenti alle Compagnie. E' quindi giustificata la grande insistenza con cui le Direzioni delle varie Compagnie raccomandano ai loro Medici Fiduciari di abituarsi a misurare la pressione arteriosa sistematicamente a tutti gli assicurandi, o almeno a tutti quelli di età superiore ai 40 anni. Pretesa non eccessiva, specialmente se si pensa alla grande semplicità di questo esame, che quindi non può recare grande molestia agli assicurandi, mentre invece i risultati di esso sono della massima importanza per l'Ente Assicuratore. Del resto, anche al di fuori della pratica assicurativa, l'esame di un ammalato,

(1) Dati gli stretti legami di reciproca influenza tra ipertensione, arteriosclerosi e cardiopatie, è difficile stabilire con statistiche distinte ed esatte, le percentuali di mortalità per ognuna di queste tre tare.

(2) Ciò è in armonia coi risultati di importanti ricerche promosse qualche anno fa dal Life Extension Institute di New York, che esaminando parecchie centinaia di migliaia di individui ritenuti *sani*, constatò nel 25 % alterazioni notevoli della pressione sanguigna.

a qualsiasi scopo sia fatto, non dovrebbe mai trascurare la misurazione della pressione sanguigna.

Un'altra circostanza che va tenuta nella massima considerazione nella pratica assicurativa (a cui interessano specialmente quegli elementi di giudizio che abbiano il doppio vantaggio del valore intrinseco e della semplicità di rilievo) è la frequente ereditarietà dell'ipertensione, constatata dai vari Autori, in percentuali diverse ma sempre alte. A questo proposito mi limiterò a ricordare le ricerche di GREPPI (e altri) che avendo studiato più di 600 casi di ipertensione nella clinica medica diretta da ZOIA, nel 72 % (!) trovò che uno o entrambi i genitori, o almeno un fratello, erano morti per ictus o per cardiopatia. Questo Autore, notò anzi che la tara ha tendenza ad aggravarsi nel passaggio da una generazione all'altra, specialmente se entrambi i genitori ne sono affetti. Al lume delle moderne teorie patogenetiche, GREPPI interpreta l'ereditarietà dell'ipertensione come la trasmissione di una speciale costituzione neuro-endocrina, o meglio di uno squilibrio potenziale neuro-endocrino, che, per l'azione di stimoli patologici anche lievi, o anche fisiologici (come può essere per es. l'involutione presenile del sistema endocrino), può dar luogo al manifestarsi dell'ipertensione. Si comprende facilmente l'importanza che può avere l'anamnesi di un individuo, quando da essa risulti che qualcuno degli ascendenti o dei collaterali è morto per ictus o cardiopatia. Servirà essa infatti non solo a far sorgere nel medico fiduciario il sospetto della presenza della tara ipertensiva nell'individuo esaminato, ma anche nel fornirgli un elemento di valore non trascurabile per valutare, cogli altri elementi, prognosticamente il rischio e giudicare della probabile sopravvivenza di quell'iperteso.

Voglio ancora accennare ad alcune nozioni d'ordine generale, necessarie per la esatta interpretazione dei dati sulla pressione arteriosa. Le difficoltà incominciano fin dall'inizio per decidere a partire da qual valore una pressione arteriosa si deve considerare superiore al normale: per fissare cioè quale pressione si deve ritenere come « normale ». Questo argomento fu ampiamente trattato e discusso nelle due ultime Conferenze internazionali di Coopenaghen e di Praga, ma senza arrivare ad una conclusione concreta. Questo fatto non deve recar meraviglia quando si pensi che il valore della pressione arteriosa è un dato che non deve essere considerato nella sua bruta espressione numerica, bensì tenendo conto dell'età, del sesso, della costituzione generale e dello stato di nutrizione dell'individuo in esame. Si tenga anche presente che in uno stesso soggetto la pressione arteriosa, per il fatto di essere un fenomeno non statico ma dinamico, può subire delle oscillazioni a seconda del momento in cui viene misurata (1), ed infine che i valori della pressione arteriosa possono essere anche notevolmente diversi a seconda dell'apparecchio usato per la misurazione. Da tutto questo si deve concludere che è eccessiva pretesa il voler esprimere con un solo numero la pressione *normale*, come pure il voler fissare un limite netto di separazione tra pressione *normale* e *ipertensione*, perchè esso sarebbe affatto artificioso e irrealistico.

Si possono tutt'al più fissare dei limiti entro i quali si deve considerare come *normale* una pressione arteriosa. Così pure può avere importanza, come termine di riferimento, conoscere il valore *medio* delle pressioni arteriose normali, deducendolo, come è stato fatto da alcune Compagnie americane, dallo studio della pressione arteriosa di grandi masse di individui perfettamente sani, divisi per gruppi di età (dato che la pressione tende naturalmente e fisiologicamente a salire col passare degli anni).

Mi interessa ancora accennare brevemente al valore che si deve dare alle varie qualità di pressione arteriosa: *massima*, *minima*, *differenziale* e *media*. La pressione

(1) Fatto di una certa importanza nella pratica assicurativa che consiglia di misurare due volte la pressione arteriosa, al principio e alla fine della visita pre-assicurativa, per eliminare il fattore emotivo.

massima, che per molti anni fu la sola presa in considerazione, comportando, specialmente quando è molto alta, uno scuotimento violento delle arterie ad ogni sistole ventricolare, è in diretto rapporto cogli accidenti improvvisi dell'ipertensione, e principalmente quindi con l'emorragia cerebrale (*pressione balistica* del MARTINET). La pressione minima, come quella che agisce più a lungo nelle arterie, rappresenta l'ostacolo che il ventricolo sinistro contraendosi deve superare per immettere il sangue nel letto arterioso, ed è quindi l'espressione del lavoro cardiaco. La pressione differenziale è l'espressione dello slancio del cuore nel superare l'ostacolo, e, in certo senso, della riserva di forza di contrazione del muscolo cardiaco. La pressione media, introdotta recentemente (1921) dal PACHON, sarebbe la media di tutte le pressioni deboli, moderate e forti che le arterie subiscono in una rivoluzione cardiaca. Essa ha per noi però scarso valore, nonostante gli studi degli Autori francesi in questi ultimi anni (VAQUEZ sostiene che « la pressione media è l'espressione fedele del lavoro del cuore »), perchè non ancora entrata nella pratica medica comune, e tanto meno in quella assicurativa (1). Sul valore prognostico delle pressioni: massima, minima e differenziale, ritornerò in seguito.

Passo ora ad esporre i limiti ed i criteri seguiti dal C.I.R.T. nell'accettazione e valutazione del rischio ipertensione. Il C.I.R.T. divide gli ipertesi accettabili in due categorie:

	Classe di sopramort.	Categoria del rischio
a) Pressione arteriosa non superiore a 160 mm. di Hg. (RIVA-ROCCI), con pressione differenziale normale e senza apprezzabile ipertrofia cardiaca, età oltre i 40 anni	50 %	crescente
b) Pressione arteriosa oltre i 160 mm. e non oltre i 200 mm. di Hg. (R. R.)	da 75 % a 300 %	crescente

Da questo specchietto si deve rilevare anzitutto come il C.I.R.T. basi il suo giudizio di accettabilità del rischio-ipertensione principalmente sul valore della pressione massima (2), rifiutando senz'altro, per esempio, tutti quegli ipertesi che abbiano una massima superiore ai 200 mm. di Hg. al RIVA-ROCCI. Questo criterio, che teoricamente può sembrare un po' troppo unilaterale, trova però la sua giustificazione nella pratica assicurativa, oltre che nella necessità di fissare un limite, il più possibile netto e preciso, nell'accettazione del rischio, anche, e specialmente, nel fatto che una pressione massima oltre i 200 mm. di Hg., anche con una buona differenziale, costituisce già di per sé una ragione sufficiente e plausibile per rifiutare il rischio, considerando il pericolo di una brusca premorienza. Si può ancora rilevare la grande severità dimostrata dal C.I.R.T. e in genere da tutte le Compagnie, nell'accettazione del rischio-ipertensione. Non è raro, infatti, trovare individui con pressione massima di 180-200 mm. di Hg. che si sentono abbastanza bene, e che si meravigliano fortemente quando alla richiesta loro di stipulare un contratto di assicurazione sulla vita si sentono rispondere con un rifiuto.

Questa severità trova però la sua giustificazione nelle ragioni in parte già dette, e specialmente: nella elevata mortalità dell'ipertensione, per di più in costante

(1) La pressione massima conserva pertanto tutta la sua importanza, specialmente nel campo assicurativo, per il pericolo che essa, quando è alta, comporta di un esito violento; mentre le pressioni: minima e differenziale forniscono utili elementi prognostici per quel che riguarda le probabilità e possibilità di resistenza del cuore al maggior lavoro legato all'ipertensione.

(2) Il C.I.R.T. parla addirittura come si può vedere dallo specchietto, di *pressione arteriosa* intendendo riferirsi alla pressione massima; il che è se non altro inesatto.

aumento, nella grande diffusione di questa tara, e nel pericolo mal valutabile di una brusca premorienza.

Prima di procedere all'esposizione dei vari quadri prognostici, accennerò brevemente alle moderne teorie sulla patogenesi dell'ipertensione, argomento tra i più studiati in questi ultimi tempi, ma ancora discusso e in alcune parti non ancora completamente chiarito.

E' da ricordare anzitutto che solo da poco tempo l'ipertensione è riconosciuta come entità morbosa a sè stante: fino a qualche decennio fa era ritenuta dai più come una diretta conseguenza dell'arteriosclerosi. In un secondo tempo HUCHARD sostenne addirittura l'opposto: che cioè l'arteriosclerosi non fosse, nella maggioranza dei casi, che una conseguenza dell'ipertensione. Oggi si ritiene generalmente che non esiste nessun legame *necessario* tra le due malattie, e che se si trovano spesso unite, ciò è dovuto specialmente al fatto che ambedue prediligono l'età avanzata.

Il fattore determinante l'insorgere dell'ipertensione deve essere verosimilmente ricercato nella presenza di un ostacolo nel letto arterioso, ostacolo che dalla maggior parte degli Autori moderni viene localizzato nelle arteriole precapillari. Quanto alla natura di esso, esistono varie teorie: GULL e SUTTON nel 1872 sostenevano che si trattasse di lesioni anatomiche arteriosclerotiche irreversibili; più recentemente VOLHARD sostenne che alla fase anatomica irreversibile precede sempre una fase funzionale, angiospastica, reversibile; BERGMANN, infine, pensa si tratti sempre e solo di un ostacolo angiospastico. Per varie considerazioni sembra da preferire l'ipotesi di BERGMANN, potendosi tutt'al più ritenere con VOLHARD che alla fine possono anche determinarsi lesioni anatomopatologiche. Per quel che riguarda l'origine di questo spasmo precapillare, bisogna ritenere che esso sia fondamentalmente causato dall'azione spastica e quindi ipertensiva di alcune sostanze, di origine endogena o esogena. Più generalmente si può parlare di un fattore endogeno e di un fattore esogeno determinanti l'ipertensione. A seconda che prevale il primo od il secondo fattore si avrebbero due tipi diversi di ipertensione, e precisamente: *ipertensione rossa di VOLHARD* (ipert. essenziale di PAL, genuina di MUNK) nel primo caso, *ipertensione pallida o bianca di VOLHARD* nel secondo caso.

La patogenesi dell'ipertensione rossa, legata al fattore endogeno, deve ritenersi sostenuta da una alterazione del sistema vegetativo neuro-ormonico comportante la messa in circolo di sostanze ad azione ipertensiva, in quantità esagerata (CESA-BIANCHI, PENDE, GREPPI...). Questo modo di vedere spiegherebbe anche la frequente ereditarietà dell'*ipertensione rossa*. Riguardo alla natura delle sostanze ipertensive, si pensò dapprima, come era naturale, ad una ipersecrezione surrenale (VAQUEZ); ma non si riuscì quasi mai a dimostrare in modo sicuro una iperadrenalinemia ipertensiva. Si pensò allora alla vasopressina ipofisaria, alla cortina della corteccia surrenale; ma anche le ricerche in questo senso ebbero esito negativo. Si deve quindi concludere con CESA-BIANCHI che, dati gli stretti legami fra i vari centri ed organi del sistema neuro-ormonico, mai o quasi mai l'ipertensione rossa è sostenuta dall'alterazione di questa o quella ghiandola, di questo o quel centro isolatamente, ma che sempre nel determinismo patogenico entrano in giuoco contemporaneamente vari fattori nervosi ed endocrini, (simpatico, parasimpatico, surrene, ipofisi, tiroide, paratiroide, ecc.).

La patogenesi dell'ipertensione pallida o bianca, legata al fattore esogeno, sarebbe invece sostenuta dalla ritenzione, dovuta a lesione del filtro renale, di sostanze ad azione ipertensiva, d'origine esterna, per lo più alimentare. Infatti ad HULSE riuscì di dimostrare nel siero di individui affetti da nefrite cronica, la presenza di sostanze (sostanze estrattive della carne-sali; urea) che esplicherebbero una azione ipertensiva indiretta, potenziando l'azione dell'adrenalina. (Esisterebbe quindi un interessante legame tra fattore esogeno e fattore endogeno!).

Accennato così brevemente alla patogenesi dell'ipertensione, passerò a parlare della prognosi di essa, che è quella che più interessa dal lato medico assicurativo.

Tratterò separatamente della prognosi generica o collettiva e della prognosi individuale. Mentre la seconda è frutto dell'esperienza clinica ed è il risultato della diagnosi della malattia e dello stato fisico e funzionale del singolo individuo iperteso, la prima è frutto dell'osservazione di un grande numero di individui affetti dalla stessa tara, ed ha come scopo di stabilire il decorso della mortalità per i vari quadri ipertensivi. A questo proposito è da rilevare che, mentre per molte altre tare, la valutazione del rischio e la determinazione del soprapremio si basa principalmente sulla prognosi collettiva, conoscendosi, per mezzo della statistica medica, i tassi di sopramortalità coi relativi soprapremi dei diversi quadri morbosi caratteristici di una tara, per la tara-ipertensione invece il giudizio valutativo deve ancora basarsi, di volta in volta, principalmente sulla prognosi individuale. Questo deriva dalla grande difficoltà per l'ipertensione (a prescindere dalla classica distinzione in ipertensione rossa e bianca), di formulare dei tipi clinici ben differenziati e caratteristici nella loro diversa prognosi e di fissare dei criteri prognostici generali che valgano per tutti i casi. Così, per esempio, un criterio prognostico che a prima vista sembrerebbe tra i più semplici e i più sicuri, sarebbe quello di basare la formulazione di categorie prognostiche progressive sui valori numerici della pressione, specialmente se si volesse tener conto, oltre che della massima, anche della minima e della differenziale. Orbene questo criterio si rivela in pratica molto artificiale, conducendo spesso a delle valutazioni errate, perchè, se è vero che l'altezza della pressione è un elemento prognostico di grande importanza, non è il solo, nè si deve perdere di vista l'individualità clinica del singolo individuo. Tant'è vero che di due pressioni arteriose numericamente uguali, si deve spesso nella pratica emettere due giudizi prognostici ben diversi tra loro. Solo quando si arriverà a distinguere vari quadri clinici di ipertensione tipici, e si sarà studiato a fondo il decorso della sopramortalità separatamente per ognuno di essi, si potrà valutare gli assicurandi ipertesi con criteri meno soggettivi ed individualistici. Ad ogni modo anche per l'ipertensione la prognosi collettiva acquisterà in avvenire tutta la sua importanza.

La prognosi collettiva può essere ricavata da due fonti principali: dallo studio cioè della mortalità degli ipertesi della pratica privata e dell'organizzazione assicurativa.

La prima fonte ha il vantaggio che i singoli casi sono studiati in modo esauriente nella loro sintomatologia e seguiti spesso per lungo tempo; dall'altra parte però, per il numero scarso di casi studiati, ha il difetto di non permettere una generalizzazione delle conclusioni che da essa si potrebbero trarre. In genere, in queste statistiche fatte su materiale clinico, si rileva un decorso della mortalità per ipertensione più favorevole (e quindi una prognosi più benigna del rischio) a confronto della mortalità degli ipertesi assicurati. Importanti sono anche alcuni studi promossi da Compagnie americane sul decorso della mortalità di ipertesi rifiutati dall'assicurazione per la gravità della loro tara.

Però gli studi più vantaggiosi e anche più semplici, sono, come facilmente si comprende, quelli fatti sul decorso della mortalità degli stessi assicurati ipertesi. Questi studi infatti hanno il vantaggio di poter essere fatti su gruppi omogenei di individui seguibili per molti anni ed inoltre di permettere un controllo automatico dei giudizi di valutazione prognostica, vedendosi dopo alcuni anni se il giudizio emesso a proposito di ogni iperteso accettato in assicurazione si è dimostrato alla prova dei fatti esatto, troppo ottimista o pessimista.

Da questi studi, e specialmente da quelli promossi dalle Compagnie americane, si arriva alla conclusione che si deve usare molta prudenza nell'accettazione degli ipertesi. Infatti, per esempio la Northwestern National Life, trovò che individui con una pressione massima superiore di 15-25 mm. di Hg. alla normale, avevano un tasso di sopramortalità dell'83,8% (!); analogamente la M.I.S. trovò un tasso di sopramortalità dell'81%, altre del 60%-50%. Per una pressione massima superiore alla normale di 60-70 mm. di Hg., corrispondente press'a poco ad una iper-

tensione di 200 mm. di Hg., si dovrebbe verosimilmente prevedere un tasso di sopramortalità superiore al 500%-600%, se, come penso, col crescere della pressione, la mortalità deve crescere non in progressione aritmetica; ma, caso mai, in progressione geometrica. Orbene in Italia il C.I.R.T. accetta queste ipertensioni fino a 200 mm. di Hg., sia pure non tutte, con un soprapremio corrispondente ad un tasso di sopramortalità massimo del 300%. Si dovrebbe quindi concludere che le Compagnie americane sono molto più severe di quelle italiane ed europee nell'accettazione del rischio-ipertensione.

Per la prognosi collettiva ha, come ho detto, notevole importanza pratica la classica distinzione di VOLHARD tra ipertensione rossa e ipertensione pallida o, secondo gli Autori moderni, tra ipertensione essenziale o genuina e ipertensione sintomatica. Sono queste infatti due forme di ipertensione anche praticamente abbastanza bene differenziabili per le loro speciali caratteristiche cliniche e sintomatologiche.

La prognosi poi è ben diversa nelle due forme. Infatti nel gruppo delle *ipertensioni sintomatiche* prescindendo da quelle legate alla obesità, alla menopausa e alla siflide che, in linea generale, salvo i casi gravi, permettono una prognosi relativamente benigna, e considerando quindi per ora solo la vera *ipertensione pallida di VOLHARD*, legata a gravi alterazioni del filtro renale (nefrite cronica-sclerosi renale maligna di VOLHARD) con ritenzione di sostanze ipertensive, la prognosi quoad vitam è sempre gravissima, spesso infausta. Questo non deve meravigliare pensando che in questo caso si è davanti ad una vera sovrapposizione di due tare diverse già di per sé molto gravi, la cui contemporanea presenza nello stesso individuo condiziona una sopramortalità che è verosimilmente molto superiore alla somma delle mortalità singole sostenute dalle due tare se agissero separatamente. Al rischio di un esito letale brusco legato all'ipertensione (emorragia cerebrale, insufficienza miocardica), si deve aggiungere in questi casi quello legato alla lesione renale, la quale, essendo quasi costantemente progressiva, può determinare l'insufficienza renale ed il coma uremico. Ad ogni modo queste forme di nefriti ipertensive, permettendo nella migliore ipotesi, una sopravvivenza massima di alcuni anni, devono essere senz'altro escluse dall'assicurazione vita. Se, per questa ragione, la ipertensione pallida non ha un'importanza diretta per noi, ne ha però una indiretta legata a due necessità: anzitutto a quella di saperla diagnosticare per escluderla dall'assicurazione, e inoltre a quella di non confondere questa sclerosi renale maligna (in cui il fatto ipertensivo è secondario), colla sclerosi renale ipertensiva benigna (in cui il fatto ipertensivo è primitivo e l'alterazione renale è solo secondaria e per lo più molto limitata). Gli elementi fondamentali per risolvere i due problemi si troveranno principalmente nel ricercare la preesistenza nell'anamnesi di una nefrite acuta o cronica, nello studio della funzionalità renale e nell'esame del fondo oculare. Intuitiva è l'importanza di una precedente nefrite che depone per una ipertensione bianca.

L'esame della funzionalità renale rivelerà scarse alterazioni nella sclerosi benigna, mentre in quella maligna si avrà: albuminuria, cilindruria, poliuria, basso peso specifico, iperazotemia: i segni di ipertensione saranno qui posteriori ai fatti renali. La papillite e nevro-retinite con le caratteristiche macchie a spruzzo di calcina parlano per una sclerosi renale maligna, mentre in quella benigna si ha tutt'al più spasmo e tortuosità dei capillari retinici. Non è però da credere che sia sempre facile il decidere se nel singolo caso si è davanti ad una sclerosi maligna o ad una sclerosi ipertonica benigna.

Esistono infatti anche forme intermedie (forme combinate di VOLHARD), e inoltre è dato di seguire talvolta la trasformazione di una sclerosi benigna in sclerosi maligna. Si vede in questi casi che mentre in un primo tempo predominano i fatti cardio-vascolari ipertensivi ed i fatti renali o mancano o sono molto scarsi, in un secondo tempo invece vengono a poco a poco a risaltare con maggior evidenza nel quadro clinico i fatti nefritici (albuminuria, cilindruria, segni di insufficienza renale, edemi, retinite). Orbene nella pratica assicurativa è della massima importanza come

ho detto, saper distinguere le due forme sclerotiche, dato che la maligna è senz'altro da rifiutare, mentre la benigna, permettendo una sopravvivenza anche di molti anni, può essere accettata in assicurazione con adeguato soprapremio.

Nel gruppo delle ipertensioni sintomatiche si può ancora considerare come costituente una categoria a se stante la *ipertensione degli arteriosclerotici*, comprendendovi però solo quei casi di ipertensione prevalentemente sistolica in cui l'arteriosclerosi è il fenomeno primitivo e dominante. Questa limitazione appare necessaria quando si pensi che ogni ipertensione di qualunque tipo, è accompagnata nella maggioranza dei casi da leggere note di arteriosclerosi, in relazione all'età di solito avanzata degli ipertesi. In questa forma di ipertensione, mentre la pressione sistolica è di solito molto aumentata raggiungendo e sorpassando facilmente i 200 mm. di Hg., la pressione diastolica, invece, non è di solito che moderatamente aumentata o non lo è affatto. Di conseguenza, non essendoci un sovraccarico circolatorio permanente, (come si ha quando la pressione diastolica è molto aumentata), questi ipertesi non muoiono quasi mai per insufficienza miocardica, bensì spesso per apoplezia cerebrale (emorragia, trombosi), angina pectoris, gangrena da arterite cronica. Con una certa frequenza si associano lesioni renali determinate sia dal fatto ipertensivo che da quello arteriosclerotico, per cui è necessaria molta prudenza nell'accettazione di queste forme di ipertensione.

Accennerò infine solo di passaggio a quelle ipertensioni che si hanno talvolta in alcune endocrinopatie, specialmente in casi di ipertiroidismo. Sono di solito instabili e transitorie, permettendo quindi una prognosi del tutto benigna.

Rimane da considerare la grande categoria della cosiddetta *ipertensione essenziale o genuina* caratterizzata dalla mancanza, o almeno dal carattere secondario e lieve, dei fenomeni renali ed arteriosclerotici, e inoltre dall'aumento di entrambe le pressioni: sistolica e diastolica (ipertensione completa). Veramente il fatto primitivo e fondamentale deve essere ricercato in un innalzamento della pressione diastolica: l'aumento della pressione sistolica è solo secondario e di carattere compensatorio. Anzi quando in un individuo assieme ad una pressione diastolica alta (120-130), riscontriamo una pressione sistolica relativamente bassa (140-170), dobbiamo concludere che le riserve energetiche compensatrici del miocardio sono vicine ad esaurirsi, e quindi, a causa della incombente minaccia di insufficienza cardiaca, dobbiamo emettere una prognosi riservatissima, escludendo senz'altro quell'individuo dall'assicurazione.

Per il contemporaneo aumento della pressione diastolica e di quella sistolica si comprende come in questo tipo di ipertensione siano specialmente frequenti le morti per insufficienza cardiaca e per emorragia cerebrale.

In relazione a questi due pericoli, la valutazione prognostica dei singoli casi si baserà, oltre che sui valori pressori, principalmente sullo stato del cuore e su quello delle arterie specialmente craniche. Ci si gioverà a questo scopo di tutti i mezzi a nostra disposizione e anzitutto di un esatto esame obiettivo del cuore, completato caso mai da una radiografia e da un elettrocardiogramma, e inoltre di un accurato esame delle arterie periferiche non trascurando specialmente quelle retiniche per scoprire eventuali emorragie anche lievi. Dal risultato di questi esami sarà possibile formarci un concetto abbastanza preciso delle possibilità di resistenza del cuore alla richiesta di maggior lavoro legata all'ipertensione, come pure delle probabilità più o meno grandi di un accidente cerebrale; ed esso ci orienterà verso l'accettazione od il rifiuto del rischio. Come regola generale saranno accettati solo quei casi nei quali non solo manchi il benchè minimo segno di scompenso cardiaco, ma nei quali sia lecito pensare che il compenso si manterrà per un lungo periodo di tempo. Saranno rifiutati gli altri.

Per quanto queste categorie di ipertensione che ho cercato di presentare dal punto di vista prognostico, abbiamo anche nella pratica assicurativa un innegabile valore, se non altro per un primo orientamento valutativo del rischio, è specialmente sulla prognosi individuale desunta dall'esame accurato del singolo individuo che ancora

oggi si basa la decisione per l'accettazione o per il rifiuto, e l'applicazione, nel primo caso, di un soprapremio più o meno elevato.

Ho già detto che le categorie enunciate, più che vere classi, sono da considerare come speciali tipi di ipertensione, e che frequenti sono le forme intermedie e svariate le associazioni sintomatologiche, per cui non ancora la valutazione del rischio-ipertensione può basarsi sulla prognosi collettiva o di classe.

Passerò quindi brevemente in rassegna i principali fattori prognostici dal cui esame accurato si traggono nel singolo caso gli elementi per una giusta valutazione del rischio.

Incomincerò dal fattore più importante:

a) *L'altezza della pressione.* — Ho già accennato alle speciali deduzioni prognostiche che si possono trarre a seconda che l'ipertensione sia a carico della sola pressione sistolica, o della pressione diastolica, o d'ambidue. Le condizioni migliori per l'organismo, in linea generale, sono: una bassa pressione diastolica ed una buona pressione differenziale; in questo caso anche se la pressione sistolica è alta, non si deve attribuire ad essa un significato senz'altro sfavorevole. Invece sarà grave la prognosi di un individuo il quale, accanto ad una pressione sistolica alta, presenti una pressione diastolica pure elevata, perchè questo significa che grandi sono gli ostacoli che il cuore deve superare ad ogni sistole e maggiore quindi il lavoro che esso deve compiere. Ancora più grave sarà la prognosi quando, accanto ad una pressione diastolica molto alta (120-140), si risconterà una pressione sistolica relativamente bassa (160-170), (con differenziale quindi molto bassa), perchè questo sta ad indicare che il cuore è vicino a cedere o già cede, non essendo più in grado di controbilanciare efficacemente con una aumentata energia di contrazione le aumentate resistenze periferiche. Praticamente si devono ritenere senz'altro inaccettabili in assicurazione, oltre gli individui con una pressione sistolica superiore ai 200 mm. di Hg. (R. R.), anche quelli che presentano una pressione diastolica superiore permanentemente ai 120 mm. di Hg., qualunque sia il valore della pressione sistolica.

Gli assicurandi ipertesi con valori pressori al di sotto dei due massimi accennati, saranno presi in considerazione, e potranno essere accettati o rifiutati, a seconda che gli altri elementi del giudizio prognostico siano favorevoli o no.

b) Altro elemento prognostico importantissimo e che non si deve mai trascurare è la determinazione del grado di compartecipazione renale al processo ipertensivo. Ho già accennato sopra alla necessità di saper distinguere in pratica la sclerosi renale maligna di VOLHARD, non accettabile in assicurazione, da quella lieve sclerosi benigna che, a lungo andare, tien dietro quasi sempre al processo ipertensivo. Ricorderò solo che il giudizio sul grado di partecipazione renale si basa, oltre che sui valori della pressione, principalmente su analisi delle urine (albuminuria-prova di concentrazione) sulla ricerca dell'azotemia, e sull'esame del fondo-oculare (retinite albuminurica).

c) Sarà pure della massima importanza prognostica il cercare di prevedere quali probabilità il singolo iperteso esaminato presenta di possibili accidenti cerebrali o cardiaci, i quali costituiscono le due più frequenti cause di morte. Si avranno buone ragioni per temere i primi quando dalla anamnesi risulteranno disturbi soggettivi persistenti o saltuari d'origine cerebrale (cefalea, vertigini, ronzii disturbi visivi, lipotimie, amnesie...) (1), o quando si risconterà obiettivamente un'arteriosclerosi delle arterie craniche nonchè la presenza di emorragie retiniche anche lievi od una eccessiva tortuosità e ristrettezza dei vari retinici. Saremo invece portati a sospettare il pericolo di accidenti cardiaci quando risconteremo, insieme ad una pressione diastolica elevata (specialmente con pressione differenziale bassa), segni di notevole ipertrofia e dila-

(1) Questi disturbi soggettivi però vengono spesso taciuti dall'assicurando.

tazione cardiaca principalmente del ventricolo sinistro, o quando ad un esame elettrocardiografico noteremo anomalie del complesso ventricolare.

d) Anche l'età dell'iperteso, nonchè la data di insorgenza della malattia ed il suo decorso precedente, possono influire sulla prognosi. Difatti, a parità di altre condizioni, l'ipertensione nei giovani è di solito molto più grave che nei vecchi. Così pure una ipertensione stabilitasi poco a poco e che da alcuni anni non dimostra alcuna tendenza ad aumentare, ha naturalmente una prognosi migliore di un'altra che si è stabilita in poco tempo aumentando progressivamente o a sbalzi e che tuttora ha tendenza evolutiva.

e) Un ultimo fattore, a cui le Compagnie danno giustamente una grande importanza, è quello ereditario. Ho già ricordato a questo proposito lo studio di GREPPI, il quale notò che la morte per accidenti ipertensivi ha tendenza ad anticipare nel passaggio da una generazione all'altra. Si dovrebbe di conseguenza, agli ipertesi che abbiano avuto uno o ambedue i genitori morti per ipertensione, concedere solo contratti di assicurazione tali che (nella forma a termine fisso e mista) la loro scadenza avvenga in un'epoca in cui l'assicurato abbia una età inferiore, o al massimo uguale, di quella del genitore alla morte.

CONCLUDENDO: quantunque sia difficile dare regole generali valevoli per ogni caso e quantunque la valutazione del rischio-ipertensione debba essere ancora oggi, come ho detto, prevalentemente individuale, credo si possano tuttavia ritenere come acquisite alla pratica assicurativa le direttive seguenti.

*A) Saranno rifiutati:*

- 1) gli ipertesi con pressione sistolica oltre i 200 mm. di Hg. (R.R.);
- 2) gli ipertesi con pressione diastolica oltre i 120 mm. di Hg. (R.R.);
- 3) gli ipertesi con grave compromissione renale del tipo della sclerosi maligna di VOLHARD;
- 4) gli ipertesi con note evidenti di arteriosclerosi generale complicata da aortite cronica, arterite cerebrale, arterite degli arti inferiori;
- 5) gli ipertesi con minaccia di imminente scompenso cardiaco (notevole ipertrofia e dilatazione del ventricolo sinistro, pressione diastolica alta con bassa pressione differenziale, anomalie elettrocardiografiche) o di apoplezia cerebrale (emorragie retiniche);
- 6) gli ipertesi di qualsiasi tipo nei quali la malattia abbia carattere rapidamente progressivo.

*B) Tra gli altri, saranno accettati (1):*

- 1) con soprapremio leggero (tasso di sopramortalità del 25 %-50 %-75 %) gli ipertesi con pressione sistolica fino a 160 mm. di Hg. (R.R.), pressione differenziale normale, senza apprezzabile ipertrofia cardiaca, età oltre i 40 anni (ipertensione essenziale lieve o iniziale; ipertensione da ipertiroidismo; ipertensione degli obesi quando sia favorevolmente influenzabile dalle restrizioni dietetiche);
- 2) con soprapremio più o meno forte (tasso di sopramortalità dal 75 % al 300 %) gli ipertesi con pressione sistolica da 160 a 200 mm. di Hg. (R.R.) anche con segni di leggera ipertrofia cardiaca (ipertensione essenziale perfettamente compensata, senza manifestazioni cerebrali persistenti, senza lesioni del fondo oculare; ipertensione degli arteriosclerotici senza però le complicanze sopraccennate; ipertensione degli obesi, resistente alle restrizioni dietetiche ma non con tendenza evolutiva).

(1) Confronta lo schema del C.I.R.T., riportato a pag. 41.

CAPITOLO TERZO

LA TUBERCOLOSI - RISCHIO TARATO

L'importanza che la tubercolosi, considerata nel suo complesso, ha nel campo dell'assicurazione dei rischi tarati, è così facilmente comprensibile ed evidente, tenendo conto specialmente della grande diffusione di questa malattia nella popolazione generale, che non credo sia il caso di spendere troppe parole per illuminarla. Però mi preme di notare subito che questa importanza della tbc. nel campo assicurativo va ora considerata sotto un aspetto ben differente da quello sotto cui veniva considerata qualche decennio fa. Infatti, mentre in passato la tbc. rappresentava veramente lo spettro pauroso per le Compagnie d'assicurazione sulla vita, che avevano solamente la grande preoccupazione di escluderla e di eliminarla sistematicamente ogni qualvolta veniva diagnosticata, ora, dopo i risultati di alcuni anni di assicurazione dei rischi tarati, il giudizio e l'opinione dei medici assicuratori sulla sua gravità e mortalità, si sono notevolmente modificati. Infatti, secondo anche il parere competente dello STURM della Compagnia di riassicurazione di Monaco, la tbc. è considerata oggigiorno uno dei rischi tarati che relativamente presenta una mortalità tra le più favorevoli. Del resto era naturale che la mortalità per tbc. che in questi ultimi anni è notevolmente diminuita nella popolazione generale, a maggior ragione e in modo più sensibile dovesse diminuire nell'ambiente assicurativo dove, escluse le forme aperte e gravi, sono comprese solo le forme latenti e chiuse, nonchè quelle extrapolmonari, più specialmente influenzabili dalla terapia.

E' ancora interessante notare che lo studio della mortalità e della morbilità per tbc. deve tener conto di fattori ed elementi talvolta molto diversi, se fatto a scopo assicurativo, di quelli che invece sono alla base degli studi di patologia e clinica generale della tbc. Così per esempio, il fattore infettivo-contagioso, che nel campo della patologia generale è l'elemento principale e dominante, nel campo assicurativo non ha che un'importanza secondaria, come meglio dirò più avanti. Il fattore ereditario-costituzionale, se è importante nel campo della patologia clinica, ben maggiormente lo è nella pratica assicurativa, specialmente in Italia, culla delle teorie costituzionalistiche e biotipologiche. Questa grande importanza è legata al fatto che, secondo statistiche tedesche, la mortalità media di un gruppo di individui con tara specifica nel gentilizio, è doppia del normale, e diventa tripla se alla tara ereditaria specifica si aggiungono in quegli individui le note costituzionali dell'abito tisisico. Infine un terzo fattore, che ha nel campo assicurativo una speciale importanza pratica, è quello che si può chiamare fattore sociale, riferendosi alla residenza, abitazione, professione, alle abitudini dietetiche ed alle risorse finanziarie degli individui assicurandi con tara specifica. Per comprendere il grande valore che ai fini pratici assicurativi può avere questo fattore, mi basterà ricordare che, secondo concordi statistiche del C.I.R.T. e di varie Compagnie estere, la mortalità per tbc. si riferisce per la massima parte ad individui assicurati per un modico capitale, solo in piccola parte ad individui assicurati per una cifra discreta, mentre scarsissime sono le morti per tbc. di individui assicurati per capitali forti.

Prima di passare allo studio del problema valutativo della tbc, ritengo utile riportare qualche cifra statistica, derivandone alcune considerazioni sulla diminuzione della mortalità per tbc. tanto nella popolazione generale che in quella assicurativa. Premesso che la mortalità generica in Italia è andata man mano e quasi regolarmente diminuendo dal 1887 ad oggi (se si esclude la punta notevole verificatasi nel 1918 a causa della pandemia influenzale), si vede, dall'esame dei dati statistici ufficiali del Regno d'Italia, che la mortalità per la tbc. polmonare si è mantenuta pressochè stazionaria (tranne una punta nel 1918) nel lungo periodo 1887-1926. Invece a partire

dal 1926 si nota una sensibile e regolare diminuzione. Infatti sopra 1.000.000 di abitanti il numero dei morti per tbc. polmonare che era di 1070 nel 1887, oscillò nel periodo 1887-1926 tra un minimo di 978 (1911) ad un massimo di 1395 (1918), mentre nel 1927 fu di 954, nel 1930 di 821 e nel 1931 di 803 (= 8‰). Per quello che riguarda le altre forme di tbc., si nota nel periodo 1887-1931 una diminuzione quasi regolare della mortalità, interrotta solo da una punta non troppo alta nel 1918, dopo il quale anno la diminuzione si è fatta più sensibile e regolare di anno in anno. Infatti la mortalità per le forme extrapolmonari di tbc. che era di 1058 sopra 1.000.000 di abitanti nel 1887, era già scesa a 593 nel 1917; risalì a 695 nel 1918, per poi ridiscendere a 460 nel 1923, a 339 nel 1927, a 294 nel 1930, a 279 nel 1931 (= 0,27‰). Dalle cifre riportate si può rilevare che la mortalità totale per tutte le forme di tbc., che era nel 1887 di 2,1 (1,07 + 1,05 = 2,1) per 1000, si è ridotta nel 1931 a poco più dell'1‰ (0,8 + 0,27 = 1,07). Facendo uguale a 100 la mortalità per tbc. (polmonare ed extrapolmonare) verificatasi nel 1887, si vede che tale numero indice è ridotto nel 1931 a 75 per la tbc. polmonare, e a 26 per quella extrapolmonare. Da questo si deve concludere che le forme extrapolmonari, la cui mortalità è ridotta nel 1931 ad 1/4 di quella che era nel 1887, sono state più beneficamente influenzate dai progressi della terapia (specialmente cure fisiche ed elioterapiche, nonché maggiori indicazioni per una efficace terapia chirurgica), di quanto lo sia stato la localizzazione polmonare, la cui mortalità è ancora 3/4 del valore del 1887.

Un altro segno della diminuzione della mortalità per tbc. in Italia è dato dal fatto che, mentre durante il triennio 1920-23 sopra 1000 morti per qualsiasi causa se ne contavano 83 per tbc. (polmonare ed extrapolmonare), e durante il triennio 1924-27 se ne contavano 87,7, invece durante il triennio 1927-1931 se ne contavano appena 76,7.

Non posso disporre di dati statistici ufficiali riferentisi a questi ultimi anni (1931-37): si può però dire che la diminuzione della mortalità per tutte le forme di tbc. si è mantenuta o accentuata.

Se ora passiamo dalla popolazione generale a quella assicurativa, dobbiamo a priori aspettarci di trovare pure una adeguata diminuzione della mortalità per tbc. Difatti è così. Anzi, a causa della selezione medica, che esclude dall'assicurazione tutti i casi con presumibile forte sopramortalità, la diminuzione della mortalità per tbc. tra gli assicurati, è proporzionalmente di gran lunga superiore a quella della popolazione generale. Così vediamo che per molte Compagnie tedesche la mortalità per tbc. (tutte le forme), che era di 1,5‰-3‰ o più prima del 1900, si è ridotta nel periodo 1925-1934 a valori varianti tra 0,80 per mille e 0,21 per mille (questa mortalità minima di 0,21 per mille, corrispondente a 1/4 di quella della popolazione tedesca che nel 1931 era di 0,84 per mille (1), è quella della «Allianz» che pure accetta rischi tarati con un tasso di sopramortalità fino al 500%).

Dopo queste notizie d'indole generale sulla speciale importanza della tbc. nel campo assicurativo e sull'andamento della sua mortalità, dovrei passare, a voler seguire l'ordine usato per il diabete e l'ipertensione, a trattare separatamente dal punto di vista prognostico-valutativo le diverse localizzazioni della tbc.

Ma varie ragioni mi dissuadono dal seguire questo metodo. In primo luogo, uno studio valutativo, separato e particolareggiato, delle diverse forme di tbc., richiederebbe una trattazione troppo vasta per gli scopi limitati di questo mio lavoro, senza

(1) Confronta la corrispondente mortalità per tbc. della popolazione italiana (pag. 48) che nel 1931 era dell'1 per mille, di poco superiore quindi a quella della popolazione tedesca nello stesso anno (0,84 per mille). Per questo i dati statistici riportati, riferentisi alle compagnie tedesche, si possono ritenere pressappoco rispondenti a quelli delle compagnie italiane consorziate nel 1927 nel C.I.R.T. e delle quali mancano dati.

contare che sarei spesso costretto a ripetizioni. In secondo luogo, per nessun'altra tara quanto per la tbc., mi pare necessario un giudizio complessivo e sintetico che, tenendo conto di tutti i vari elementi prognostici, non perda mai di vista la personalità clinica completa degli individui in esame. Da ultimo, come già ho avuto occasione di accennare, nella valutazione del rischio-tubercolosi non si deve tener conto solamente delle localizzazioni specifiche pregresse, ma di molti altri fattori. Così talvolta possiamo essere costretti a gravare di forti soprapremi degli individui i quali, pur non avendo mai avuto manifestazioni tubercolari, abbiano sfavorevoli gli altri elementi del giudizio valutativo: (anamnesi familiare, peso e costituzione, età, professione, abitudini, ecc.).

Ritengo quindi più opportuno e conveniente trattare del problema della tbc. in rapporto alla assicurazione vita, sotto un punto di vista unitario e sintetico, passando in rassegna i fondamentali elementi del giudizio valutativo. Avrò modo ugualmente, parlando del fattore anamnesi personale con tara specifica, di accennare brevemente alla valutazione delle principali localizzazioni della tbc.

Ciò premesso, mi propongo di studiare, seguendo i criteri del ROMANELLI, la tbc. in rapporto all'assicurazione sulla vita, sotto tre punti di vista fondamentali:

- 1) importanza di una anamnesi familiare con tara specifica;
- 2) possibilità di infezione per convivenza;
- 3) importanza di una anamnesi personale con pregresse manifestazioni tubercolari.

Cercherò di determinare quale valore si deve dare ad ognuno di questi tre fattori nel giudizio valutativo del rischio-tbc.

1) *Anamnesi familiare con tara specifica.* — Il fatto d'indole generale che i membri di una famiglia in cui si siano verificati casi di morte per tbc. siano maggiormente predisposti di altri all'infezione specifica, non può esser messo in dubbio. La prova migliore sta appunto nella constatazione frequentissima di famiglie veramente decimate da questa malattia. La circostanza per la quale in una stessa famiglia si verificano spesso tre, quattro e anche più casi di tbc., non può certo trovare la spiegazione in una fortuita coincidenza: troppo grande è infatti la differenza qualora si consideri la rarità della tbc. in famiglie i cui precedenti anamnestici siano esenti da questa tara. Questo però non ci deve trasportare al preconetto di considerare come tubercolotici in atto od in potenza *tutti* gli individui appartenenti a famiglie con tara specifica. Di conseguenza non riterremo sempre e per sistema tali individui accettabili in assicurazione solo previa applicazione di un soprapremio più o meno forte. La presenza della tara specifica nella storia familiare dell'assicurando sarà invece un elemento da mettere in relazione cogli altri presentati dal soggetto in esame (specialmente: età, peso, costituzione, anamnesi personale). Essa potrà aggravare anche notevolmente la prognosi complessiva, quando uno o diversi di tali elementi siano sfavorevoli, mentre non avrà che un'importanza secondaria sul giudizio valutativo quando tutti gli altri elementi siano favorevoli.

Per giudicare il valore che si deve dare, nella valutazione di un assicurando, ad un'anamnesi familiare con tara specifica, sono della massima importanza alcune ricerche eseguite una ventina d'anni fa da Autori americani (RUSKER, KANGHINTONG e LIGHT), sopra circa ottantamila assicurati con anamnesi familiare tarata. Detti Autori vennero alle seguenti conclusioni:

a) La mortalità risulta essere molto più elevata nei primi anni di assicurazione, specialmente per gli individui entrati in assicurazione in età ancora giovane; passati i primi cinque anni la mortalità diminuisce notevolmente.

b) Si deve dare molto maggiore importanza ai casi di tbc. verificatisi tra i fratelli e le sorelle dell'assicurando che non ai casi di tbc verificatisi nei genitori.

c) La presenza di un caso di tbc. nella famiglia dell'assicurando va messa in rapporto con l'età dell'individuo in esame, potendosi ritenere che la tara gentilizia

non abbia quasi nessun valore pratico per gli assicurandi d'età superiore ai 35 anni e che siano per tutto il resto completamente normali.

Queste conclusioni, convalidate anche da ulteriori ricerche promosse da Compagnie americane, si possono considerare esatte, e come tali sono già acquisite alla pratica assicurativa. Tutt'al più si può completare la terza di esse (vedi sopra: c), dicendo che, oltre che coll'età, la presenza della tara specifica nel gentilizio va messa in relazione, supponendo assolutamente negativa la anamnesi personale, anche e specialmente coi dati costituzionali dell'assicurando e principalmente col peso di esso. Ha infatti questo fattore un notevole valore prognostico, come appare dai risultati di alcune ricerche statistiche. Ho già ricordato come ad alcune Compagnie tedesche, da ricerche fatte su vasto materiale, risulti che la mortalità media di un gruppo di individui con tara specifica nel gentilizio (comportante già una mortalità doppia del normale) ed in più presentanti le note costituzionali dell'abito tísico (specialmente notevole sottopeso) sia tripla del normale. Altre ricerche promosse in America da alcune grandi Compagnie condussero a risultati analoghi, da cui risalta la grande importanza che, a proposito di individui con casi di tubercolosi nel gentilizio, bisogna dare all'associazione dell'elemento: sottopeso. Infatti il MARSCH, avendo studiato la mortalità per tbc. di un gruppo di circa 2000 assicurati con anamnesi familiare tarata per tbc., trovò che tale mortalità, negli individui con contemporaneo sottopeso, fu doppia di quella degli individui con peso normale o leggero soprapeso.

Dovendo concludere sul valore da darsi ad una anamnesi familiare tarata per tbc., si può dire che se l'età dell'assicurando è inferiore ai 35 anni, ma tutte le altre circostanze sono favorevoli (peso non al disotto di una buona media, professione non dannosa, abitudini di vita igieniche, anamnesi personale che non lasci adito ad alcun sospetto di precedenti manifestazioni tubercolari), il rischio si può ritenere leggero, compensabile con un piccolo soprapremio. Se invece, oltre all'età inferiore a 35 anni, uno dei fattori suaccennati fosse sfavorevole (per es. sottopeso spiccato), il rischio sarebbe notevolmente aggravato. Il rischio sarebbe gravissimo o addirittura da rifiutarsi se fossero sfavorevoli due o più fattori (per es.: notevole sottopeso ed anamnesi personale tarata da pregresse manifestazioni tubercolari, anche se guarite). Se l'età dell'assicurando è superiore ai 35 anni, il fattore peso (come pure quello: anamnesi familiare con tara specifica) ha un'importanza molto minore; tuttavia quando esso sia notevolmente inferiore al normale e l'età dell'assicurando sia inferiore ai 50 anni, pur essendo favorevoli gli altri fattori, è bene applicare un soprapremio sia pure leggero (1).

Un altro elemento che, assieme all'età dell'assicurando ed alla sua costituzione (peso), deve essere tenuto presente dalle Compagnie per valutare nei singoli casi l'importanza della tara specifica nel gentilizio, è il numero dei parenti prossimi morti di tbc.

Da ultimo noterò che, poichè dalle ricerche statistiche riportate risulta chiaramente che il rischio legato ad un'anamnesi familiare tarata, forte nei primi anni di assicurazione, decresce poi gradualmente e notevolmente, il metodo dei « soprapremi decrescenti », usato da qualche anno in Italia dal C.I.R.T. (2), è quello che meglio risponde a criteri di giustizia e di obiettività.

Tale metodo inoltre riesce molto più accetto agli assicurandi di quello della « carenza » assoluta o frazionata.

(1) A proposito della combinazione: sottopeso, anamnesi familiare tarata per tbc., si può notare che mentre il tipo magro di per sè, è, in linea di massima, il più resistente e longevo, quando però alla magrezza si associa la tara tubercolare ereditaria, in tal caso il magro va maggiormente del grasso soggetto alla tbc. Alcuni Autori arrivano anzi alla conclusione che la magrezza in un individuo discendente da tubercolotici è un sintomo di tbc. latente e non un dato costituzionale.

(2) Vedi Parte prima, Capitolo terzo.

2) *Possibilità di infezione per convivenza.* — L'importanza che nella valutazione prognostica di un assicurando si deve dare al fatto che egli conviva o abbia convissuto per un tempo più o meno lungo con persona affetta da tbc., è diversamente interpretata dai vari Autori. Questo si spiega col fatto che tale problema si ricollega all'altro, più generale, del comune modo di diffusione della tbc., sul quale le opinioni degli Autori sono ancora discordanti. Mentre alcuni ritengono che la tbc. da convivenza sia molto frequente, altri sono del parere contrario. Così nel numero del settembre 1932 di «Tubercolosi» è riportato uno studio di W. BARCLAY fatto su 413 individui (appartenenti a 100 famiglie) che stavano in precedente contatto con tubercolotici ricoverati prima o poi in Sanatorio. Egli giunge a queste conclusioni: nel 21,8 % di tali contatti era dimostrabile la tbc., nel 17,2 % essa era attiva; nel 15,5 % vi erano lesioni polmonari; furono maggiormente colpiti i bambini.

Si può però obiettare che in questo studio, (fatto del resto con lo scopo di dimostrare la necessità del «dépistage» di tutti i tubercolotici e non a scopo assicurativo) l'alta percentuale dei contagi deve esser spiegata non dall'azione del solo fattore-convivenza, ma altresì di quelli: ereditarietà e costituzione, agenti contemporaneamente.

A noi invece interessa conoscere l'importanza e l'influenza del primo fattore, al di fuori dell'azione degli altri due.

Ad analoghe conclusioni giunse pure WARD il quale, avendo esaminato 156 coppie di coniugi, nelle quali uno di essi era affetto sicuramente da tbc., credette di poter sostenere che l'infezione tubercolare tra coniugi sia molto frequente (!).

D'altra parte sono molti gli Autori che sostengono che il contagio tubercolare per convivenza tra adulti sia affatto eccezionale così da non avere che una scarsissima importanza pratica. Infatti dalle ricerche di POPE (1919) su questo argomento risulterebbe che, sebbene non si possa escludere la possibilità del contagio tra coniugi, pure si deve ritenere che tale possibilità si verifichi solo raramente in pratica, mentre invece sarebbero molto più frequenti i casi di contagio tra genitori e figli, e tra fratelli e sorelle. Questo fatto serve a ribadire quello che ho detto poco sopra, che cioè per spiegare i casi frequenti di infezione tubercolare familiare, la minorata resistenza ereditaria ha un'importanza molto più grande del contagio diretto.

Ancora più esplicito nel negare la possibilità del contagio tubercolare tra coniugi, ed in generale tra adulti, si è dimostrato recentemente (ottobre 1935 «Le Monde Médical») A. LUMIÈRE il quale a sostegno della sua tesi porta, tra gli altri, questo argomento, per lui fondamentale: che cioè, anche nelle condizioni più favorevoli alla diffusione del bacillo di Koch, non si è giunti ancora a citare qualche caso di contagio controllato ed indiscutibile!

Dopo l'enunciazione di queste due tesi nettamente contrarie, appare naturalmente difficile stabilire quale importanza si debba dare al fattore: pregressa convivenza con un tubercolotico.

In linea generale si può però ritenere che si debba dare a questo fattore, in assenza di qualsiasi altro elemento aggravante il rischio, una scarsa importanza pratica. Ad ogni modo la sua influenza varia col variare di molte circostanze (tempo di convivenza, età, ambiente, resistenza organica individuale, ecc.), delle quali quindi occorre tener calcolo nel giudizio valutativo.

Il fattore in esame può invece acquistare uno speciale significato, quanto ad esso si accompagnano altri fattori aggravanti per loro conto il giudizio prognostico. Pertanto, nel caso di assicurandi conviventi o convissuti con persone affette da tbc., bisognerà prendere in considerazione anche:

- a) l'anamnesi familiare;
- b) l'anamnesi personale specialmente nei riguardi di eventuali manifestazioni tubercolari pregresse;
- c) le condizioni generali dell'assicurando, compresa l'età;
- d) le condizioni igieniche dell'ambiente di convivenza.

Se tutti questi fattori sono favorevoli all'assicurando, e se la convivenza è cessata

da più di sei mesi, si può non tener nessun conto del fattore in esame ed accettare l'individuo a condizioni normali. Se la convivenza dura tuttora ed i fattori suaccennati sono pure completamente favorevoli (comprese le buone condizioni igieniche dell'ambiente di convivenza) si potrà, esclusi casi speciali, accettare l'individuo con leggero soprapremio (tasso di sopram. del 20 %-25 %).

Qualora fossero sfavorevoli dal lato specifico l'anamnesi familiare o l'anamnesi personale, o ambedue questi fattori, il rischio risulterà notevolmente aggravato, compensabile solo con forte soprapremio, o sarà addirittura da rifiutarsi.

Il giudizio valutativo si baserà allora principalmente sulla gravità del fattore o dei fattori sfavorevoli, passando in sottordine il fattore: convivenza con persona affetta da tbc.

3) *Anamnesi personale con tara specifica.* — Si intende facilmente che l'anamnesi personale tarata da pregresse manifestazioni tubercolari, è, tra i tre considerati, il fattore più importante per la valutazione assicurativa del rischio-tbc.

E', questo, un fattore che aggrava quasi sempre notevolmente il rischio, e che anzi in molti casi ne impone il rifiuto. D'altra parte è appunto nei riguardi di questo fattore che le opinioni dei medici assicuratori si sono in questi ultimi tempi sensibilmente modificate, nel senso di valutare in un modo meno pessimistico le conseguenze che sull'ulteriore sopravvivenza hanno le pregresse manifestazioni specifiche. Per questa ragione sono oggi accettati in assicurazione, con adeguato soprapremio, individui guariti, per es., di una tbc. ossea, articolare, o urogenitale, che, solo qualche decennio addietro, venivano senz'altro rifiutati.

Desidero notare subito che le pregresse manifestazioni tubercolari comportano in genere una sopramortalità che, se è alta allo ingresso in assicurazione, diminuisce poi gradatamente per avvicinarsi infine più o meno alla mortalità normale; il che rende quanto mai indicata l'applicazione di soprapremi decrescenti col passar degli anni.

Dato il diverso valore prognostico delle varie pregresse manifestazioni tubercolari, per ognuna di queste, dirò, sia pure in succinto, di quanto aggravi il giudizio valutativo. Tratterò quindi brevemente e successivamente dell'importanza che si deve dare alla presenza, nell'anamnesi personale remota di un assicurando, di: a) adenopatie tubercolari; b) tbc. ossea o articolare; c) tbc. genito-urinaria; d) pleurite primaria, secca o con versamento; e) tbc. polmonare.

a) *Adenopatie tubercolari.* Si può dire in linea generale che il giudizio valutativo complessivo di un assicurando, non venga notevolmente aggravato dall'aver egli sofferto di adenopatie tubercolari; però a queste condizioni: che la guarigione (spontanea o chirurgica) duri ininterrotta almeno da alcuni anni, che l'individuo abbia superata una certa età (20-25 anni), e che egli non presenti nessun altro fattore sfavorevole sia generico che specifico. Infatti la maggioranza degli Autori sono del parere che la ulteriore durata della vita di individui che siano guariti di adenopatie croniche tubercolari (generalmente adenopatie croniche cervicali dell'età giovanile), non venga per questo fatto diminuita in modo sensibile, qualora non vi siano altre condizioni sfavorevoli concomitanti (per es.: abito tifico o anamnesi familiare tarata per tbc.) Alcuni Autori sostengono invece che pregresse adenopatie tubercolari predispongono notevolmente ad ammalare in seguito di tbc. polmonare. I fatti sembrano però, secondo l'opinione dei più, smentire questa tesi, qualora si voglia apprezzare nel loro giusto valore come fattori predisponenti alla tbc. polmonare, nei casi in cui questa si sia verificata in individui che già soffrirono di adenopatie specifiche, l'anamnesi familiare tarata, la gracile costituzione e l'ambiente di vita. Qualche Autore pensa addirittura, benchè questa tesi mi sembri un po' troppo audace ed affatto provata, che le pregresse adenopatie specifiche abbiano anzi la capacità di immunizzare, o quanto meno di rendere più resistenti, gli individui che ne furono affetti verso la tbc. in genere e quella polmonare in specie.

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

Concludendo: ad individui, presentanti nell'anamnesi personale il fattore in esame, in mancanza di qualsiasi altro elemento sfavorevole, è giustificato applicare un tenue soprapremio, decrescente col passare degli anni, che garantisca l'assicuratore, specialmente se è trascorso breve tempo dalla guarigione, dal pericolo di una possibile, seppure poco probabile, recidiva del processo tubercolare.

In tal senso il fattore: pregresse adenopatie tubercolari, è valutato anche dal C.I.R.T., come risulta dallo specchio seguente:

	Classe di sopramortalità	Categoria del rischio	Osservazioni
a) Adenopatie tubercolari guarite da 5 anni, buone condizioni generali, polmoni sani, età superiore ai 20 anni . . . . .	50 %	Decrescente	La taratura decresce in 10 anni fino al 25 % poi costante.
b) Adenopatie tubercolari guarite da 2 anni, buone condizioni generali, polmoni sani, età superiore ai 25 anni . . . . .	75 %	»	»
c) Adenopatie tubercolari, guarite da 2 anni, buone condizioni generali, polmoni sani, età da 20 a 25 anni .	da 100 % a 150 %	»	»

b) *Tbc. ossea e articolare.* Per quello che riguarda la valutazione di una pregressa tbc. ossea od articolare, analogamente a quanto ho detto sopra parlando della valutazione delle adenopatie tubercolari, all'Ente assicuratore interessa soprattutto di premunirsi contro la possibilità di recidiva o di generalizzazione del processo specifico, possibilità tanto più temibile quanto minore è il tempo trascorso dalla guarigione della localizzazione ossea od articolare. Questo spiega perchè quasi tutte le Compagnie d'Assicurazione anche estere non accettano in genere i rischi costituiti da individui che abbiano sofferto di tbc. ossea od articolare, qualora il processo non risulti spento da alcuni anni (almeno 3-5). Oppure questi rischi vengono sì accettati, ma con limitazioni (carenza assoluta o frazionata) tali che, se la morte dello assicurando avviene nei primi anni di contratto, la Società non è tenuta al pagamento del capitale, od è tenuta ad un pagamento solo parziale.

Invece quando siano trascorsi almeno 5-10 anni dalla guarigione, senza che nel frattempo si sia verificato il benchè minimo risveglio del processo specifico, il rischio risulterà molto minore, compensabile con un piccolo soprapremio.

Accanto al fattore: tempo trascorso dalla guarigione del processo, si terrà conto, per una esatta valutazione del rischio in esame, di un altro fattore, in parte collegato col primo, cioè dell'età dell'assicurando, costituendo l'età giovane (meno di 25 anni), *coeteris paribus*, un fattore aggravante.

Inoltre utili elementi per la valutazione si ricaveranno pure cercando di stabilire la forma, la gravità, la durata e la terapia della tbc. ossea od articolare progressa.

Ecco, per il rischio in esame, i criteri valutativi del C.I.R.T.

	Classe di sopramortalità	Categoria del rischio	Osservazioni
a) tubercolosi ossee o articolari, guarite da 5 anni, buone condizioni generali, età superiore a 25 anni .	50 %	Decrescente	La taratura decresce in 10 anni fino a 25 % poi costante.
b) tubercolosi ossee o articolari, guarite da oltre 10 anni, buone condizioni generali, età inferiore ai 25 anni . . . . .	50	»	»
c) tubercolosi ossee o articolari, guarite da meno di 10 anni e da almeno 5, buone condizioni generali, età inferiore a 25 anni . . . . .	da 75 % a 200 %	»	La taratura decresce in 10 anni fino al 25 % 75 % poi costante.
d) tubercolosi ossee o articolari, guarite da meno di 5 anni e da non meno di 3, buone condizioni generali, età superiore a 25 anni . . .	da 75 % a 150 %	»	»

c) *Tubercolosi uro-genitale.* Del grande gruppo della tbc. uro-genitale, si può dire che alla medicina assicurativa interessano solo i casi di nefrectomia e castrazione (totale o parziale) da localizzazione tubercolare. Accennerò soltanto, per non ripetere le osservazioni fatte nel capitolo precedente, all'importanza che in linea generale hanno per la valutazione di un assicurando operato di nefrectomia o castrazione da tbc., i due fattori: tempo trascorso dalla malattia (nel nostro caso: dall'intervento chirurgico) ed età dell'assicurando. Il primo fattore ha però, per la valutazione del rischio in esame, un significato tutto particolare, oltre all'importanza generica che ha in ogni localizzazione tubercolare, per cui ritengo opportune alcune osservazioni.

Limitandomi al caso della pregressa nefrectomia per tbc. renale, il medico assicuratore che deve emettere il suo giudizio prognostico, pur sapendo che anche con un solo rene la vita di un individuo può mantenersi benissimo e a lungo, non potrà fare a meno di porsi due domande. Anzitutto egli si dovrà chiedere se il chirurgo, prima di intervenire sul rene malato, si sia scrupolosamente accertato, com'era suo dovere, se l'altro rene fosse completamente sano (capace quindi di compensare ipertrofizzandosi, la mancanza di quello asportato), e se mancassero in modo assoluto altre localizzazioni tubercolari in altri organi. Inoltre si chiederà se queste due condizioni persistono tuttora, il che, come si capisce facilmente, è di capitale e decisiva importanza per la accettazione e la valutazione di quell'assicurando. Da questo deriva la necessità assoluta, per accettare tali rischi, che siano trascorsi alcuni anni (almeno 3-5) dall'asportazione del rene malato, e che precise ricerche assicurino il medico assicuratore della perfetta integrità del rene residuo, e della assoluta assenza di localizzazioni del processo specifico in altri organi.

A questo proposito si deve notare la grande differenza prognostica che si deve dare ad una nefrectomia causata per esempio da idronefrosi in confronto di quella da tbc. renale. Infatti nel primo caso la cronicità medesima del processo idronefrotico è spesso garanzia sufficiente dell'avvenuto adattamento del rene sano al maggior lavoro; mentre invece nel secondo caso non sempre il rene sano ha avuto il tempo di adattarsi gradualmente e può quindi dimostrarsi prima o poi insufficiente ad espletare da solo la funzione escrettrice.

Per quello che riguarda la valutazione di una progressa castrazione per orchiepididimite tubercolare, si possono fare considerazioni analoghe a quelle fatte per la nefrectomia da tbc. renale. Solo si deve osservare che, in linea generale, il rischio è qui minore (perchè manca il pericolo dell'insufficienza renale), essendo minori in questo caso le possibilità di recidiva del processo specifico, qualora siano passati alcuni anni dall'intervento chirurgico e non si abbiano avute nel frattempo altre manifestazioni tubercolari.

Ecco i criteri valutativi del C.I.R.T.

	Classe di sopra mortalità	Categoria del rischio	Osservazioni
a) Nefrectomia per tbc. renale operata da almeno 3 anni, previo completo esame funzionale del rene residuo ed integrità dell'apparato respiratorio, età non inferiore a 25 anni . . . . .	da 150 % a 300 %	Decrescente	La taratura decresce in 10 anni fino al 75 % 150 % poi costante.

	Classe di sopra mortalità	Categoria del rischio	Osservazioni
a) Castrazione per orchiepididimite tubercolare da almeno 10 anni, apparato respiratorio normale accertato con esame radiologico, condizioni generali buone, età non inferiore a 25 anni . . . . .	50 %	Costante	—
b) Castrazione per orchiepididimite tubercolare da meno di 10 anni, ma da non meno di 3, età non inferiore a 25 anni . . . . .	da 75 % a 150 %	Decrescente	La taratura decresce in 10 anni fino 50% 75% poi costante.

d) *Pleurite primaria.* Poichè è ormai acquisito e pacifico che la grandissima maggioranza delle pleuriti primarie (non purulente) è di natura tubercolare, la presenza di questo dato nell'anamnesi personale dell'assicurato, assume una notevolissima importanza. Questa speciale importanza è legata, per quello che riguarda la medicina assicurativa, al fatto che un buon numero degli individui che furono colpiti da pleurite primaria ammalano in seguito di tbc. polmonare. A questo proposito le varie statistiche, se sono concordi nel segnalare il fenomeno, sono alquanto discordanti nel determinarne la frequenza percentuale — PETTINGILL e STANHOPE trovano che il 56 % dei vecchi pleuritici viene in un periodo di tempo variabile colpito da tbc. polmonare, e che di questi il 33 % vengono a morte (per cui, secondo questi Autori, il

18 % dei pleuritici sarebbe condannato a morire di tbc. polmonare). Il DE-HAVILLAND (« Medical examination for assurance ») afferma che entro cinque anni dalla pleurite quasi la metà dei malati muoiono per tbc.

Altri Autori riportano cifre molto inferiori.

Ad ogni modo, secondo il parere concorde di tutti gli Autori, la probabilità che gli ex-pleuritici ammalino di tbc. polmonare è massima nei primi mesi e nei primi anni; decresce rapidamente in seguito, pure non annullandosi verosimilmente nemmeno dopo molti anni. Ne derivano queste due conseguenze: che le Compagnie possono accettare il rischio-pleurite tubercolare solo se è trascorso qualche tempo dalla guarigione (clinica) di essa, e che il soprapremio deve essere decrescente cogli anni, senza però eguagliarsi mai al normale. Fino a pochi anni fa si seguiva la regola di non accettare pleuriti tubercolari se non erano passati almeno 5 anni dalla guarigione, applicando in questo caso un soprapremio leggero. Ora invece dalla maggioranza delle Compagnie tale limite è stato ridotto (basta che sia trascorso almeno un anno), ma si applica un soprapremio naturalmente maggiore specialmente per i primi anni.

E' pure importante tener calcolo, nella valutazione della gravità del rischio in esame, di altri fattori, tra cui principalmente: l'età d'insorgenza della pleurite, la maggiore o minore gravità di essa, gli esiti eventualmente rimasti, nonché il gentilizio e la costituzione del soggetto. Da alcune statistiche risulta infatti che la prognosi lontana della pleurite primaria è migliore se insorta in soggetti d'età inferiore ai 15 anni o superiore ai 25, mentre più grave è la prognosi della pleurite insorta in individui d'età compresa tra 15 e 25 anni. Così pure una pleurite molto grave, durata molto a lungo o recidivata, o che abbia determinato una deformazione permanente della cassa toracica con sfregamenti e diminuzione delle escursioni respiratorie polmonari, imporrà un giudizio prognostico e valutativo più grave di altre, nelle quali manchino questi elementi sfavorevoli.

Noterò da ultimo che date le speciali caratteristiche del rischio in esame può essere giustificata l'applicazione della carenza (assoluta o frazionata) almeno per i primi anni di contratto.

Ecco i criteri valutativi del C.I.R.T.

	Classe di sopramortalità	Categoria del rischio	Osservazioni
a) Pleurite guarita da un anno, senza postumi clinicamente apprezzabili, in soggetto senza tare tubercolari personali e nel gentilizio, di età superiore ai 30 anni, condizioni generali buone . . . . .	50 %	Decrescente	La taratura decresce in 10 anni fino al 25 %, poi costante.
b) Pleurite guarita da un anno, senza postumi clinicamente apprezzabili, sottopeso . . . . .	100 %	»	»
c) Pleurite guarita da un anno, con postumi clinicamente apprezzabili, sottopeso . . . . .	150 %	»	La taratura decresce in 10 anni fino al 50 %, poi costante.

e) *Tubercolosi polmonare*. Il riscontrare nell'anamnesi personale di un assicurando una pregressa tbc. polmonare, è, come ben si comprende, un elemento di grande gravità per il giudizio valutativo, e tale da consigliarne talvolta il rifiuto, nonostante l'attuale maggior larghezza già segnalata nella accettazione dei rischi in genere e del rischio — tbc. in specie —. La condizione fondamentale per l'accettazione del rischio in esame è, anche qui, che siano trascorsi almeno alcuni anni dalla guarigione clinica della tbc. polmonare. Questo non in modo assoluto, poichè già in America ed in Germania, vengono accettati in assicurazione anche individui affetti da tbc. in atto, sia pure da forme a decorso cronico e benigno, e sia pure previa l'applicazione di elevati soprapremi e con lo scaglionamento del capitale nei primi anni (carenza frazionata). A questo si arriverà certamente anche in Italia in un prossimo avvenire, dato che la principale ragione che si oppone ad una più larga accettazione dei rischi, costituita dalla scarsità delle vite tarate assicurate, perde, e più perderà, di influenza col passar degli anni per l'aumento progressivo della massa degli assicurati tarati.

Per la valutazione assicurativa di una tbc. polmonare attiva nei precedenti anamnestici di un soggetto ed attualmente inattiva, occorre tener calcolo, oltre che del tempo trascorso dalla guarigione clinica, altresì della durata dello stadio attivo e della forma di tbc. (se essudativa o fibrosa, se aperta o chiusa), nonchè del gentilizio, della costituzione, dell'età, dell'ambiente di vita del soggetto in esame. L'importanza di ognuno di questi fattori è evidente, per cui non credo opportuno insistervi, anche per non esser costretto a ripetere molte delle osservazioni fatte a proposito della valutazione delle altre localizzazioni tubercolari.

MIDHURAT, in base a ricerche personali, ritiene che il tasso di mortalità nei casi di tbc. polmonare clinicamente guarita si avvicini al normale, pur senza raggiungerlo, dopo 6-7 anni dalla constatata guarigione. In base a tali criteri, sarebbe ragionevole che questi rischi, opportunamente ed accuratamente selezionati, fossero accettati con soprapremio leggero, se, almeno 5 anni dopo l'avvenuta guarigione clinica, si constatasse che non c'è, e non c'è stato, alcun risveglio della malattia. Praticamente si può seguire queste direttive nei casi in cui, ad eccezione dell'anamnesi personale tarata dalla tbc. polmonare guarita da più di 5 anni, tutti gli altri elementi del giudizio si presentino in modo favorevole, tra cui un'età non inferiore ai 35 anni.

Qualora invece il soggetto abbia un'età inferiore di 35 anni o presenti un sottopeso notevole o una debole costituzione o nella di lui anamnesi familiare vi siano già stati casi di tbc. polmonare, il soprapremio da applicare dovrà essere naturalmente molto maggiore. Quando infine il soggetto in esame presenti nello stesso tempo due o più dei fattori accennati in modo sfavorevole, allora il rischio sarà per lo più da rifiutare. Naturalmente con l'applicazione di una carenza assoluta o frazionata, quando l'assicurando non vi si oppone, potranno esser resi accettabili dei rischi anche gravissimi, altrimenti inaccettabili. Però sarà quasi sempre in pratica preferibile il metodo dell'applicazione dei soprapremi decrescenti, il quale pure può, in mani esperte, rendere accettabili tutti quei rischi per i quali, dopo ponderato esame, sia lecito contare su una sopravvivenza del soggetto almeno ai primi anni di contratto.

Ecco i criteri valutativi del C.I.R.T. (1).

\* \* \*

Ho esaminato separatamente, sia pure molto brevemente la valutazione delle principali localizzazioni tubercolari. In pratica può darsi che lo stesso soggetto abbia sofferto, contemporaneamente o successivamente, di due o più manifestazioni tubercolari. In questi casi, si deve dire, in linea generale, che il rischio è gravissimo e quasi sempre da rifiutare poichè il tasso di presumibile sopramortalità complessivo si deve per lo più ritenere verosimilmente superiore alla somma delle mortalità separate delle due o più localizzazioni tubercolari.

(1) Vedi specchietto a pag. 240.

	Classe di sopramortalità	Categoria del rischio	Osservazioni
a) Tbc. polmonare clinicamente guarita da 5 anni, età oltre i 35 anni, buono stato di nutrizione . . . .	50 %	Decrescente	La taratura decresce in 10 anni fino a 25 % poi costante.
b) Tbc. polmonare clinicamente guarita da 5 anni, età fra 25 e 35 anni, buono stato di nutrizione .	da 100 % a 150 %	»	La taratura decresce in 10 anni fino a 25 % 50 % poi costante.
c) Tbc. polmonare clinicamente guarita da 3 anni, età non inferiore a 30 anni, buone condizioni generali . . . . .	da 200 % a 300 %	»	La taratura decresce in 10 anni fino a 50 % 100 % poi costante.

## C O N C L U S I O N E

Dall'esposizione, fatta nella prima parte di questa tesi dei metodi e dei criteri valutativi dei rischi tarati, e dal tentativo, fatto nella seconda, di una breve valutazione assicurativa delle tre tare: diabete, ipertensione e tbc., sarà risultata, almeno, la grande difficoltà che si incontra sempre in medicina assicurativa quando si deve giudicare di quanto la probabile sopravvivenza di un individuo sia stata diminuita da questa o quella tara.

Queste difficoltà valutative, che sembravano quasi insormontabili qualche decennio addietro all'inizio di questa nuova forma di previdenza assicurativa, sono ancora grandi oggi, a causa specialmente del numero ancora relativamente esiguo delle vite tarate assicurate. Esse diventeranno però certamente molto minori in avvenire, quando la quasi totalità degli individui minorati potranno accedere all'assicurazione sulla vita, e quando, di conseguenza, le Compagnie avranno acquistato una lunga esperienza nel campo dell'assicurazione dei rischi tarati e potranno disporre di precisi e attendibili dati statistici sulla mortalità legata ad ogni tara.

Perchè, e mi piace concludere con questa certezza il mio lavoro, si arriverà in un avvenire più o meno lontano, ad assicurare, tranne quelli affetti da malattie acute o in periodo di scompenso funzionale, tutti gli altri individui tarati, di qualsiasi natura sia la loro tara.

## B I B L I O G R A F I A

- L'Assistenza Sanitaria agli assicurati dell'I. N. A.* Rivista bimestrale. Annate, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937.
- SEMINI, *La medicina dell'assicurazione vita e i suoi rapporti con la Medicina Legale*, S. A. Trevigiana, 1936.
- ROMANELLI, *Compiti e ordinamento del servizio sanitario nelle moderne Imprese di Assicurazione Vita* (da « Rassegna di Previdenza Sociale », n. 8).

- ROMANELLI, *La selezione medica dei rischi nell'Assicurazione vita* (da « Medicina del lavoro », 1931).
- DE BERNARDINIS, *Statistica delle cause di morte*, Roma, 1933.
- Statistica delle cause di morte nel Regno d'Italia negli anni 1887-1931* (Pubblicazioni ufficiali a cura dell'Ufficio centrale di Statistica).
- COPPET, *Sobre los riesgos tarados y el sistema numerico de su evaluacion* (da « Semana medica », agosto 1931).
- SCHNEIDER, *L'assurance sur la vie des risques tarés* (da « Presse Médicale », giugno, novembre, dicembre 1928).
- FAELLI, *Il diabete malattia sociale*, 1931.
- ZARDI, *Ipertensione e diabete*, 1932.
- BASILE, *Il diabete mellito*, Wassermann, 1937.
- *Il diabete e le Compagnie di Assicurazione*, 1935.
- RATHERY, *Le rôle du rein dans les états hyperglycémiques* (da « Nutrition », 1931).
- AUBERTIN, *Le rôle du foie dans la pathogenie du diabète* (da « Nutrition », 1931).
- CAVAGLIANO, *Glicosurie e diabete in rapporto alla medicina assicurativa* (da « Medicina del lavoro », settembre 1929).
- UMBER, *Diabète et assurance sur la vie* (da « Presse Médicale », settembre 1936).
- PESCI, *Le recenti conquiste sul diabete* (Comunicazioni mediche della Casa C. Erba, 1933-1934).
- JULIA, *Sindromi pluriglandolari: diabete e polisarcia* (da « Pagine Sanitarie », luglio 1932).
- BACH, *Diabete et fonctions de reproduction*, Arnette - Paris, 1928.
- WINTERNITZ, *Il diabete secondo i concetti moderni* (estratto dai verbali dell'Associazione medica triestina, maggio 1925).
- COFLERI, *Sull'ipertensione arteriosa* (estratto dal « Bollettino dell'Associazione medica triestina », aprile 1933).
- GREPPI, *L'ipertensione come autonoma disfunzione e malattia*, Pozzi, Roma, 1932.
- HALBRON ET KIOTZ, *Ipertension arterielle et glandes endocrines* (da « Presse Médicale », giugno 1935).
- ALAIQUE, *Le ipertensioni arteriose e la loro cura* (da « Rinascenza Medica », 1932).
- GREPPI E ALTRI' (della clinica di ZOIA), *Studi sulla ipertensione arteriosa. (1932-1935)*, Catania, 1935.
- BENZI, *I fattori sociali della tbc*, Casale, 1927.
- CARPI, *La prognosi della tbc. polmonare*, Lecco, 1934.
- ROMANELLI, *La tubercolosi in rapporto alla assicurazione vita* (dal « Policlinico », 1920).
- DEVOTO, *La lotta antitubercolare* (da « Medicina del Lavoro », 1931).
- LUMIÈRE, *La tbc. non è contagiosa per l'adulto!* (da « Le Monde Médical », ottobre 1935).
- BARCLAY, *Studio sui contatti tubercolari nelle famiglie* (da « Tubercolosi », settembre 1932).

**L'Araldo della Stampa**

FONDATA NEL 1918

Direz. Ammin. VIA RIPETTA N. 226 - ROMA

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

Indagini di Statistica medica

**Il rapporto tra perimetro del collo e peso corporeo per determinati gruppi d'altezza in Assicuraz. Vita (\*)**

Dott. FAUSTO TOSTI-CROCE  
Medico di Direzione dell'I. N. A.

Notevole è in A. V. l'importanza delle misure somatiche, ai fini di una esatta valutazione medica del rischio, giacchè attraverso di esse viene delineata la costituzione somatica individuale, la cui influenza sulla durata della vita è grandissima, come è stato dimostrato da numerosi studi.

Sarebbe desiderabile che per ogni individuo fossero rilevate molte misure somatiche, così come ci insegnano le Scuole costituzionalistiche italiane, per poter stabilire con precisione il suo profilo costituzionale, ma, se ciò è possibile in Clinica, non lo è in A. V., il cui carattere industriale impone di raggiungere i maggiori risultati possibili arrecando il minimo disturbo e fastidio all'assicurando e non permette quindi questo minuzioso e meticoloso controllo. Ci si è dovuti perciò, in A. V., contentare di poche misure somatiche e cioè: l'altezza, il peso, la circonferenza del collo, quella toracica nelle tre fasi di inspirazione, pausa ed espirazione, ed infine la circonferenza addominale.

Basandosi su queste misure il ROMANELLI, che si è molto occupato della costituzione in rapporto all'A. V., ha distinto tre gruppi di tipi somatici: medio, tipo con sottopeso e tipo con sovrappeso. « Per il tipo medio, il peso varia tra il 5 % in meno e il 10 % in più del peso stabilito dalla legge di Broca, per la quale dovrebbe essere di tanti chilogrammi quanti sono i centimetri di statura detratto il metro; la circonferenza del collo varia tra i 37 e i 39 cm., la circonferenza toracica nella pausa respiratoria tra i 2 cm. in meno e i 5 cm. in più della metà della statura; la circonferenza addominale non supera quella toracica nella massima inspirazione. I tipi con sottopeso e sovrappeso, si differenziano dal detto tipo medio per eccesso o difetto delle misure indicate per questo tipo ».

Il gruppo dei sovrappesi e quello dei sottopesi comprendono a loro volta tre sotto gruppi ciascuno, a seconda della entità (lieve, media, notevole) del sovrappeso o rispettivamente del sottopeso. Questa classificazione proposta dal ROMANELLI si è dimostrata molto pratica nel campo dell'A. V. e vi è entrata nell'uso corrente con ottimi risultati.

Essa, come agevolmente si nota, si ispira a quella classificazione ternaria che trova la sua esauriente documentazione scientifica nell'opera di VIOLA e che oggidì viene generalmente adottata dagli Autori. Suo merito è di basarsi su alcune misure somatiche principali direttamente rilevate e prescindere dai vari indici antropometrici proposti dai diversi AA., indici esprimenti con una sola

(\*) Lavoro presentato come Tesi per il conseguimento della Specializzazione in Medicina-Legale e Assicurazione, presso l'Istituto di Medicina-Legale e Assicurazioni della R. Università di Roma nella sessione di ottobre 1942.

cifra la relazione intercorrente fra due o più misure, ma suscettibili di varie obiezioni dal punto di vista biologico e clinico, in quanto nessuno di essi è in grado di definire completamente ciascuna individualità nelle sue proporzioni corporee, come hanno ampiamente dimostrato gli studi di BENEDETTI. Presupposto della classificazione del ROMANELLI, come di tutte le altre classificazioni, è però l'esatto rilievo delle poche misure somatiche richieste, esattezza che è tanto più desiderabile in quanto non è difficile a raggiungersi; basta un semplice nastro metrico ed un po' d'attenzione per poter rilevare con esattezza il perimetro del collo, del torace e dell'addome ed anche l'altezza, in qualsiasi luogo ci si possa trovare. Soltanto per il rilievo del peso potrebbe esserci qualche difficoltà, perchè per esso è necessaria una bilancia pesa-persone che non sempre è a portata di mano; questa difficoltà è più accentuata per i medici fiduciari che raramente posseggono nel proprio studio una bilancia e che d'altra parte molto spesso si debbono recare al domicilio o all'ufficio dell'assicurato per visitarlo. In tali casi bisogna accontentarsi delle dichiarazioni dell'assicurato, per giudicare l'esattezza delle quali viene in aiuto del medico il proprio occhio e l'armonia della cifra del peso con quella delle altre misure somatiche rilevate esattamente; non si può negare infatti che tra le diverse misure somatiche ci sia una certa correlazione. E proprio per vedere fino a che punto è possibile dedurre il peso dalle altre misure somatiche io, per consiglio del Prof. ROMANELLI, ho eseguito la presente ricerca, prendendo come misura somatica accertata con esattezza il perimetro del collo. Sul fatto che tra peso corporeo e perimetro del collo esiste una certa relazione, hanno già richiamato l'attenzione alcuni studiosi. Il ROMANELLI stesso, in un suo lavoro, accennava a questo rapporto e dava anche delle cifre, dedotte dall'esperienza; secondo le sue osservazioni infatti nel tipo medio, da lui definito, il perimetro del collo varia tra i 37 e i 39 cm., mentre al disotto di quel limite è indice di magrezza e al disopra di obesità. Tuttavia mentre i moltissimi ricercatori che si sono occupati d'antropometria si sono ampiamente occupati dei più svariati caratteri ed indici antropometrici, pochissimi hanno preso in considerazione la circonferenza del collo e soprattutto cercato di dimostrare la relazione intercorrente tra perimetro del collo e peso. Soltanto il VICENTINI ha pubblicato un saggio sulle correlazioni tra il perimetro del collo ed altri caratteri antropometrici, tra cui il peso, limitando però la sua indagine a soltanto 500 casi; egli ha trovato che l'indice di correlazione più alto è quello tra perimetro del collo e peso somatico e che la circonferenza del collo varia in stretto rapporto diretto con il variare del peso somatico.

Come lo stesso VICENTINI rilevava però, il numero limitato dei soggetti esaminati non permetteva conclusioni definitive ed anzi egli auspicava un'indagine su un numero di soggetti molto maggiore e questo io mi sono prefisso di fare in questo lavoro. Per poter studiare la correlazione eventualmente esistente tra perimetro del collo e peso corporeo, è necessario naturalmente che le misure somatiche in questione vengano rilevate con la massima esattezza possibile; per questo motivo non ho potuto utilizzare le misure somatiche registrate dai medici fiduciari, perchè questi quasi sempre eseguono la visita al domicilio del paziente e non possono perciò che raramente scrivere l'entità esatta di una delle misure somatiche che ci interessa: il peso. La sicurezza che il peso ed il perimetro del collo siano stati ambedue rilevati con esattezza si può avere prendendo invece in esame le misure somatiche registrate dai medici di direzione e dei Centri dell'I.N.A., i quali visitano in ambienti bene attrezzati, in cui la bilancia pesa

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

persone non manca mai accanto ai mezzi più moderni di ricerca diagnostica di cui l'Istituto va continuamente arricchendoli; ed appunto delle misure rilevate dai medici dell'I.N.A. mi sono servito nella mia indagine, che ho limitato agli individui di sesso maschile, prevalendo questo sesso di gran lunga su quello femminile nel campo degli assicurati.

Il materiale esaminato comprende 6007 osservazioni, numero abbastanza alto e tale da far ritenere attendibili i risultati.

Negli individui esaminati la statura è stata misurata sul soggetto in piedi e con le scarpe, il peso con i vestiti, ma senza soprabito; ma, col ROMANELLI, si può ritenere che i due centimetri circa di tacco vengano compensati dal peso

TAVOLA I.

	Collo	cm. 82	cm. 83	cm. 84	cm. 85	cm. 86	cm. 87	cm. 88	cm. 89	cm. 40	cm. 41	cm. 42	cm. 43	cm. 44	cm. 45	Totali casi	Media ponderata collo
Gruppi di altezza																	
1,56-1,60		15	24	46	57	74	62	37	28	17	16	5	6	—	—	387	36,66
Freq.		0,038	0,062	0,118	0,147	0,191	0,160	0,095	0,072	0,043	0,041	0,012	0,015				
1,61-1,65		15	26	95	135	208	190	120	106	50	26	17	15	—	—	1.003	36,81
Freq.		0,014	0,025	0,094	0,134	0,208	0,189	0,119	0,105	0,049	0,025	0,016	0,014				
1,66-1,70		14	30	106	197	338	326	269	203	132	72	46	38	—	—	1.776	37,29
Freq.		0,007	0,019	0,059	0,110	0,190	0,183	0,151	0,114	0,074	0,040	0,025	0,021				
1,71-1,75		12	37	79	168	233	300	288	220	157	93	49	42	—	—	1.678	37,68
Freq.		0,007	0,022	0,047	0,100	0,138	0,178	0,171	0,131	0,093	0,055	0,029	0,025				
1,76-1,80		—	—	47	82	161	211	228	154	117	72	32	25	20	14	1.163	38,08
Freq.				0,040	0,070	0,138	0,181	0,196	0,131	0,100	0,062	0,027	0,033	0,017	0,012		
																6.007	

TAVOLA II.

	Pesi	Kg. 46-50	Kg. 51-55	Kg. 56-60	Kg. 61-65	Kg. 66-70	Kg. 71-75	Kg. 76-80	Kg. 81-85	Kg. 86-90	Kg. 91-95	Kg. 96-100	Kg. 101 ed oltre	Totali casi	Media ponderata peso
Gruppi di altezza															
1,56-1,60		23	62	97	87	52	34	16	8	2	3	3	—	387	62,42
Freq.		0,059	0,160	0,250	0,222	0,134	0,087	0,041	0,020	0,005	0,007	0,007			
1,61-1,65		24	85	178	261	172	128	82	41	19	11	1	1	1003	65
Freq.		0,023	0,084	0,177	0,260	0,171	0,127	0,081	0,040	0,018	0,010	0,0009	0,0009		
1,66-1,70		5	77	203	337	360	321	224	112	78	25	20	14	1776	70,2
Freq.		0,002	0,043	0,114	0,189	0,202	0,180	0,126	0,065	0,043	0,014	0,011	0,007		
1,71-1,75		—	22	107	214	319	299	277	202	112	65	36	25	1678	72,63
Freq.			0,013	0,063	0,127	0,190	0,178	0,165	0,120	0,066	0,038	0,021	0,014		
1,76-1,80		—	3	23	99	140	203	217	181	117	77	55	48	1163	78,77
Freq.			0,002	0,019	0,085	0,120	0,174	0,186	0,155	0,100	0,066	0,047	0,041		
														6007	

degli abiti. Il perimetro del collo è stato misurato a livello della cartilagine tiroide, per evitare l'influenza di eventuali ingrossamenti della ghiandola tiroide. Queste misure somatiche sono state calcolate come numeri interi, avendo riportate le frazioni all'unità più vicina. Conoscendo l'influenza dell'altezza sul peso, ho cercato di eliminarla il più possibile, rendendo pressochè omogenee le altezze, in modo da poter osservare la relazione esistente tra peso corporeo e perimetro del collo a pari statura; a questo scopo ho diviso i 6007 casi osservati in 5 gruppi a seconda della loro altezza, e precisamente nei gruppi: 1,56-1,60; 1,61-1,65; 1,66-1,70; 1,71-1,75; 1,76-1,80. Ho quindi rilevato per ogni individuo appartenente a ciascun gruppo il peso corporeo ed il perimetro del collo, stabilendo per ogni gruppo d'altezza la media ponderata aritmetica sia del peso che del perimetro del collo; in rapporto a queste due misure le osservazioni sono state riunite in gruppi di 5 kg. per quanto riguarda il peso e in gruppi di 1 cm. per quanto riguarda la misura del collo. Ho inoltre stabilito, per ogni gruppo di altezza, la frequenza di osservazioni manifestatasi in ciascun gruppo di 1 cm. per la misura del perimetro del collo, e la frequenza manifestatasi in ogni gruppo di 5 kg. per quanto riguarda il peso. Le tavole I e II riassumono i risultati così ottenuti. Nella tavola III sono indicati gli scarti quadratici medi delle misure

TAVOLA III.

Scarto quadratico peso	Gruppi di altezza	Scarto quadratico collo
9,47	1,56 — 1,60	2,41
9,32	1,61 — 1,65	2,19
9,40	1,66 — 1,70	2,54
10,44	1,71 — 1,75	2,25
10,63	1,70 — 1,80	2,29

del collo e del peso per ogni gruppo di statura. La prima cosa che si nota all'esame di queste tavole è che con l'aumentare dell'altezza aumenta anche il valore medio del peso; infatti da un peso medio di kg. 62,42 per il gruppo d'altezza 1,56-1,60 si va ad un peso medio di kg. 78,77 per la statura fra 1,76 ed 1,80. È interessante notare che, per ogni gruppo d'altezze, la frequenza maggiore dei casi si osserva proprio nei gruppi di peso aventi il valore eguale al numero di centimetri superiore al metro che caratterizza il gruppo della statura. Così nel gruppo d'altezza 1,56-1,60 la frequenza massima (0,250) si osserva per gli individui di peso fra kg. 56 e 60; lo stesso si dica per gli altri gruppi, eccetto che per il gruppo d'altezza 1,71-1,75 ove la massima frequenza si riscontra per il peso kg. 66-70, con una differenza molto lieve però per il gruppo di peso chilogrammi 71-75; questa unica eccezione credo si possa ritenere che scomparirebbe con l'osservazione su un numero molto maggiore di casi. Quanto sopra è una conferma della notevole esattezza della legge di Broca, adottata dal ROMANELLI come punto di riferimento per la sua classificazione, con quelle variazioni che sono giustificate anche dagli scarti quadratici medi da me riscontrati (vedi ta-

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

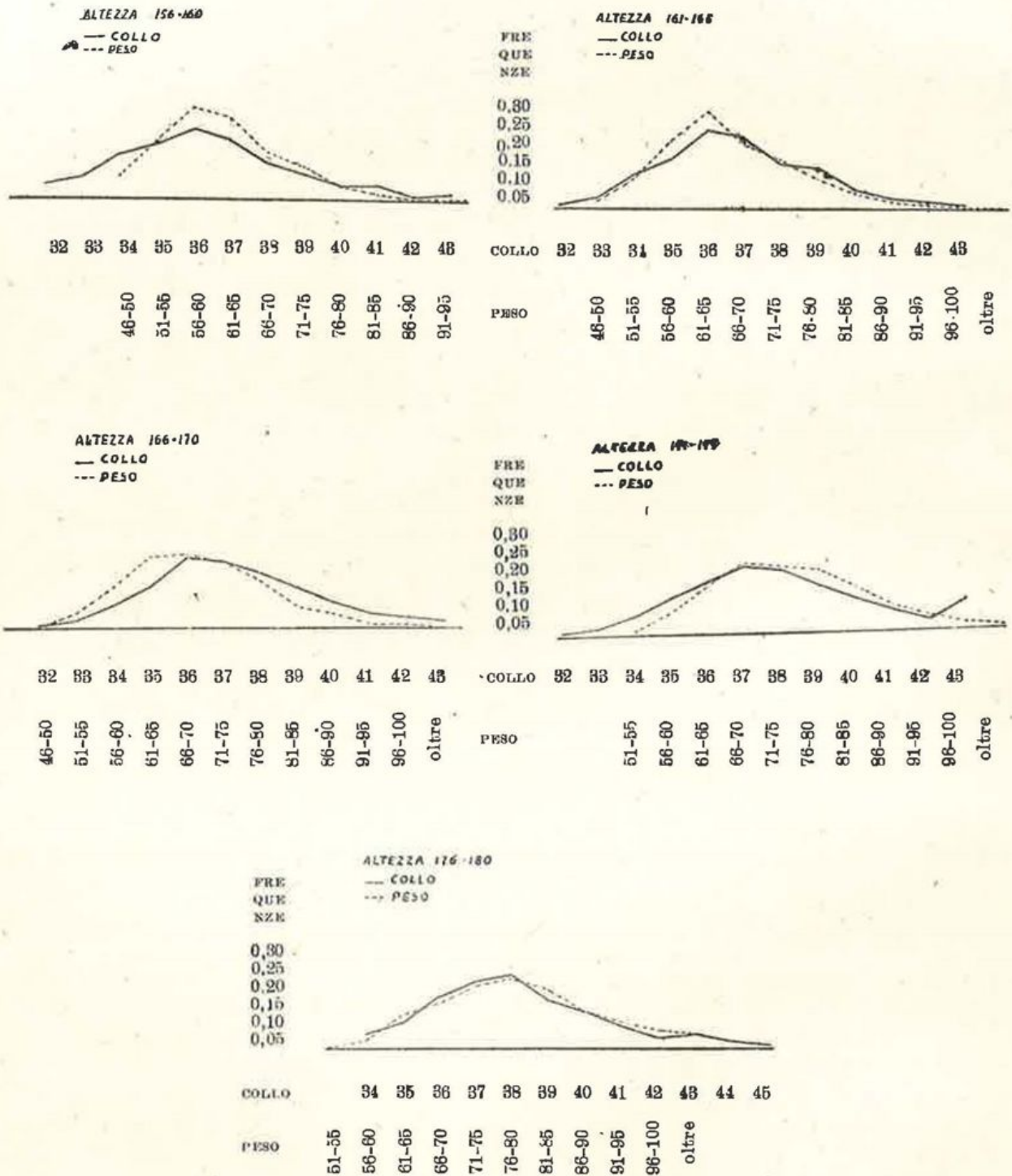


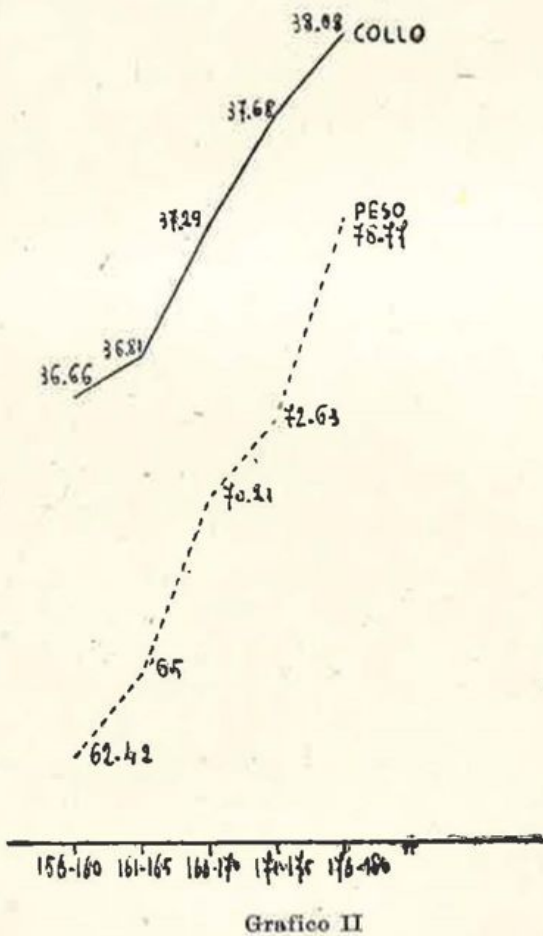
Grafico I

vola III). Non soltanto però il valore medio del peso ha variato col crescere, giacchè eguale comportamento ha avuto il valore medio del perimetro del collo: da 36,66 per la statura 1,56-1,60 esso è giunto a 38,08 per la statura 1,76-1,80 con un andamento progressivo simile al comportamento del valore medio del peso. Le frequenze maggiori (cioè superiori a 0,100) dei valori del perimetro del collo sono state fra cm. 34 e 37 per la statura 1,56-1,60, fra 35 e 39 per la statura 1,61-1,65, ancora fra 35 e 39 per statura 1,66-1,70, fra 36 e 39 per statura

1,71-1,75 e per statura 1,76-1,80. Lo scarto quadratico medio ha oscillato fra 2,19 e 2,54.

Già dalle tavole I e II si può notare una analogia nel comportamento del peso e del perimetro del collo col salire dell'altezza, analogia che ho cercato di rendere più evidente costruendo i grafici I e II. Nel grafico I ho riportato per ciascun gruppo di altezze un diagramma costruito sulle maggiori frequenze delle misure del perimetro del collo e del peso. Nel grafico II ho riportato l'andamento della media aritmetica ponderata sia del diametro del collo, sia del peso ottenuto per ciascun gruppo d'altezza.

Come si può constatare nel I grafico l'andamento della curva delle frequenze



del perimetro del collo ha un andamento analogo a quello della curva del peso e le variazioni dell'una per ogni gruppo di altezza trovano corrispondenza nelle variazioni dell'altra. Questa corrispondenza è pure molto netta nel grafico II che dimostra come col crescere dell'altezza aumenta sì il valore medio del peso, e questo è, come ho detto più sopra, conferma della ben nota legge di BROCA, ma aumenta anche il valore medio del perimetro del collo. Non solo; ma vi è di più. Nella tavola IV io ho preso in considerazione, per ogni gruppo di altezze, tutti gli individui aventi un determinato perimetro di collo ed ho calcolato la media ponderata aritmetica del peso di essi. Così per esempio per gli individui di altezza 1,56-1,60, aventi un perimetro del collo uguale a 32 cm., il peso medio è risultato di kg. 53,06, per gli individui dello stesso gruppo d'altezza con perimetro del collo di cm. 33, il peso medio è stato kg. 54,58 e così di seguito. Questa tavola dimostra chiaramente che, per ognuno dei cinque gruppi di altezza considerati,

TAVOLA IV.

Collo cm. → altezze m. ↓	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1,56-1,60	53,06	54,58	55,41	56,20	61,48	63,22	68,54	67,92	73,23	77,25	85,60	78,83	—	—
1,61-1,65	54,93	54,34	56,57	61,50	62,37	66,57	69,45	72,67	79,28	78,42	77,17	89,27	—	—
1,66-1,70	50,80	57,58	57,83	59,62	65,61	70,57	72,08	75,58	80,32	83,97	85,23	92,47	—	—
1,71-1,75	60,25	60,17	61,21	64,16	68,12	71,17	75,50	74,42	83,33	87,07	90,22	97,72	—	—
1,76-1,80	—	—	63,99	67,83	70,33	74,50	78,59	83,18	88,84	91,16	96,46	97,60	104,75	107,67

col crescere del perimetro del collo, cresce anche il valore medio del peso senza quasi nessuna discontinuità, giacchè alcune lievi discordanze che si notano in qualche gruppo si possono ritenere dovute al limitato numero delle osservazioni. E' suggestivo il fatto che la variazione del peso medio fra gli individui aventi un perimetro del collo di 32 cm. e quelli che lo hanno di 43 cm. è sempre forte per ogni gruppo di altezza: per le stature infatti fra 1,56 e 1,60 si passa da un peso di kg. 53,06 per il perimetro del collo di 32 cm. a ben Kg. 78,83 per individui con collo di 43 cm.; una differenza, come si vede, di più di 25 kg. Anche maggiore è questa differenza per gli altri gruppi di altezze, per i quali oscilla intorno ai 30-40 kg.

Non solo però graficamente risulta dimostrata questa corrispondenza fra le due misure somatiche in esame per una determinata altezza, chè alla stessa constatazione porta anche l'indagine matematica attraverso la ricerca dell'indice di omofilia del GINI, il quale, per stabilire l'eventuale somiglianza e concordanza fra due diversi caratteri, tiene conto non solo delle variazioni di essi, ma anche della loro intensità e dei loro scostamenti. La costruzione dell'indice di omofilia si basa sui tre seguenti teoremi:

1) La somma dei valori assoluti delle differenze tra i singoli valori di uno dei fenomeni e i cograduati dell'altro fenomeno risulta minima rispetto alle somme che si otterrebbero accoppiando i valori dell'un gruppo con quelle dell'altro in qualsiasi modo.

2) Detta somma diviene massima se la differenza viene eseguita tra i valori contrograduati.

3) Accoppiando ciascuna quantità di un gruppo con quella dell'altro, la media aritmetica delle differenze tra i valori così accoppiati, è rappresentata da  $2 \Delta R (A + B) - \frac{1}{2} (\Delta R, A + \Delta R, B)$ , che moltiplicato per  $n$ , indicherà il valore probabile della somma dei valori assoluti delle  $n$  differenze tra i valori dei due fenomeni, qualora questi si presentassero associati indipendentemente dalla loro intensità. Indicando con  $M_0$  questo valore, con  $M$  la somma dei valori assoluti delle differenze tra le coppie dei caratteri così come si manifestarono in effetto, con  $M_1$  la somma minima delle differenze che si otterrebbero accoppiando le modalità cograduate, e con  $M_2$  la somma massima che si otterrebbe accoppiando le modalità contrograduate, l'indice d'omofilia si ottiene facendo il rapporto

$\frac{M - M_0}{M_1 - M_0}$  per  $M < M_0$  e il rapporto  $\frac{M - M_0}{M_2 - M_0}$  per  $M > M_0$ . Identico è il pro-

cedimento per la costruzione di detto indice sulla base degli scostamenti dei due caratteri dalle rispettive medie.

Orbene l'indice di omofilia del GINI, così calcolato, ha assunto il valore di + 1, cioè ha dimostrato che tra le variazioni dell'una e dell'altra misura somatica esiste la massima concordanza. Del resto questo aveva già indicato empiricamente la scuola costituzionalistica dei cui tipi morfologici quello microsplanenco, riguardante di solito individui in sottopeso, è caratterizzato dal collo, lungo e sottile e quello macrosplanenco, proprio dei soggetti in soprapeso, dal collo tozzo e grosso.

L'indagine da me eseguita dimostra perciò in pieno la verità dell'asserzione del ROMANELLI, esservi cioè rispondenza tra peso corporeo e perimetro del collo, e conferma i risultati ottenuti dal VICENTINI in un materiale molto più

scarso. L'utilità di questa indagine è data dal fatto che essa ci permette di giudicare con molta approssimazione l'esattezza delle misure somatiche registrate su un certificato medico di A. V. o della dichiarazione del peso fatta dall'assicurando in un luogo ove manchi una bilancia.

Infatti, data una determinata altezza, la misura del perimetro del collo già da sola può essere sufficiente a farci giudicare se il soggetto in esame è un soprapeso o un sottopeso. Inoltre dal punto di vista antropometrico, è una riprova delle leggi euritmiche dell'organismo umano.

## BIBLIOGRAFIA

- P. BENEDETTI, *Endocrinologia e Patologia Costituzionale*, aprile 1933.  
 P. BENEDETTI, *Atti della Società Italiana di Anatomia*, 1932.  
 C. P. CLARK, *Atti 40th Annual Meeting of the Association of Life Insurance Medical Directors of America*, 1929.  
 L. LIVI, *Elementi di Statistica*, 1932.  
 F. MARSELLA, *Assistenza Sanitaria*, n. 2, 1936.  
 L. PAGLIANI, *Lo sviluppo umano*, 1913.  
 I. ROMANELLI, *Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari*, n. 1, 1931.  
 I. ROMANELLI, *Atti del Primo Congresso Nazionale di Scienza delle Assicurazioni*, 1928.  
 I. ROMANELLI e B. TORO, *Assistenza Sanitaria*, n. 2, 1933.  
 F. VICENTINI, *Assistenza Sanitaria*, n. 2, 1936.  
 F. VICENTINI, *Assistenza Sanitaria*, n. 2, 1937.

Dalla pratica assicurativa**Alcune osservazioni sui rapporti dei Medici Fiduciari**

Prof. Dott. MARIA VELE

Medico di Direzione dell'I. N. A.

La nostra pratica nella revisione dei rapporti medici di assicurazione vita, ci ha fatto notare il ripetersi, con una certa frequenza, di omissioni o inesattezze che al Fiduciario possono sembrare di lieve entità, mentre spesso costituiscono un impedimento alla esatta valutazione del rischio da parte dei Medici revisori di Direzione e sicuramente un ritardo nel disbrigo degli affari. Crediamo perciò opportuno esporre quanto l'esperienza ci ha specialmente dimostrato più volte, affinché i Medici Fiduciari possano compilare il rapporto secondo le speciali esigenze del nostro campo. Con ciò non intendo affatto menomare la comprensione e la capacità clinica dei medici, essendo essi scelti tra i più esperti e quotati professionisti delle varie regioni d'Italia, ma solo indicare alcune necessità del nostro lavoro, giacchè alcuni di questi medici, qualche volta non essendo addentro alle conoscenze dell'organizzazione sanitaria assicurativa non sempre usano tutta la necessaria diligenza nella compilazione del rapporto di visita. Perciò richiamiamo l'attenzione di essi su alcune lacune riscontrate nella funzione di rivedere moltissimi rapporti.

E' bene premettere che ogni pratica assicurativa sulla vita, prima di essere accettata passa attraverso il Servizio Sanitario, ove il rapporto medico viene esaminato e, in base al parere espresso dal Medico della Direzione, il rischio

viene accettato a condizioni normali o con soprapremio o rifiutato. Questo per quanto riguarda la procedura dell'accettazione del rischio, ma i dati dei rapporti medici vengono utilizzati anche per le indagini statistiche dai Medici della Direzione. Tutti i rapporti revisionati sono utili per tali ricerche a condizione che essi siano fedeli. E' necessario quindi che i Fiduciari ricordino che il rapporto, oltre all'uso specifico per l'accettazione di un rischio, deve essere compilato completamente per gli studi di statistica medica, che ha scopi scientifici e pratici.

E' necessario perciò che il rapporto medico sia scritto a penna e con calligrafia facilmente leggibile, perchè altrimenti arreca perdita di tempo e costringe a chiedere ulteriori schiarimenti sulle indicazioni riferite. Inoltre l'anamnesi deve essere raccolta con molta cura anche nell'interesse del Fiduciario.

Per quanto riguarda le cause di morte dei genitori, troppo spesso viene trascurata la malattia esatta, l'epoca e la durata. Le affezioni dei fratelli non devono essere omesse e così le risposte alle domande rivolte all'assicurato « se ha vissuto con tubercolotici, quando e per quanto tempo ». A tal riguardo il Fiduciario dovrebbe usare maggiore scrupolosità. Ad ogni modo si deve tener conto dell'anamnesi familiare, dell'ambiente di vita e di lavoro che possono costituire da soli un elemento che modifica le condizioni di accettazione.

Non raramente accade che il Fiduciario ometta o si limiti a rispondere solo affermativamente o negativamente ai precedenti personali degli assicurandi. Troviamo ad esempio citata una pleurite di cui non vengono indicate l'epoca, la durata e specialmente se vi sono esiti. Come una pleurite recente ha ben diverso valore nel giudizio del rischio da una antica, così gli esiti modificano notevolmente il rischio. Questo sta a dimostrare come il Fiduciario debba soffermarsi a lungo sull'anamnesi personale e specialmente sull'epoca di insorgenza della malattia, sul decorso, sulle sue manifestazioni e sui suoi esiti.

Così pure per gli interventi chirurgici; a volte, nell'esame obiettivo, vengono omesse le indicazioni delle cicatrici della detta operazione e ciò può far sorgere il dubbio che il Fiduciario non abbia praticato l'esame obiettivo con il dovuto scrupolo. Recentemente ad esempio in un certificato riscontrammo che era stata omessa la risposta alla domanda dei precedenti personali riguardante le operazioni chirurgiche. Rinviamo al Fiduciario il referto questi lo completava con le parole: « operato di ulcera gastrica », mentre nell'esame obiettivo non risultava alcuna cicatrice. Se noi avessimo sorvolato su questa dimenticanza avremmo giudicato il rischio normale mentre in questo caso si trattava di un soggetto tarato.

Una malattia sulla quale il medico Fiduciario dovrebbe insistere è la lue; moltissime volte in luogo della risposta vengono tirati dei trattini di penna, oppure, quando la risposta è affermativa, vengono dimenticate l'epoca, le manifestazioni, gli esiti delle analisi di laboratorio e soprattutto le cure praticate e la loro durata. Ad esempio nel modulo di visita medica, nel paragrafo riguardante i precedenti personali, alle varie domande sulla sifilide va risposto non sinteticamente con una sola parola, ma specificatamente ad ognuna per ragioni cliniche ovvie quando il soggetto ha contratto lue; e di ordine medico-legale anche quando la risposta è negativa. E' bene che le dichiarazioni anamnestiche siano scritte di pugno dall'assicurato specie se questi è pure di discreta cultura ed ha una buona grafia, con l'aiuto del Fiduciario che deve chiarire ogni domanda; negli altri casi saranno scritte dal medico

che le raccoglie dalla viva voce dell'assicurando il quale le dovrà firmare di proprio pugno. Il Fiduciario farà sempre presente all'assicurando che ogni omissione di malattia da lui taciuta non sfuggirà ai controlli di Direzione, per le ovvie fonti di informazione, cui gli enti di assicurazione attingono e farà pure presenti le conseguenze medico-legali di una omissione o di una reticenza o falsa dichiarazione.

Un paragrafo poi che viene spesso omissso è quello riguardante le abitudini di vita. Il medico è abituato a considerare nelle malattie la causa prossima determinante mentre nel rischio vita vanno tenute in giusto conto tutti gli elementi che possono in qualche modo incidere sulla resistenza e sulla capacità funzionale dei vari organi con l'andare degli anni.

Nei riguardi del servizio militare troviamo raramente specificata la causa che ha determinata la revidibilità o la riforma militare. Ne consegue che si è costretti a richiederne il motivo; ed infatti accade che una malattia cronica taciuta nella prima parte dell'anamnesi, viene inavvertitamente denunciata.

Se la parte anamnestica del certificato deve essere raccolta con la massima cura ed esattezza, costituendo essa la base per giudicare del rischio, non minore importanza ha l'esame obiettivo, sia per eventuali forme morbose in atto, quanto per gli eventuali esiti di una malattia pregressa che possono modificare il giudizio conclusivo del rischio.

L'esame obiettivo nel certificato medico inizia con le domande circa le condizioni generali, l'aspetto, il portamento e l'età indicata. L'aspetto ci dà un indizio sullo stato di salute dell'individuo poichè molte forme morbose già si palesano al primo sguardo, mentre l'età anagrafica indicata deve essere messa a raffronto con l'età biologica.

Quanto alle cicatrici bisogna distinguere quelle da trauma e quelle operative. Le prime hanno poca importanza tranne non si tratti di lesioni craniche che si accompagnano a sindrome nervosa acuta; le seconde devono essere riferite con la massima esattezza descrivendone minutamente i caratteri morfologico-anatomici, in quanto possono essere espressione di pregresse forme morbose più o meno facilmente recidivabili. Ciò perchè connesse talvolta ad una speciale tendenza costituzionale, la cui estrinsecazione può ad esempio essere costituita da una linfo-adenite cronica suppurata incisa, oppure da intervento per processi neoplastici cutanei o profondi e da fatti calcolotici epatici e renali.

La circonferenza del collo, che non raramente troviamo confusa con la misura del colletto, dà un indizio della tendenza costituzionale del soggetto, poichè è noto dagli studi costituzionalistici la tendenza alla polisarcia di coloro che hanno delle circonferenze superiori a 40-41 cm. anche se il peso è mantenuto all'atto della visita in cifre normali. Tutte le misure somatiche sono regolate da una certa armonia, e in assenza di questa possiamo presumere che ci si trovi di fronte ad una disposizione abnorme delle parti molli nei vari segmenti, ad es. distrofie adiposo-genitali ovvero alterazioni di organi; una circonferenza addominale che superi quella del torace, quando non vi sia armonia con le altre misure può essere legata per es. ad un versamento addominale.

Le misure del torace invece frequentemente sono indicate dalla sola inspirazione od espirazione, mentre sappiamo che la misura più importante, nel

toraci che si espandono poco, è quella della pausa respiratoria, giacchè è importante conoscere la differenza tra la pausa e la inspirazione e tra la pausa e la espirazione. E' bene ricordare che tutte queste misure vanno prese con molta cura a dorso nudo.

Abbiamo poi notato come le misure somatiche molto spesso non concordano con quelle dei rapporti precedenti. Trattandosi in special modo di uomini e adulti, non può l'altezza per essi presentare delle variazioni notevoli come accade purtroppo di dover riscontrare nell'analisi di rapporti medici di assicurandi già adulti che hanno subito precedenti visite di assicurazione; una differenza di 5-10 cm. sta a dimostrare che non solo non è stato usato il nastro medico, ma nemmeno si è richiamata l'attenzione per un attimo, durante la visita, sopra queste pratiche.

Anche il peso riveste notevole importanza; se fosse possibile, dovrebbe essere preso con una bilancia; quando non è possibile controllarlo, deve essere valutato dal Fiduciario. Il peso deve essere tanto più preciso quanto più si allontana dalla norma, poichè è appunto in base alle cifre che escono dalla media fisiologica che il Medico della Direzione valuta il rischio.

Quanto alla domanda specifica: « stato della glandola tiroide » abbiamo dovuto talvolta riscontrare le parole « pronunciata e sporgente » mentre dal contesto si deduceva trattarsi esclusivamente della cartilagine tiroide. Riguardo alla ipertrofia della tiroide è necessario precisare se vi sono segni che possono far sospettare un Basedow o se si tratta di semplice gozzo stazionario o progressivo.

Nell'esame dell'apparato respiratorio accade a volte (quando è stata denunciata una pregressa malattia dell'apparato suddetto) che il Fiduciario risponda « normale », mentre in questi casi sarebbe opportuno aggiungere « assenza di postumi della malattia pregressa ». Nel caso di un'apicite pregressa dichiarata nei precedenti personali, il Fiduciario deve essere completo nell'esame obiettivo e, nei casi in cui la semeiotica abituale non è sufficiente a determinare le condizioni morbose dell'apparato respiratorio, è bene che egli stesso consigli un controllo radiologico.

Una delle più frequenti manchevolezze dell'apparato circolatorio è quella riguardante i limiti riscontrati alla percussione dell'aia cardiaca non sempre rispondenti a quelli comunemente riconosciuti dalla semeiotica; in altri casi non sono indicati con esattezza la sede e i caratteri dell'itto della punta; altre volte riguardo alla modificazione dei toni e ai rumori è omessa la sede. Quanto alle pulsazioni qualche volta troviamo indicato il numero allo stato di riposo mentre manca quello dopo la prova da sforzo. Tale inconveniente è stato rilevato in alcuni casi nei quali esistevano delle lesioni dell'apparato cardiovascolare per un giudizio del quale risultavano assolutamente indispensabili le suddette facili indagini funzionali.

Un altro dato che manca frequentemente è l'indicazione della pressione arteriosa con la specificazione dell'apparecchio e dell'ora. Talvolta ciò viene giustificato con il chiarimento « è stata omessa perchè non ritenuta necessaria ».

Nelle persone giovani e fino a 40 anni che non presentino alcun segno a carico dei vasi, con gentilizio negativo, si può talvolta rinunciare a questo elemento per non disturbare di nuovo l'assicurando; ma se si tratta di soggetto che nel gentilizio presenta tare specifiche vascolari, è necessario

conoscere anche la misurazione della pressione arteriosa, la quale diviene indispensabile in tutti i soggetti dopo i 40 anni ed in quelli che abbiano sofferto affezioni renali. Dall'esame delle cifre riferite sulla misurazione della pressione arteriosa dobbiamo spesso lamentare la mancanza della indicazione dell'apparecchio usato, che permette di valutare in giusto grado il valore clinico della cifra riferita e delle ore di esame. Altre volte le cifre massima e minima sono discordi tra di loro ed il giudizio dato alla fine dell'esame obiettivo è normale. Ciò fa ritenere che la pressione non è stata misurata adeguatamente oppure, con giudizio assolutamente personale il medico ritiene normali individui portatori di una spiccata ipertensione.

Nell'esame dell'apparato digerente è bene che in qualsiasi caso il Fiduciario usi la massima scrupolosità anzitutto col denudare l'assicurando e verificare se esistono cicatrici di pregresse operazioni e che possono essere state trascurate nell'anamnesi, se vi sono tumefazioni, se il fegato e la milza sono palpabili, ecc. A proposito degli organi ipocondriaci è bene indicare non solo il limite inferiore ma anche il superiore, poichè in presenza di un margine inferiore notevolmente abbassato potrebbe trattarsi non già di un ingrossamento dell'organo ma di una semplice ptosi di esso. Il Fiduciario richiamerà l'attenzione su tale organo, specialmente se nell'anamnesi sono dichiarati, ad es., disturbi dipendenti da malattie del fegato o da altri organi.

Un sistema che viene piuttosto trascurato è il sistema nervoso. Conosciamo tutti quale importanza, ad es., ha una miopia per ulteriori indagini sui singoli riflessi, quando si pensi al lungo periodo di tempo durante il quale una tale può decorrere senza sintomi obiettivi. Notiamo pure le frequenti omissioni di alcune richieste circa l'analisi delle urine, spiegate con le parole « non ritenuta necessaria »; altre volte troviamo tutti i dati eccetto l'esame dell'albumina o del glucosio oppure non riscontriamo l'esame microscopico proprio quando la ricerca dell'albumina è risultata positiva. In tutti questi casi il referto medico deve essere rinviato al Fiduciario perchè lo completi con un nuovo esame. Non raramente abbiamo notato l'omissione del giudizio conclusivo, e spesso pur avendo il Fiduciario riscontrato nell'esame obiettivo una malattia od un esito notevole di un precedente morbo che può costituire un elemento di minorazione sulla resistenza organica vien dato un giudizio conclusivo di « ottimo ».

Da tutto ciò si può dedurre quale importanza abbia una esatta compilazione del modulo di visita medica da parte dei Fiduciari che devono offrire i più esatti elementi di giudizio al competente servizio di Direzione il quale può solo così vagliare quegli elementi, che possono sembrare di nessuna importanza ai fini della prognosi lontana. La Medicina dell'Assicurazione Vita nel suo difficilissimo compito deve giovare, in confronto alla clinica di un complesso di fatti anche se modesti che permettono di poter meglio valutare l'entità e la natura del rischio, in modo da far risentire il più a lungo possibile l'effetto selettivo della visita medica praticata al momento dell'ingresso in assicurazione. Pertanto il giudizio sintetico dato dai nostri Fiduciari riveste un valore molto minore che non quello che può ricavarsi dagli elementi analitici riferiti nelle singole risposte del modulo di visita.

Varie**Contributo alla casistica delle forme neurosiche di pseudo-paralisi agitante post-traumatica**

Dott. ERNESTO ROGARI

*Assistente R. Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni di Roma.*

Il problema del rapporto eventualmente esistente fra un trauma e l'insorgenza di una paralisi agitante (o morbo di Parkinson) è tuttora lungi dall'essere risolto, benchè intorno ad esso abbiano espresso il loro parere numerosi studiosi di infortunistica. Il CIAMPOLINI, nel riassumere la bibliografia in proposito, nota come in 56 anni siano stati raccolti soltanto 42 casi di morbo di Parkinson d'origine sicuramente traumatica: troppo pochi davvero per poter dire una parola definitiva in merito a questo problema. Non è nostro intendimento, d'altronde, soffermarci su un tale argomento, avendo intenzione, in questa nota, di prendere in esame soltanto un particolare aspetto del problema in parola, quello riguardante, cioè, la difficoltà di diagnosi di una eventuale paralisi agitante post-traumatica, giacchè va sempre tenuto presente che alle volte, in seguito ad un trauma, può insorgere non un vero e proprio Parkinson ma un pseudo-Parkinson, espressione di una semplice neurosi a base puramente funzionale. Le forme neurosiche consecutive ad un infortunio, infatti, possono presentarsi con tale variata sintomatologia, da giungere qualche volta a mettere in discussione delle gravi affezioni organiche come, ad esempio, la paralisi agitante: il caso seguente, di recente osservazione, ci è sembrato sotto questo rispetto veramente caratteristico e pertanto degno di nota.

Si trattava di un individuo dell'età di 60 anni, nella cui anamnesi non figurava alcun fatto patologico preesistente, tranne che un unico episodio di disturbi gastrici da probabile ulcera duodenale guariti in seguito a sole cure mediche. Circa un anno prima l'epoca del mio esame, l'infortunato, mentre si trovava nell'interno di una vettura filobus, a causa di un forte urto cadde a terra, battendo, nella caduta, la nuca e la regione posteriore del collo contro la spalliera di un sedile. Ebbe una lipoimia durata circa mezz'ora: portato in un posto di Pronto soccorso gli furono praticati esami radiografici del tratto cervicale della colonna vertebrale e del cranio, i quali non misero in evidenza alcuna lesione ossea, tanto che fu dimesso con la diagnosi di « contusione della nuca » e con la prognosi « guaribile in giorni 8 s. c. ». Gli vennero concesse poi delle proroghe per « dolori alla nuca, giramenti di testa e disturbi visivi »; per circa 15-20 giorni, infatti, ebbe sempre cefalea continua, insonnia, impossibilità di ruotare il capo e senso di vertigine. Circa dieci giorni dopo l'incidente insorse un tremore localizzato alla mano e a tutto l'arto superiore destro, che più non scomparve, variabile però di intensità a seconda dello stato di tensione nervosa generale, dato che aumentava nei momenti di maggiore eccitazione ed anche di maggiore stanchezza muscolare. Unitamente al tremore, a causa del quale la funzionalità dell'arto e specie della mano erano in parte impediti, accusò anche in seguito diminuzione di appetito, senso di cefalea periodica specie nelle ore diurne, frequente insonnia ed un senso di vuoto che gli impediva di mantenersi in posizione eretta senza un appoggio e di camminare nel mezzo di una strada. Tali disturbi erano, a suo dire, tuttora persistenti.

All'esame obiettivo presentava: condizioni generali e stato di nutrizione buoni. Sensorio completamente integro. Colorito della cute e delle mucose roseo. Nulla a carico degli apparati linfoghiandolare e scheletrico. Polso ritmico, di frequenza aumentata (112). Nulla a carico del capo e del collo se si eccettui una limitazione nella estensione del capo sul tronco. Nulla di particolare al torace e all'addome. All'esame del sistema nervoso si notava una facies normale con mimica vivace; normali l'oculo-

mozione ed i movimenti dei muscoli innervati dai facciali; lingua animata da brevi tremori, trofica, sporta non devia; velopendolo bene sollevabile, ugola disposta medianamente; normale ripetizione delle parole di prova, non disartrie nè disfasie. Allo stato di riposo l'arto superiore destro è animato da un tremore tipicamente aritmico, ad oscillazioni talora piccole, tal'altra più ampie, comunque in genere irregolari. Durante una più lunga osservazione, ed a causa degli stimoli più vari, tale tremore acquista il carattere di vere e irregolari scosse cloniche o un tipo di oscillazione e di frequenza che ricorda il tremore intenzionale della sclerosi multipla: esso non si attenua mai durante i movimenti volontari sia spontanei che comandati. Ai movimenti passivi dello stesso arto si ha l'impressione di un aumento del tono muscolare ma, distraendo opportunamente il soggetto, si nota come, in realtà, tale aumento non sia permanente e comunque come esso, al pari del tremore, abbia carattere di irregolarità e di variabilità; talora si incontra più resistenza nell'estendere l'avambraccio sul braccio, talora nel fletterlo; talvolta si inizia il movimento in fase di normale tonicità poi ad un tratto compare l'ipertonìa. Alcune volte sembrerebbe accennarsi il fenomeno della troclea dentata (o segno di Negro), ma ci si accorge subito che anche questo è variabile, irregolare, inconstante e sopprimibile con la distrazione. I movimenti attivi sono possibili per quanto limitati dal tremore. Nulla a carico dell'arto superiore sinistro salvo un tremore ad arto proteso, che ricorda in minor grado ed intensità quello di destra. Trofismo, atteggiamento, mobilità passiva ed attiva degli arti inferiori, normali.

In posizione di Romberg, all'improvviso, istantaneamente il soggetto cade all'indietro; con la distrazione anche questo fenomeno si attenua. Quando egli cammina, si deve appoggiare ai mobili della stanza, altrimenti rischia di perdere l'equilibrio. Riflessi: achillei presenti ed uguali; rotulei vivaci, senza differenze tra i due lati; adduttori pronti bilateralmente; nessun riflesso patologico dell'alluce e delle altre dita del piede; cremasterici e addominali molto vivaci; faringeo, corneale e congiuntivale presenti; pupille bene reagenti alla luce e all'accomodazione; oculo-cardiaco normale; Erben positivo.

All'esame della sensibilità si nota che i vari stimoli vengono apprezzati meglio nella metà sinistra, con demarcazione netta nella linea mediana del corpo. Nulla di particolare a carico dei sensi specifici.

All'esame psichico si mostra bene orientato, con attenzione vigile, e rievoca con ogni particolare, con ordine e con precisione quanto lo riguarda. E' evidente la sua preoccupazione per gli esiti del sinistro.

All'esame elettrodiagnostico i nervi ed i muscoli dell'arto superiore destro non presentano alterazioni della eccitabilità elettrica; quando lo stimolo elettrico colpisce nervi e muscoli dell'arto si scatenano contrazioni, sussulti, tremori, indipendentemente dalla intensità dello stimolo, i quali si generalizzano con altrettanti sussulti in tutto il corpo.

La pressione arteriosa è risultata: massima 170 e minima 90. Nulla dall'esame delle urine; Wassermann, Meinicke e Kahn negative; azotemia: 0,42 per mille; glicemia: 0,94 per mille.

Riassumendo si può dire che ci trovavamo di fronte ad un soggetto che presentava i seguenti sintomi morbosi: uno spiccato tremore localizzato soprattutto al suo arto superiore destro, una sensibile ipertonìa muscolare, un certo grado di rigidità nucale, nonchè disturbi dell'equilibrio e soprattutto della deambulazione.

Per spiegarci un quadro patologico così complesso era da vedere per prima cosa se tutti i sintomi notati non fossero espressione di un'unica forma morbosa a base organica. Tralasciando, per brevità, di elencare quei criteri, piuttosto grossolani, che ci permisero di escludere parecchie affezioni del sistema nervoso diremo subito che ci ponemmo innanzi tutto il quesito se si poteva trattare o meno di una forma di paralisi agitante. E' noto, infatti, come le principali caratteristiche di tale malattia siano: l'ipertonìa muscolare con la rigidità del tronco e del collo, il tremore specie degli arti

superiori, una difficoltà nei movimenti attivi con modificazione dell'andatura ed, infine, dei fenomeni d'origine bulbare. Come si vede parecchi sintomi nel nostro caso collimavano, almeno apparentemente, con quelli di una vera e propria paralisi agitante e non vogliamo nascondere, infatti, che, in un primo momento, l'ipotesi che potesse trattarsi di una forma di Parkinson (di origine forse post-traumatica) fu da noi presa in considerazione. Un più attento esame, però, mise in risalto alcuni dati di notevole importanza. Innanzi tutto il tipo del tremore: esso nella paralisi agitante è a movimenti ritmici delle dita, assai lenti quasi sistematici, come intesi a gesti coordinati, cui si accompagnano ritmiche flessioni ed estensioni dell'articolazione del polso senza, invece, partecipazione della testa; detto tremore cessa o diminuisce allorché si inizia o si compie un determinato atto volontario. Nel nostro caso, invece, il tremore presentava oscillazioni sempre irregolari che acquistavano il carattere di vere scosse cloniche dietro stimolazione e che non si attenuavano mai durante i movimenti. Per questi suoi caratteri esso non era riportabile ad un tipo di tremore da alcoolismo (a piccole e rapide oscillazioni), nè tanto meno da delirium tremens (oscillazioni più ampie accompagnate da scosse e movimenti disordinati); era differente dal tremore senile (che è esteso a tutto il corpo e quindi anche alla testa e che aumenta durante i movimenti), dal tremore del morbo di Flaiani-Basedow (tipicamente vibratorio) ed anche dal tremore simulato che a lungo è motivo di fatica per cui produce maggiore frequenza del polso, aumento della pressione, arrossamento della faccia, ecc., ed è svelabile perciò con una attenta osservazione. Era invece più facilmente riportabile al tipo del tremore intenzionale, che può presentarsi sotto diverse forme e con sensibili variazioni grossolane.

Passando poi a considerare l'ipertonìa muscolare abbiamo già notato come essa si presentasse, nel nostro caso, irregolare e variabile. Nel morbo di Parkinson, invece, nell'esecuzione della prova di NEGRO (flettendo ed estendendo l'articolazione del gomito del malato) si ha l'impressione di un succedersi regolare di scosse o sussulti come se le superfici della troclea omerale e della grande cavità sigmoide dell'ulna fossero intercise da dentature; l'ipertonìa, poi, non viene esagerata dai movimenti passivi, anzi, dalla loro ripetizione, può restare momentaneamente attenuata. Nel caso in esame, invece, l'ipertono era irregolare, si instaurava talvolta improvvisamente dopo iniziato il movimento e risultava variabile specie facendo distrarre il paziente. Anche questo sintoma, pertanto, aveva dei caratteri prettamente funzionali e non poteva venire considerato quale segno di una alterazione organica extrapiramidale. L'apparente rigidità nucale, poi, presentata dal soggetto, non risultava dovuta a contrattura muscolare ma causata dal dolore che i movimenti di flessione e di estensione provocavano in corrispondenza delle vertebre cervicali contuse.

Restavano da prendere in considerazione i disturbi dell'equilibrio e della deambulazione. Evidentemente neppure essi avevano nulla a che vedere con quelli del morbo di Parkinson, nel quale c'è una modificazione nell'andatura, nel senso che il paziente cammina a piccoli passi ed a gambe lievemente piegate, ma questa è strettamente legata alla rigidità muscolare ed ha caratteristiche (propulsione, retropulsione, ecc.) difficilmente confondibili. Nel nostro caso, invece, quello che predominava era un netto disturbo dell'equilibrio che impediva la stazione eretta e la deambulazione senza un appoggio e che si metteva in evidenza con un Romberg spiccatamente positivo. Per quel che riguarda il Romberg, le nostre osservazioni furono assai precise: non riscontrammo, infatti, come di norma, la caduta del soggetto o all'avanti o all'indietro dopo un certo numero di oscillazioni, ma, costantemente, una istantanea caduta all'indietro che avveniva senza che intercorresse un sia pur brevissimo intervallo dal momento della chiusura degli occhi. Questo dato, unitamente a quello dell'attenuazione del fenomeno stesso con il far distrarre il soggetto, ci fece propendere per interpretare la positività del Romber più come segno di fenomeno nervoso da alterazione funzionale che come sintomo di una lesione vera e propria del sistema nervoso centrale. Tutti i disturbi dell'equilibrio, d'altronde, nel caso in esame, risul-

tarono influenzabili facendo distrarre il soggetto il quale riuscì, addirittura, una volta, mentre lo interrogavamo, ad infilarsi i pantaloni stando in piedi ed usufruendo di un minimo appoggio quale occorre a qualsiasi persona normale per eseguire tale atto. Egli d'altronde, se quando camminava andava rasente ai muri, era pure in grado, però, di attraversare la strada, dato che in quei momenti la sua attenzione era occupata unicamente ad evitare i pericoli del traffico.

Da questa rapida rassegna, nella quale abbiamo voluto riassumere soltanto i principali criteri diagnostico-differenziali, chiaro appare, come la diagnosi di paralisi agitante (di cui si sarebbe dovuto dimostrare poi l'origine post-traumatica) in un primo tempo ventilata, fosse completamente da scartare e come ci si trovasse, invece, di fronte ad un complesso di sintomi tutti puramente funzionali.

La nostra conclusione pertanto fu che l'infortunato presentasse non altro che una di quelle forme di vere e proprie neurosi così dette traumatiche, ma che meglio sarebbe chiamare, con il PISENTI «neurosi degli infortunati». Tale nostra convinzione veniva inoltre avvalorata dalla constatazione di trovarci di fronte ad un soggetto il quale presentava delle impronte a tipo isterico (caratteristica soprattutto quella della differente sensibilità tra le due metà del corpo) e tale pertanto da essere facilmente predisposto a questo genere di disturbi funzionali.

La caratteristica principale delle neurosi degli infortunati è quella di presentarsi con la sintomatologia la più varia, la quale alle volte, come nel nostro caso, può ricordare molto da vicino quella di vere e proprie affezioni organiche del sistema nervoso. La diagnosi differenziale, che pure spesso non presenta grande difficoltà, va però sempre tenuta presente, giacchè da un punto di vista infortunistico ha grande importanza stabilire con esattezza la vera natura dell'affezione conseguita al trauma. Nel nostro caso alcuni criteri, quale quello della sede del trauma e della presenza di sintomi apparentemente caratteristici del Parkinson, potevano, ad un esame superficiale, far emettere un giudizio di estrema gravità al fine della valutazione dei postumi. Una più attenta interpretazione dei sintomi stessi, invece, unitamente ad altri criteri collaterali, primo tra i quali quello dell'insorgenza della sintomatologia a tanta breve distanza dal trauma, permisero una più esatta valutazione del caso. L'infortunato, infatti, rivisto a distanza di tempo e dopo la liquidazione del danno, presentava una notevole attenuazione dei sintomi: risultavano decisamente migliorati i disturbi dell'equilibrio e della deambulazione e assai più buone erano le condizioni generali: permaneva soltanto, leggermente ridotto, il tremore all'arto superiore destro a cagione del quale parecchie funzioni, tra le quali quella della scrittura, apparivano un poco alterate. Anche questo miglioramento stava, così, ad escluderci che si fosse trattato di un caso di affezione organica in evoluzione, quale appunto una forma di paralisi agitante.

Nella vasta letteratura sulle diverse forme di neurosi traumatiche, sono già stati descritti alcuni casi simili a questo da noi osservato. Il SAND si è intrattenuto, al proposito, sui criteri diagnostici atti a svelare tali forme di pseudo-paralisi agitante di natura isterica, richiamando l'attenzione sul dato della precocità del tremore, sul tipo di esso (ad oscillazioni più ampie ed irregolari), sulla giovanile età del soggetto, sulla coesistenza di una peculiare fenomenologia isterica, ecc. Casi di neurosi presentanti soprattutto un tremore che poteva ricordare quello della paralisi agitante li hanno visti anche il CIAMPOLINI e, stando alla sua citazione, il VIBERT e il MORSELLI. Nel caso in esame le analogie tra le due forme morbose (paralisi agitante e pseudo-paralisi agitante) sono risultate ancora più spiccate, e pertanto esso si prestava, oltre che ad arricchire la scarsa casistica di una forma così complessa di neurosi, ad alcune considerazioni d'ordine infortunistico non prive di un certo interesse.

Il problema più assillante che si presenta, infatti, da risolvere nella valutazione di queste forme neurosiche è quello della loro indennizzabilità. Negli ultimi tempi l'opinione degli studiosi medico-legali (BIONDI, MENESINI, PISENTI, GRAVEN, ecc.) si è sempre più orientata verso il concetto di negare alle forme di natura puramente funzio-

nale, l'entità di postumi a carattere permanente, tali da incidere in maniera definitiva sulle capacità lavorative dell'infortunato e inevitabili di essere, quindi, comunque risarciti. Questo criterio di massima, che mira a stroncare sul nascere tante di quelle forme morbose che in vista dell'indennizzo vengono, coscientemente o no, smisuratamente ingigantite, è risultato, all'atto pratico, effettivamente giusto, in quanto a distanza di tempo e dopo la liquidazione del danno la quasi totalità di tali affezioni guarisce nella maniera più completa; pur tuttavia in alcuni casi, come ad esempio in quello di cui ci stiamo occupando e nel quale, pur trattandosi di una forma esclusivamente nevrosica, la sintomatologia si presentava tanto conclamata e bene obbiettivabile, tale criterio risulta invero di difficile applicazione. Diremo subito che nel caso in esame, date appunto le sue particolari caratteristiche, noi non ritenemmo opportuno seguire un indirizzo di assoluta intransigenza e concedemmo un risarcimento a titolo di invalidità permanente, di entità però, come diremo in seguito, piuttosto ridotta. Il convincimento di avere rettamente giudicato ci è stato fornito dalla constatazione che, a distanza di circa un anno e mezzo dalle nostre prime indagini peritali e dopo un congruo periodo di tempo dalla liquidazione dell'infortunio, il soggetto, pur dimostrandosi evidentemente migliorato, presentava sempre alcuni chiari deficit che ne menomavano la capacità lavorativa. Non è facile prevedere l'ulteriore evoluzione della forma morbosa: certamente però non è lecito prognosticare una guarigione completa, tenendo conto soprattutto della notevole persistenza di alcuni disturbi; e comunque non si può non riconoscere che un danno vi fu, oltre a quello della temporanea inabilità, e che sarebbe stato ingiusto non averlo riconosciuto, pur nel suo limitato valore.

Il criterio dell'indennizzabilità o meno delle forme nevrosiche si riallaccia precipuamente al criterio inerente la loro guaribilità. Ora, seppure le statistiche ci dicono che la maggior parte delle neurosi degli infortunati guariscono completamente dopo la liquidazione del danno, esse ci dimostrano contemporaneamente che nella grande maggioranza di detti casi si tratta di affezioni caratterizzate da fenomeni subbiettivi limitati al noto tripode « cefalea, insonnia e facile stancabilità » e non da segni clinici bene obbiettivabili, tranne i soliti lievi tremori delle dita protese o delle palpebre chiuse. E' opportuno pertanto attentamente distinguere caso da caso, e soprattutto fondare il giudizio sull'entità dei fenomeni patologici effettivamente e durevolmente obbiettivabili, onde poter discernere quegli eventi che fanno eccezione alla norma. Per quel che riguarda poi il *quantum* con cui valutare queste forme nevrosiche così complesse, come quella di cui ci stiamo occupando, abbiamo già accennato come l'indennizzo vada comunque limitato nell'entità; aggiungeremo inoltre che errato sarebbe voler valutare tutti i sintomi uno per uno a seconda dei deficit che essi provocano a carico dei singoli apparati od organi: la neurosi traumatica, pur nella sua più variabile e variata sintomatologia, costituisce una affezione unica e come tale deve essere giudicata rispetto alla minorazione lavorativa da essa prodotta. I vari Autori, infatti, che hanno ammesso l'indennizzabilità di tali forme morbose hanno ritenuto sempre che il criterio da seguire fosse quello di concedere una certa indennità per l'affezione in sé e per sé, senza calcolare le effettive apparenti capacità lavorative residue in ogni singolo caso. Il BRISSAUD ritenne così equa una indennità del 5-10 %, l'OETTINGER propose il 10-15 %, il PROSPERI ammise fino ad un massimo del 15 % e, più recentemente di tutti, il DIEZ concluse per l'11-20 %. In questi tassi proposti viene tenuto conto di ogni possibile miglioramento futuro e molte volte non si arriva a concedere che la somma, come molto giustamente osserva il PROSPERI, che dovrebbe essere corrisposta per inabilità temporanea dal momento in cui si fa la liquidazione all'epoca in cui si presume che si verifichi, dopo di essa, la scomparsa o la notevole attenuazione dei sintomi nevrosici. Concludendo diremo che, anche secondo il nostro parere, un indennizzo a titolo di permanente inabilità dovrebbe venir concesso solo in quei casi in cui la manifestazione morbosa fosse in atto con notevoli sintomi clinici non solo subbiettivi ma anche obbiettivi, ed il cui nesso, sia pure indiretto, con il fatto traumatico fosse molto chiaro, e la cui entità, infine, fosse tale da menomare effettivamente le capacità lavorative del-

l'infortunato; il massimo da concedere nei più gravi di questi casi non dovrebbe mai oltrepassare il 15-16 % della totale capacità lavorativa.

A proposito di questi eventi non sarà facile, inoltre, alle volte, sapersi regolare rispetto alla determinazione della durata dell'inabilità temporanea parziale o totale cui essi possono aver dato luogo. Si osserva generalmente, al proposito, che la sintomatologia sulla quale si è chiamati a giudicare in molti di tali casi si è instaurata a breve distanza dall'episodio traumatico e si è mantenuta inalterata fino al momento della liquidazione del danno o poco dopo di esso, per poi attenuarsi progressivamente fino a scomparire talvolta in modo più o meno completo. Da ciò il concetto che la valutazione del danno va fatta il più presto possibile sia nell'interesse dell'infortunato, il quale troverà, come giustamente osserva il GRAVEN, in un pronto rinvio al lavoro il più proficuo intervento terapeutico, sia nell'interesse di chi deve pagare l'indennizzo giacchè sono forme morbose, queste, che non si attenuano nè tanto meno scompaiono spontaneamente con il trascorrere del tempo fintanto che non si provveda alla liquidazione del danno. Tale criterio dovrebbe essere seguito, pertanto, senz'altro in regime di assicurazioni obbligatorie o di polizze assicurative private sia individuali che cumulative. In quei casi, però, di responsabilità civile, nei quali il perito di ufficio deve spesso giudicare a grande distanza di tempo dall'evento, sulla base di una lunga storia di disturbi neurosici, egli si troverà nella difficoltà di definire la durata della inabilità temporanea assoluta e parziale. E' comprensibile come in tali evenienze non si potrà negare un indennizzo a questo titolo; esso andrà limitato, però, entro i confini del giusto e si dovrà tener conto, altresì, della durata di tale riconosciuta inabilità temporanea nei rispetti della liquidazione della permanente.

Secondo questi criteri, abbiamo giudicato infatti, il nostro infortunato, per il quale la indennità da noi valutata, dato il complesso notevole dei disturbi, si aggirò intorno alle più alte delle suddette cifre percentuali (15 %), e dalla osservazione catamnestica del caso c'è venuta la convinzione che se negare il danno sarebbe stato ingiusto, altrettanto sbagliato sarebbe risultato aver concesso una indennità maggiore. Il caso ci è sembrato pertanto degno di menzione non soltanto per il problema diagnostico che aveva suscitato e per la rarità della sindrome presentata, ma anche perchè esso si prestava, oltre a tutto, a ribadire alcuni concetti sulla valutazione infortunistica delle neurosi degli infortunati, valutazione che è ancora oggetto di tante discussioni nella prassi medico-legale.

## Notiziario

### **Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni.**

Presso la Segreteria della R. Università di Roma sono aperte le iscrizioni alla Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni, diretta dal Prof. Giuseppe Moriani ed alla quale collaborano attualmente i più apprezzati cultori di Medicina Legale, di Assicurazione e di Previdenza.

Alla fine del primo ed alle fine del secondo anno gli iscritti dovranno sostenere un esame concernente le rispettive materie di insegnamento. La scuola che ha la durata di un biennio avrà inizio il 15 novembre 1942; le iscrizioni si ricevono fino al 5 novembre 1942-XXI.

### **Diplomi conseguiti.**

I nostri colleghi dell'I.N.A. dott. Fausto TOSTI-CROCE e dott. Oronzo GUSTAPANE, hanno brillantemente conseguito il Diploma di Specialista di Medicina Legale e delle Assicurazioni il primo nella R. Università di Roma ed il secondo in quella di Bari.

**Cause di morte dei sinistri dell'I. N. A. nei Portafogli con visita medica  
esaminati dal Servizio Sanitario durante il 1940-XVIII**

CAUSE DI MORTE	DIRETTO E PRECOSTITUITO TAGLIO DI CAPITALI				COLLETTIVE TAGLIO DI CAPITALI			
	fino a L. 20.000	da L. 20.001 a L. 99.999	oltre L. 100.000	Totale	fino a L. 20.000	da L. 20.001 a L. 99.999	oltre L. 100.000	Totale
Ogni forma di t.b.c. . . . .	97	38	—	135	3	2	—	5
Altre malatt. infett. e parassit.	99	41	8	248	3	—	—	3
Tumori . . . . .	234	91	8	333	23	8	1	32
Apoplexie, trombosi . . . . .	160	44	8	212	6	6	1	13
Malattie del sistema nervoso .	47	12	1	60	1	3	—	4
Malattie dell'apparato circolat.	352	127	32	511	22	18	—	40
Malattie dell'apparato respirat.	247	112	11	370	8	2	—	10
Malattie dell'apparato digerente	167	71	19	257	5	2	—	7
Malatt. dell'app. genito-urinario	127	56	8	191	15	5	—	20
Suicidi . . . . .	40	13	1	54	1	1	—	2
Morti violente e accidentali .	69	35	7	111	9	7	1	17
Altre cause di morte . . . . .	170	63	6	239	20	6	1	27
<b>TOTALI . . . . .</b>	<b>1.809</b>	<b>703</b>	<b>109</b>	<b>2.621</b>	<b>116</b>	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>180</b>

**Cause di morte dei sinistri dell'I. N. A. nei Portafogli con visita medica  
esaminati dal Servizio Sanitario durante il 1941-XIX**

CAUSE DI MORTE	DIRETTO E PRECOSTITUITO TAGLIO DI CAPITALI				COLLETTIVE TAGLIO DI CAPITALI			
	fino a L. 20.000	da L. 20.001 a L. 99.999	oltre L. 100.000	Totale	fino a L. 20.000	da L. 20.001 a L. 99.999	oltre L. 100.000	Totale
Ogni forma di t.b.c. . . . .	108	26	—	134	76	11	1	88
Altre malatt. infett. e parassit.	79	34	2	115	32	—	—	32
Tumori . . . . .	229	110	26	365	25	5	—	30
Apoplexie, trombosi . . . . .	132	40	7	179	3	5	2	10
Malattie del sistema nervoso .	36	19	2	57	—	2	—	2
Malattie dell'apparato circolat.	396	149	32	577	26	5	1	32
Malattie dell'apparato respirat.	199	89	9	297	34	11	1	46
Malattie dell'apparato digerente	145	72	8	225	34	9	—	43
Malatt. dell'app. genito-urinario	132	51	4	187	10	3	—	13
Suicidi . . . . .	31	6	2	39	1	4	—	5
Morti violente e accidentali .	206	113	10	329	16	24	2	42
Altre cause di morte . . . . .	165	51	9	225	8	9	—	17
<b>TOTALI . . . . .</b>	<b>1.858</b>	<b>760</b>	<b>111</b>	<b>2.729</b>	<b>265</b>	<b>88</b>	<b>7</b>	<b>360</b>

Note ed appunti

## L'ANDAMENTO DI ALCUNE MALATTIE NELL'ULTIMO CINQUANTENNIO.

Dal « Compendio Statistico Italiano 1941 » pubblicato recentemente, si ricavano alcune notizie molto interessanti riguardanti l'andamento della mortalità di alcune malattie nell'ultimo cinquantennio. Appare evidente una netta diminuzione delle morti per difterite e croup, malaria e cachessia palustre e pellagra; mentre per le malattie del cuore e del pericardio si registra un sensibile aumento, che in parte va scontato con l'inclusione dal 1932 in poi, dei morti per angina pectoris. Così la malaria che negli anni 1887-89 presentava una mortalità di 595 morti per un milione di abitanti si è mantenuta attorno ai 400 morti sino al 1900 scendendo sensibilmente negli anni successivi fino alla cifra di 11 morti per un milione nel 1940. Il magnifico risultato si deve attribuire alle grandi bonifiche agrarie eseguite dal Regime e alla legge di distribuzione gratuita del chinino.

Rilevante è la diminuzione dei morti per difterite e croup nell'ultimo cinquantennio e basta guardare alle seguenti cifre. Nel periodo 1887-1889 si verificarono 825 morti per un milione di abitanti; 81 nel 1920-1922; 61 nel 1938; 54 nel 1940. La terribile malattia fu debellata dalla prodigiosa scoperta della sieroterapia antidifterica e dalle migliorate condizioni igienico-economiche delle classi meno abbienti. Ma un'altra malattia endemica — la pellagra — è sulla via della totale scomparsa. Infatti, nel 1887-1889, i casi di decesso per pellagra raggiungevano 115, segnando di seguito una progressiva diminuzione che viene dimostrata dalle seguenti cifre; nel 1902-1904 75 morti per un milione di abitanti; nel 1908-1910, 40; nel 1914, 16; nel 1940, 1; ciò significa che la mortalità per tale malattia non esiste più praticamente.

Per le malattie del cuore e del pericardio, come si è detto, si registra il fatto inverso, cioè un aumento progressivo di anno in anno. Nel periodo 1887-1889 si verificarono 1389 morti per un milione e questa cifra è cresciuta a 1834 nel 1910; a 2073 nel 1917; a 1648 nel 1938; a 1836 nel 1940. A parte il fatto dell'inclusione come sopra si è detto dell'angina pectoris nelle malattie di cuore, l'aumento va attribuito alle condizioni della vita moderna più tumultuosa e piena di emozioni che agisce come un corrosivo del sistema nervoso e dell'apparato circolatorio.

## ACIDO PARA-AMINO-BENZOICO (VITAMINA H').

Oggetto di una grande discussione, di cui si è fatto eco « Annali d'Igiene » nel n. 7 di quest'anno 1942, è la nuova vitamina H' contenuta nell'acido para-amino-benzoico, scoperto fino dal 1863 ma soltanto di recente messa in evidenza e studiata da Wols e da Kuhn per le sue straordinarie proprietà attivanti sulla vita dei batterii. Allo stato attuale è la vitamina più attiva che si conosca ed infatti manifesta la sua azione nello sviluppo dei batteri e dei lieviti fino a diluizioni estreme in un rapporto di 1 : 100.000.000.000, ossia in quantità appena valutabile. E' sorprendente però che se il contenuto di essa scende molto al disotto del limite minimo indicato, lo sviluppo dei batteri si arresta del tutto. Queste importanti acquisizioni sono state superate da altre nuove scoperte fatte dagli AA. sopra ricordati circa l'azione curativa dei sulfamidici nelle malattie batteriche dato che i sulfamidici debbono considerarsi un derivato dell'acido para-amino-benzoico.

I sulfamidici che derivano proprio dalla formula dell'acido para-amino-benzoico attraverso l'acido sulfanidico con la catena laterale  $\text{SO}_2 \text{H}_2$  riescono ad esercitare la loro azione di arresto sui batteri in quanto, a contatto dell'acido para-amino-benzoico, destinato alla protezione ed allo sviluppo dei batteri stessi lo spostano dal gruppo molecolare e fermano, con questo meccanismo, lo sviluppo dei batteri stessi che non possono nutrirsi. Pertanto non si tratta di un'azione battericida dei sulfamidici, come si è sospettato, ma di una azione batterio-statica per un vero antagonismo, che, malgrado la grande simiglianza di struttura, viene a verificarsi tra i prodotti dei due elementi. Ed infatti l'acido para-amino-benzoico dà con il supporto proteico dei batteri

dei prodotti instabili e reversibili che per tali motivi, consentono anzi attivano, la nutrizione e lo sviluppo dei batteri mentre l'acido sulfanidico ed i sulfamidi danno prodotti stabili che impediscono la nutrizione dei batteri: questi dunque muoiono, non perchè intossicati *ma per fame*.

Altre proprietà vengono riconosciute alla vitamina H' e precisamente quella anticanutizzante, così come è stato annunziato da Marting che ha visto ripristinare, il colore delle chiome in 69 uomini e donne incanutiti precocemente mediante l'uso dell'acido para-amino-benzoico. Queste ricerche però non sono state confermate, considerandosi l'acido pantotenico come fattore anticanizie. Lo studio degli AA, ha rivelato ancora molte affinità e contrasti con altre vitamine del gruppo H, dell'acido pantotenico e vitamina B<sup>2</sup> ma le ricerche sono in così rapida evoluzione che non permettono giudizi definitivi; soltanto ci danno nuove ed importanti prospettive nel campo della biologia e della medicina così inattese ed insospettite da farci pensare ad una scienza romanziata.

#### LE VITAMINE NELLA DIETETICA.

Se il valore nutritivo degli alimenti è dato dal valore dei componenti alimentari di cui dispone una sostanza e cioè dalla quantità di proteine, grassi e idrati di carbonio e dalla quantità dei sali, dipende pure dal contenuto vitaminico. Questo contenuto non è sempre costante ma variabile in uno stesso cibo. Così ad esempio il contenuto di vitamina A, secondo Munzerr nel latte che oscilla dai 10 a 30 unità raito in 100 gr. varia a secondo della razza della vacca, del periodo di allattamento e soprattutto della quantità di vitamina A che la vacca riceve per il proprio nutrimento. Il latte di vacche al pascolo è più ricco di vitamina A del latte di vacche alimentate nella stalla. Il contenuto di vitamina A nelle uova, varia con il variare di vitamina A contenuta nella dieta delle galline. Sono state studiate le variazioni del contenuto di vitamina C nelle frutta e nella verdura che sono in rapporto con le varietà, con la durata dell'esposizione al sole con la stagione e con il periodo del raccolto. E' stato constatato che le verdure perdono la loro vitamina C molto rapidamente, appena cessata l'attività delle cellule destinate alla crescita in modo che esse contengono una quantità di vitamina C molto maggiore al momento della raccolta che non al momento della vendita al mercato donde la necessità di consumare prodotti freschi appena raccolti e mai stagionati. (Da « Rivista di Medicina Aeronautica », n. 2, 1942, Roma).

#### LA DURATA DELLA VITA.

E' nozione comune che esiste una durata specifica per le piante come per gli animali e di questo problema si è specialmente occupato I. Wagner-Juagger come leggiamo in « Svastica », n. 14, 1942. La durata media della vita umana è cresciuta, in questi ultimi decenni di un indice piuttosto notevole e si attribuisce l'aumento alla diminuita mortalità infantile, che proprio in questi ultimi decenni è stata efficacemente combattuta. Fattori di ordine ambientale ed alimentare stanno a determinare la durata individuale della vita. Secondo gli AIA, sopradetti, i fattori ambientali esercitano un influsso prevalente nella prima metà della vita; mentre sono i fattori ereditari che prendono il sopravvento nella seconda metà. Si è constatato che l'età del genitore che dev'essere maturo, non deve aver superato un certo limite, rappresentando questo, secondo l'A. tedesco, un coefficiente importante perchè il figlio possa vivere a lungo.

#### L'ACCRESIMENTO DELLA DURATA DELLA VITA UMANA.

Secondo le ultime pubblicazioni dell'Ufficio di Statistica della Svizzera la durata media della vita umana, dal 1870 ad oggi, è cresciuta di venti anni grazie ai progressi dell'igiene. Infatti la durata media oscillava sui quaranta anni per gli uomini e sui quarantasei per le donne, e queste medie, già alla fine del secolo erano risalite rispettivamente a quarantanove e cinquantadue anni. Inoltre nell'ultimo trentennio si

è ottenuto un ulteriore rialzo, per gli uomini si arriva ad una media di sessanta anni e per le donne sessantaquattro anni. Questo notevole accrescimento è dovuto anzitutto al forte regresso della mortalità infantile neutralizzato in alcuni paesi dal sensibile regresso generale delle nascite. Altra causa del prolungarsi della vita umana è la lotta contro la tubercolosi che ha dato ovunque sia stata ingaggiata grandi risultati. Da notare che le statistiche pubblicate in Germania e negli Stati Uniti concordano con quelle della Svizzera. (Dal « Giornale di Clinica Medica », n. 9, 1942).

#### LA PROTEZIONE DELLA SALUTE DELLA GIOVENTÙ IN FRANCIA.

Il segretario per la gioventù in Francia ha creato recentemente un servizio di vigilanza medica. Tutti i giovani subiranno almeno una volta l'anno, una visita medica obbligatoria, perchè possano essere accertate le loro condizioni di salute. All'uopo il paese verrà diviso in Regioni ed in ciascuna di esse sarà inviato un medico generale scelto tra i professionisti, più qualificati, il quale sceglierà a sua volta, tra i suoi colleghi, quelli che riterrà più idonei ad eseguire le visite mediche sia nelle città che nei villaggi. (Dal « Giornale di Clinica Medica », n. 9, 1942).

#### UN SANGUE ARTIFICIALE.

Si tratterebbe della scoperta fatta in Germania di una composizione chiamata « sangue artificiale » che per gli esperimenti già eseguiti avrebbe dimostrato di servire magnificamente nelle immediate trasfusioni atte a salvare la vita umana. Consisterebbe in una gelatina colloidale contenente ematine in soluzione pura e colloidale. Negli interventi sono necessarie appena piccole quantità di tale prodotto per ottenere degli utili effetti e non occorre neppure accertare a quale gruppo sanguigno appartengano gli individui. Il nuovo sistema è tanto più pregevole in quanto eviterebbe i pericoli di una eventuale embolia. G.

### Dalla Gazzetta Ufficiale: leggi, decreti e ordinanze

*Decreto Min. 17 settembre 1942 (G. U. n. 224).* — Approvazione di alcune tariffe di assicurazione di vita umana presentata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

*Decreto Min. 17 settembre 1942 (G. U. n. 225).* — Approvazione di alcune nuove tariffe di assicurazione, presentate dalla S. An. « Praeventia » con sede a Roma.

*Decreto Min. 17 settembre 1942 (G. U. n. 225).* — Approvazione di due nuove tariffe di assicurazione presentate dalla Soc. An. « Riunione Adriatica di Sicurtà » con sede in Trieste.

*R. Decreto 12 maggio 1942, n. 974 (G. U. n. 211).* — Autorizzazione al Comune di Giarre-Riposto in Provincia di Catania ad assumere la denominazione di Jonja.

*Decreto Min. 22 agosto 1942 (G. U. n. 211).* — Approvazione di una nuova tariffa di assicurazione presentata dalla Soc. An. « Riunione Adriatica di Sicurtà » con sede in Trieste.

*R. D. 4 giugno 1942, n. 803 (G. U. n. 184).* — Integrazione del *R. Decreto 10 gennaio 1942, n. 308*, concernente la istituzione di « Una Sezione » per l'alimentazione in seno al Consiglio Superiore di Sanità.

*Decreto Min. 19 giugno 1942 (G. U. n. 148).* — Approvazione di una tariffa di assicurazione da adottarsi da tutte le Compagnie private, che esercitano l'assicurazione sulla vita del Regno.

*R. Decreto 4 maggio 1942, n. 606 (G. U. n. 140).* — Modificazione allo Statuto della Associazione Italiana Fascista per l'Igiene con sede in Roma.

*Ministero della Marina (G. U. n. 171).* — Concorso a 25 posti di tenente medico in servizio permanente effettivo nel Corpo Sanitario Militare Marittimo.

*Decreto Min. 14 luglio 1942 (G. U. n. 169).* — Approvazione di una nuova tariffa di assicurazione presentata dalla Soc. An. « Assicurazione Generale » con sede a Trieste.

*Ministero delle Corporazioni (G. U. suppl. n. 143, 18 giugno 1942):* — Concorso per esame a tre posti di Ispettore di 3<sup>a</sup> classe (grado 10° Gruppo A) del Ruolo dell'Ispettorato Corporativo tra i laureati in medicina e chirurgia.

*R. Decreto 26 luglio 1942, n. 917 (G. U. n. 200).* — Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 19 gennaio 1942, n. 22, concernente l'istituzione dell'Ente Nazionale Fascista di Previdenza ed Assistenza per i dipendenti Statali.

*Decreto del Duce del Fascismo, Capo del Governo 4 luglio 1942 (G. U. n. 182).* — Mobilitazione civile delle Agenzie del Regno dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

*Decreto Min. 15 luglio 1942 (G. U. n. 185).* — Autorizzazione della Soc. An. Italiana contro gli infortuni « Anonima Infortuni » con sede a Milano ad esercitare l'assicurazione nel ramo malattie.

*R. Decreto 23 aprile 1942, n. 640 (G. U. n. 146).* — Riconoscimento giuridico ed approvazione dello statuto del Sindacato Nazionale Fascista degli Attuari.

### Dai Periodici

*Annali d'Igiene, n. 2, 1942, Roma.*

FOSCHINI-TALENTI, *Il contenuto di anidride carbonica del latte e sue variazioni a seguito del trasporto e dei più comuni trattamenti termici di riscaldamento.*

Gli AA. dopo aver studiato le variazioni CO<sub>2</sub> che il latte fornito da animali latte-produttori della campagna romana subiscono per effetto della mungitura, dei trasporti e dei più comuni trattamenti termici del riscaldamento, pongono in raffronto i risultati conseguiti concludendo che l'ebollizione da luogo ad una perdita di CO<sub>2</sub> del 10% circa.

G.

*Idem, n. 7, 1942, Roma.*

DAVOLI, *Appunti di epidemiologia dell'influenza.*

L'A. dopo aver rilevato la storia delle passate epidemie dell'influenza il cui carattere dominante in Europa dal 1935 in poi è stato quello della successione ad anni alterni, segnala la difficoltà di avere notizie statistiche precise sull'argomento mancando ancora una vera definizione dell'entità morbosa ed essendo stato introdotto da poco tempo l'obbligo della denuncia. A spiegare la regolare successione delle pandemie avute in questi ultimi 15 anni l'A. prospetta l'ipotesi che esso trovi i suoi motivi nella progressiva diminuzione del quoziente immuno-recettivo della popolazione a mano a mano che si allontana la più recente ondata epidemica.

G.

*Annali di Medicina Navale e Coloniale, n. 7, 1942, Roma.*

DELLA MONACA, *I metodi moderni di studio e di controllo del clima e del micro-clima e le recenti acquisizioni in materia.*

Viene studiata ai fini della biologia umana, l'azione dell'ambiente sul benessere termico, espressione questa, che vuole indicare il complesso di sensazioni favorevoli determinate dalla cessione all'ambiente del calore derivante dalle ossidazioni intra-organiche, e vengono descritti e passati in rassegna gli apparecchi ed i congegni più delicati che sono stati usati per l'esatta valutazione di questi fenomeni, come il catatermometro di Hiss, il globo-termometro di Veron, il frigometro di Dorn, il psicometro, ecc. L.A., segnalando la grande importanza che spetta all'irradiazione sul benessere termico, si occupa dell'influenza delle pareti delle case su di esso, che è in rapporto alla costruzione, composizione, conducibilità e permeabilità dei materiali di costruzione, oltre che con l'orientamento, il soleggiamento e la ventilazione. Ne consegue che tra i vari sistemi di riscaldamento dell'abitazione sono preferibili

quelli a pannelli irradianti che, riscaldando meno l'aria e più le pareti, somministrano agli esseri viventi, calore più confortevole ed appropriato.

**Archivio di Psicologia Neurologia Psichiatria e Psicoterapia**, n. 2, 1942, Milano. G.  
ZUNINI, *Sessualità e personalità*.

L'A., che ha passato in rassegna la biologia e psicologia della sessualità, ne rileva l'intimo nesso con la personalità. Discutendo le diverse teorie che vedono nella sessualità il fattore decisivo della personalità, l'A. dimostra l'insufficienza della teoria. G.

**Archivio Italiano di Scienze Mediche e di Parassitologia**, n. 2, 1942, Roma.  
PERPIGNANO, *Sulla sifilide congenita tardiva*.

La malattia può assumere le più svariate forme morbose ed interessare, oltre l'apparato di rivestimento ed i suoi annessi, tutti gli altri organi dell'economia con sintomi e quadri talvolta insospettabili. L'A. nel rilevare questa proteiforme patologia illustra alcuni casi caduti sotto la sua osservazione apportando utili contributi alla conoscenza dell'argomento.

Idem, n. 3, 1942, Roma. G.

CANNAVÒ, *I tre segni clinici di Castellani nella diagnosi di colite amebica*.

Esaminando 224 infermi affetti da sindromi dissenteriformi l'A., mediante il confronto con il reperto coprologico, ha notato che detti segni si hanno esclusivamente nelle forme di indubbia etiologia amebica mentre mancano nelle altre forme. G.

**Assicurazioni**, n. 2, 1942, Roma.

CASTELLANI, *Orientamenti e sviluppi dell'assicurazione privata malattie*.

L'A. proseguendo le sue indagini sull'argomento già pubblicato nei numeri precedenti della Rivista, presenta diverse tabelle statistiche intese a stabilire i coefficienti del costo medio annuale per capita nel costo dell'assicurazione malattie da cui si traggono gli elementi per la determinazione del premio da corrispondere. Lo studio si chiude con una larga rassegna di quanto è stato attuato nei diversi paesi, specialmente in Germania, negli Stati Uniti d'America, in Gran Bretagna, con un particolare accenno alla situazione, in Italia, di questa assicurazione che appena da poco tempo è entrata in uno sviluppo integrale, per iniziativa dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e della Società collegata « Praeventia » con l'emissione di una apposita polizza, che può avere durata quinquennale oppure decennale.

**Assicurazione Italiana (L')**, n. 6, 1942, Roma. G.

COSTANTINI, *L'assicurazione del rischio guerra-vita*.

L'A. dopo aver rilevato che in materia bisogna concedere alla compagnia un margine di tranquillità nell'assunzione del rischio e che d'altra parte si rende necessario limitare la misura della contribuzione a carico del contraente, espone un sistema personale, inteso alla conciliazione dei punti in contrasto.

**Assistenza Sociale (L')**, n. 4, 1942, Roma. G.

FIORETTI, *Valutazione del danno nel neoplasma infortunio*.

L'A. riferendosi ad una perizia medico-legale del Pellegrini, su un infortunato colpito, durante il biennio del sinistro, da un epitelioma cutaneo ulcerato in sede di cicatrice, e liquidato con un indennizzo del 10 %, discute ed accoglie i principi base della discussione medica fondata da una parte sulla consensualità coattiva tra gli arti inferiori e dell'altra sul miglioramento postumo, che dev'essere intrinseco e non subordinato a speciali eventi di esito incerto.

G.

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

MORI, *La revisione della tabella per la misura dell'indennità infortuni in agricoltura.*

L'A. riferendosi alla recente convenzione interconfederale del 21 aprile 1942 con la quale sono state determinate le nuove misure delle indennità spettanti, per gli infortuni in agricoltura, ne loda lo spirito innovatore ed auspica l'attesa riforma di tutta la Legge sugli infortuni agricoli, vecchia dal 1917 ed ormai sorpassata.

G.

**Athena**, n. 4, 1942, Roma.

STANHOPE, *L'azione del timo nella congiuntivite primaverile.*

L'A. prendendo spunto da un caso di congiuntivite primaverile di un bambino caduto sotto la sua osservazione, e presentatosi dopo l'applicazione radiologica nella regione del timo, per ipertrofia del timo, ha fatto delle ricerche intese a stabilire dei rapporti fra il timo e la malattia, e per quanto i casi trattati siano poco numerosi, i risultati, finora ottenuti, sono molto promettenti.

G.

**Idem**, n. 5, 1942, Milano.

MUCCHI-LURIANI, *Ricerche statigrafiche nelle forme tumorali mediastiniche e paramediastiniche.*

Vengono illustrati alcuni casi di affezioni mediastiniche, studiati con lo scopo di dimostrare le possibilità pratiche di quest'ultima tecnica nel campo della sindrome mediastinica.

G.

**Idem**, n. 6, 1942, Milano.

VALENTI, *Il problema termale dal punto di vista scientifico e pratico in tempo di pace ed in tempo di guerra.*

L'A. tratta del meccanismo di azione delle acque minerali usate per bagni e dimostra che non è assolutamente possibile dubitare della complessa attività farmacologica e terapeutica di queste acque, sia per uso idropinico, che per uso balneare: rileva come sia ancora da risolvere il problema dell'invio di masse a dette cure, sia in tempo di pace che di guerra, accennando alle principali forme mediche e chirurgiche, che possono trarre utilità da tale trattamento.

G.

**Atti dell'Accademia Medica Lombarda**, n. 8, 1942, Milano.

VERCELLI, *Alcune considerazioni sulle conseguenze tardive dei traumi cranici e spinali.*

L'A. esposto il problema clinico nelle sue linee generali, per quanto riguarda la clinica e la medicina legale, espone le modalità diverse dei traumi cranio-cerebrali, differenza che è fondata sulla natura dei processi lesionali, sulla loro evoluzione, sulla frequenza delle complicazioni tardive e sull'epoca delle loro comparse. Tenuti presenti questi fatti tardivi, l'A. insiste sulla necessità di uno studio sistematico dei traumatizzati e del loro adeguato trattamento preventivo e curativo in Centri specializzati.

G.

**Atti della R. Accademia dei Fisiocritici in Siena e Studi della Facoltà Medica Senese**, n. 3, 1942, Siena.

BASSI-LENZI, *Tossicosi sperimentale di para-fenole di amina (para).*

I risultati ottenuti dagli AA. e da altri permettono di affermare la tossicità della para introdotta sia per via percutanea che sottocutanea o endoperitoneale e che gli organi maggiormente lesi sono i polmoni ed il fegato: in grado minore, i reni con manifestazioni precoci e tardive.

G.

**Avvenire Ostetrico (L')**, n. 3, 1942, Napoli.

G. C., *Crisi della scuola e pletora delle ostetriche. - A proposito della vitalità dei due sessi. - Diagnosi retrospettiva dell'aborto. - La pagina nipiologica.*

**Avvenire Sanitario (L')**, n. 18, 1942, Milano.

*Il traffico aereo nella diffusione delle malattie infettive esotiche. - Il ricovero d'urgenza ospedaliero. - Le razioni e le esigenze dietetiche degli ammalati. - Demografia. - Un medico condotto del '400: Saladino Fenio pugliese.*

**Bibliografia Medico-Biologica**, n. 4, 1942, Roma.

Il fascicolo contiene un notiziario del mondo medico-biologico con il riassunto di una riunione della Sezione Emiliana della Società Italiana di gastro-enterologia presieduta dal Gamberini ed una parte bibliografica attinente ai diversi capitoli di medicina, chirurgia, biologia, veterinaria e storia della medicina.

G.

**Biochimica e Terapia Sperimentale**, n. 3, 1942, Perugia.

COMI, *La concentrazione del sangue e l'eliminazione del sulfamide per via endotracheale.*

L'A. ha studiato la capacità di assorbimento e di eliminazione della sulfamide introdotta per via endotracheale, dimostrando che tale via di introduzione non dà luogo, nel cane, ad alcun inconveniente e che già, dopo cinque minuti primi, si può riscontrare nel sangue, una buona percentuale di sulfamide.

G.

**Bollettino del Centro Studi dell'I.N.A.**, n. 7-8, 1942, Roma.

A. P., *La compilazione della proposta - A., Istruzioni e consigli ai produttori. - X., La trasformazione di contratto. - O. I., Perfezionamento tardivo della polizza sulla vita. - La previdenza ed il popolo.*

**Idem**, n. 9, 1942, Roma.

HARTIGNONE, *Provvisioni e storni. - Il bilancio dell'INA al 31 dicembre 1941, - Il bilancio della « Praevidentia ». - Notiziario dell'Istituto. - Il Direttore Generale tra i produttori del Lazio.*

**Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici**, n. 8, 1942, Roma.

*Atti e comunicazioni della Federazione. - Legislazione - Notiziario di giurisprudenza. Informazioni. - Notiziario estero.*

**Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Catania**, n. 4, 1942 Catania.

REITANO, *Rapporti patogenetici fra tubo gastro-enterico ed anemia perniziosa.*

L'A. pur ammettendo che all'organo pilorico ed a tutto l'antro pilorico compete essenzialmente la secrezione del principio a. p., attribuisce allo stomaco la secrezione di un principio antianemico, differenziato da quello pilorico necessario per una adeguata utilizzazione del ferro, in assenza del quale si determina un'anemia ipocromica ferro sensibile.

G.

**Bollettino del Sindacato Nazionale Fascista degli Attuari**, n. 2, 1942, Roma.

R. *decreto concernente il riconoscimento giuridico e l'approvazione dello Statuto del Sindacato Nazionale Fascista degli Attuari. - Comunicazione del Sindacato Nazionale. - Legislazione.*

G.

**Bollettino Mensile di Statistica del Regno d'Italia del mese di luglio 1942 dell'Istituto Centrale di Statistica.**

Nel mese di luglio sono nati in tutto il Regno 77.943 bambini contro 77.506 nati nel luglio 1941. Sono morti, nello stesso mese di luglio 1942, 52.974 individui (esclusi i morti in zona di operazioni) contro 51.376 morti nel luglio 1941. Nel 1942 l'eccedenza dei nati sui morti (esclusi i morti di guerra) è stata di 25.219 individui contro 26.130 del luglio 1941. Al 1° agosto 1942, la popolazione residente nel territorio metropolitano è stata valutata a 45.541.000 abitanti.

G.

**Bollettino Statistico del Governatorato di Roma, n. 6, 1942, Roma.**

Riguarda il movimento demografico avvenuto nel mese di giugno 1942 dal quale si rileva che la popolazione presente a fine giugno ammontava a 1.448.989 abitanti. Sono nati vivi 2.439 bambini (20,48 ‰) e sono morti 1.245 individui (10,45 ‰) sono stati celebrati 1070 matrimoni (8,98 ‰) con netta superiorità su quelli del giugno 1941.

G.

**Buona Semente (La), n. 8, 1942, Milano.**

ALFIERI, *L'Inghilterra nella riscossa dell'Egitto* - SOLMI, *La lotta contro il bolscevismo* - SPANO, *Il poetino* - COSTANTINI, *La XXII biennale di Venezia*.

**Case di Cura (Le), n. 4-5, 1942, Milano.**

DIOTALLEVI e MARESCOTTI, *La finestra doppia nella architettura ospedaliera* - *Psicologia del malato nel pensiero di un medico scrittore* - *Notiziario per il medico* - *Problema di organizzazione tecnica degli impianti nelle Case di Cura* - *Rassegna della stampa*.

**Idem, n. 7, 1942, Milano.**

*Guerra e mortalità per tubercolosi.*

In questo articolo viene segnalata la mortalità per tubercolosi verificatasi in Italia nel periodo dal 1913 al 1920, anni della Guerra, nei quali si verificò un sensibile aumento. Infatti da 93 morti per 100.000 abitanti nel 1913 si passò a 140 nel 1918 e a 111 nel 1920. Lo stesso aumento è stato rilevato in quei paesi che maggiormente hanno sofferto per gli sfavorevoli effetti della guerra come la Francia, l'Inghilterra, ma soprattutto la Germania che ebbe 205 morti su 100.000 abitanti nel 1918. Da notare che qualche paese non belligerante e la Danimarca hanno presentato un sensibile aumento della tubercolosi.

G.

**Cuore e Circolazione, n. 5, 1942, Roma.**

MARCOLONGO, *Angina pectoris nei vizi cardiaci. Lesioni anatomiche delle coronarie e loro importanza patogenetica.*

L'A. distingue, sotto l'aspetto anatomico-clinico e patogenetico, due tipi di angina pectoris da vizi cardiaci: il primo in soggetti giovani e deriva da meccanismi puramente funzionali che finiscono con il determinare uno stato di insufficienza coronaria dinamica; il secondo insorge in soggetti oltre il quarantesimo e cinquantesimo anno di età ed è in rapporto ad un processo di sclerosi stenosante dei grossi tronchi coronari e del conseguente stato di insufficienza coronarica anatomica.

**Difesa Sociale (La), n. 5-6, 1942, Roma.**

PERILLI, *Nuovi orizzonti nel campo delle vitamine.*

Il nuovo Istituto Italiano di Vitaminologia fondato a Milano dà lo spunto all'A. per far risaltare il grande avvenire riservato alle vitamine nell'alimentazione delle Nazioni dato che lo stato di crescita, di sviluppo e di sanità dell'individuo è con-

nesso ad una sufficiente disponibilità alimentare integrata da una adeguata composizione vitaminica, che permetta all'organismo la normale e completa utilizzazione degli alimenti assorbiti. L'Italia con la produzione delle vitamine sintetiche è in buona marcia su questo cammino.

G.

Fiaccola (La), n. 7, 1942, Roma.

*Simbolici doni alla patria - Lettere di caduti - Il tempio votivo ai rurali d'Italia caduti in guerra.*

Fisiologia e Medicina, n. 5, 1942, Roma.

UNGARI, *Il comportamento dell'azoto solubile ureico ed aminico del sangue, durante il digiuno e dopo la ingestione degli alimenti.*

L'A. non ha trovato modificazione apprezzabile di tassi dell'N solubile, ureico ed aminico durante il digiuno, dai valori medi della giornata, tassi che si spostano durante un pasto misto (pranzo e cena) in senso di aumento a termine di due o quattro ore dall'ingestione del cibo.

G.

Idem, n. 8, 1942, Roma.

MITOLO, *Nuovi studi sulle correlazioni inter-vitaminiche tra acido ascorbico ed aneurisma.*

L'A. sulla base di ricerche comparative su soggetti sottoposti a dieta priva di vitamina antiscorbutica ma associata ad iniezioni quotidiane di aneurisma, ha potuto concludere che esiste un'azione sinergica protettiva o di risparmio esercitata dalla vitamina B verso la vitamina C nell'uomo.

G.

Folia Cardiologica, n. 2, 1942, Milano.

SELVINI - DI GUGLIELMO, *Ricerche sperimentali sulle modificazioni elettro-cardiografiche nella pericardite essudativa.*

Lo studio condotto su 16 cani, riguarda il comportamento dell'ecg. dopo l'introduzione, nel cavo pericardico, di liquidi di diversa conduttività elettrica (soluzione fisiologica cloro-sodica, soluzione isotonica di glucosio, olio di vasellina) e dà luogo ad una opportuna descrizione circa l'origine del basso voltaggio e delle alterazioni del tratto S-T e della T.

Folia Medica, n. 11, 1942, Napoli.

GUARDASCONE, *Sul comportamento della velocità della corrente del sangue nei marittimi mercantili.*

L'A. ha sperimentato la prova di circolo come metodo di esame funzionale dell'apparato cardio-vascolare, prima e dopo affaticamento, in 40 marittimi mercantili, suddivisi in cardiaci e non cardiaci. Il tempo di circolo è risultato aumentato nei cardiaci e specialmente tra i fuochisti, mentre nei non cardiaci il tempo è diverso a seconda che i soggetti siano fuochisti o abbiano altre mansioni. L'A., ritenendo l'importanza delle ricerche fatte, incita a nuovi esperimenti onde stabilire se e quali caratteristiche la prova di circolo assume in ciascuna categoria di lavoratori.

Idem, n. 17, 1942, Napoli.

CARERE-COMES-DE ROSA, *Sulla reazione dell'organismo all'introduzione endovenosa di vaccino tubercolare.*

Gli AA. usando come vaccino tubercolare il preparato M. F. studiato e proposto da Petragiani per la vaccino-terapia della tubercolosi, hanno constatato che la sua introduzione endovenosa dà un complesso di reazioni termiche e leucocitarie a carattere specifico che rilevano un particolare stato di sensibilità o reattività generale dell'organismo verso i prodotti tubercolari; specialmente nei soggetti colpiti da forme

iniziali e parziali di tubercolosi che possono presentare le maggiori difficoltà di diagnosi clinica, la vaccinazione dà risultati evidenti.

**Forze Sanitarie (Le), n. 13, 1942, Roma.**

PUNTONI, *Il problema dell'amebiasi.*

L'A. premessa l'importanza che l'amebiasi ha assunto anche in Italia, in conseguenza del soggiorno delle nostre truppe nei Balcani e nelle terre africane, mette in evidenza le difficoltà di un sicuro accertamento batteriologico ove non siano state adottate le più precise regole della tecnica microscopica. Non è infrequente lo scambio dei diversi tipi di ameba e la confusione della stessa ameba con elementi cellulari. L'A. nel rilevare come la colite amebica abbia assunto, oggigiorno, un ruolo quasi di moda, propone l'istituzione di un controllo speciale per la diagnosi di amebiasi, per il quale dovrebbero passare tutti gli amebiaci da assoggettare a provvedimenti medico-legali.

G.

**Idem, n. 15, 1942, Roma.**

D. F., *I benefici della nutrizione di guerra sui diabetici.*

L'A. esaminando le cifre della morbilità per diabete nel sessennio 1935-1940 ha constatato nell'ambulatorio da lui diretto, che, in conseguenza della dieta di guerra (ridotta), si è avuto un miglioramento dell'83% sulle forme lievi, del 52,8% in quelle di media gravità, del 40% nelle forme gravi. Sulla totalità dei casi curati (469) si accertarono 60% migliorati, 33,8% stazionari, 5,3% peggiorati. L'effetto della moderazione e sobrietà nel consumo dei cibi imposta dalla guerra, si riflette sulle cifre della mortalità che anche in questi ultimi anni appare diminuita.

**Fronte Unico Antitubercolare, n. 7, 1942, Torino.**

FERRO, *Sull'etiopatogenesi dei versamenti in pneumotoraci abbandonati.*

L'A. ricercando l'etiopatologia dei versamenti post-pneumotoraci nell'intento di vedere se fosse presente il bacillo di Koch nel liquido pleurico, ha constatato, quasi costantemente, la sua assenza e trova la causa del versamento in un fatto meccanico di squilibrio tensivo, tra la pressione endopleurale e quella intrapolmonare.

**Idem, n. 2, 1942, Torino.**

Il fascicolo è dedicato al pneumotorace extrapleurico chirurgico con articoli di Biancalana, Rabino-Doglio e Criva, che studiano l'argomento in tutti i suoi molteplici aspetti, segnalando i suoi rapporti con la collasso-terapia medica ed altri trattamenti operativi.

**Gazzetta Sanitaria, n. 7-8, 1942, Milano.**

F. M., *Il giudizio prognostico nella tabe dorsale.*

In vista dei grandi progressi realizzati in questi ultimi tempi nel campo della terapia delle malattie organiche del sistema nervoso (chemioterapia - piritoterapia - malarioterapia) l'A. afferma la necessità che anche il giudizio prognostico della tabe dorsale, una volta così severo ed infausto dev'essere revisionato, tenendo in giusta valutazione i vari elementi della forma morbosa. Così la prognosi potrà essere relativamente favorevole nelle forme, che decorrono con scarsa sintomatologia clinica e che non siano accompagnate da sensibili modificazioni umorali del liquido cefalorachidiano. E debbono essere valutati caso per caso per la possibilità di regressione alcuni sintomi caratteristici della tabe ad eccezione però dell'atrofia del nervo ottico e delle artropatie che costituiscono sempre fatti irreversibili.

G.

**Genova, n. 7, 1942, Genova.**

*Relazione igienico-sanitaria di Genova per l'anno 1940.*

La relazione presenta dati molto confortanti per quanto riguarda l'assistenza

sanitaria, l'igiene scolastica, l'andamento delle comuni malattie epidemiche, l'igiene dell'abitato e la costante discesa della tubercolosi, ma segnala una diminuzione dei nati vivi, natalità che è rimasta ancora al disotto dei morti pur essendo questi contenuti in un basso quoziente (nati vivi 12,2‰, morti 12,4‰).  
G.

Giardino di Esculapio, n. 2, 1942, Milano.

Il fascicolo edito sempre magnificamente continua a riprodurre alcune tavole di grandi pittori dei secoli passati nelle quali vengono rappresentate scene di medicina. Due grandi artisti del '600, il Domenichino e Guido Reni, sono rievocati nella loro vita e nella loro opera con la pubblicazione di alcuni dei loro più insigni capolavori dedicati alla medicina. La lettura è molto istruttiva e le riproduzioni sono state eseguite con squisito senso artistico.  
G.

Giornale di Clinica Medica, n. 7, 1942, Parma.

RUCILLÀ, *Osservazioni sulle modificazioni indotte dalla vitamina K nella crisi sanguigna.*

L'A. sperimentando su soggetti immuni da discrasie e da forme diatesiche emorragiche, ha constatato che la vitamina K subito dopo la sua presentazione in circolo determina una costante azione eltro-citro-penica e piastrino-penica. L'A. ritiene che il fenomeno sia in relazione con modificazioni dello stato colloid-osmotico del sangue o ad una crisi colloid-clasica.  
G.

Idem, n. 11, 1942, Parma.

RABBONI, *Tubercolosi polmonare e vizio cardiaco.*

Dall'esame di 1500 donne tubercolotiche, l'A., ricercando l'associazione tubercolosi polmonare-cardiopatie vascolari e sue caratteristiche, ha tratto le seguenti conclusioni: 1) debole percentuale di vizi cardiaci nei tubercolotici polmonari (8%); 2) antagonismo tra tbc. e vizio cardiaco; 3) i vizi cardiaci influenzano beneficamente l'evoluzione e la prognosi della tbc.; 4) l'insorgenza sarebbe ostacolata.  
G.

Giornale di Medicina Militare, n. 6, 1942, Roma.

SATTA, *Su di un esperimento nell'esercito con Fen-pla Petraghani nel morbillo.*

L'A. riferisce i buoni risultati ottenuti in un gruppo di 420 uomini di truppa con l'uso del Fen-pla Petraghani nella profilassi del morbillo, in occasione di un focolaio di morbillo che si era sviluppato fra le truppe e la popolazione civile. Sono state fatte ricerche sulle proprietà antigene del prodotto senza riuscire tuttavia a darne una spiegazione sufficiente.  
G.

Giustizia del Lavoro (La), n. 3-4, 1942, Roma.

PETRACCONI, *Il rapporto di lavoro nel nuovo Codice Civile* - CHIAPPELLI, *Efficacia nel tempo delle prestazioni sulle assicurazione, disoccupazione e tubercolosi* - RENDE, *L'aborto criminoso nel diritto penale, nella medicina legale e nella politica demografica* - SETTE, *Le disposizioni transitorie dei processi di cognizione civile.*

Idem, n. 5-6, 1942, Roma.

CHIAPPELLI, *Assicurazione nuzialità e natalità.*

L'A. riferendosi alla legge 11 luglio 1941 che considera utili agli effetti dell'assicurazione obbligatoria per la nuzialità e natalità i periodi di richiami alle armi successivi al 1° maggio 1939, segnala l'alto contenuto morale del provvedimento e richiama l'attenzione sul caso di coloro che non hanno potuto celebrare il loro matrimonio a causa del richiamo alle armi in epoca precedente al 1939 e quindi per causa di forza maggiore impossibilitati a coprirsi delle provvidenze di legge.

**Industria Dolciaria (L')**, n. 1, 1942, Roma.

TIRELLI, *Riserve nutritive della crusca di grano.*

L'A. mettendo in rilievo la composizione chimica del chicco di grano, così ricco di proteine, di grasso e di amido, illustra la grande importanza che ha avuto in questi ultimi tempi la utilizzazione dei grassi e delle importanti riserve alimentari contenute nella crusca ai fini della produzione di alimenti sussidiari come biscotti, panettoni. Il grasso di cui teoricamente se ne potrebbero ottenere 300.000 quintali sotto forma di olio dalla crusca che si consuma in Italia, potrebbe essere immediatamente utilizzato per ricavare glicerina e grassi da sapone. G.

**Infermiera Italiana (L')**, n. 6, 1942, Roma.

LUPI, *Un'eroina della carità, Maria Gaetana Agnesi* - PITTINI, *Considerazioni sulla formazione A.B.S.* - SGANA, *Propaganda per il reclutamento delle infermiere* - FARNUCCHI, *Aggiorniamo la nostra cultura* - NICA, *Prestigio di categoria.*

**Infortuni e Malattie Professionali**, n. 1, 1942, Roma.

DE GENNARO, *Su le formazioni opache para-articolari ad evoluzione rapida.*

Già dal Vallebona era stata segnalata la presenza di formazioni opache para-articolari che in rapporto all'insorgenza acuta presentavano i caratteri di una rapida scomparsa. L'A. illustrando due casi del genere spiega il particolare andamento clinico con il fatto che l'ombra calcarea con la sua opacità va dovuta ad uno squilibrio della composizione minerale della borsa sierosa attorno all'articolazione a seguito di una disjonia minerale locale per disturbo della regolazione del metabolismo umorale (Ca-p-h-ioni) su base tossica o traumatica. G.

**Italia Medica (L')**, n. 249, 1942, Torino.

*Medici e maestri - L'elettro-schoc nella terapia delle malattie nervose e mentali - Servizi di stato - Una domanda forse imbarazzante - Il Mamut ed il mito di Polifemo.*

**Lavoro nel Commercio (II)**, n. 12, 1942, Roma.

*La fulminea vittoriosa avanzata - Costanzo Ciano - Approvvigionamenti e prezzi - La rassegna annonaria - L'industria italiana e la guerra.*

**Lavoro Umano**, n. 5-6, 1942, Torino.

OMODEI-ZURINI, *Tubercolosi del lavoro.*

L'A. riferisce su alcuni metodi clinico-biologici e funzionali (prova di funzionalità respiratoria, prove di tonicità cardio-vascolare, velocità di sedimentazione delle emazie) per indagare le capacità lavorative dei malati di tubercolosi in condizione di essere dimessi dai sanatori, ed augura che in ogni centro sanatoriale sorga un Reparto di osservazioni che permetta, nel lavoro comune, di ottenere risultati conclusivi per la via migliore da seguire ai fini di una precisa valutazione dei pazienti per una ripresa del lavoro. G.

**Lotta contro la Tubercolosi**, n. 5, 1942, Roma.

PECCINELLI, *Pneumotorace spontaneo familiare.*

L'A. descrive due casi di pneumotorace spontaneo osservato su due fratelli. In uno, la causa determinante è stata uno sforzo da sport e nell'altro un processo bronco-pneumococcico acuto. Discutendo sulla patogenesi l'A. l'attribuisce ad una fragilità costituzionale del tessuto polmonare.

**Idem**, n. 7, 1942, Roma.

CASAGRANDE, *L'immunizzazione contro la tubercolosi.*

L'A. si occupa delle immunità che acquistano gli elementi cellulari degli espianti (lavorando in embrione di pollo e particolarmente sul fegato e sulla milza) nelle

culture di tessuti verso l'infezione tubercolare. Afferma che l'anatubercolina integrale Petragliani è quella che dà i risultati migliori in quanto l'immunità conseguita dagli espunti dopo il suo trattamento si trasmette da espunto ad espunto in sede continuativa. L'A. chiama questa immunità « immunazione ». G.

Maglio (II), n. 26, 1942, Torino.

BELLEI, *La donna nell'officina* - GANI, *Infrazioni contrattuali* - PISTILLO, *La migliore utilizzazione del potenziale di lavoro* - SOLA, *Formazione dei dirigenti sindacali* - TRULLI, *Prodotti agricoli a prezzi equi ai lavoratori*.

Idem, n. 37, 1942, Torino.

Logica di Mussolini - Aspirazioni e necessità dei lavoratori metallurgici - Il problema della casa - Approvvigionamenti e distribuzioni - Delitto della Francia.

Malati, Medici e Medicina, n. 6, 1942, Torino.

ALBERTI, *L'influenza nell'ultimo '500 e nel primo '600* - BIZZARRINI, *La medicina nell'impero del Sol Levante* - *Le iniezioni sclerosanti*.

Malattie Infettive denunciate nel Regno, n. 18, 1942, Roma.

Il bollettino della settimana dal 27 aprile al 3 maggio segnala, nei suoi diagrammi, una diminuzione dei casi di difterite, scarlattina, morbillo, pertosse, poliomielite, con un lieve aumento dei casi di tifo, paratifo, meningite e febbre ondulante. G.

Medicina dello Sport e dell'Educazione Fisica, n. 2, 1942, Torino.

RE, *Lussazione otturatoria dell'anca nello sport sciistico*.

Con lo studio di un caso clinico, radiologicamente accertato, l'A. illustra il meccanismo etiologico della lesione, tanto frequente nello sport dello sci e che si avvera comunemente, durante la discesa a forte velocità in flessione degli arti e per l'urto violento contro un ostacolo e per l'arresto brusco determinato dal conficcarsi degli sci nello strato nevoso. G.

Medicina Internazionale (La), n. 7-8, 1942, Milano.

BASSI, *Colelitiasi latente e « Varietà » analgesica della colica epatica*.

L'A., studiando un caso di calcolosi biliare, osservato in una donna che mai aveva avuto delle coliche caratteristiche, ma che poté essere sottoposta all'esame anatomicopatologico per sopravvenuta morte improvvisa indipendente dalla malattia, esamina le condizioni anatomiche della colecisti che possono spiegare questo andamento atipico, andamento che, nel caso in esame, deve attribuirsi alla sede particolare del calcolo incuneato nella parte più alta del coledoco subito al di sotto del crocicchio sottoepatico. G.

Meteorologia Pratica (La), n. 3, 1942, Perugia.

GALDI, *L'emigrania meteorotropa*.

L'A. descrive uno stato di emigrania che colpisce alcuni individui meteorolabili in rapporto a speciali condizioni atmosferiche. Sono messi in evidenza i vari fattori meteorologici e climatologici, che intervengono nel fenomeno emigranico, che l'A. attribuisce a squilibri neuro-ormonici ed eventualmente anche ad esalazioni tossiche. G.

Milizia Sanitaria, n. 16, 1942, Roma.

Intransigenza morale - La guerra dal 16 maggio al 9 giugno - Funzionamento degli Ospedali Civili - Vita dell'Associazione.

Idem, n. 16, 1942, Roma.

Il numero è dedicato ai Concorsi in tempo di guerra e raccoglie le opinioni diverse dei medici fra cui PAGANI e PIERUCCI e quelle di un gruppo di primari Ospe-

dalieri. La Rivista nel fare la sintesi delle opinioni espresse conclude con un termine di conciliazione tra i diversi punti di vista. G.

Minerva Medica, n. 29, 1942, Torino.

REDOGLIA, *Le pseudo-emottisi.*

L'A., passate in rassegna le varie forme di emottisi, mette in rilievo il fatto che quando non trattasi di lesioni tubercolari, esse hanno la loro origine più probabile nelle condizioni dell'infermo, come malattie epatiche e digerenti, emopatie, ipertensione e nella costituzione angioneurotica o in condizioni locali, come frequente ciò si riscontra in soggetti affetti da varici della base della lingua, della laringe, dell'esofago, o da una vascolarizzazione intensa sottomucosa delle prime vie respiratorie. G.

Mutualità Rurale Fascista (La), n. 5-6, 1942, Roma.

DEL GUERRA, *Gli alimenti in genere per l'alimentazione del rurale.*

Le molte inchieste condotte in Italia, in passato e da recente, per stabilire il bilancio nutritivo del rurale hanno dato risultati disparati e variabili da regione a regione. L'A. che ha riassunto i dati più importanti sull'argomento, è venuto alla conclusione che la razione minima proteica occorrente al rurale non debba essere inferiore ai 100 grammi *pro die*, di cui un quarto costituita da protidi di origine animale, e quella dei grassi non dovrebbe discendere mai dai 70 grammi quotidiani. Nell'insieme, con la corrispondente quota di carboidrati occorre coprire un fabbisogno minimo di tremila calorie al giorno, senza trascurare quella minima aliquota di vitamine che in alcune popolazioni è assai scarsa per la speciale alimentazione monofagica. G.

Idem, n. 5-6, 1942, Roma.

*La distribuzione geografica della mortalità in Italia.*

La percentuale dei viventi in età giovanile rispetto al complesso della popolazione di tutte le età si mantiene favorevole all'Italia Meridionale per tutti i gruppi di età fino al 20° anno. Dopo quel limite la percentuale dei viventi di età determinate risulta invece maggiore nell'Italia Settentrionale rispetto alle altre ripartizioni geografiche del Regno. Così per quanto riguarda la longevità durante il triennio 1935-1937, è risultata la seguente età media dei morti: Italia Settentrionale anni 49,5; Italia Centrale anni 49,7; Italia Insulare anni 41,8; Italia Meridionale anni 38,9.

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

Contiene la relazione dell'Ecc. Petraghiani, letta al Consiglio Superiore di Sanità, nell'adunata generale del 16 dicembre 1941, da cui si desume il fatto assai confortevole che, nel secondo anno di guerra, nonostante le restrizioni alimentari ed i sacrifici dello sforzo bellico, non sono state intaccate le condizioni sanitarie del Regno. Sotto il punto di vista della mortalità il quoziente per l'Italia si è appena elevato di + 0,2 rispetto a quello del 1940 a differenza delle altre Nazioni in guerra che hanno presentato un quoziente superiore, come la Germania (+ 0,4), Boemia e Moravia (+ 0,4), Norvegia (+ 0,6), Paesi Bassi (+ 1,3), Ungheria (+ 0,8), Svizzera (+ 0,3), Belgio (+ 2,5). G.

Notiziario di Diagnostica e Terapia, n. 4-5-6, 1942, Milano.

*La fototeca nel giudizio della stampa e dei medici* - RINOLDI, *Sommario semeiologico-clinico* - GEROSA, *Osservazioni sulla così detta febbre albanese* - LIBERA, *Ancora sulla terapia dell'ipertricosi con l'elettro-coagulazione ad onde corte della papilla pilifera* - PREVE, *La ragade anale.*

Notiziario Farmaceutico, n. 6, 1942, Milano.

*Gli esperimenti di coltivazioni della cinchona in A. O.*

Gli esperimenti eseguiti hanno dato modo di accertare che la cinchona può prosperare in A. O. (zona di Gove e di Bongo) ma resta l'incognita della percentuale di solfato che potrà produrre. G.

Ospedale Maggiore (L'), n. 6, 1942, Milano.

*ZOBOLI, Malattie anergizzanti e tubercolosi polmonare.*

L'A. conducendo il suo studio sul materiale clinico raccolto nell'Ospedale Policlinico di Milano dal 1937 al 1941, e cioè su una massa di 20.246 casi concernente le malattie più comunemente ritenute anergizzanti e precisamente: morbillo, scarlattina, difterite, pertosse, influenza e polmonite, ha messo in evidenza i rapporti tra la malattia intercorrente e la tubercolosi polmonare nel tentativo di determinare il loro influsso sul processo tubercolare. L'A. ha potuto dimostrare l'affievolirsi delle reazioni cutanee alla tubercolina nel corso del morbillo. G.

Idem, n. 8, 1942, Milano.

*ROCCHINI, Organizzazione e funzionamento del Centro Ambulatoriale per diabetici.*

E' il primo Centro antidiabetico sorto in Italia nel 1931 per iniziativa del Prof. Zoia e quindi passato sotto la Direzione del Prof. Cesa-Bianchi.

L'A. nella sua qualità di dirigente il Centro che esplica la sua attività in connessione con l'Istituto di clinica medica, espone i criteri organizzativi che hanno presieduto al suo funzionamento in questi ultimi tre anni (1939-1941). I risultati ottenuti, che l'A. dice soddisfacenti, acquistano un maggior rilievo per la situazione speciale della vita nazionale che lo stato di guerra è venuto a creare sotto molti aspetti, finanziario, alimentare e farmacologico, situazione eccezionale alla quale è stato necessario far fronte con tutta una serie di accorgimenti e di ripieghi. G.

Pensiero Medico, n. 64, 1942, Milano.

*TROPEANO, Medicina generale preventiva e pedagogica.*

L'A., che nell'Ateneo Napoletano continua la sua infaticabile propaganda per la lotta alle malattie sociali riproduce un decalogo ricco di preziosi suggerimenti di medicina sociale e preventiva verso cui si orientano gli studi della medicina moderna.

Idem, Sezione Chirurgica, n. 6, 1942, Roma.

*UGGELLI, Gli accessi epidurali spinali acuti.*

L'A. illustra due casi di accessi spinali epidurali acuti metastatici, dallo stesso operati, esponendo un caso clinico di cui mette in evidenza le modalità anatomiche e la necessità di appropriate modalità tecniche per la cura. G.

Idem, Sezione Medica, n. 6, 1942, Roma.

*DE SANCTIS-MONALDI-ORSINI, Valore diagnostico di alcune recenti microreazioni della sifilide.*

Gli AA. hanno condotto le loro ricerche su un gruppo di 590 campioni di sangue, appartenenti, in parte, a soggetti luetici servendosi delle quattro microreazioni rapide della sifilide: R. di Ide, R. Fukda, R. Chedriah, R. Meiniche e R. Lerboff. Sono venuti alla conclusione che esse presentano una evidente inferiorità (minore sensibilità, maggiore aspecificità), rispetto alle reazioni di Wassermann, di Kahn e di Meiniche M. K. G.

Idem, Sezione Medica, n. 7, 1941, Roma.

*ACANFORA, Amebiasi intestinale del retto e del colon.*

L'A. illustrando alcuni casi clinici capitati alla sua osservazione mette in rilievo le difficoltà diagnostiche differenziali e le possibilità di errori di diagnosi tra amebiasi intestinale e carcinoma del retto e del colon, tenute presenti le sindromi morbose che frequentemente si sovrappongono nel decorso della malattia originale. G.

**Policlinico (II), Sezione Pratica, n. 25, 1942, Roma.**

**PATRONO, Proposta di una prova assai semplice con la tintura di jodio per svelare la presenza di chinino nelle urine.**

La nuova reazione proposta dall'A. presenta oltre un'estrema semplicità una sufficiente specificità. Basta aggiungere a 5 cc. di urina 10 gocce di tintura di jodio che, se vi è presenza di chinino, si forma immediatamente nella parte superiore un intorbidamento denso, spesso ed opaco di color rosso mattone. In caso negativo l'urina appare colorata in un bel rosso brillante e trasparente.

**Praeventia, n. 15, 1942, Roma.**

**Impegni e riconoscimento per l'esercizio 1942 - Il nostro bilancio al 31 dicembre 1941 - Circolari.**

**Preparazione Materna (La), n. 3, 1942, Salsomaggiore.**

**PARACCHI, La funzione delle glandole surrenali nelle portatrici di fibromi uterini.**

In 18 casi di fibromi uterini è stata riscontrata un'eliminazione media giornaliera di acido ascorbico superiore alla norma: ciò che porta l'A. ad ammettere una iperfunzione dei surreni delle donne portatrici di fibromi.

**Prima Idea (La), n. 8, 1942, Bologna.**

**G. F., Soldati d'Africa - FINESCHI, Andre, ragazzo boero - LORETA, La rivoluzione dei dipinti - FARFALLINI, Luigi Boccherini alla corte di Carlo IV.**

**Problemi Alimentari, n. 1, 1942, Roma.**

**TEGGIA, L'azione del succo di arancia e dell'acido citrico sul metabolismo glicidico in malati di diabete mellito.**

Dimostrata l'azione favorevole del succo di limone nel trattamento di alcuni soggetti diabetici nei quali però il succo di arancia non esplica alcuna azione apprezzabile, l'A. è venuto alla conclusione che il fatto non sia dipendente da una maggiore o minore quantità di acido citrico o di vitamine contenute nei due succhi, ma da un fattore ancora sconosciuto contenuto nel limone.

**Problema Alimentare (II), fasc. 11, 1942, Roma.**

**VENEZIA, Su alcuni sistemi pratici di conservazione dell'uva da tavola e loro significato biologico.**

In base alle sue ricerche l'A. crede di poter affermare che l'uva anche dopo 5 mesi di conservazione è in grado di mantenere la sua piena efficienza chimico-biologica perchè le condizioni di conservazione consentono di mantenere l'uva allo stato fresco con la sua attività fisico-biochimica (respirazione, evaporazione, ecc.), anche se limitata. I mezzi più raccomandati di conservazione si sono dimostrati quelli che applicano il sughero e il glumo di riso.

**Rassegna Clinico Scientifica, n. 4, 1942, Milano.**

**SPOLVERINI, Schema di programma per la lotta contro le malattie di cuore.**

L'insigne pediatra dell'Ateneo Romano perseguendo la sua appassionata campagna per la lotta contro le malattie di cuore che già in Italia, comportano circa 90.000 morti all'anno, e cioè tengono il 2° posto fra tutte le cause di morte (105.000 morti « apparato respiratorio ») svolge un vasto programma a carattere profilattico e curativo, esteso a tutta la Nazione, nel quale è previsto, per il lato finanziario, l'intervento di enti assicurativi, di previdenza, assistenza e mutualistici con le loro casse mutue per tutte le categorie di lavoratori, e per il lato scientifico e tecnico gli Uffici Sanitari del Regno sotto un'unica direttiva da parte dello Stato.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del Lavoro, n. 6, 1942, Roma.

C. M., *Pericoli della tempera al piombo dei fili di acciaio.*

Dopo aver esposto i diversi sistemi di tempera, l'A. si intrattiene sul nuovo procedimento tedesco, basato sui bagni di bicromato e monocromato alcalino con cui sarebbero attenuate le corrosioni della pelle e delle mucose, ed in ogni caso sarebbero evitate le intossicazioni da piombo che lasciano sempre conseguenze permanenti.

Idem, n. 7-8, 1942, Roma.

PANCHERI, *Il convegno dell'E.N.P.I. sulla silicosi.*

L'A., in contrasto con le tendenze prevalse nel convegno, ritiene necessario allontanare i silicotici dal lavoro polveroso fin dall'apparire della prima forma granularia di silicosi e ribadisce il valore della maschera, nel campo della prevenzione medica.

Rassegna di Clinica Terapia e Scienze Affini (La), n. 3, 1942, Roma.

SACCO, *Le dermatosi dei fotografi.*

Frequenti sono le dermatosi professionali dei fotografi determinate dall'uso di alcuni prodotti particolarmente adesivi per la cute come il metolo, l'idrochinone, l'acido pirogallico, la parafenildiamina e delle particolari condizioni del lavoro. Ma l'A. dal fatto che tali manifestazioni sono tardive e scarse in alcuni operai, precoci o gravi in altri, avanza l'opinione che un ruolo di primaria importanza debba attribuirsi alla sensibilità individuale, nel meccanismo patogenetico delle dermatosi dei fotografi.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 6, 1942, Torino.

MALLO, *L'alcoolemia da carico etilico e la glicemia in soggetti normali ed in diabetici sottoposti ad affaticamento.*

Risulta dal complesso delle osservazioni fatte dall'A. che nei soggetti sani dal metabolismo dell'alcool esogeno e quello glicemico esistono intimi rapporti che permangono anche nei diabetici, nei quali ad un alterato metabolismo dello zucchero fa riscontro un alterato metabolismo dell'alcool esogeno. Le curve dei due metabolismi presentano caratteristiche speciali durante l'affaticamento.

Idem, n. 7, 1942, Roma.

FROLA, *La silicosi polmonare da ardesia.*

L'A. studia su 34 lavoratori delle cave, dal lato clinico e radiologico, il processo pneumonitico da ardesia e delle sue complicazioni. Le lesioni comparse tardivamente dopo 10-20 anni di lavoro assumono l'aspetto nodulare classico della sclerosi polmonare dopo 40-50 anni. La tbc. non supera la percentuale riscontrata negli altri lavoratori di silice.

Rassegna di Oncologia, n. 3, 1942, Roma.

CAPPELLI, *Rarissima complicazione rettale della radium-terapia antineoplastica ginecologica.*

L'A. descrive una rara complicazione retale post-radium-terapia cui fa seguire un commento inteso a stabilire la etio-patogenesi e le norme curative.

Rassegna Giuridica della Circolazione Stradale, n. 5, 1942, Roma.

PERETTI-GRIVA, *Come possa l'atto illecito del commesso liberare il committente dalla responsabilità di cui all'art. 1153 Cod. civ. - Note a sentenze - Osservazioni a sentenze - Giurisprudenza.*

**Rassegna Sociale dell'Africa Italiana**, n. 4, 1942, Roma.

CHIURCO, *Sede e frequenza dei tumori nelle razze bianche e di colore.*

L'A. mettendo in rilievo la mancanza di dati statistici precisi sull'argomento segnala la necessità di ulteriori ricerche di carattere anatomo-patologiche intese a stabilire i rapporti esistenti tra tumori ed il sesso, la costituzione, il fattore tempo, le condizioni ambientali e l'invecchiamento fisiologico. Secondo le osservazioni dell'A. in Europa la mortalità per cancro aumenta dal Sud verso il Nord ed in Danimarca è alta il doppio di quella dell'Italia (14,4 — 6,3 su 10.000 persone).

**Ricerche e Studi sulla Patologia del Ricambio**, n. 1-4, 1942, Roma.

SCALA, *Influenza dell'alimentazione sullo stato costituzionale dell'organismo e sullo sviluppo e sulla diffusione delle malattie del ricambio, fra cui i tumori maligni.*

L'A. fa rilevare che l'attuale decrescenza nelle malattie acidofile sia dipendente dalle condizioni aspre e difficili dell'ora che si accompagna a movimenti dello spirito ed a gravi patemi d'animo. Nella alimentazione vegetariana, l'A. trova l'origine di quello stato alcalosico contrario alle leggi biologiche dell'organismo e che bisogna combattere con un opportuno regime acidificante, onde evitare alcune delle più gravi malattie alcalosiche fra cui i tumori maligni ed il diabete.

**Riforma Medica (La)**, n. 4, 1942, Napoli.

DEL PIANO, *Rapporti tra vizi di cuore e bronchiectasie.*

L'A. nel riferire 4 casi di bronchiectasie associate a vizio di cuore segnala i rapporti intercorrenti fra le due affezioni e conclude per una origine congenita.

**Rinascenza Medica**, n. 11-12, Napoli.

FABRIZIO, *L'epatite epidemica.*

L'A. che ha già trattato di questa forma, che va considerata come una malattia di guerra data la sua diffusione in tutte le nazioni in guerra, mette in rilievo la sua speciale sintomatologia e il decorso, i suoi caratteri diagnostici e prognostici. La prognosi è quasi sempre favorevole e gli studi più recenti tendono a riferire la sua etio-patogenesi ad un elemento infettivo, del tipo degli ultravirus, la cui azione sarebbe agevolata da varie cause predisponenti e coadiuvanti come la mancanza di pulizia, il deficit alimentare, la mancanza di difesa immunitaria.

**Rinnovamento Medico**, n. 1, 1942, Genova.

RAMARINO, *Autosieroterapia da vescicatorio.*

L'A. espone i risultati ottenuti con l'autosieroterapia da vescicatorio associata alla vaccinazione antitubercolare nelle malattie tubercolari.

**Rivista di Biochimica e Terapia**, n. 4, 1942, Roma.

*Clinica e terapia del diabete - Veleni animali in terapia - La diagnosi rapida della difterite.*

**Rivista di Biologia Coloniale**, n. 3-4, 1942, Roma.

SACCHETTI, *Sullo sviluppo naturale delle popolazioni bianche emigrate in Australia.*

L'A. che ha tracciato uno schema delle condizioni ambientali in cui si sono venuti a trovare le popolazioni bianche emigrate in Australia, segnala la tendenza alla conservazione della giovane individualità degli emigrati con una costante maggiore floridezza nei discendenti dei coloni australiani rispetto alla madre patria, costituita da una maggiore natalità e da una minore mortalità. In questo campo hanno agito le caratteristiche fisiche costituzionali e psichiche delle popolazioni emigrate.

Rivista di Medicina Aeronautica, n. 2, 1942, Roma.

PEZZERI, *Azione della forza centrifuga sull'apparato cardio-vascolare. Ricerche sperimentali elettrocardiografiche.*

L'A. sperimentando sui conigli ha riscontrato importanti modificazioni elettrocardiografiche, che vanno dalla semplice bradicardia sinusale alle fibrillazioni ventricolari ed all'arresto del cuore per 13"; le stesse esperienze su conigli atropinizzati e su conigli con vasi rescati hanno dato risultati molto differenti dalle prime, donde l'A. è tratto a dare una notevole importanza, nel meccanismo patogenetico, alla stimolazione vagale e all'ischemia del miocardio per azione della forza centrifuga.

G.

Rivista di Patologia Femminile e di Crenologia, n. 3, 1942, Castrocara.

LORETI, *Rara distocia fetale.*

L'A. descrive un voluminoso tumore cistico fetale la cui insorgenza attribuisce ad una distocia durante il meccanismo del parto.

Rivista di Terapia Moderna e di Terapia Pratica, n. 6, 1942, Milano.

Il fascicolo è in gran parte dedicato alle « nuove direttive » della storia della medicina con un articolo di Erba sulle Università Italiane nella Storia della Medicina, riportato dal fascicolo di giugno 1942 « Acta Medica Italica »; segue una rubrica di recensioni di libri di pubblicazioni di speciale importanza che hanno visto la luce in questi giorni.

G.

Rivista Italiana della Tuberculosis, n. 6, 1942, Roma.

CATTANEO, *La puntura dell'ape in relazione ai morbi torpidi e specialmente in riferimento alla tuberculosis.*

L'A. che ha condotto numerose ricerche su malati e su animali affetti da tbc. mediante punture di api ed iniezioni di acido formico, ricerche, che sono tuttavia in corso, con prove in vitro, ha tratto la convinzione dei benefici effetti del veleno d'api in soggetti affetti da forme tubercolari senza tutt'ora venire a risultati conclusivi.

G.

Rivista Italiana d'Igiene, n. 5, 1942, Pisa.

RAGAZZI, *Il latte « O ».*

L'A. espone dettagliatamente il metodo Hofius-Richter-Crespi, adottato come metodo ufficiale di pastorizzazione concludendo favorevolmente. Il procedimento consiste nella conservazione a temperatura ordinaria di un latte trattato per 5 ore sotto l'azione combinata dell'ossigeno a 10 atmosfere ed a 55 gradi centigradi con la proprietà di rimanere fresco per 6 settimane. Il latte così trattato estratto dagli appositi recipienti e conservato a temperatura ordinaria senza pressione di ossigeno e senza raffreddamento si conserva buono almeno per 40 ore.

G.

Saggiatore (II), n. 1-6, 1942, Torino.

JACINI, *Chimica delle sostanze attive delle tuberculine.*

Se lo studio della conoscenza della struttura chimica della tuberculina e dei bacilli tubercolari ha condotto ad isolare e distinguere un certo numero di sostanze fisiologicamente attive, dotate di speciali caratteristiche biologiche, l'A. ritiene però che le nostre nozioni in materia non possono essere dichiarate conclusive, se si fa eccezione per i lipoidi per i quali la soluzione di problemi relativi appare molto bene avviata.

G.

Scienza e Tecnica, n. 6, 1942, Roma.

*Difterite, diagnosi precoce.*

Fra i metodi culturali più rapidi di diagnosi, viene segnalato quello di Mansullo di Buenos-Aires che consiste nell'immissione del tampone di un terreno composto di brodo peptonato, siero di sangue di bue e tellurito di potassio, in opportune proporzioni: dopo due o tre ore di permanenza in termostato, il bacillo Loeffler è bene isolabile da colonie nerastre facilmente riconoscibili ad occhio nudo che si sviluppano sulla superficie del tampone stesso. G.

Settimana Medica (La), n. 21, 1942, Palermo.

CEMENTINI-LAVINA, *Resistenza degli animali da esperimento con reni lesi da tossina difterica.*

Gli AA. hanno sperimentato il comportamento della tossina difterica in cavie precedentemente intossicate con soluzione acquosa di acetato di uranio. Hanno constatato che la tossina riesce tanto più dannosa quanto più grave è la compromissione esercitata sul rene dal trattamento intossicativo. G.

Idem, n. 22, 1942, Palermo.

CANNAVÒ, *Su di alcuni casi di leptospirosi osservati fra le truppe in Sicilia.*

In una nota preventiva l'A. riferisce su alcune ricerche clinico-sperimentali volte a chiarire l'etiologia di un'epidemia di ittero insorta fra le truppe di Sicilia di cui molti casi risultarono di origine leptospirica. G.

Stomatologia Italiana (La), n. 7, 1942, Roma.

CALABRÒ, *Voluminoso fibro-papillomatosi verrucoide delle gengive.*

L'A. riferendosi ad un caso clinico avuto sotto la sua osservazione e studiato nei suoi aspetti microscopici ed istologici discute sulla natura anatomo-patologica ed isto-patogenetica. G.

Studi Sassaresi, n. 5, 1942, Sassari.

MOTTA, *Nuovi orizzonti nel campo della sterilità femminile: la vitamina E.*

Nella prolusione letta al corso di clinica ostetrica e ginecologica nell'Ateneo sassarese, l'A. espone le acquisizioni ormai fondamentali sulla attività riproduttiva della vitamina E, e le recenti esperienze fatte in medicina veterinaria specie in rapporto all'aborto epizootico che in grazia della nuova vitamina è stato ridotto dal 56% al 2%. G.

Idem, n. 6, 1942, Sassari.

DELITALA, *Contributo allo studio dei tumori benigni dello stomaco.*

L'A. illustra un caso di leiomioma dello stomaco in una donna affetta da carcinoma. Premessa l'importanza della forma che pure essendo di carattere benigno potrebbe dar luogo ad ulcerazione ed emorragia ed anche ad eventuale degenerazione maligna, l'A. fa derivare l'opportunità dell'intervento operatorio. G.

Svastica (La), n. 9, 1942, Berlino.

*Gli ultimi saranno i primi - Sulz, simbolo dell'economia britannica - Ernest Heinghel, pioniere del lavoro - L'Australia ed il Comintern - Le industrie degli strumenti musicali in Germania - La lotta contro i parassiti in Germania.*

Tempo (Il), n. 4, 1942, Roma.

*Ermetismo - La cassa di previdenza per gli agenti - Il vittore delle Assicurazioni - La mutua esercente imprese elettriche - La vecchia mutua grandine ed uguaglianza - Il lavoro degli Attuari italiani per il 12° Congresso.*

Ti con nu, nu con ti, n. 17, 1942, Spalato.

*Italia ed Egitto - Orizzonti - Eroiche delle C.I.S.R. Origini della razza italiana.*

Tubercolosi, n. 2-3, 1942, Roma.

FABBRI, *Le cure endovenose di guaiacolo nella tubercolosi polmonare.*

L'A. riporta i risultati della cura edovenosa di guaiacolo in 218 casi di tubercolosi polmonare rilevando i benefici effetti sulla febbre, sulla tosse, sul peso corporeo, e sull'espettorato, preconizzando un vecchio e noto prodotto come un progresso sensibile dell'attuale terapia contro la tubercolosi. G.

Idem, n. 4-5, 1942, Roma.

MEANO, *Trattamento elioterapico locale e generale della tubercolosi laringea.*

L'A. sulla base di 4 casi di tubercolotici polmonari affetti da lesioni specifiche del laringe afferma che il trattamento elioterapico generale è la base essenziale della terapia laringea specialmente se accompagnato da cure locali (galvano-caustica superficiale e profonda, amputazione dell'epiglottite, ecc.). G.

Vetro (II), n. 5-6, 1942, Roma.

*La tecnica e la sua giornata - Il collegio aeronautico di Forlì - Vetri per laboratorio - Vetro cemento.*

Il fascicolo è dedicato al vetro temperato e riporta sulla copertina un ambiente in grandi vetrate in « securit » e nelle pagine interne alcune tavole che riproducono le installazioni in vetro, eseguite nell'Istituto di Maternità ed Infanzia di Biella. Nelle nuove lavorazioni tengono il primo posto il « securit » ed il « vitrex » che alle doti di trasparenza e di assenza di difetti propri del vetro, aggiungono quelli di massima resistenza alle sollecitazioni meccaniche ed agli sbalzi di temperatura. G.

Villaggio ed i Campi (II), n. 20, 1942, Roma.

*La laringo-tracheite dei polli sul tavolo della scienza - Uomini e macchine per l'agricoltura - Malattie dell'olivo - Diarrea dei vitelli - Le pelli dei conigli.*

Vita Universitaria, n. 18, 1942, Roma.

FERRANNINI, *Problemi universitari - Sura, Salvare la decenza - Il Ministro Pavolini e la diffusione della cultura italiana - Istituti culturali - Convegni e Congressi.*

Zacchia, n. 1, 1942, Roma.

PALMIERI, *Del metodo medico-forense.*

L'A. nella relazione al Corso di medicina legale delle assicurazioni tenuto a Napoli quest'anno, ha parlato del metodo « medico-forense » sotto il triplice aspetto storico, dottrinale e tecnico, affermando la necessità del rigoroso metodo scientifico onde valorizzare i risultati degli studi biologici e medici da cui la medicina legale trae i suoi succhi vitali, e tratta infine, della semeiotica medico-legale specialmente nel campo delle ricerche tecniche di laboratorio. G.

Medicina y Cirurgia, n. 23, 1942, Santiago di Compostera.

GONZALES, *La blenorragia nella donna: mezzi che permettono attualmente di combattere questa piaga sociale.*

In una conferenza, l'A. espone il problema venereo nei rispetti della popolazione e della razza, mettendo in rilievo i gravi problemi sociali che ne derivano; esalta il grande progresso raggiunto dalla terapia con la scoperta dei sulfamidi auspicando una vasta organizzazione statale ai fini di combattere l'infermità. G.

Africa Medica, n. 4, 1942, Lisbona.

SALAZAR LEITE, *Manifestazioni cliniche del pian - LOPES DIAS, Breve elogio della lega portoghese di profilassi sociale.*

Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, gennaio-aprile 1942.

RECKZEH, *L'accettazione dei lesi di guerra in assicurazione vita.*

L'accettazione dei lesi di guerra in assicurazione vita è una questione che merita molta attenzione, sia per la scarsa esperienza avuta nella guerra passata sia per la diversa tendenza ad accettarli a condizioni o troppo favorevoli o troppo gravose. Sarebbe desiderabile stabilire una prassi di accettazione che sia il più possibile obbiettiva e renda possibile l'estensione dell'assicurazione ad un sempre maggior numero di rischi tarati. E' necessario per far ciò disporre d'una anamnesi il più possibile precisa e documentata riguardo alle lesioni sofferte (cartelle cliniche degli ospedali militari) ed è necessario che il medico visitatore esamini con maggior cura gli organi che, nel periodo bellico, sono stati sede di ferite o di malattie. Nel caso che l'assicurando abbia sofferto durante la guerra una di quelle malattie che notoriamente influenzano la durata della vita (ulcera gastrica, coliche renali od epatiche, ecc.), basta comportarsi come d'ordinario per valutare il rischio, attraverso il prescritto questionario, con la maggiore esattezza.

Ma, in rapporto ai lesi di guerra, quel che più importa stabilire è l'influenza che possono avere sulla durata della vita le ferite di guerra sofferte. Se una ferita di guerra possa presumibilmente accorciare la vita, dipende dal tipo e dalla gravità della lesione nonché dall'organo colpito. Naturalmente non sono in questione le ferite di lievissima entità nè quelle gravi mutilazioni del corpo che portano rapidamente a morte, ma quelle ferite piuttosto gravi, cui il paziente sopravvive, ma che determinano cicatrici importanti o mutilazioni più o meno estese. Naturalmente si può parlare di accettazione in assicurazione soltanto quando la ferita sia guarita e siano finite le immediate conseguenze di esse, cioè insomma quando il ferito non abbia più bisogno delle cure del medico; allora la valutazione del rischio si baserà sul tempo trascorso dal momento della ferita; dall'importanza dell'organo colpito e dai rilievi obbiettivi annotati dal medico visitatore. Mentre però per le più importanti malattie noi possiamo disporre di accurate ricerche statistiche riguardo alla loro influenza sulla durata della vita, ciò non è per le straordinariamente diverse conseguenze cui possono dar luogo le varie ferite. Per esempio di difficile soluzione è la questione dell'accettazione in assicurazione di ferite nelle cui carni è rimasto un corpo estraneo, che non determini alcun disturbo; infatti bisogna tener conto della possibilità di migrazione di esso con il conseguente pericolo di ledere organi importanti, della possibilità dello svilupparsi di una infezione latente e dell'azione tossica, derivante dal continuo e lento assorbimento del piombo del proiettile trattenuto; non solo, ma bisogna anche pensare che ad un certo momento il ferito, anche senza particolare indicazione, si voglia esporre all'intervento chirurgico per l'estrazione del corpo estraneo, intervento che rappresenta sempre un rischio.

Le ferite del capo sono di particolare importanza in rapporto all'influenza sulla durata della vita, se è lesa il cervello o le ossa craniche; specialmente nei soggetti ad ereditarietà psicopatica, potrà essere risvegliata una certa labilità neuropsichica, cui possono seguire disturbi più gravi e financo il suicidio. Le lesioni craniche inoltre, anche molto tempo dopo il trauma, possono essere la causa determinante di attacchi epilettici, la cui eliminazione molte volte viene tentata attraverso una operazione chirurgica, con tutti i rischi a questa inerenti; lo stesso si può dire riguardo agli accessi cerebrali post-traumatici. Inoltre bisogna tener conto se la sede della ferita può avere influenza sugli organi e nervi visivi ed auditivi. Le ferite craniche, che non lasciano alcun disturbo e alcun difetto osseo, possono di regola essere assicurate senza soprappremio; così pure si dica nei casi di cecità o sordità di guerra, escludendo naturalmente l'assicurazione infortuni.

Le ferite del midollo spinale, a meno che non siano molto leggere, aggravano notevolmente la prognosi *quo ad vitam*; le paralisi estese portano con sé il pericolo di polmoniti ipostatiche, di decubiti e, spesso, di malattie vescicali e quindi in tali casi non si può procedere all'assicurazione. Le lesioni di nervi periferici invece influ-

scono poco sulla durata della vita e in esse il pericolo maggiore consiste in eventuali successivi interventi chirurgici. Le ferite della cassa toracica possono causare lesioni polmonari, pleuriche o diaframmatiche, con la possibilità di un successivo impianto di bacilli tubercolari, di ascessi polmonari, di bronchiectasie, di bronchiti, di pleuriti; per l'accettazione in assicurazione è necessario che sia cessata la fase acuta di tali lesioni e che esse siano clinicamente guarite.

Le ferite del cuore sono quasi sempre mortali; la guerra però può determinare stati di debolezza cardiaca o anche veri e propri vizi valvolari attraverso alcune malattie infettive frequenti nei periodi bellici.

Con particolare attenzione debbono essere osservati gli assicurandi che abbiano avuto ferite penetranti nella cavità addominale, per la possibilità che in essi persistano ascessi incapsulati o fistole.

Le ferite delle estremità hanno meno importanza riguardo alla prognosi della durata della vita, benchè le mutilazioni gravi possano determinare stati di labilità neuropsichica e anche quadri di ipertensione arteriosa attraverso una irritazione delle terminazioni periarteriose del simpatico in corrispondenza del moncone.

Le malattie sviluppatasi durante la guerra, ma non dovute a ferite, vanno trattate come se il loro decorso fosse avvenuto in tempo di pace. F. T.

**Bulletins Périodiques (des Compagnies suisses d'assurances sur la vie), n. 3, 1942.**

HOLZEMANN, *Quando si deve ricorrere all'elettrocardiografia.*

L'A. si propone di limitare l'indagine, in occasione di visita per assicurazione sulla vita, ai casi in cui è più frequente ottenere un reperto probativo, e ciò si avrebbe quando esiste un'eredità cardiopatica, ed il soggetto ha superato i 30 anni, malattie infettive nell'anamnesi accompagnate a sensazioni subbiettive cardiache, nei casi sospetti di angina pectoris, nelle ipertensioni che coincidono con una eredità tarata, nelle ipertrofie del miocardio ed infine in tutte le alterazioni del ritmo tranne l'aritmia respiratoria.

*Idem*, n. 3, 1942.

KAUFMANN, *La funzione del Medico di Assicurazione sulla Vita.*

Vengono ricordate le premesse che il Medico di Direzione deve tener presente per il vaglio dei certificati di visita medica compilati dai Fiduciari e per quello dei certificati di morte in occasione di sinistro.

L'A. si ripromette di esporre in un altro lavoro i criteri di valutazione dei rischi.

**Medizinische Klinik, 29 maggio 1942.**

J. H. SCHULTZ, *Il problema psicologico della mania nella prassi medica.*

Alla parola mania si pensa subito alle più frequenti e pericolose tossicomanie (alcolismo, morfinismo, ecc.); lo psicologo invece parla anche di altre manie, per es. la mania del lavoro, mania dell'ordine, mania del lusso, ecc. Con il termine di mania cioè lo psicologo intende un rapporto tale tra un uomo ed una condizione di vita, che l'uomo non è più in grado di decidere da sè la sospensione di tale rapporto, ma è divenuto soggetto ad esso, da una semplice abitudine ad una vera e propria schiavitù.

L'interruzione brusca di una di queste manie può dar luogo a fenomeni più o meno gravi di astinenza, benchè l'A. abbia notato che essi non si presentano se l'interruzione è stata ottenuta mediante l'ipnotismo.

La caratteristica psicologica di questi maniaci è la debolezza della volontà e la mancanza di fermezza nel carattere, che molte volte è dovuta alla educazione avuta; viene così ad essere confermata la grande importanza di una educazione comprensiva ma sufficientemente energica per il carattere. Ne consegue che per guarire questi individui, bisogna rieducarli ed aiutarli a formare la loro personalità, pur non trascurando, nei casi più gravi, l'aiuto che ci offre la psicoterapia propriamente detta. F. T.

***Nella nostra biblioteca***

ARANCIO, *Problemi pratici di terapia - La cura del dolore*. — Estratto da « *Terapia Pratica* », 1929.

ID., *Stato attuale del problema geologico della scarlattina*. — Estratto dalla « *Rivista Medicina Nuova* », 1931.

ID., *Sull'etiologia e cura delle affezioni bronco-polmonari*. — Estratto da « *Note di Terapia Pratica* », 1932.

ID., *Batterioterapia lattica*. — Estratto da « *Annali I.R.T.A.* », 1929.

BRUERS, *Tradizione italica e l'Italia di oggi*. — Azione Letteraria Italiana, Roma.

L'A. ben noto per i suoi studi letterari e filosofici, ha condensato in una breve pubblicazione, gli elementi essenziali del genio italico, nelle vicende della sua millenaria civiltà, elementi che attingono alla concezione spirituale della vita. Essa, in un nesso indissolubile, congiunge il mondo terreno con un mondo invisibile ed universalistico, dominatore della materia e dello spirito che è, in definitiva, la genesi della religione dei primi popoli italici: l'etrusco ed il romano. In questa essenza spirituale ed in questa concezione, che assurge alle mete sublimi del Teismo e del Cristianesimo, l'A. è tratto a ritrovare la tradizione italica, cioè la prodigiosa resistenza del genio italiano a tutti i perversamenti ideologici delle diverse rivoluzioni, la gigantesca affermazione dell'Italia in ogni campo dell'Arte e della Scienza e nel moto della Civiltà Umana ed infine ravvisa la sua missione e la sua gloria di domani, se l'Italia di oggi, superata la terribile vicenda di guerra, saprà comporre l'ordine fisico e sociale, nella suprema armonia dei suoi principi morali superiori ed universalistici che la legano alla sua tradizione millenaria. La pubblicazione che nelle sue mirabili sintesi, rivela il filosofo, lo storico e l'artista, dà un vero godimento allo spirito e lascia profonde ed incancellabili impressioni per alcune verità, che, pur vivendo nei recessi dell'anima, hanno bisogno di essere risvegliate e ricordate. G.

CASANO, *L'assistenza all'ammalato nei casi di infortunio - malattie professionali - malattie generali*. (Tesi di specializzazione in Medicina Legale e Assic. presso la R. Univ. di Roma).

Lo studio rievoca tutta la legislazione emanata in Italia e all'Estero in materia di Assistenza sanitaria ed economica ai lavoratori di ogni categoria, mettendo in evidenza alcune dissonanze fra i diversi istituti che pur ispirandosi agli stessi principi li attuano con concezioni e mezzi diversi. Ottimo suggerimento quindi ci appare quello proposto dall'A. che auspica una unificazione di tutte le norme legislative vigenti: compito di grande importanza che trova oggi la più agevole soluzione con la creazione dell'Ente Nazionale Fascista di Assistenza e di Previdenza per i dipendenti dello Stato. (Decreto-legge 19 gennaio 1942).

CALTABIANO e LIFANI, *Variazioni della glicemia del Ca e del K del siero nell'assideramento. Effetti del pretrattamento con calcio*. — Estratto da « *Biochimica e Terapia Sperimentale* », 1936.

CUTURI, *Azione ipoglicemizzante degli estratti epatici*. — Estratto da « *Gazzetta Internazionale Medicina e Chirurgia* », 1935, Tip. Campi, Foligno.

L'A. sulla base delle ricerche riferite conclude che l'uso preventivo degli estratti di fegato determini un abbassamento del tasso glicemico di notevole intensità e di varia durata.

CUTURI-LANZA, *Sulla esistenza di forme filtrabili del bacillo di Koch*. — Estratto da « *Rivista e Clinica della Tuberculosis* », 1930, Stab. Poligr., Bologna.

FORNARIO, *Documentazione di casi di tubercolosi guariti con antigene-tubercolare per via orale.* — Tip. Cordani, 1942, Milano.

L'A. continuando i suoi studi precedenti che furono riferiti nel Congresso Internazionale tenuto a Roma nel 1928 presenta la documentazione di due recenti casi di guarigione di tubercolosi a varie localizzazioni, ottenute mediante la vaccinazione con antigene tubercolare. (Cloro-natrio proteina T.) a dosi minime per via orale.

GUIDOTTI, *L'importanza sociale per le malattie di cuore.*

L'A., dopo aver sfatato il preconcetto della scarsa o nulla efficacia della terapia dell'infezione reumatica in atto e della profilassi delle recidive, ai fini della profilassi delle cardiopatie dei giovani, espone i principi fondamentali organizzativi della difesa sociale contro le cardiopatie, principi che sono basati essenzialmente sulla lotta pronta ed efficace contro l'infezione reumatica, che assai spesso colpisce l'infanzia, anche in forme insospettabili e prepara così, insidiosamente e fatalmente, l'epilogo cardiopatico. Ci auguriamo ora che il nobile e generoso appello, lanciato dall'insigne A., e corroborato dall'alta parola del Prof. Frugoni, che ha scritto la prefazione del lavoro, sia degnamente raccolto, dai Medici, dalle Autorità Sanitarie e dagli Enti e sia iniziata quella lotta che ha tutto il valore di una battaglia per la redenzione da una delle più gravi malattie sociali. G.

LI-FAVI, *Effetti del pre-trattamento con ossalato sodico nell'assideramento.* — Estratto dalla « Rivista Sanitaria Siciliana », n. 5, 1937, Palermo.

L'A. a conclusione delle sue ricerche ritiene che gli effetti dell'assideramento sono più gravi negli organismi pre-trattati con ossalato sodico in conseguenza dell'insufficienza calcica determinata dall'acido ossalico che opera la precipitazione del calcio.

LOMBARDO, *Radio-diagnostica delle fistole biliari interne.* — Tip. del Seminario, 1942, Padova.

L'A. tratta dell'argomento nella sua tesi di specializzazione e riporta 4 casi di f.b.i., malattia piuttosto rara il cui studio ha potuto essere approfondito con le ricerche radiologiche. La pregevole monografia per quanto succinta nell'esposizione dei dati biologici-anatomici e clinici della malattia, va segnalata agli studiosi per i metodi radiologici più convenienti da mettere in pratica negli esami delle f.b.i. Importante ci appare la conclusione alla quale è pervenuto l'A.; e cioè che l'esistenza di una f.b.i. può non rappresentare un'indicazione operatoria di urgenza date le sue grandi possibilità di guarigione spontanea.

MAGALDI, *Anatomia chirurgica del duodeno.* Arti Grafiche D'Amodio, Napoli, -940.

L'A. ci presenta uno studio anatomico molto accurato e dettagliato del duodeno le cui lesioni hanno assunto in questo ultimo trentennio una grande importanza nella patologia addominale. Nella seconda parte l'A. tratta alcuni quadri morbosi di patologia duodenale che in connessione con i principi clinici svolti riescono di molta utilità per l'esatta comprensione delle svariate sindromi duodenali. G.

ID., *Anatomia chirurgica degli organi del mediastino anteriore.* — Estratto della « Rivista di Chirurgia », n. 3, 1941.

ID., *Anatomia chirurgica del nervo frenico a proposito di una anomalia di decorso.* — Estratto da « Folia Medica », n. 15, 1938, Napoli.

ID., *Circa l'anestesia degli splacnicà.* — Estratto dal « Morgagni », n. 15.

ID., *Complicanze emorragiche nelle ernie.* — Arti Grafiche Amodio, Napoli, A. XVIII.

ID., *Contributo alla cura del rinofima con il metodo di Olivier.* — Estratto da « Folia Medica », 1940, Napoli.

Id., *Il dotto toracico in chirurgia*. — Estratto dai n. 5-6 della « Rivista di Chirurgia ».

Id., *Contributo clinico ai traumi del cranio*. — Estratto dalla « Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia », n. 18, 1931.

Id., *Esiti a distanza di omotrapianti testicolari nella milza*. — Estratto dal n. 5 di « Folia Medica », Napoli.

Id., *Lo stato attuale della Chirurgia del simpatico cervicale*. — Estratto dagli « Anali Italiani di Chirurgia », n. 6, 1933.

MAISANI, *Etiopatogenesi del gozzismo endemico*. — Estratto da « Rivista Italiana d'Igiene », n. 4, 1942.

MANZO, *Il particolare regime fiscale delle assicurazioni private*. Tip. Resto del Carlino, 1942, Bologna.

In una materia così vasta e complessa, l'A. ha studiato la legislazione fiscale vigente nei rapporti con le assicurazioni private e quale introduzione dell'opera fa precedere l'esposizione storica-critica dello svolgimento dell'ordinamento tributario in Italia a cominciare dal 1862 in cui fu emanata la prima legge fiscale dei contratti di assicurazione fino ad oggi. La distribuzione della materia segue un piano organico ed armonico e contempla le varie forme di tassazione: tasse sulle assicurazioni, tasse sul bollo, tasse di registro, tasse di successione, imposta sui redditi di ricchezza mobile, imposta ordinaria sul patrimonio e sull'entrata. Le opportune e dotte illustrazioni, con cui l'A. ha trattato i diversi argomenti, ne fanno un manuale utilissimo ai diversi enti assicurativi, e va molto raccomandato agli studiosi della materia per la chiarezza e la semplicità dell'esposizione ed i sicuri richiami di leggi e di disposizioni sempre difficili a ritrovarsi nei comuni trattati.

*Medicina e Biologia*, vol. I, 1942, Roma.

La nuova pubblicazione che esce in ottima veste tipografica, a Roma, sotto gli auspici del Ministero dell'Educazione Nazionale e del Ministero degli Interni, diretta da Gianni Petragliani ed Aldo Barchiesi, ha una sua fisionomia nuova ed originale che la rende immediatamente simpatica ed interessante. Il suo intento è quello di offrire ai medici una raccolta di pubblicazioni, che espongono, attraverso sintesi panoramiche, le maggiori acquisizioni nel campo della medicina e della biologia valorizzando convenientemente il contributo degli studi italiani. Il volume di circa 460 pagine, preceduto da una prefazione dell'Ecc. Bottai, Ministro dell'Educazione Nazionale, dotto e profonda, presenta gli argomenti suddivisi in 4 gruppi che sono Biologia e Patologia, Medicina e Chirurgia, Veterinaria, Etnoiatria. Ogni gruppo è formato da varie classi, con un comitato consultivo per ogni classe in modo da inquadrare tutta la vasta materia in un complesso di insieme armonico e ben distinto. In questo primo volume sono stati pubblicati lavori molto interessanti del Rondoni, Spirito, Mazza, Miardi, Zavattari, Gamma, Pende, Caronia, Perussia, Paolucci di Valmaggione, Tassi, Flarer e Sannelli.

La collana comprenderà annualmente una serie di almeno sei volumi. Un volume L. 65; 6 volumi L. 300; Direzione Amministrazione via dei Giardini 47 B, Roma.

G.

MONTESANO, *Un caso di ristagno dei minatori*. — Estratto da « Folia Medica », n. 13, 1939, Napoli.

L'A. illustra un caso di ristagno verificatosi in una miniera di carbone su un totale di 5.000 operai e in un lungo periodo di tempo che va dal 1935 al 1941. L'assenza di questa forma patologica va attribuita dall'A. alla buona illuminazione dell'ambiente e alla bassa percentuale di materie volatili del carbone della miniera.

G.

OMIZZOLO. *Frequenza e tipi degli spostamenti mediastinici nelle affezioni tubercolari dell'apparato respiratorio.* — (Tesi di perfezionamento nelle malattie dell'apparato respiratorio presso la R. Università di Milano).

L'A. dopo quanto ha esposto nel corso del suo breve ma chiaro studio, ed in base ad osservazioni fatte sopra mille casi di ammalati di forme tubercolari, conclude: che le deviazioni mediastiniche sono presenti nel 23,7% dei malati di tubercolosi polmonare; che gli spostamenti più numerosi si osservano a carico della parte alta del mediastino, e l'organo più colpito la trachea; che gli spostamenti sono più frequenti a destra (64,9%); e che non è indispensabile la partecipazione della pleura al processo bronco-pneumonico, perchè lo spostamento si verifichi.

ORLANDO, *La terapia dell'eresipela.* — Estratto del n. 3-4 del « Notiziario Diagnostico e Terapia », 1933.

*Relazioni e bilanci della Società Cattolica di Assicurazione per l'esercizio 1941.*

Il bilancio della Soc. Cattolica nel 1941 ha presentato un'attività di 116.921.442 con un passivo di 116.107.080 lasciando un utile da riportare di L. 814.361,70.

G.

STARNA, *Il giudizio medico di causalità professionale nelle assicurazioni sociali, secondo l'odierna scienza e giurisprudenza.* Estratto da « L'Assistenza Sociale », Stab. Europa, Roma, 1942.

L'A., in un'ampia sintesi delle concezioni che hanno dominato finora nel campo delle assicurazioni sociali, ormai uscite dalle linee anguste di un semplice scopo utilitaristico ed edonistico ed indirizzate ad una vera funzione di previdenza collettiva a tutela dei suoi singoli membri, affronta un nuovo problema, connesso alla stessa etica moderna, che riflette l'indagine medica nella causa professionale. L'argomento è nuovo ed in certo modo originale in quanto la tesi dell'A. tende a svincolare la minorazione dell'individuo dal cerchio chiuso della patologia del lavoro, in cui fino ad oggi è stata rinserrata, per il conseguimento del risarcimento, ed innestarla in quella entità complessa biologica e sociale dell'individuo che sta al fondamento di ogni manifestazione morbosa. L'A. vuole ricordare a questo proposito, gli enormi progressi compiuti nel campo etio-patogenetico, per affermare, sulla base di molti esempi tratti dal contenzioso e dalla legislazione, che molte volte esiste l'impossibilità di accertare la causa efficiente del morbo ed il suo nesso diretto con un trauma subito, dovendosi riportare a fattori molteplici che la medicina ancora non è in grado di dimostrare data l'oscurità di molti problemi patogenetici ma che in certo modo potrebbero essere in rapporto con l'attività del lavoro, quali per esempio certe spondiliti, l'anchilosi miogena vertebrale, l'osteomolacia (morbo di Kummel), la polmonite a frigore ecc.

Sulla base di questo concetto fondamentale l'A. auspica l'avvento di una assicurazione sociale totalitaria in cui l'indagine causale dell'evento da infortunio, venga sostituita dalla valutazione obiettiva della invalidità lavorativa permanente al guadagno, qualunque sia la causa che l'abbia provocata possibilmente affiancando l'invalidità dalle altre due forme assicurative fondamentali costituite dall'assicurazione vita e dalla assicurazione vecchiaia.

G.

*Statistica Sanitaria 1941 del Pio Istituto di S. Spirito e degli Ospedali Riuniti di Roma,* Tipografia Barchi, 1942, Roma.

Costituisce un grosso volume di circa 200 pagine, corredato da numerose tavole statistiche che rendono conto dell'imponente attività svolta dall'Istituto di S. Spirito e dagli Ospedali Riuniti nell'anno 1941. La classificazione delle malattie segue la nomenclatura adottata dall'Istituto Centrale di Statistica del Regno e comprende 18 gruppi ed 84 voci. Durante il 1941 furono ricoverati 82.718 infermi con una

differenza in meno di 4.615 unità del 1940 che furono 87.333. La mortalità totale è stata di 4.504 morti con una percentuale di mortalità del 5,5 % cifra, che di poco si discosta da quella degli anni precedenti oscillante tra il 6,9 % ed il 5,25 %.

Rilevante è il numero complessivo delle operazioni chirurgiche eseguite che ammontarono a 15.838 interventi, senza contare circa altri 3.000 piccoli interventi di natura ginecologica eseguiti nell'Ospedale di S. Giovanni. Uno studio dettagliato circa il costo della diaria e dei suoi elementi costitutivi chiude la pubblicazione che costituisce un lavoro assai pregevole, una fonte di notizie per tutti gli studiosi dei problemi ospedalieri ed una guida intelligente per gli amministratori che presiedono ai servizi di assistenza.

*Il Vademecum per il produttore dell'I.N.A.* — Ed. Bevilacqua e Solaro, Genova.

Il piccolo volumetto costituisce una guida preziosa per i produttori che vi trovano, in forma chiara e sintetica, esposte tutte le diverse forme di assicurazione con le relative tariffe, premi e soprapremi. Un capitolo è dedicato alle assicurazioni malattie che tratta del contratto speciale delle indennità che sono dovute, sempre nei casi di malattie comuni o di operazioni chirurgiche.

---

## VUOTI NELLE FILE.

### *Per la Patria.*

Sul fronte russo, è caduto il Medico di Direzione dell'I.N.A. Dott. GUGLIELMO CERCONE DE LUCIA, capitano medico di complemento, recentemente richiamato alle armi. Il supremo sacrificio del nostro collega ha commosso quanti lo conobbero, colleghi e conoscenti, che ebbero la ventura di apprezzarne le Sue qualità di medico valente ed appassionato studioso.

Sebbene avesse assunto servizio presso l'I.N.A. da meno di tre anni godeva di larga stima e di viva simpatia fra tutti; largo rimpianto lascia la Sua dipartita. Ha diretto il Sub-Centro Sanitario dell'I.N.A. di Catanzaro ed è stato anche nostro collaboratore.

Alla moglie, Anna Colaprete, ed ai piccoli figli: Clotilde, Alba e Filippo, in quest'ora di grande dolore «L'Assistenza Sanitaria» invia le più profonde e sentite condoglianze per l'immaturo e gravissima perdita.

### *Tra i Medici Fiduciari.*

- Dott. BIONDI Leonardo, S. Pietro Clarenza, Catania.
- Dott. NUONNO Ermanno, S. Angelo d'Alise, Benevento.
- Dott. FIMIANI Albino, Nocera Inferiore, Salerno.
- Dott. LONGELLA Francesco, Barra, Napoli.
- Dott. GIORGIERI Giorgio, S. Miniato, Pisa.
- Dott. FRANCESCHINI Francesco, Capannori, Lucca.
- Dott. ZERBI Eugenio, Arconate, Legnano.
- Dott. TARAMELLI Emilio, Viggìù, Varese.
- Dott. GLIARDI Paolo, Leno, Brescia.

Al collega dott. Giudilli Emilio del Centro Sanitario di Firenze, che ha perduto il 27 novembre u. s. il padre comm. Carlo, inviamo le nostre più sentite condoglianze.

---

**Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile**

---

(349) 1261-42-XXI - Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma

LOCALITÀ	ORARIO	LOCALITÀ	ORARIO
<b>Torino</b> Alessandria Asti Biella Novara Vercelli	Giorni feriali 1° e 2° lunedì 8,80-12,80 14,80-17,80 Giorni feriali Lunedì 9-12 Giovedì 8,80-12,80 2° e 4° martedì 8,80-18	<b>PIEMONTE</b> Via Maria Vittoria, 1 Via Roma, 14 Via Aliberti, 2 Via Arnolfo, 20 Via S. Giacomo, 3 O Carlo Alberto <b>LOMBARDIA</b> P. Diaz, 6 V. Camozzi, 38 P. Vittoria, Pal. INA V. D. Fontana, 2 V. Campi, 1 V. Vittorio Emanuele, 5 C. Mazzini, 8 <b>LIGURIA</b> V. Garibaldi, 8	Ancona Ascoli Piceno Macerata Pesaro Zara <b>MARCHE E DALMAZIA</b> C. Mazzini, 18 P. Popolo - V. Archivio V. Ricci, 2 V. Rossini, 2 Calle Larga <b>ABRUZZI</b> C. V. E. 146
<b>Milano</b> Bergamo Brescia Como Cremona Levano Pavia	Giorni feriali 1° 3° lunedì 9-12,80 1° 3° martedì 9-12,80 2° 4° giovedì 8,80-12,80 1° 3° mercoledì 9,80-12,80 2° 4° martedì 9-12 2° 4° sabato 9-12,80	<b>LAZIO E UMBRIA</b> P. XXIII mar. Pal. I.N.A. P. Vittorio Emanuele, 1 Via Sallustiana, 1 V. Tritone, 142 V. Tacito V. S. Croce V. G. Marconi, 7	Giorni feriali Domenica 8-12 2° 4° martedì 8,80-12,80, 15,30-19 Giorni feriali Mercoledì 8-14 2° 4° sabato 14-17 (sospeso) 1° 3° sabato 8,80-15
<b>Genova</b>	Giorni feriali	<b>CAMPANIA</b> P. Libertà, 59 V. Isabella Morra, 6 O Umberto, 53 V. S. Maria dell'Orto, 3 P. Costanzo Ciano, 32 V. Bellucci Sessa, 17 C. Garibaldi (Pal. Natalia)	Giorni feriali 2° 4° martedì 11-14 1° 3° mercoledì 9,80-12,80 2° 4° giovedì 9-12 (sospeso temp.) 1° 3° giovedì 9-12 Giorni feriali 2° 4° sabato 9-12 lunedì e mercoledì
<b>Bolzano</b> Bressanone Rovereto Trento	mercoledì e sabato 9-12 15-18 4° venerdì 9-12 15-18 martedì, giovedì 9-12 15 18 (1)	<b>VENEZIA TRIDENTINA</b> V. Rosmini, 20 V. Roma, 5 Piazza Rosmini V. Bellinzani, 14	Avellino Benevento Caserta Castell. Stabia Napoli Portici Salerno
<b>Padova</b> Belluno Isole Scalo Legnago Treviso Udine Venezia Verona Vicenza	Giorni feriali 2° sabato 9-12 2° venerdì 9-12, 15-18 1° e 3° venerdì 9-12, 15-18 1° e 3° martedì 8,80-12 (2) 2° e 4° martedì 9-12, 14,80-18,30 Giorni feriali lunedì 9-12, 15-18 3° lunedì 8,80-13	<b>VENEZIA VENETA</b> P. Spalato, 1 V. Garibaldi, 1 P. Nazario Sauro P. Dnomo V. Vitt. Emanuele, 29 V. Skauro, 1 Calle large XXII Marzo V. Vitt. Emanuele, 11 P. Roma, 11	Barl. Taranto Lecce Brindisi
<b>Trieste</b> Fiume Gorizia Monfalcone Pola	Giorni feriali 2° e 4° martedì 9-12, 15-18 1° 3° giovedì 8,80-12 dal 1°-5 al 80-8 e 14,80-18,30 dal 1°-10 al 80-4 1° 3° mercoledì (sospeso) 2° e 4° venerdì 14-17	<b>VENEZIA GIULIA</b> P. Dalmazia 8 V. XXX Ottobre V. Crispi, 9 V. Duca d'Aosta, 26 V. Garibaldi, 18	Potenza <b>LUOANIA</b> P. agz Prefet., Pal. I.N.A. <b>CALABRIA</b> P. Roma, 20 C. Mazzini C. Garibaldi, 2
<b>Bologna</b> Modena Parma Piacenza Reggio Emil.	Giorni feriali 1° 3°, lunedì 9-18 2° 4° giovedì 8-18 2° 4° mercoledì 8,80-12,80 1° 3° martedì 9-12,80	<b>EMILIA</b> V. Pignattari, 1 P. Mazzini 4 V. Garibaldi, 23 P. Cavalli, 2 V. Emilia S. Stefano, 8	Catania Messina Ragusa Siracusa Agrigento Enna Palermo Trapani
<b>Firenze</b> Livorno Prato	Giorni feriali Lunedì 10-12, 14,80-16 1° 3° Lunedì	<b>TOSCANA</b> Piazza Stazione, 2 V. Castrolì 9 (Pal. Galleria) P. S. F. d'Assisi, 5	Catanzaro Cosenza Reggio Cal. <b>SICILIA</b> V. A. Muscolini, 16 V. Colombo, 40 V. M. Coffa, 12 V. dei Mille, 2 V. Roma, 291 V. Vitt. Eman., 2 V. Maqueda, 182 V. Torreatara
		<b>SARDEGNA</b> V. Roma, 78	Giorni feriali Giorni feriali 2° martedì 9-13 1° 3° mercoledì 9-13 Venerdì e sabato 9,80-18 Giorni feriali 1° 3° mercoledì 10-12 2° 4° martedì 10-13 Giorni feriali

# 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 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> cl. 10%, 3 <sup>a</sup> cl.	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20 . . . .	80%
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi . . . .	20, 25 e 80%, fino al 1-3-1943		Casa « Berti » . . . .	80%
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - P. S. Benedetto . . . .	80%	NAPOLI	Sanatorio « G. Forlanini »	80%, diaria L. 20
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati . . . .	80%	PALERMO	Clin. Prof. Arnone - Via Ugdena, 2 . . . .	80%, 80%, retta 20%, interventi e ricerche
CATANZARO	Ist. clin. diagn. fisioter. Dr. G. Mazza - V. Duomo	80%		Casa « Noto » . . . .	
COMO	Ist. Card. Prof. G. Galli - Via Volta 46 . . . .	80%	PIACENZA	Casa « Piacenza » . . . .	20%
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	80%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi . . . . .	80%
GENOVA	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV . . . .	ass. popolari L. 10 visita annuale	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi .	20 e 25%
	Ist. Inalaz. Dr. B. Oxilla - Via XX Settem. 1-2 .	80%	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8 . . . .	40%, ass. popolari L. 11 visita annuale 85%
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro .	80 %		Olin. malattie profess. - R. Università . . . .	
MESSINA	Ist. ter. fisica Dr. G. Spagnolio - P. Stazione .	80%		Istit. terapia ortopedica - Corso Oporto 10 . . . .	80 e 40%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I » .	10 e 20%		« Villa Maria » - V. Princi- pessa Felicita, 15-bis, 17	
				Ospedale Maggiore S. G. Battista e della Città di Torino . . . . .	15%, prestazioni med. - chir. che
			TREVISO	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo . . . . .	80%
			TRIESTE	Casa di Cura Duttogliano	20 o 10%

## Cliniche specializzate e case di cura

CAGLIARI	Casa B. Salvatore (ostetr. e ginecologia) . . . .	80%	ROMA	Casa « Immacolata Conce- zione » (artr., sciatica e reumatismi) - V. Pom- peo Magno, 14 . . . .	50%, ambulanze 1 <sup>a</sup> cl. L. 50 retta 2 <sup>a</sup> » » 40 » 3 <sup>a</sup> » » 25 »
ROMA	Olin. 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 Salute » (loca- lità Altichiero) neu- rologia . . . . .	20%
	Osp. S. Gallicano (der- mosifilopatia) . . . .	diaria 80,50	TREVISO	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otori- nolaringologia . . . .	80%
	Ist. « Regina Elena » (tum.)	» 85 —	MIAZZINA (Novara)	Casa « Eremo » (malattie polmonari) . . . . .	15 e 20%
	Clinica Odontoiatrica R. Università . . . . .	20%			
	Guardia Ostetrica perma- nente E. Pestalozza .	50, 80, 20%			