

# L'ASSISTENZA SANITARIA

agli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

PUBBLICAZIONE BIMESTRALE

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI  
ROMA - Via Sallustiana N. 51 - ROMA



Sede Centrale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma, Via Sallustiana, 51

## SOMMARIO

- |  |            |  |          |
|--|------------|--|----------|
| 1. Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati dell'I. N. A. . . . .   | pag. I-XVI | 5. Alcuni dati di statistica medica:   |          |
| 2. Consigli agli assicurati:   |            | a) Le cause di morte del 1933 fra gli assicurati delle cessioni legali e riassicurazioni . . . . . | pag. 376 |
| a) Dr. A. STARNA, La vertigine e il sesto senso . . . . .  | 337        | b) Capitali dei sinistri delle cessioni legali e riassicurazioni nel 1° semestre 1934 . . . . .    | 379      |
| b) Dr. G. GIANNELLI, L'igiene della vista . . . . .  | 340        | c) Capitali dei sinistri di tutti i portafogli esaminati nel 1° semestre 1934 . . . . .            | 381      |
| 3. Note di medicina delle assicurazioni vita:  |            | d) Contratti del portafoglio diretto e preconstituito esaminati nel 3° trimestre 1934 . . . . .    | 382      |
| a) Prof. Dr. L. WINTERNITZ, Concetto e valutazione medico-attuariale dei rischi tarati . . . . .   | 350        | 6. Varie:  |          |
| b) Dr. D. SIBILLA, Sulla diagnosi precoce della tubercolosi polmonare . . . . .  | 354        | Dr. G. GIANNELLI, Sulla comparabilità delle nomenclature nosologiche, ecc. . . . .                 | 383      |
| c) Prof. Dr. O. MENDONCA, La tavola del Clark per la correzione degli errori nel peso e nelle misure somatiche forniti per gli assicurandi . . . . . | 359        | 7. Notiziario. . . . .   | 395      |
| 4. Medicina Legale delle Assicurazioni Vita:   |            | 8. La pagina del medico fiduciario . . . . .   | 398      |
| Dr. F. MARSELLA, Malafede e raggiro nelle dichiarazioni dell'assicurando . . . . .   | 367        | 9. Dai libri e dalle riviste. . . . .  | 399      |
|  |            | 10. Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale . . . . .                                      | 405      |
|  |            | 11. Pubblicazioni ricevute . . . . .   | 406      |
|  |            | 12. Dai Periodici di Medicina . . . . .  | 407      |
|  |            | 13. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari . . . . .   | 408      |

# ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

## APPELLO AI GIOVANI!

Un tempo i principi della previdenza erano soprattutto apprezzati dalle persone adulte. Oggi che la gioventù non è più avulsa dalla vita della Nazione, ma in essa è forza operante, deve per prima dar prova di conoscere e di saper valorizzare tali principi, ricordando le parole del Duce, il quale ha affermato che la «previdenza è la forza di un popolo civile». D'altra parte sappiano i giovani che la più perfetta forma della previdenza esercitata col mezzo

### dell' **ASSICURAZIONE SULLA VITA**

è ora accessibile a tutti, mercè le numerosissime forme adottate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Ricordino inoltre i giovani che oggi, a cagione della loro età, possono entrare in possesso di una polizza

### dell' **ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI**

con una spesa notevolmente più lieve che in avvenire, perchè — come è noto — aumentando l'età, aumentano anche i tassi di premio.

Quanti e quali sono i tipi di assicurazione adottati dall'Istituto? Sono molti e svariatissimi; illustrarli tutti non sarebbe possibile in così breve spazio. Accenneremo ad alcuni di essi. Probabilmente, o giovani, avrete già sentito parlare dei tipi fondamentali:

#### 1' **“ ASSICURAZIONE A VITA INTERA „**

#### 1' **“ ASSICURAZIONE MISTA „**

#### 1' **“ ASSICURAZIONE A TERMINE FISSO „**

L'assicurazione così detta « a vita intera », che ammette il pagamento della somma stabilita in polizza soltanto dopo la morte dell'assicurato, e quindi ad esclusivo beneficio di terzi, non è generalmente adatta ai giovanissimi; conviene particolarmente a coloro che, senza esser vecchi, sono più maturi di età ed hanno quindi già consolidata la propria situazione economica. Gli altri due tipi convengono a tutti.

Che cosa è l'« Assicurazione mista? » E' un'assicurazione in base alla quale voi siete sicuri di incassare un determinato capitale dopo un certo numero di anni in conformità alla proposta che avrete fatto all'Istituto. Ma non è tutto qui. Se voi veniste a mancare prima della scadenza del periodo fissato, i vostri eredi o i beneficiari da voi indicati, incasserebbero **immediatamente ed integralmente** il capitale stabilito in polizza.

Che cosa è l'« Assicurazione a termine fisso? » E' un'assicurazione, in base alla quale voi acquistate la certezza di incassare il capitale convenuto allo scadere di un determinato periodo ed inoltre siete sicuro che se voi veniste a mancare prima di tale scadenza, nessun premio dovrebbe più essere corrisposto all'Istituto, che, per contro, verserebbe l'intero capitale agli eredi o ai beneficiari da voi indicati, al compimento del periodo di anni prefissato.

E poi voi saprete che se oggi le vostre possibilità di risparmio sono ancora limitatissime e non avete modo, ad esempio, di accantonare più di

### **50 Centesimi o Una Lira**

al giorno, perchè siete tuttavia figli di famiglia o vi trovate all'inizio di un impiego o di un mestiere, non avete che da ricorrere alle

### **ASSICURAZIONI POPOLARI**

le quali vi offrono tutti i benefici delle assicurazioni ordinarie e molti altri ancora, fra cui l'esenzione dalla visita medica. Prevedono il caso di morte per **infortunio** (esclusa ogni concausa), con pagamento ai beneficiari di una somma **doppia** di quella assicurata; l'invalidità totale, i casi di **servizio militare**, di **disoccupazione** ecc.

E' pure da rilevarsi che gli assicurati nella forma popolare partecipano anch'essi agli

### **UTILI D'ESERCIZIO**

dell'Istituto mediante graduale aumento dei capitali fissati nelle polizze e godono di numerose **provvidenze sanitarie**.

La gioventù d'oggi, cresciuta nel clima Fascista, è forte e volitiva e tende decisamente alla conquista dell'avvenire; deve quindi, con sicura coscienza, provvedere anche al futuro proprio e delle persone care col mezzo della più perfezionata forma di risparmio che è la **ASSICURAZIONE SULLA VITA**.

Per informazioni e notizie rivolgersi alle Agenzie Generali dell'« **ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI** »



---

---

# L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

---

---

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

---

---

## PARTE UFFICIALE

### NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

*a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni*

#### TORINO

**Centro di Assistenza Sanitaria agli Assicurati.** — Allo scopo di permettere agli assicurati — specialmente del Piemonte — di usufruire con maggiore facilità degli esami periodici di laboratorio che l'Istituto concede gratuitamente, funzionerà prossimamente in Torino un Centro di Assistenza Sanitaria.

Ivi si praticheranno per coloro che ne hanno diritto:

- a) un esame completo chimico e microscopico delle urine;
- b) un esame del sangue per la ricerca della glicemia;
- c) un esame del sangue per la ricerca della azotemia;
- d) un esame del sangue per la reazione di Kahn;
- e) la misurazione della pressione arteriosa.

Inoltre si forniranno agli assicurati tutte quelle informazioni che riguardano le Provvidenze Sanitarie.

## PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

- A) *Visite mediche periodiche gratuite — Analisi mediche gratuite — Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche. — Gabinetto per le cure odontoiatriche. — B) Facilitazioni per cure termali. — C) Facilitazioni presso ospedali e case di cura. — D) Facilitazioni per Sanatori, convalescenziari e consultori materni. — E) Facilitazioni per cure odontoiatriche. — F) Facilitazioni per cure oculistiche. — G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche. — H) Pubblicazioni di medicina preventiva.*

- A) 1. Visite mediche periodiche gratuite. — 2. Analisi mediche gratuite. — 3. Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche. — 4. Gabinetto per le cure odontoiatriche.

1. Concessione di un **buono di visita medica gratuita** ogni due anni, agli assicurati in regola con i pagamenti che siano possessori di polizze di assicurazione in forma ordinaria con visita medica per un capitale superiore alle L. 20,000. Gli assicurati hanno facoltà di scegliere il medico, e questi è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

2. Concessione gratuita presso il Laboratorio Centrale dell'Istituto in Roma, Via Sallustiana 51, di:

a) un **esame** completo chimico e microscopico **delle urine** ;

b) un esame del sangue: per la ricerca della **glicemia** ;

c) un esame del sangue: per la ricerca della **azotemia** ;

d) un esame del sangue: per la **reazione di Kahn** ;

e) la misurazione della **pressione arteriosa** :

### OGNI DUE ANNI

agli assicurati in forma ordinaria con visita medica per un capitale superiore a L. 20.000, in regola con i pagamenti ;

### OGNI TRE ANNI

a) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva con visita medica per un capitale fino a 20.000 lire comprese, in regola con i pagamenti ;

b) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva senza visita medica per un capitale superiore alle L. 20.000.

c) agli assicurati con polizza di Rendita vitalizia con una rendita annua superiore a L. 5000 ;

### OGNI QUATTRO ANNI

a) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva senza visita medica per un capitale fino a 20.000 lire comprese ;

b) agli assicurati con polizza di Rendita Vitalizia con una rendita annua fino a 5.000 lire comprese ;

c) agli assicurati con polizze popolari di qualsiasi forma o capitale.

Si rammenta che agli assicurati impossibilitati a muoversi dalla loro residenza, è consentito beneficiare ugualmente di detta concessione, inviando ai Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale col mezzo più celere, campioni:

per l'esame delle urine 60-70 cc. di urine aggiuntevi 3-4 gocce di formalina o qualche granellino di canfora.

per l'azotemia 5-10 cc. di sangue con l'aggiunta di qualche granellino di citrato di sodio;

per la glicemia 1-2 cc. di sangue preparato con fluoruro di sodio;

per la reazione di Kahn 5-10 cc. di sangue o meglio 1-2 cc. di siero possibilmente già centrifugato.

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

3. Concessione di prestiti senza interessi agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che debbano sottoporsi ad operazione di alta chirurgia, per la somma occorrente a pagare le relative spese debitamente comprovate.

4. Gabinetto per le cure odontoiatriche, compresa la protesi, a condizioni assolutamente speciali, presso la Direzione Generale dell'Istituto (Roma, Via Sallustiana, 51).

Tutti gli assicurati possono usufruirne, pagando un onorario minimo. La prima visita consultiva è gratuita.

B) Facilitazioni presso Stabilimenti Termali (*Vedi elenco seguente*).

C) Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura (*v. elenco seguente*).

D) Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori materni (*Vedi elenco seguente*).

E) Facilitazioni per cure odontoiatriche (*Vedi elenco seguente*).

F) Facilitazioni per cure oculistiche (*Vedi elenco seguente*).

G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche (*Vedi elenco seguente*).

I sanitari delle specialità di cui alle lettere E) F) G) concedono agli assicurati con polizze ordinarie e collettive, la riduzione del 30%, sugli onorari minimi, fissati dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici.

H) Pubblicazioni di medicina preventiva dell'INA:

Dott. ESCHILO DELLA SETA, *Vivere sani*.

Prof. Dott. ORESTE BELLUCCI, *Salute tesoro della vita*.

Rivolgersi alla Direzione Generale dell'INA.

## ELENCO PER PROVINCIA

### AGRIGENTO.

Odontoiatri:

Dott. CUCURULLO Antonio.

CANICATTI - Dott. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

### ALESSANDRIA.

Odontoiatri:

Dott. MOTTA Luigi, Piazzetta della Lega, 7.

Dott. OSIMO Guido, Via Mazzini, 1.

Dott. PICCINI Alessandro, Via Umberto, 25.

Dott. PICCIONE Antonio Giovanni, Via Venezia, 3.

ASTI - Dott. DEGIANI Attilio.

Dott. MAIOLO Giacomo.

Dott. MALAGOLI Lelio.

CASALE MONFERRATO - Dott. GAUDINA Umberto.

Dott. PINOLINI Giovanni.

Dott. REDOGLIA Agostino.

NOVI LIGURE - Dott. BELLONE Mario Luigi.

TORTONA - Dott. TORTI Carlo.

**Oculisti :**

ALESSANDRIA - Dott. ALTARA Eugenio,  
Via Milano, 19.  
Prof. Dott. BIANCHI Benigno, Via Faà  
di Bruno, 12.  
Dott. DURANDO Francesco, Via Legna-  
no, 11.  
CASALE MONFERRATO - Dott. GUASCHI  
NO Angelo.

**Otorinolaringoiatri :**

ALESSANDRIA - Dott. BADINO Francesco,  
Via Voschieri, 3.  
Dott. BORTOLOTTI Lorenzo, Via S. Gia-  
como della Vittoria, 25.  
Dott. MODESTO Ajmone, Via Faà di Bru-  
no, 24.  
CASALE MONFERRATO - Dott. GUASCHI-  
NO Giovanni.

**ANCONA.**

1. *Convalescenziario in Loreto*, dell'Isti-  
tuto Nazionale Fascista della Previdenza So-  
ciale: tutti gli assicurati potranno essere rico-  
verati pagando una diaria di L. 20.

**AOSTA.**

**Odontoiatri :** Dott. CHIAMPO Arnaldo.  
Dott. SPIRITO Tito.  
IVREA - Dott. MAUTINO Giuseppe.  
Dott. PUGLIESE Giuseppe.

**Oculisti :**

IVREA - Dott. GARZINO Mario Casimiro,  
Ospedale Civile.

**Otorinolaringoiatri :**

IVREA - Dott. MAGGIOROTTI Ugo.

**ASCOLI PICENO.**

**Odontoiatri :** Dott. MONDOZZI Andrea, Via  
Benedetto Cairoli.  
Dott. PENNESI Luigi, Via Trivio.  
Dott. TASSONI Adolfo.

**Otorinolaringoiatri :**

FERMO - Dott. LODOVICI Amilcare, Via Sa-  
pienza, 4.

**BARI.**

1. *Clinica privata del prof. Florenzo  
d'Erchia*, via M. Signorile, n. 2, a tutti gli  
assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in  
vigore, sia per le rette che per le compe-  
tenze professionali, per le analisi e ricerche  
di chimica-clinica e microscopia, per le appli-  
cazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica  
Röntgen radium terapia che verranno prati-  
cate nella clinica.

**Odontoiatri :**

ANDRIA - Dott. SARDANO Francesco.

**BERGAMO.**

1. *Stabilimenti termali di S. Pellegrino :*  
a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle  
tariffe in vigore sia per l'ammissione che per  
tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Stabilimenti termali di Trescore Bal-  
neario :* a tutti gli assicurati saranno praticate  
le seguenti facilitazioni: riduzione del 25 %  
sull'importo della pensione di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe  
(nella pensione, oltre alloggio, vitto — vino  
compreso — e servizio, è compresa anche la  
cura ordinaria e cure straordinarie suppli-  
mentari). Inoltre gli assicurati pagheranno per  
le tasse di ammissione il 50 % in meno. La  
Società esercente le Terme si riserva la fa-  
coltà — qualora gli alberghi annessi alle Ter-  
me fossero completi — di poter sistemare gli  
assicurati in altri alberghi consociati della me-  
desima categoria facendo loro usufruire dello  
stesso trattamento dei primi.

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

**Odontoiatri :** Dott. AVETTA Enzo.

Dott. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.  
Dott. CALDEROLI Guido.  
Cav. Dott. CASTELLI Carlo.  
Prof. Dott. CAVAZZENI Giovanni.  
Dott. DAL LAGO Vittorio.  
Dott. GATTI Giovanni.

**Oculisti :** Dott. BUSACCA Annibale.

Prof. Dott. SEGUINI Arminio.  
Dott. ZONCA Giovanni.

**Otorinolaringoiatri :**

Dott. CALDEROLI Innocente.  
Dott. PALVIS Giuseppe.

**BOLOGNA.**

1. *Stabilimenti termali di Porretta*, agli  
assicurati in forma ordinaria e collettiva: ri-  
duzione del 50 % sull'importo dell'abbona-  
mento ordinario d'ingresso agli Stabilimenti,  
e del 25 % sull'importo dell'abbonamento or-  
dinario alle cure idrominerali.

2. *Ospedale « Benito Mussolini »* della Cas-  
sa Nazionale Infortuni, agli assicurati con po-  
lizze ordinarie e collettive che facessero ricorso  
a quell'Ospedale per cure chirurgiche, orto-  
pediche ed oculistiche, oppure per applicazioni  
sia ambulatorie che in degenza, di terapia  
fisica, Raggi X e Radium, riduzione del 20 %  
se usufruiranno della 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe, e del 10 %  
se usufruiranno della 3<sup>a</sup> classe, sia per le ret-  
te che per gli onorari medici.

3. *Casa di salute « Policlinica »*, Piazza  
Umberto I, n. 9 a tutti gli assicurati — « Villa  
Verde », Via Mamolo, n. 45 — « Villa Rosa »,  
Via Castiglione, n. 103, agli assicurati con po-  
lizze ordinarie e collettive riduzione del 30 %  
sulle tariffe in vigore sia per le rette che per  
le competenze professionali e per applicazione  
di terapia fisica, raggi X e radium.

4. *Consultorio materno in Bologna*, del-  
l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza  
Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5  
ogni volta.

**Odontoiatri:** Dott. BIGNARDI Ferdinando, Via Saffi, 2.

Dott. CAPUZZI Giuseppe, Piazza dei Marchi, 6.

Dott. CARAMITTI Aldo, Via Innerio, 17.

Dott. DI MENTO Spiro, Via Zamboli, 3.

Dott. FRANCESCOINI Alberto, Via Saffi, 2.

Dott. GIANNOTTI Manfredo, Via Saffi, 2.

**Oculisti:** Dott. CAPRA Leonida, Via Indipendenza, 2.

Dott. MARIOTTI Cesare, Via Castiglioni 5.

Dott. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.

Dott. PALMIERI Domiziano, Via A. Rigghi, 34.

Prof. Dott. RICCHI Gino, Via S. Stefano, n. 43.

Prof. Dott. NAPOLEONE Xilo, Via Guerrazzi, 29.

**Otorinolaringoiatri:**

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

Dott. FACCHINI G. Battista, Via Cartoleria, 16.

Prof. Dott. VIGI Ferruccio, Via d'Azeglio, 21.

## BOLZANO.

**Odontoiatri:**

Dott. GRONES Ernesto, Piazza Erbe, 12.

MERANO - Dott. DE BOSIO Giuseppe.

Dott. KONIG Alfredo, Corso Goethe, 6.

Dott. SINGER Federico, Via Dante, 38.

**Oculisti:**

BOLZANO - Prof. Dott. MENESTRINA Gino, Ospedale Civile.

Dott. ROSSLER Federico, Via Regina Elena.

BRESSANONE - Dott. NIEDEREGGER Engelberto.

MERANO - Dott. BAR Carlo, Corso Princ. Umberto, 32.

Dott. KEISER Giulio, Corso Princ. Umberto, 34.

**Otorinolaringoiatri:**

BOLZANO - Dott. MITTERMAIR Francesco, Via Regina Elena, 18.

Dott. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.

MERANO - Dott. DIESBACHER Matteo - Corso Princ. Umberto, 20.

Dott. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

## BRESCIA.

*Poliambulanza delle specialità medico chirurgiche, Casa di Cura in Brescia, Piazzale Garibaldi; a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 30% sulle tariffe minime fissate dall'Ordine dei Medici, per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisi-*

*ca, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura; riduzione del 25% sulle rette di degenza per la 1ª classe, riduzione del 20% sulle tariffe di degenza per la 2ª e 3ª classe.*

2. *Stabilimento termale in Sirmione sul Garda, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.*

3. *Consultori materni di Brescia, Gavarado, Palazzolo sull'Oglio e Villanova, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.*

**Odontoiatri:**

Dott. BERTOLI Oreste.

Dott. CASTELLI Ettore, Via Dante, 42.

Dott. JORI Mario, Corso Vittorio Emanuele, 58.

Dott. RIETTI Giov. Battista, Via Mazzini.

Dott. RIETTI Giulio, Via Mazzini.

Dott. SALVAGNI Dino, Viale Stazione.

Dott. SOACHERI Domenico, Corso Palestro.

GARDONE RIVIERA - Dott. GOIO Giuseppe.  
SALO' - Dott. SIMONI Guido Giuseppe.

## CAGLIARI.

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

2. *Casa di cura Prof. Gino Baggio - Piazza S. Benedetto, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazione di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.*

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

## CALTANISSETTA.

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

**Oculisti:**

Prof. Dott. CAVALLARO Erminio.

Prof. Dott. NICOLETTI Gaspare.

**Otorinolaringoiatri:**

Dott. RESTIVO Pietro.

## CAMPOBASSO.

**Odontoiatri:** Dott. MARTINO Angelo.

Dott. SANTORO Manfredi.

AGNONE - Dott. LABANCA Federico.

**Oculisti:**

CAMPOBASSO - Dott. BARBATO Nunzio.

Comm. Dott. GRIMALDI Eugenio.

AGNONE - Dott. SALVASTANO Silvio.

**CATANIA.**

1. *Istituto Medico del Lavoro* - Via De Felice, 37: **gli assicurati con polizze popolari** potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di L. 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni dell'Istituto Medico mediante la corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

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

**Odontoiatri:**

Dott. DI GRAZIA Mario, Via Garibaldi, 9.

Dott. GRECO Salvatore, Via Umberto, 8.

Dott. MILONE Giuseppe, Via Umberto, 41.

Dott. MUSUMECI GRASSI Raimondo, Via Vitt. Eman., 215.

Dott. POLITI Francesco, Via Etnea, 208.

**Oculisti:** Prof. Dott. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.

Prof. Dott. L'AVALORO Giuseppe, Via S. Maddalena, 59.

**Otorinolaringoiatri:** Prof. Dott. LIOTTA Agatino, Via Mancini, 6.**CATANZARO.**

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

**COMO.**

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

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

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

**Odontoiatri:** Dott. PADERI Antonio.

Dott. TORI Luigi.

LECCO - HEUMANN Martino, Via Stoppani, 28.

**COSENZA.**

1. *Casa di salute Catalani « Villa Amelia »*, a **tutti gli assicurati**: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

**Odontoiatri:** Dott. ANDREASSI Giuseppe.

Dott. CERBELLI Oreste.

Dott. CHIMENTI Achille.

Dott. LOFFREDO Ferdinando.

**CREMONA.**

1. *Casa di cura S. Camillo, Via P. Cristofaro*; a **tutti gli assicurati**: riduzione del 25% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia.

Inoltre il Prof. Rodolfo Grignani pratica la riduzione del 35% sulle tariffe minime del Sindacato Medico degli onorari per atti operativi eseguiti presso la predetta Casa di cura.

**Odontoiatri:** Dott. BERLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.

Dott. IRITZ Giuseppe.

Dott. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.

Dott. ZANNINI Roberto.

CASALMAGGIORE - Dott. BOLES Oreste.

**Oculisti:**

CREMONA - Dott. COSSÙ Alberto, Via Damiano Chiesa, 9.

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

**Otorinolaringoiatri:** Dott. BOCCHI Ferruccio, Via G. Tibaldi, 3.**CUNEO.****Odontoiatri:** Dott. BARBERO Vincenzo.

Dott. MANFREDI Francesco.

BRA - Dott. SPANO Salvatore.

**Oculisti:**

ALBA - Dott. VARALDI Giovanni.

**Otorinolaringoiatri:**

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

SALUZZO - Dott. RACCA Ugo, Via Gualtieri, 5.

**FIRENZE.**

1. *Casa di salute « Villa Savoia »*, via Andrea del Castagno, n. 6, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi

operatori di qualsiasi natura ed importanza, per le applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, Röntgen diagnostica, che verranno praticate nella clinica.

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

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

*Odontoiatri*: Dott. ARNONE Vinvenzo, Via Pandolfini, 26.

Dott. CITELLI Alessandro, Lung'Arno Acciaiuoli, 22.

Dott. PUTTI Giorgio, Via dei Servi, 6.

Dott. RAMONINO Camillo, Via Vecchietti, 9.

Dott. CALAMARI Stefano, Via della Pergola, 14-bis.

Dott. CODECA Marcello, Via de' Porcari, 1.

Cav. Prof. Dott. MORI Roberto, Piazza Vittorio Emanuele, 4.

### FIUME.

1. *Casa di Cura dott. Horwat in Abbazia*, a **tutti gli assicurati**: riduzione del 30% sull'importo delle rette in vigore, e del 50% sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali, che per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, elettrica e di idroterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

### FOGGIA.

1. *Clinica Troiano in Sansevero*, Viale della Stazione, a **tutti gli assicurati**: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

*Odontoiatri*: Dott. ARBORE Giulio.

Dott. DI MAIO Enzo.

MANFREDONIA - Dott. MELUCCO Pasquale.

S. SEVERO - Dott. RECCA Pietro.

*Oculisti*:

FOGGIA - Dott. ALTAMURA Alfredo.

CARLANTINO - Dott. DE SIMONE Nicola.

S. SEVERO - Dott. COLIO Giovanni.

*Otorinolaringoiatri*:

FOGGIA - Dott. GALLO Antonio.

S. SEVERO - Dott. GERVASIO Arnaldo.

### FORLÌ.

*Odontoiatri*: Dott. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi.

Dott. MOLNAR Geza, Via M. Missirini.

Dott. BRIGANTI Antonio, Capitano 2° Fanteria.

Dott. CASALI Alvaro - Corso Garibaldi.

RIMINI - Dott. LAZZAROTTO Eugenio.

Dott. PEDRAZZI Luigi.

Dott. PELOSI Romano.

*Oculisti*:

FORLÌ - Dott. MARCHINI Paolo, Corso A. Diaz.

Dott. SANTONOCETO Ottavio, Via Giov. dalle Bande Nere.

*Otorinolaringoiatri*: Dott. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

### FROSINONE.

*Stabilimenti termali di Fiuggi*, a **tutti gli assicurati**: riduzione del 30% (trenta per cento) su tutte le tariffe in vigore.

A Fiuggi è stato istituito un ufficio di rappresentanza e propaganda gestito dal Sig. Pietro Martini, cui gli assicurati dell'I. N. A. potranno rivolgersi per informazioni e assistenza necessaria.

### GENOVA.

1. *Casa di Salute per operazioni chirurgiche prof. Catterina*, Via Borgoratti, 84, a **tutti gli assicurati**: riduzione del 50% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

2. *Policlinico del Lavoro*, Via Benedetto XV, **gli assicurati con polizze popolari** potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa, ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di lire 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro mediante corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

### GORIZIA.

*Odontoiatri*: Dott. NETZBANDT Paolo Ugo.

*Otorinolaringoiatri*: Dott. COMEL Giuseppe.

Dott. RIZZATI Sandro.

### GROSSETO.

*Odontoiatri*: Dott. ANGELINI Armando.

**IMPERIA.****Odontoiatri :**

- Dott. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 8.  
 Dott. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.  
 Dott. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5-bis.  
 Dott. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.  
 Dott. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.  
**BORDIGHERA** - Dott. BUFFA Ermanno,  
 no, Via S. Antonio.  
 Dott. DEL BOCA Isidoro, Via Vittorio  
 Emanuele.  
**SANREMO** - Dott. GERBOLINI Andrea, Via  
 Vittorio Emanuele, 15.  
 Dott. GERBOLINI Giuseppe, Via Vittorio  
 Emanuele, 17.  
 Dott. GISMONDI Emanuele, Via Vittorio  
 Emanuele, 11.  
 Dott. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.  
 Dott. MARESCA Ottone, Via Faraldi, 1.  
**VENTIMIGLIA** - Dott. BUONSIGNOEE Giu-  
 seppe, Via Roma, 7.  
 Dott. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

**Oculisti :**

- IMPERIA** - Dott. ODISIO Mario, Via G. Be-  
 rio, 9.  
**ONEGLIA** - Dott. GRIVA Giuseppe.  
**SANREMO** - Dott. BOBONE Tommaso, Villa  
 Plinia.  
 Dott. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Ema-  
 nuele, 18.  
 Dott. ODDISIO Mario, Via Vittorio Ema-  
 nuele, 8.

**Otorinolaringoiatri :**

- IMPERIA** - Dott. DURAND Gaspare, Via  
 Giardini.  
**BORDIGHERA** - Dott. VERDUN Eugenio,  
 Via Vittorio Emanuele, 8.  
**SANREMO** - Dott. DE MARCHI Marco, Via  
 Vittorio Emanuele, 17.  
 Dott. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Ema-  
 nuele, 18.  
**VENTIMIGLIA** - Dott. VERDUN Eugenio,  
 Corso Principe Amedeo, 1.

**LECCE.**

1. *Stabilimenti Termali di S. Cesarea (Lecce)*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 25% sulle tariffe in vigore, sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

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

**LIVORNO.**

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

**Odontoiatri :**

- Dott. CAPITANI Icilio, Scali Ugo Botti, 2.

- Dott. CASAGNI Odoardo, Via Magenta, 8.  
 Dott. QUARANTORSI Cleomene, Via Euri-  
 co Mayer, 18.

**PORTOFERRAIO** - Dott. LAGHI Augusto.

**Oculisti :**

**LIVORNO** - Prof. Dott. BAQUIS Elia, Via  
 Marradi, 35.

☞ Dott. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

**LUCCA.****Odontoiatri :**

**ALTOPASCIO** - Dott. PIEGAIA Giovanni  
 Leo.

**MANTOVA.****Odontoiatri :**

- Dott. CONSOLO Giuseppe.  
 Dott. LASAGNA Romolo, Via Marango-  
 ni, 4.  
 Dott. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.  
 Dott. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Fer-  
 nelli, 3.  
 Dott. PREDARI Maria:  
 Dott. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.  
 Dott. ZAGNI Giuseppe, Via B. Grazio-  
 li, 32.

**Oculisti :**

- Prof. Dott. FERRI Dante, Via Grazio-  
 li, 5.  
 Prof. Dott. PREVEDI Guido, Via Cesare  
 Battista, 14.

**Otorinolaringoiatri :**

- Dott. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.  
 Dott. FUCCI Francesco, Via Carlo Po-  
 ma, 15.  
 Dott. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vittorio  
 Emanuele, 103.

**MATERA.****Odontoiatri :**

- Dott. MARINARO Domenico.

**Oculisti :**

- Dott. Lo RUSSO Stefano.

**MILANO.**

1. *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Eugenio Carpi, n. 30, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30% sulla tariffa in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, come pure sulle tariffe in vigore per le consultazioni cliniche che verranno praticate sia nello studio clinico di Via Verzieri 23, Milano, sia nella clinica stessa.

2. *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione*, del Prof. Giovanni Galli, in Milano, Foro Bonaparte, 51, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le

competenze professionali che per tutte le cure che ivi si praticano.

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

4. *Consultori materni in Milano e Ponte Nuovo di Magenta*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

*Odontoiatri:*

MONZA - Dott. BONSAGLIO Elia, Via Vittorio Emanuele, 1.

Dott. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

Dott. SAVIO Piero, Via B. Luini, 1.

### MODENA.

1. *Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti*, Via Giardini, 20, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

*Otorinolaringoiatri:* Gr. Uff. Dott. SILLINGARDI Gino, Piazza Muratori, 31.

### NAPOLI.

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

2. *Centro di accertamento diagnostico per il cancro*: prestazione gratuita della propria opera a tutti gli assicurati che si presentano all'ambulatorio di detto Centro. Le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche da quei sanitari ritenute necessarie, saranno eseguite gratuitamente. Gli assicurati che avessero bisogno di essere ivi ricoverati o per accertamenti diagnostici, o per subire atti operativi, pagheranno la sola diaria e saranno esenti da qualsiasi altra spesa.

3. *Casa di salute Grimaldi e Principe*, Piazza Gesù e Maria, n. 24, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

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

*Odontoiatri:*

Dott. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.

Dott. DONATO Carlo, Via Raffaele De Cesare, 7.

Dott. GIUFFRÉ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

Dott. IZZO Giuseppe, Via S. Arcangelo a Baiano, 23.

Dott. LIPPO P., Via S. Lucia, 15.

Dott. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 36.

Dott. SANSONE Angelo, Via Santo Spirito di Palazzo, 9.

Dott. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio Emanuele, 460.

Dott. VIOLETT Giovanni, Via Capodimonte, 31.

SPARANISE - Dott. GRANDE Francesco.

*Otorinolaringoiatri:*

Dott. DI LAURO Espedito, Riviera di Chiaia, 84.

Prof. Dott. JANNUZZI Silvio, Via S. Spirito di Palazzo, 31.

### NOVARA.

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

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

*Odontoiatri:*

Dott. BORRINI Francesco.

Dott. SCENDRATI Daniele.

*Oculisti:*

Dott. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale Maggiore.

Dott. MARGARITELLA Riccardo.

### PADOVA.

1. *Stabilimento Hôtel Trieste e Vittoria di Abano*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 50% sull'importo della visita medica per l'inizio della cura; riduzione del 25% sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano; riduzione del 20% sull'importo della pensione giornaliera, escluso servizio e tassa soggiorno.

2. *Uniche Premiate Terme Preistoriche di S. Pietro in Montagnon*, a tutti gli assicurati: riduzione del 20% sull'importo della pensione di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe; riduzione del 15% sull'importo della pensione di 3<sup>a</sup> classe. Nella pensione oltre all'alloggio, vitto (vino compreso), servizio, è compresa anche la cura (fango o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno

L. 10 per la 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe e L. 5 per la 3<sup>a</sup> classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di L. 10 per la 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe e L. 5 per la 3<sup>a</sup> classe.

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

4. *Casa di cura « La Salutare »* (Località Altichiero), a tutti gli assicurati: riduzione del 20% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per ricerche diagnostiche e per tutte le cure che ivi si praticano. Nella retta è compresa l'assistenza sanitaria completa e cioè: medico, medicine comuni, cure fisiche e idroterapiche ed eventualmente la visita del consulente.

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

### PALERMO.

1. *Clinica Candela*, Via Villareale, 30, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali per analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

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

#### Odontoiatri:

Dott. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.

Dott. CIMINO Giuseppe, Via Villaermosa, 6.

Dott. DI CARLO Giovanni, Via Roma.

Dott. GALLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.

Dott. MILAZZO Carmelo, Piazza G. Verdi, 22.

Dott. NICOSIA Antonio, Piazza Aragona, 4.

Dott. PEZZOLI Renato, Piazza Castelnuovo, 11.

Dott. PIAZZA GARGANO Giovanni, Piazza S. Domenico, 23.

Dott. PIZZUTO Francesco, Via Villareale, 32.

Dott. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, 12.

Dott. TEMPESTINI Elio, Via Maqueda, 200.

#### Oculisti:

Dott. BELLINA Gregorio, Via Celso, 14.

Prof. Dott. CUCCO Alfredo, Via Villafranca, 20.

Prof. Dott. DE BONO F. Paolo, Via Stabile, 120.

Dott. LA PLACA Gaetano, Via Stabile, 155.

Prof. Dott. LONGO Salvatore, Corso Sciana, 941.

Prof. Dott. STELLA Pietro, Piazza Castelnuovo, 4.

#### Otorinolaringoiatri:

Prof. Dott. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 471.

Dott. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.

Dott. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.

Prof. Dott. ZANOLA Aurelio, Via Rodi, 1.

### PARMA.

1. *Stabilimenti termali di Salsomaggiore*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 20% sulla tariffa generale in vigore sia per l'ammissione alle cure che per qualsiasi cura ivi si pratici. Inoltre gli alberghi « Porro » e « Valentini » di Salsomaggiore praticeranno lo stesso trattamento per vitto ed alloggio che quegli alberghi praticano ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. Esercito, alla M.V.S.N. ed ai Corpi Armati dello Stato.

A Salsomaggiore funziona un ufficio speciale (Piazza Roma) diretto dal Cav. Uff. Gilberto Giberti al quale gli assicurati dell'I. N. A. potranno rivolgersi per informazioni e l'assistenza necessaria.

3. *Casa di cura di Ramiola* in Ramiola, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per applicazioni di terapia fisica, raggi X, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, e Röntgendiagnostica che verranno praticate nella Casa di cura.

#### Odontoiatri:

Dott. ALBERTI Silvio, Via Farini, 52.

#### Oculisti:

Prof. Dott. CANDIAN Ferruccio, Viale Umberto I.

Prof. Dott. CARMÌ Alberto, Via San Biagio, 1.

#### Otorinolaringoiatri:

Prof. Dott. LASAGNA Francesco, Piazzale Cervi, 17.

Prof. Dott. TASSI Umberto, Via 22 Luglio, 15.

### PAVIA.

1. *Casa di Cura prof. Eugenio Morelli*, Piazza 24 Maggio, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen

Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

2. *Casa di cura chirurgica prof. Masnata in Stradella, a tutti gli assicurati*: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica clinica e microscopica, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

3. *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia, a tutti gli assicurati*: riduzione del 30% sia per le cure ambulatorie che per le rette di qualsiasi genere. La riduzione del 30% sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

4. *Ospedale Infermi di Vigevano, a tutti gli assicurati*: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi, ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nell'Ospedale.

### PIACENZA.

*Odontoiatri*:

Dott. CAVANNA GOBBI Ettore, Via San Marco, 5.

Dott. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

CASTELSANGIOVANNI - Dott. PATRIOLI Giuseppe.

### PISA.

1. *Stabilimenti termali di S. Giuliano, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive*: riduzione del 40% sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, e del 30% sulle tariffe-pensioni praticate dal Grande Albergo delle Terme; e agli assicurati con polizze popolari: riduzione nella medesima percentuale praticata agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale e cioè L. 18 giornaliera per la pensione completa, comprensiva di vitto, alloggio, cura e assistenza sanitaria, servizio, ecc.

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

*Odontoiatri*:

Prof. Dott. CARRERAS Roberto, Via San Lorenzo, 19.

Dott. DELLE SEDIE Francesco, Piazza S. Frediano, 5.

Dott. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

Dott. SERRI Scipione, Via Vittorio Emanuele, 4.

BIENTINA - Dott. MARCHIANI Pilade.

### PISTOIA.

1. *Stabilimenti delle Regie Terme di Montecatini, a tutti gli assicurati* sarà praticata, nel periodo Aprile-Luglio e Ottobre-Novembre, una riduzione del 10% sul prezzo degli ingressi alle bibite e delle cure complementari. La riduzione suddetta verrà applicata solo agli abbonamenti all'ingresso negli stabilimenti ed alle serie di cure non inferiori a sei. I biglietti isolati sono esclusi dalla riduzione. Le riduzioni debbono essere richieste all'atto dell'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure, e per nessuna ragione la riduzione sarà praticata dopo che l'assicurato abbia acquistato l'abbonamento all'ingresso o serie di cure a tariffa intera. L'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure deve essere fatto unicamente presso la biglietteria annessa alla Direzione delle Regie Terme, e non alle biglietterie dei singoli stabilimenti.

*Otorinolaringoiatri*:

Dott. CASANUOVA Mario Augusto; Via della Madonna, 9.

### POLA.

*Odontoiatri*:

Dott. STOCCO Francesco.

*Oculisti*:

Dott. DE PIERA Mauro.

*Otorinolaringoiatri*:

Dott. MAZZARO Elvino.

### REGGIO CALABRIA.

1. *Ospedali Riuniti « Giuseppe Melacrino » e « Francesco Bianchi », a tutti gli assicurati*: riduzione del 20% per gli ammessi alle corsie comuni (retta di terza classe), e del 30% sia per le cure ambulatorie che per gli ammessi alle rette di prima e seconda classe. La riduzione del 30% sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di Terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate in detti ospedali.

*Odontoiatri*:

Dott. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vitt. Emanuele.

*Oculisti*:

Dott. DE LOGU Antonio.

Dott. Prof. LAGANA Domenico.

Dott. STILO Antonio.

*Otorinolaringoiatri*:

Prof. Dott. SALVADORI G., Via Lazio, 9.

### ROMA.

1. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa*

Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori), tutti gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Röntgen terapia, anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operativi o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 85, — per l'Istituto Regina Elena e di L. 80,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e Röntgenterapia, ecc. ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50% dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e Röntgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50% va applicata alla tariffa più bassa.

2. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio al 31 dicembre 1935 potranno usufruire gratuitamente, per una volta nell'anno, di una visita completa, ivi compresi tutti gli esami clinici e di laboratorio che dai medici saranno ritenuti opportuni; potranno inoltre usufruire gratuitamente in ogni tempo, durante il periodo suddetto delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro.

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

4. *Istituto « Benito Mussolini » in Roma* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

5. *Casa di cura per malattie o recchio, naso e gola* già del Prof. TOMMASO MANCIOLI, Via Ferruccio 7, concede:

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

#### Odontoiatri:

Dott. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.

Dott. BONCRISTIANI Agostino, Via Arenula, 53.

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

Dott. NEMES Arturo, Via Arenula, 53.

#### Oculisti:

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

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

#### Otorinolaringoiatri:

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

### ROVIGO.

#### Odontoiatri:

Dott. BENATTI Boris.

Dott. BORELLINI Alberto.

ADRIA - Dott. FERRONI Giuseppe.

Dott. GIORDANI Nazzareno.

### SASSARI.

#### Odontoiatri:

Dott. FENU Antonio, Vicolo Bartolinis.

Dott. NIEDDU Giovanni, Via Manno.

Dott. TOCCO Raffaele, Piazza Castello.

### SAVONA.

#### Odontoiatri:

Dott. Cav. Uff. GASTI Giuseppe, Corso Principe Amedeo, 25.

Dott. Comm. POGGI Poggio, Via Paleocapa, 3.

Dott. VEIRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

#### Otorinolaringoiatri:

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

### SIENA.

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

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

### SIRACUSA.

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

### SONDRIO.

1. *Primo Sanatorio italiano « A. Zubiani »*

in Pineta di Sortenna, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riserva fino a dieci posti, e concede:

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

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

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

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

2. *Sanatorio di Abetina di Sondalo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando un onorario di L. 28.

### TARANTO.

#### Odontoiatri:

Dott. BARBARO Vincenzo, Corso Umberto.

Dott. MONTANARI Francesco, P. G. Bruno, 33.

Dott. SANTOSTASI Carlo.

Dott. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

#### Oculisti:

Dott. CARDUCCI Vincenzo, Via d'Aquino.  
Prof. Dott. MARINOSCI Alessandro, Via Di Palma.

Dott. MARINOSCI Raffaele, Via Regina Elena, 33.

Prof. Dott. VILLASEVAGLIOS Giovanni, Via De Cesare, 1.

#### Otorinolaringoiatri:

Prof. Dott. BIASOLI Alcide, Via Dne Mari, 18.

Dott. BATTISTA V., Via Cavour, 27.

Dott. NATALE P., Piazza Massari, 5.

### TERAMO.

#### Odontoiatri:

Dott. BIANCO Giuseppe.

Dott. SACCONI Agostino.

### TERNI.

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

### TORINO.

1. *Istituto di medicina preventiva*, Via Principe Amedeo, n. 16, a tutti gli assicurati: riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia e Röntgen diagnostica che verranno praticate nella clinica, come pure per le consultazioni cliniche.

2. *Clinica delle malattie professionali della R. Università*: gli assicurati con polizze popo-

lari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio pagando un onorario di L. 11; potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni della Clinica, mediante corresponsione di un onorario di L. 5,50 per ogni volta.

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

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

#### Odontoiatri:

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

Dott. Prof. GIOIELLI Giulio, Via S. Quintino, 18.

Dott. MARAZZINA C., Via Volpiano, 5.

Dott. OTTOLENGHI Renato, Via Sacchi, 58.

Dott. TOMMASINELLI Antonio, Via Mercanti, 8.

Dott. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

#### Oculisti:

Dott. CAFFARATTI C., Corso Oporto, 47.

Dott. CANTÙ Carlo, Via Madana Cristina, 6.

Prof. Dott. FUMAGALLI Arnaldo, Via Lamarmora, 28.

Dott. GARZINO M., Via Mazzini, 2.

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

Dott. LEVI M., Via Maria Vittoria, 21.

Dott. MORINI Egidio, Via Carlo Alberto, 18.

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

Dott. ORSI Luigi, Via XX Settembre, 17.

Prof. Dott. PECCHIO Teobaldo, Corso Vittorio Emanuele, 19.

Prof. Dott. PICCALUGA Siro, Via XX Settembre, 60.

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

Dott. TOSO G., Via S. Secondo, 15.

Dott. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.

Dott. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dott. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 31-bis.

#### Otorinolaringoiatri:

Dott. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.

Prof. Dott. BRUZZONE Carlo, Via Davide Bertolotti, 2.

Dott. CARBONE Agostino, Corso Vittorio Emanuele, 76.

Prof. Dott. CASASSA Adolfo, Via Principe Amedeo, 52.

Prof. Dott. DIONISIO Ignazio, Corso Vinzaglio, 10.

Prof. Dott. DONADEI Giovanni, Via Cavour, 6.

Dott. FERRERO A., Via Goito, 6.

Dott. LEALE G., Corso Oporto, 5.

Prof. Dott. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.

Dott. MANDINI Pietro Teobaldo, Via Plasma, 11.

Prof. Dott. PALLESTRINI Ernesto, Corso Roero di Cortanze, 2.

Prof. Dott. PINAROLI Guido, Corso Vittorio Emanuele, 82.

Dott. PRECERUTTI-TAPPARELLI Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.

Dott. VASSI C., Via Santa Chiara, 20.

### TRAPANI.

#### Otorinolaringoiatri:

Dott. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

### TRENTO.

1. *Stabilimenti termali di Levico Vetriolo*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

*Odontoiatri:* Dott. AGOSTINI Fortunato.

Dott. LAOHMANN Carlo, Piazza Silvio Pellico, 2.

Dott. RIGHI Ferruccio, Via Belenzani, 27.

Dott. SEPPI Cesare, Via Gazzoletti.

ARCO - Dott. PENNECHER Ercole.

CAVALESE - Dott. BROSECHINI Giuseppe.

LEVICO - Dott. CALIARI Federico.

ROVERETO - Dott. SOMMADOSSI Mario.

Dott. ZANNINI Gino.

#### Oculisti:

TRENTO - Dott. GENTILINI Giuseppe, Piazza Venezia, 2.

Dott. GRILLO Gino, Via S. Maria Maddalena, 21.

#### Otorinolaringoiatri:

TRENTO - Dott. Cav. BANFICHI Tullio, Via Roma, 33.

Prof. GARBINI Giuseppe, Via S. Maria Maddalena, 10.

Dott. MAESTRANZI Dario, Via Rosmini, 25.

Dott. Cav. MAFFI Giuseppe, Via Oss. Muzzurana, 16.

### TREVISO.

1. *Casa di cura prof. Piero Brisotto*, Ponte Garibaldi, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica,

Röntgendiagnostica e Röntgen terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

2. *Casa di cure chirurgiche « Villa Bianca »*, Prof. Dott. A. Grollo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica. Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cure chirurgiche.

### TRIESTE.

#### Odontoiatri:

Dott. CHIUMINATTO Luisa, Via S. Francesco, 20.

Dott. FERRAGUTI Alessandro, Via Coroneo, 10.

Dott. METT Odoardo, Via Macchiavello, 19.

Dott. MINAS Alberto, Via A. Diaz, 10.

Dott. OTTOCHIAN Giuseppe, Via S. Lazzaro, 10.

Dott. REBEZ B., Corso Garibaldi, 28.

Dott. ROSATO Giuseppe, Via Trenta Ottobre, 13.

#### Oculisti:

Prof. Dott. KOCH Carlo, Viale XX Settembre, 24.

Dott. MANZUTTO G., Via Roma, 22.

Dott. OBLATH O., Via Rossini, 26.

#### Otorinolaringoiatri:

Dott. ROCCO Antonio, Via Mercato Vecchio, 3.

### UDINE.

#### Odontoiatri:

Dott. DAMIANI Domenico.

Dott. CLONFERO Erminio.

### VARESE.

1. *Clinica privata « La Quiete »*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

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

#### Odontoiatri:

Dott. BERTOLI Alessandro.

Dott. BERTOLI Romeo.

Dott. FRANZI Cesare.

Dott. GUSOETTI Severo.

Dott. MINGARELLI Lido.

Dott. RIVA Gian Pietro.

BUSTO ARSIZIO - Dott. BRECCHETTO Davide.

GALLARATE - Dott. OTELLI Franco.

Dott. PATARINO Alfonso.

Dott. PERONI Paolo.

TRADATE - Dott. COOPMANS DE JOLDI Luigi.

*Oculisti :*

VARESE - Dott. MORETTI Ezio.

*Otorinolaringoiatri :*

VARESE - Dott. ROVERA Santo.

Dott. SIOLI Giulio.

SOMMA LOMBARDA - Dott. BURATTI Pasquale Achille.

**VERCELLI.**

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

2. *Consultorio materno di Biella* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno un onorario di L. 5 per ogni volta.

**VERONA.***Odontoiatri :*

Dott. BRIVIO Giano, Via Marsala.

Dott. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.

Dott. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.

Dott. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.

Dott. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.

BARDOLINO - Dott. PEDUZZI P.

LEGNAGO - Dott. BONFANTE Ugo.

**VICENZA.**

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

*Odontoiatri :*

Dott. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.

Dott. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.

Dott. MARTINELLI L., S. Corona.

ARZIGNANO - Dott. VERONESE Giuseppe.

*Oculisti :*

Dott. ANTUZZI C., Piazza Duomo, 4.

*Otorinolaringoiatri :*

Dott. BASSO E., Via Racchetta, 5.

Dott. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

**VITERBO.***Odontoiatri :*

Dott. BAGEDDA Baingio.

Dott. PIERLUIGI Antonio.

**N. B. —** Per ottenere le facilitazioni predette gli assicurati dovranno presentare l'ultima quietanza di premio pagato per dimostrare che sono in regola con i pagamenti, ed un documento di identità personale.

Gli assicurati con polizze collettive e quelli con pagamento dei premi per Delegazione, dovranno richiedere alla Direzione dell'I. N. A. - Servizio Contabilità Generale - duplicati di quietanza.

*Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, giacchè la concessione è subordinata alla disponibilità dei posti nei predetti Istituti, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'Istituto predetto in Roma, Corso Umberto n. 239, corredata dei seguenti documenti :*

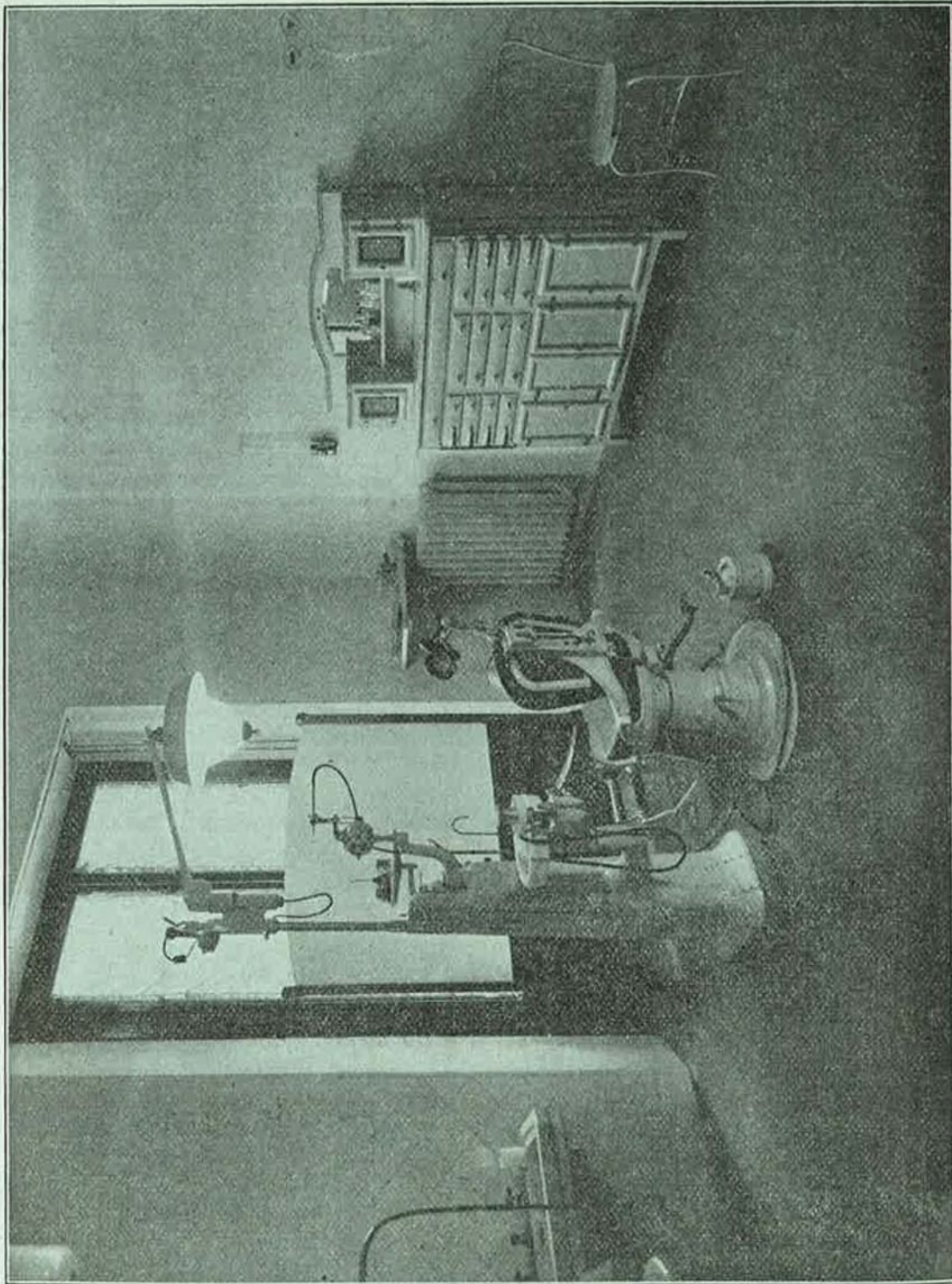
1. *Certificato medico che attesti la malattia del soggetto in tutti i suoi elementi e la indicazione del tipo di Istituto di cura più conveniente al soggetto stesso. Tale certificato dovrà contenere anche la dichiarazione che l'assicurato è esente da malattie infettive, o comunque trasmissibili, o da sindromi nervose, ed in grado di provvedere personalmente alle esigenze della vita di un Istituto di cura, senza speciale e personale assistenza.*

2. *L'ultima quietanza dell'I.N.A. attestante la situazione corrente nel pagamento dei premi.*

*All'atto dell'ingresso l'assicurato, per proprio conto, provvederà a corrispondere all'Amministrazione dello Stabilimento di cura, cui verrà assegnato, l'importo della retta o diaria stabilita.*

**Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile**

Città di Castello 1934-XII — Tipografia «Unione Arti Grafiche» — Telefono 87.



Gabinetto Odontoiatrico  
per gli ASSICURATI  
dell'I. N. A. presso la  
Direzione Generale  
Roma, via Sallustiana 51

# L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Nallustana, 51 — ROMA

## *Consigli agli assicurati*

### LA VERTIGINE E IL SESTO SENSO

Dott. A. STARNA

*del Servizio Sanitario dell'I. N. A.*

A tutti noi ragazzi è stato insegnato in iscuola che i sensi sono cinque e su questa verità lapalissiana crediamo fermamente tanto essa ci sembra ovvia e sicura. Oggi invece debbo darvi un piccolo dispiacere avvertendovi che invece possediamo un vero sesto senso detto il senso dell'orientamento.

L'esistenza di questo senso che abitualmente sfugge alla nostra percezione viene in evidenza allorchè esso è disturbato nella sua funzione o anatomicamente alterato provoca il sintoma ben noto quanto fastidioso della vertigine.

Come tutti gli altri rispettabili sensi anche il sesto ha il suo bravo apparecchio, minuscolo ma delicatissimo, i canali semicircolari che sono racchiusi profondamente in una cavità dell'osso temporale molto vicino alla chiocciola ben noto organo dell'udito. Ma il sesto senso ha bisogno di essere unito a tutto l'organismo per avvertire ogni modificazione che si produce nel nostro corpo e nell'equilibrio attraverso vie nervose che giungono dalla periferia cutanea oltre che dall'udito e dalla vista. Automaticamente poi il vestibolo passa a correggere ogni variazione dell'equilibrio per riportarlo alla norma e mantenerlo costante.

A chiarire l'idea possiamo paragonare la funzione dei canali semicircolari, detti complessivamente vestibolo, a quella degli stabilizzatori automatici impiantati sui grandi transatlantici moderni ove neutralizzano il beccheggio e il rullio della nave.

A rendere più perfetto nell'uomo il sesto senso interviene la duplicità del vestibolo e quindi l'equilibrio normale ha per condizione indispensabile l'uguale riflettività dei due vestiboli. Se uno di essi varia la giusta sensibilità o diviene addirittura insensibile il senso dell'equilibrio ne sarà turbato e il vestibolo opposto determinerà una sensazione errata che disturberà non solo il camminare ma anche la semplice posizione all'impiedi.

I primi passi incerti mossi dal bambino avanti alla mamma che con le braccia protese in atto d'amore lo chiama affettuosamente sono i primi assaggi della funzionalità del sistema vestibolare. E che l'impresa non sia tanto facile lo dimostrano i numerosi... capitomboli che accompagnano questi esperimenti della primissima infanzia.

\*  
\*  
\*

La vertigine, che con termine del popolo ma nello stesso tempo efficace traduzione del significato etimologico e clinico è detto capogiro, è una sensazione

subbiettiva così nota a tutti che non ha bisogno di spiegazione. Quello che invece pochi sanno è l'importanza che riveste questo sintoma e come esso riconosca un numero di cause considerevoli e niente affatto trascurabili.

Abbiamo sopra ricordato che cosa è il sesto senso; riterremo causa di vertigine ogni fattore che turba la normale riflettività vestibolare. Dobbiamo però subito avvertire che per la nostra fortuna esiste entro certi limiti una compensazione vestibolare, cioè un fenomeno spontaneo riparatore della funzionalità vestibolare consistente in una azione vicaria sia dei centri superiori sia coadiuvante del senso della vista, del senso cinestesico e di quello muscolare.

Non possiamo qui esporre la fisiopatologia della vertigine tanto essa è complessa nei suoi elementi anatomo-clinici ne è perfettamente nota agli stessi otoneurologi. Ci contenteremo di ricordare che il centro della vertigine e dell'equilibrio risiede in speciali zone dette « centri automatici » del cervelletto e del mesencefalo riuniti con altre vie nervose sia ad altri organi dei sensi sia al nervo vago sia infine ai muscoli profondi e alla corteccia cerebrale.

La vertigine riconosce come fattore determinante svariate cause che a seconda del modo di agire si distinguono in due gruppi: le *dirette* e le *indirette*; le prime agiscono sull'apparecchio vestibolare o sulle vie del sesto senso, le seconde agiscono su di esso per via riflessa.

\*  
\*\*

Le vertigini *dirette* a lor volta comprendono due specie di evenienze: la vertigine *centrale* dovuta a lesioni del sistema nervoso centrale e la *periferica* o labirintica dovuta a lesioni del vestibolo.

Tra le prime prevale per frequenza ed importanza l'arteriosclerosi; in ogni persona anziana specie se ipertesa la comparsa di una vertigine fino ad allora ignota è indice quasi costante di una arteriosclerosi. Sebbene benigne di per sé queste vertigini devono preoccupare gli individui che l'avvertono e farli ricorrere a tempo all'opera preventiva del medico. Un tale disturbo rappresenta in questi casi un segnale di allarme che madre natura ha messo sulla nostra via. La segnalazione di esso è d'importanza capitale nella medicina preventiva; trascurarlo può significare andare incontro ad un attacco di apoplezia cerebrale.

Merita di essere ricordato il fatto che la vertigine arteriosclerotica come tutte quelle del tipo centrale si determinano nel passaggio brusco dalla posizione orizzontale alla verticale come accade ad esempio nel levarsi di letto.

Circa la patogenesi di questa vertigine con Escat possiamo ritenere che l'ipertensione vascolare determini una ischemia dell'arteria che irrorava l'orecchio interno e vi determini un disturbo funzionale per lo stabilirsi di una « claudicazione intermittente labirintica ».

Appartengono anche alle vertigini *dirette centrali* quelle che si verificano fin dall'inizio nei tumori cerebrali e soprattutto nei tumori del cervelletto nei quali ultimi i disturbi provocano una vertigine speciale.

Infine allo stesso tipo di vertigini appartengono quelle che si riscontrano nella sclerosi a placche e nella demenza paralitica e spesso anzi sono il sintoma iniziale di tali penose malattie.

Sono invece di origine *periferica* le vertigini che sopravvengono per alterazioni del labirinto. Quindi tutte le affezioni auricolari dal condotto alla membrana e alla cassa possono provocarlo, naturalmente la loro gravità è variabile. Lievissima nella vertigine da tampone di cerume è più grave nelle malattie dell'orecchio medio e lo diviene maggiormente in casi di ostacolo al libero deflusso del liquido nelle cavità endolabirintiche da esostosi o tumori. Il colesteatoma, i polipi della cassa, la sclerosi della membrana, l'anchilosi della catena, la retrazione della membrana ostacolando la distensione della finestra ovale e rotonda sono non raramente causa di vertigini.

Di speciale interesse per la gravità che rappresentano sono le vertigini da lesioni organiche del labirinto. Le labirintiti acute infettive, e soprattutto

le piolabirintiti secondarie a suppurazioni timpaniche richiedono un sollecito intervento dello specialista.

A questo gruppo appartiene la malattia di Ménière affezione però molto più rara di quanto si creda che consiste in una vertigine apoplettiforme con sordità e ronzio, fatti tutti dovuti ad una emorragia labirintica. Un quadro del genere si rileva talvolta in certe malattie infettive come il tifo, vaiolo e la scarlattina ed anche nella leucemia.

Non vanno dimenticate tra le vertigini dirette quelle tossiche da medicinali presi in dose eccessiva quali il chinino, il salicilato, il cloroformio; oppure da alcol o da tabacco.

Maggior importanza infine daremo alle vertigini autotossiche così dette perchè dovute a sostanze che l'organismo sano abitualmente elimina e che invece in soggetti malati si accumulano nel sangue.

Soprattutto le nefriti rappresentano questa forma di vertigini che con termine medico efficace Bonnier ha chiamato « otobrightismo ».

Ogni vertiginoso perciò dovrà far praticare un esame di urine, la misurazione della pressione e l'azotemia; ci potremo dir lieti se in tal modo individueremo non raramente una nefrite cronica latente.

\*  
\* \*

Di minor importanza ma notevole per la frequenza sono le vertigini *indirette* dette pure riflesse. Sebbene queste non debbano impressionare il medico esperto si dovrà procedere ad una attenta ricerca della causa che le determinano per passare poi alla loro rimozione.

Così nella psiconevrosi si provvederà alla cura di questa, nelle vertigini « a stomacho laeso » degli antichi si indicherà un regime dietetico, in quelle da vizio di refrazione si procederà alla correzione del vizio, in quelle genitali femminili si correggerà la difettosa posizione dell' utero.

Anche il mal di mare è una vertigine riflessa ed invano i profani cercano la causa in un riflesso gastrico, esso è dovuto ad eccitazione anormale cui sono sottoposte le creste ampollari del sistema vestibolare particolarmente sensibile in certi soggetti durante la navigazione.

A conclusione di quanto sopra abbiamo ricordato dobbiamo tenere a mente che queste vertigini indirette riflesse sono episodiche e fugaci; se esse si ripetono e s'accompagnano a vomito e nausea il malato non dovrà più accontentarsi di questa diagnosi comoda fatta all'inizio e cullarsi in una attesa più che inutile dannosa. Un esame accurato permetterà allora di accertare che si tratta invece di una vertigine arteriosclerotica o nefritica ed un regime dietetico e curativo idoneo curerà non più il solo sintoma ma la malattia che minacciava l'esistenza.

# L'IGIENE DELLA VISTA

Dott. GIUSEPPE GIANNELLI

*dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia  
già Assistente effettivo degli Ospedali Riuniti di Roma*

In un articolo precedente, riguardante la profilassi delle congiuntiviti, ho accennato che era buona regola, per preservare gli occhi dagli arrossamenti e dalle infiammazioni congiuntivali, difendersi dalla esposizione prolungata al fumo, alla luce od alla polvere irritanti. Ho toccato quindi un argomento d'igiene, in quanto la profilassi è certo la parte più importante ed utile di questa branca della medicina.

Ho anche accennato, nell'articolo precedente suddetto, come un grande numero d'irritazioni congiuntivali può essere dovuto agli sforzi che l'occhio dalla vista difettosa (occhio ametropo) è costretto a fare per esplicare la sua funzione visiva, ed è proprio su quest'ultimo, importante, vasto e complesso argomento che io voglio adesso intrattenermi, dopo aver fornito al lettore alcune note esplicative su ciò che si intende per igiene ed in particolare per igiene della vista.

L'igiene è quella parte delle scienze mediche che insegna il modo di preservare l'organismo umano degli agenti ledenti, sia esterni che interni, e di conservare di esso il più a lungo possibile l'integrità e l'euritmia delle funzioni. Andando dal generale al particolare, s'intende facilmente ciò che voglia significarsi per igiene dei differenti organi il cui complesso delle funzioni viene a costituire l'inscindibile unità dell'armonica estrinsecazione vitale dell'intero, organismo. L'igiene, cioè, della vista presuppone dunque l'uso normale dell'occhio o per dir meglio della funzione visiva, che però sia esplicata nelle migliori condizioni di tempo e di luogo, senza che l'organo venga sottoposto ad un superlavoro, provocato da cattive condizioni esterne od insite in esso stesso. È necessario, quindi, parlare prima delle buone condizioni esterne, che permettono una normale funzione visiva senza che l'organo venga, per così dire, a logorarsi, pur adempiendo alle funzioni a lui dovute.

\*  
\* \*

Strettamente legata alla funzione visiva è l'illuminazione, e, affinché l'occhio compia fisiologicamente il suo mandato, essa deve essere convenientemente regolata nella qualità e nella quantità. L'illuminazione può essere naturale ed artificiale e naturalmente deve essere la prima, nei limiti del possibile, preferita.

Esaminiamo, dunque, i differenti orientamenti della sorgente di luce naturale nei riguardi del posto in cui trovasi il lavoratore: la luce che viene da tergo non è buona, perchè proietta sul lavoro l'ombra della testa, quella che viene da destra ha l'inconveniente di dare sul lavoro l'ombra della mano scrivente od operante, la luce di fronte abbaglia. La luce migliore è dunque quella che viene da sinistra, quantunque questa non debba considerarsi come la sola buona, in quanto può essere utilizzata anche la cosiddetta luce differenziale. Cioè può sfruttarsi anche la luce proveniente da destra a patto che essa sia meno intensa di quella proveniente da sinistra, in modo che la prima non proietti sul lavoro l'ombra della mano scrivente od operante. È conveniente fare ciò quando la luce proveniente da sinistra è insufficiente, e quindi fornirebbe una

scarsa illuminazione. Per esempio in aule fiancheggiate da un corridoio a corpo semplice (cioè che non porti ad ambedue i lati aule, ma da un lato dia direttamente all'esterno) si può utilizzare la luce delle finestre provenienti da sinistra e quella meno intensa proveniente da destra, fornita dalle finestre del corridoio, e che perviene nell'aula attraverso le vetrate che danno nel corridoio stesso.

Come è stato fatto nella Università di Upsala, possono usarsi anche le illuminazioni a tergo o di fronte, che, in determinate ore del giorno, possono essere attenuate od escluse mediante tende o vetri smerigliati. La luce proveniente dall'alto è utilizzata nelle sale di disegno, ma essa comporta la massima pulizia delle vetrate in modo che la sporcizia, la neve ecc., non intercettino i raggi luminosi, prescindendo dal fatto che questi ambienti illuminati dall'alto risultano molto freddi d'inverno.

Bisogna dunque preferire l'illuminazione laterale e preferibilmente quella laterale sinistra, che può essere data da tre specie di luce:

- 1° luce solare diretta;
- 2° luce riflessa dalla volta celeste;
- 3° luce riflessa dall'edificio di contro.

La luce solare diretta, quantunque salutare per la sua azione germicida, non può essere usata nei riguardi della funzione visiva, in quanto affatica gli occhi e costringe generalmente ad abbassare le tende, che ne intercettano spesso più del 50%: ne avviene che frequentemente gli ambienti illuminati dalla luce solare diretta sono semibui. Bisogna dunque fare in modo che le stanze di lavoro non siano direttamente colpite dal sole durante le ore di attività, e perciò è necessario tenere conto dei vari orientamenti degli ambienti. Se le stanze sono esposte ad oriente i raggi del sole entrano nelle ore antimeridiane e, avendo una direzione orizzontale o con un leggerissimo angolo, giungono fino in fondo all'ambiente, arrecando fastidio alla visione; nella esposizione ad ovest ciò si verifica nelle ore pomeridiane; nella esposizione a sud i raggi, essendo perpendicolari, specie quando il sole è allo zenit, entrano pochissimo nell'ambiente; nella esposizione a nord invece i raggi solari non entrano nelle stanze in nessuna ora del giorno a scapito, naturalmente, della temperatura ambiente.

In generale, quindi, deve evitarsi l'esposizione ad oriente se il lavoro si compie nelle ore del mattino, e l'esposizione ad occidente se il lavoro si fa nelle ore pomeridiane.

Però tenendo conto che in Italia, per esempio, vi sono grandi differenze di temperatura tra nord e sud, si costruiscono gli edifici in modo che gli angoli siano orientati ai punti cardinali e le facciate siano orientate ai punti intermedi: in particolare nelle regioni fredde si preferirà l'orientamento a sud-est od a sud-ovest e nelle regioni calde l'orientamento a nord-est od a nord-ovest.

Per non rinunciare poi, specialmente nelle aule scolastiche, ai benefici effetti della luce solare diretta, sarà bene ricorrere alla illuminazione differenziale sopradetta, sicchè le finestre del corridoio o quelle dell'aula a destra dello scolaro risultino esposte al sole. Questa luce differenziale potrà essere opportunamente graduata per mezzo di tende.

La luce riflessa dalla volta celeste è la migliore, perchè riposante e non fastidiosa per l'occhio, per cui ogni posto di lavoro ne dovrebbe essere fornito. Perciò spesso si preferisce mettere la fronte degli ambienti verso il cortile anzichè verso la strada, quando questa risulti troppo stretta. Fra le due linee ideali, condotte dal posto di lavoro più lontano dalle finestre, delle quali una tocca il coronamento dell'edificio di fronte e l'altra va dall'architrave della finestra fino al cielo, dovrebbe esserci, in corrispondenza della perpendicolare dall'architrave, la distanza di almeno tre centimetri.

La luce riflessa dalla parete di contro è scarsamente utilizzabile perchè dal 50 all'80% viene assorbita dalla stessa parete riflettente, la parte rimanente viene a capitare o sulla parete dell'edificio o sul pavimento della via, e quei

raggi a piccolo angolo di riflessione che colpiscono il posto di lavoro quasi orizzontalmente non possono venire riflessi in modo da capitare nella pupilla. Questa luce, dunque, può essere utilizzata solamente come luce diffusa, la quale, pure essendo la meno utile per la visione, è necessaria per neutralizzare i forti distacchi di ombra e di luce, che affaticerebbero l'occhio e che si formerebbero se questa specie di luce rosse abolita dalla illuminazione generale degli ambienti.

Concludendo, l'ideale dell'illuminazione naturale è rappresentata da questi quattro punti:

- 1° luce riflessa dalla volta celeste;
- 2° luce riflessa dalla superficie di fronte, solo per l'illuminazione diffusa;
- 3° esclusione della luce solare diretta;
- 4° illuminazione differenziale.

Naturalmente, per predisporre le cose come sopra si è detto, è necessario che gli organi di illuminazione, le finestre, rispondano ad alcuni requisiti, e ad esempio le norme regolamentari vigenti nelle scuole italiane sono le seguenti:

1° l'architrave arrivi quanto più è possibile vicino al soffitto per prendere quanto più si può della luce riflessa dalla volta celeste. Sono perciò da proscrivere le finestre ad arco;

2° il parapetto della finestra non deve superare l'altezza di 90 centimetri;

3° devono ridursi al minimo gli spazi fra le finestre;

4° preferibilmente usare gli infissi di ferro che tolgono alle finestre molto meno superficie di luce di cui esse sono capaci;

5° i vetri siano di buona qualità, perfettamente trasparenti, non colorati ed accuratamente puliti.

Sulla luce interna dell'aula ha anche importanza la luce riflessa dalle pareti dell'ambiente, per cui si usa colorare la parte bassa delle stanze in grigio, mentre la parte alta di essa è preferibile che sia bianca, se l'ambiente è poco luminoso, o grigia, se invece vi è molta luce. Importante è che la parte alta delle pareti non abbia proprietà speculari, perchè in tal caso provocherebbe abbagliamento.

Della luce artificiale dobbiamo prendere in esame l'intensità, lo splendore, la fissità della sorgente luminosa e i prodotti di combustione.

In quanto all'intensità si considerano necessarie dieci candele metriche per ogni posto di lavoro. Essendo, però, le candele metriche rosse e corrispondendo ciascuna di esse a 2,5 metrocandele bianche, per ogni posto di lavoro si devono avere 25 metrocandele bianche.

Ogni superficie luminosa non deve dare più di 0,75 candele per cm.<sup>2</sup> altrimenti abbaglia e costringe a ricoprire i lumi di paralumi, che intercettano parte dei raggi e parte ne riflettono.

La sorgente luminosa deve essere immobile, perchè le oscillazioni affaticano l'occhio.

I prodotti di combustione al giorno d'oggi, entrano poco in quistione data l'adozione quasi generale dell'illuminazione elettrica; non così l'irradiazione del calore che è anche emesso dalle lampade elettriche.

La migliore disposizione per l'illuminazione artificiale sarebbe quella individuale, cioè che ogni posto di lavoro fosse fornito di una lampada da 20-25 candele, protetta da un paralume che rifletta la luce sul lavoro senza far colpire l'occhio da luce diretta. Questo dispositivo ha l'inconveniente di fare rimanere nella oscurità l'ambiente circostante, e nelle scuole, per esempio, impedirebbe che gli scolari potessero seguire le spiegazioni date dal maestro sulla lavagna, inconveniente al quale si potrebbe ovviare col fornire la lavagna di una lampada che ne illuminasse la superficie. Si è anche adottato perciò il sistema dell'illuminazione generale, evitando la luce individuale sul banco, per mezzo di

lampade centrali capaci di una notevole energia luminosa, disposte con paralume superiore, una per ogni 4 od al massimo per ogni 8 scolari, sospese a distanza di non meno di 90 centimetri dalla testa degli allievi.

Un ottimo sistema è quello dell'illuminazione indiretta che si ottiene per mezzo di lampade collocate alla distanza di metri 1,50 dal soffitto, fornite di un paralume inferiore di sostanza semi trasparente, che deve permettere che solamente una parte della luce filtri attraverso di esso, mentre la restante luce venga riflessa sul soffitto e da questo al pavimento ed alle pareti.

Questo sistema di illuminazione fornisce una luce diffusa, calma e dolce, che non dà luogo a formazioni di ombre, ma che è poco economica perchè, essendo una buona parte della luce perduta, si va incontro ad un consumo doppio di energia elettrica.

In conclusione la disposizione migliore per una illuminazione a luce artificiale è quella delle lampade a tavolo, una per ogni posto, integrata da qualche lampada centrale che possa permettere, specialmente nelle scuole, agli allievi di seguire le spiegazioni date sulla lavagna dal maestro.

\*  
\*\*

Adesso è utile intrattenersi sulle cattive condizioni insite nell'occhio stesso, che possono essere costituite da malformazioni, o chiamamole così congenite o che siano venute a costituirsi durante le fasi di sviluppo dell'organo, o provocate dal cattivo o incongruo uso dell'organo visivo.

Giustamente Giambattista Della Porta nel 1589 fu il primo a comparare il bulbo oculare all'istrumento di ottica che dicesi camera oscura, da lui stesso scoperta. Infatti la lente convergente della camera oscura corrisponde alla lente cristallina dell'occhio, il diaframma corrisponde all'iride, la superficie di proiezione in cui si produce nella camera oscura l'immagine impiccolita e rovesciata degli oggetti esterni, corrisponde alla superficie retinica del fondo oculare.

Premettiamo che la vista, ancor più che l'udito, costituisce un senso superiore vale a dire il più altamente sviluppato e differenziato, sia dal punto di vista biologico che dal punto di vista psico-fisico. Infatti mentre noi col tatto non possiamo acquistare notizia dell'esistenza dei corpi del mondo esterno che ponendoli a contatto diretto della nostra pelle, e con l'udito non possiamo percepire le vibrazioni sonore che a pochi metri di distanza, mediante la vista siamo in grado di avvertire gli oggetti a grandi incommensurabili distanze, purchè emanino o riflettano la luce, che rappresenta lo stimolo adeguato delle sensazioni visive e che è costituita (secondo l'ipotesi dei fisici) dalle vibrazioni di un mezzo imponderabile, la frequenza delle quali oscilla da 480 e 760 triloni al secondo e la di cui lunghezza d'onda è compresa tra 0,70 e 0,43  $\mu$ .

L'esplicamento dunque di una perfetta funzione visiva presuppone (come nella camera oscura della macchina fotografica per la buona riuscita di una fotografia la formazione dell'immagine da ritrarre sulla superficie della lastra sensibile) la formazione di una netta immagine, impiccolita e rovesciata, sullo strato sensibile della retina, che tappezza la superficie interna della calotta posteriore del bulbo oculare. L'occhio normale (emmetrope) allo stato di riposo, cioè quando non entrano in funzione quei meccanismi, di cui accennerò subito, che permettono a variabile distanza degli oggetti la formazione della loro immagine sulla retina, proietta nettamente la immagine degli oggetti che trovansi ad una distanza infinita, i raggi dei quali penetrano paralleli nell'occhio, sulla retina. Avvicinandosi gli oggetti al bulbo oculare entrano in funzione quei meccanismi, detti dell'accomodazione, i quali permettono la formazione di immagini nette sulla retina di oggetti posti fino alla distanza di venti o trenta centimetri dal bulbo oculare, distanza che costituisce per l'occhio emmetrope

la distanza del cosiddetto punto prossimo, mentre il punto remoto trovasi posto all'infinito.

Il meccanismo dell'accomodazione è essenzialmente devoluto alla lente cristallina, posta subito al di dietro dell'iride in corrispondenza del forame pupillare, che, aumentando la sua convessità, aumenta il suo potere refrattivo, riuscendo così a convergere sulla retina anche raggi luminosi che, non provenendo dall'infinito, la colpiscono divergenti e non paralleli.

Dagli antichi si credeva che l'adattamento avvenisse in modo analogo a quello attuato nella camera oscura fotografica, che si adatta alle diverse distanze degli oggetti con l'avvicinare o allontanare il piano della lastra sensibilizzata, presupponendo che la retina si spostasse in avanti e indietro per azione dei muscoli esterni oculari. Descartes nel 1836 fu il primo ad emettere il concetto che la nostra capacità di vedere distintamente gli oggetti collocati a svariate distanze dipenda dall'attitudine insita all'occhio di poter modificare la forma della lente cristallina, ma la dimostrazione obiettiva di questa veduta teorica non si ebbe che dopo altri due secoli per opera di Max Langenbeck, di Cramer e di Helmholtz (1849-1853).

Nell'occhio umano normale, quindi, si può distinguere uno stato di refrazione statica nel quale i raggi che entrano nell'occhio paralleli, senza che venga in gioco l'accomodazione, sono riuniti nel foco principale che trovasi in corrispondenza della retina, ed uno stato di refrazione dinamica, quando, avvicinandosi gli oggetti al bulbo oculare, esso viene colpito da raggi divergenti che l'occhio riesce a riunire sulla retina, aumentando con l'accomodazione il suo potere rifrangente.

Per anomalie della rifrazione s'intendono dunque quelle che si riferiscono alla condizione dell'occhio nello stato di riposo e riguardano perciò la sopradetta rifrazione statica. Esse si chiamano con una sola parola ametropie e comprendono l'ipermetropia, la miopia e l'astigmatismo. Sia nell'ipermetropia che nella miopia possiamo distinguerne una assile ed una refrattiva.

\*  
\* \*

Se nell'occhio in istato di riposo i raggi paralleli non si riuniscono sulla retina ma dietro di essa, abbiamo una ipermetropia, che è assile se è dovuta ad un accorciamento dell'asse ottico per rispetto alla emmetropia, o refrattiva se dipende da una minore rifrangenza dei mezzi diottrici, come per esempio quando la cornea è meno convessa od il cristallino è più appiattito.

Gli occhi dei neonati sono ipermetropi, non avendo l'organo visivo raggiunto il suo completo sviluppo. Con l'andar degli anni questo stato di ipermetropia diminuisce gradatamente fino a scomparire nell'età adulta; se però l'occhio non raggiunge quella grandezza per cui l'asse ottico misurato internamente sia di lunghezza inferiore a circa 24 millimetri, permane nell'adulto un certo grado di ipermetropia. In conclusione in un occhio fortemente ipermetropo anche alla ispezione si nota la cornea più piccola, lo spazio fra la cornea e l'iride (camera anteriore) diminuito, la regione equatoriale più convessa, apparendo tale occhio nel complesso più piccolo dell'occhio emmetropo. Se i raggi paralleli che provengono dall'infinito formano nell'occhio emmetropo il loro fuoco sulla retina, nell'occhio ipermetropo, essendo l'asse ottico più breve, essi raggi si dovrebbero riunire dietro la retina, ma, intercettati dalla sclerotica opaca, formano sulla retina invece di un punto un cerchio, corrispondente alla base di un cono che dovrebbe avere il suo apice dietro di essa. Si formerebbe perciò sulla retina ciò che dicesi cono di diffusione e l'immagine risulterebbe poco chiara ed a margini sfumati.

In questo, in breve, consiste il vizio di refrazione detto ipermetropia, di cui si possono distinguere tre forme, secondo la minore o maggiore gravità di

essa, e cioè: l'ipermetropia facoltativa, l'ipermetropia relativa e l'ipermetropia assoluta. E' superfluo far notare che i disturbi subbietivi di cui si lamentano gli ipermetropi aumentano di gravità come si passa dalla forma di ipermetropia meno grave a quella più grave e cioè dalla ipermetropia facoltativa, all'ipermetropia relativa e all'ipermetropia assoluta e variano anche secondo l'età del soggetto. Un giovane infatti affetto da una ipermetropia poco accentuata potrà giungere ad una certa età senza aver bisogno di lenti correttive. Se la ipermetropia è più accentuata il soggetto incomincia fin dalla gioventù a soffrire di alcuni disturbi che costituiscono i sintomi della cosiddetta *astenopia accomodativa*, e nel lavoro in vicinanza può incominciare la lettura, ma, dopo un certo tempo, la scrittura diviene indistinta, avverte anche dolore con senso di pressione alla testa, alle tempie, al sopraciglio ed all'occhio, talvolta persino capogiri ed è costretto a cessare dal lavoro, provando sollievo nel chiudere gli occhi e nel guardare lontano. La lettura può essere ripresa, ma dopo poco l'ipermetropo è costretto ad un nuovo riposo.

Questi disturbi si fanno maggiormente sentire alla sera e sono naturalmente tanto più accentuati quanto maggior sforzo di accomodazione richiede il lavoro a cui il soggetto si applica, come nel disegnare o nel ricamare anzichè soltanto a leggere. Questi disturbi sono per conseguenza più accentuati nei giorni di maggior lavoro e il riposo domenicale fa sì che spesso quasi scompaiano il lunedì per farsi sempre più evidenti nei giorni successivi della settimana. Con l'andar del tempo però il paziente non è nemmeno in grado di cominciare il lavoro, poichè immediatamente si presentano i sintomi della *astenopia accomodativa*.

Si comprende come il fornire rimedio a siffatti disturbi è di stretta competenza del medico specialista, che prescriverà le lenti adatte secondo che la ipermetropia è facoltativa, relativa od assoluta, modificando anche le prescrizioni se, per l'età, alla ipermetropia si è venuto ad aggiungere lo stato fisiologico della presbiopia.

\*  
\* \*

La miopia è il vizio di rifrazione il più comune ed il più frequente, ed è essenzialmente costituito dal fatto che i raggi paralleli provenienti dall'infinito si riuniscono nel loro punto focale prima di giungere sulla retina e cadono quindi su di essa dopo essersi incrociati, in modo da formare un cono il cui apice è situato nel punto focale e la base sulla retina stessa. L'occhio miope non dispone di alcun mezzo per riunire sulla retina i raggi che cadono sulla cornea paralleli, perchè non possiede la capacità di diminuire, nello stato di refrazione statica, la rifrangenza della lente cristallina, e quindi il miope per ovviare in parte a questo inconveniente può ricorrere a due strattagemmi: con il restringimento della rima palpebrale può diminuire l'ampiezza del cono di diffusione e far acquistare una maggiore chiarezza alle immagini sulla retina, con l'avvicinare gli oggetti che vuol distintamente vedere al bulbo oculare, avvicina il suo punto remoto, che nell'occhio normale, come ho spiegato, è situato all'infinito.

Come per l'ipermetropia possiamo distinguere una miopia assile ed una refrattiva. La miopia assile è la più frequente ed è dovuta al fatto che l'asse dell'occhio è aumentato di lunghezza fino a raggiungere nelle miopie elevate i tre centimetri e più. La miopia refrattiva invece è molto più rara rispetto a quella assile e l'aumento di rifrangenza dei mezzi diottrici può essere dovuta sia alla cornea che ha la sua curvatura accentuata (cheratocono) o anche al cristallino che per la rottura del legamento (zonula di Zinn), che lo tiene sospeso e schiacciato subito al di dietro dell'iride, può per la sua naturale elasticità permanentemente aumentare nelle sue curvature, nello stesso modo che

una palla di gomma si distende quando non è più tenuta dalla mano che la stringe.

Il giovane miope non si lamenta dunque dei disturbi di astenopia accomodativa che abbiamo sopra descritti, ma può attendere al lavoro in vicinanza senza stancarsi; anzi nella miopia che non supera le tre diottrie esso avrà il vantaggio che, nell'età nella quale nell'emmetrope si manifesta la presbiopia, potrà continuare a vedere da vicino senza occhiali, oppure con l'uso di deboli lenti convesse. Nella miopia elevata invece il miope vede male anche da vicino e la sua acutezza visiva non è normale, inoltre è spesso disturbato nella visione dalla apparizione di corpi mobili, dalle cosiddette mosche volanti (miodesopsia). Il meccanismo dell'accomodazione non si compie nell'occhio miope, non avendone esso bisogno, e quindi data la corrispondenza dell'accomodazione con la convergenza, quest'ultima si compie in modo insufficiente, tanto che un occhio spesso è escluso dalla visione e devia permanentemente in strabismo divergente.

In quanto alla gravità ed al decorso della miopia, si può distinguere una miopia, che per lo più compare all'epoca della pubertà, progredisce per qualche anno ma poi si arresta, non superando le 4-5 diottrie (è la cosiddetta miopia scolare degli studenti), ed un'altra forma che si manifesta fin dalla prima infanzia e, per quanto lentamente, continua a crescere sino alla tarda età, raggiungendo o oltrepassando le 10-12 diottrie, fino a toccare, quantunque raramente, anche le 20-30 diottrie (miopia progressiva).

Naturalmente si comprende come queste profonde disarmonie nella costituzione del bulbo oculare nella grave miopia, portano a lesioni della corioidea, della retina, del vitreo, che contribuiscono a diminuire l'acutezza visiva del miope, già di per sé stessa molto ridotta.

La domanda che subito si presenta alla mente è questa: quali sono le ragioni, dovute all'ambiente esterno o alla costituzione interna dell'occhio o dell'organismo, che determinano l'allungamento dell'asse oculare, quando questo alla nascita è più breve del normale?

Logicamente questo è l'argomento molto discusso ed assai importante per la profilassi e la cura della miopia. Dalle statistiche fatte da autori stranieri, come Cohn ed Erismann, risulta che nelle scuole gli scolari delle prime classi sono in grande maggioranza ipermetropi e quest'ultimo trovò nella prima classe l'ipermetropia nel 67,8 % dei casi, l'emmetropia del 18,6 % e la miopia nel 13,6 % dei casi, mentre nella classe nona le percentuali risultano notevolmente modificate in questo senso: il 40 % di ipermetropi, il 41,7 % di miopi, ed il 18,3 % di emmetropi.

Queste cifre, specialmente per ciò che riguarda i miopi, risultano più elevate rispetto a quelle ricavate da indagini fatte in Italia: infatti, come scrive il nostro grande fisiologo Luigi Luciani, la miopia è assai rara nell'infanzia, aumenta durante l'adolescenza fino a raggiungere il massimo nelle classi liceali; essa può manifestarsi anche più tardi come è successo allo scrivente in cui la miopia si è manifestata dopo di aver conseguito la laurea in medicina, verso il 29 anno di età, e non ha oltrepassato le tre diottrie. Il fatto che l'Erismann abbia trovato cifre riguardanti la miopia più elevate delle nostre può in parte dipendere dalle differenze di razza e anche dal fatto che a Pietroburgo, dove furono fatte le ricerche dell'Erismann, le condizioni di luce nell'inverno sono, come in tutti i paesi nordici, assai meno favorevoli che nel nostro, inquantochè il giorno è colà di brevissima durata e quindi si deve la maggior parte del tempo lavorare a luce artificiale. E l'illuminazione, come abbiamo detto, ha infatti una grande importanza nella patogenesi della miopia.

In tutti i casi, sia nei paesi nordici che nel nostro, nelle scuole la miopia aumenta con l'età mentre l'ipermetropia diminuisce, ed interessanti si dimostrano anche le statistiche militari che fanno presente che in individui coetanei,

provenienti da una stessa regione, la miopia è più frequente in alcune professioni o condizioni in cui si richiede forte applicazione in lavori in vicinanza, come negli studenti e nei meccanici di precisione. Quindi qui troviamo il lavoro in vicinanza fattore di miopia.

Ma accanto a questi miopi troviamo altri soggetti che, pur sottoponendosi agli stessi lavori, non presentano la miopia. Oltre il lavoro in vicinanza ci deve essere quindi un'altra ragione che contribuisce all'insorgenza della miopia e questa sarebbe costituita dalla ereditarietà. Come per la tubercolosi dobbiamo distinguere anche per la miopia una causa predisponente, l'ereditarietà, ed una occasionale, il lavoro in vicinanza in cattive condizioni di illuminazione. Se noi facciamo vivere un bambino in cui vi è la tara ereditaria della miopia, all'aria aperta e invece di fargli frequentare le scuole lo facciamo dedicare alla agricoltura, meno facilmente diventerà miope, nello stesso modo che il figlio di un tubercoloso sfuggirà più facilmente alle insidie del bacillo di Koch se vivrà in alta montagna o sulla spiaggia marina, dandosi ad una professione che lo tenga tutto il giorno all'aria libera. Prescindendo da questo fatto, esistono anche miopie che si possono considerare puramente ereditarie e non collegate in alcun modo coll'occupazione in vicinanza, come ce lo dimostra il fatto di osservarle circoscritte, ad esempio, in certe vallate ove i matrimoni si ripetono spesso tra membri delle medesime famiglie, manifestantesi fin dalla prima infanzia e rivestenti il carattere della progressività.

Prescindendo dunque da questi casi di miopia puramente ereditaria e ammessa l'importanza del lavoro in vicinanza, ci si è domandati quale è il meccanismo per cui il lavoro in vicinanza porti all'allungamento dell'asse ottico. Alcuni danno molta importanza allo sforzo dell'acomodazione, che aumentando la tensione oculare, porterebbe all'allungamento dell'asse ottico; altri attribuiscono maggior valore alla convergenza: perdurando la contrazione dei muscoli retti interni si ha di necessità lo stiramento dei muscoli retti esterni e l'occhio, compresso da questi muscoli nel senso trasversale, verrebbe ad aumentare il suo diametro antero-posteriore; altri vogliono trovare la causa della miopia nei continui e rapidi movimenti che compie l'occhio nel portarsi, nella lettura, dalla fine di una riga al principio di quella successiva; altri ritengono che l'allungamento dell'asse ottico sia dovuto allo stiramento prodotto dal nervo ottico troppo corto sulla porzione posteriore dell'occhio durante il lungo periodo di tempo in cui agisce la convergenza; altri pensano che durante il lavoro in vicinanza, l'occhio, per la posizione orizzontale che assume la faccia col chinarsi del capo, sarebbe stirato nel senso antero posteriore dal nervo ottico; da altri si pensa infine ad una iperemia delle membrane interne dell'occhio, dovuta allo sforzo accomodativo compiuto per il lavoro in vicinanza.

Stilling, pur dando importanza, per l'allungamento dell'asse oculare, alla compressione muscolare del bulbo, crede che questa sia essenzialmente provocata non dai muscoli retti laterali ma dai due muscoli che portano l'occhio in basso e cioè dall'obliquo superiore e dal retto inferiore, ma specialmente dal primo, perchè questo contraendosi verrebbe a comprimere il bulbo oculare dall'alto al basso; e ciò sarebbe in stretta dipendenza della posizione di quello uncino osseo (troclea) che trovasi nella parete supero-interna dell'orbita, sul quale si riflette il tendine del grande obliquo: se la cavità orbitaria è alta allora la troclea è situata in alto e l'obliquo superiore non può esercitare compressione sul bulbo oculare, ciò che invece avviene se l'orbita è bassa. La miopia così dipenderebbe dall'ampiezza della cavità orbitaria e si ridurrebbe ad una questione di razza.

Steiger parte dal presupposto che la refrazione dell'occhio, essendo un segno biologico, come tutte le altre caratteristiche biologiche, presenta una variabilità che è tracciata da una curva assai vasta, che ha naturalmente un carattere binomiale. Ciò risulta dallo studio delle principali, costanti ottiche dell'occhio umano: la refrazione della cornea e la lunghezza dell'asse ottico.

Il potere rifrangente della cornea di ragazzi della stessa età mostra infatti una curva di variabilità binomiale che va da 38 a 48,25 diottrie. Considerando che queste refrazioni della cornea si trovano in ogni stato di refrazione dell'occhio, risulta con certezza come anche la curva di variabilità della lunghezza dell'asse ottico sia una immagine riflessa di quella della refrazione della cornea e che presenti perciò parimenti un carattere binomiale. Non si può quindi ritenere che un unico grado di refrazione e cioè l'emmetropia o una leggera ipermetropia sia quello normale e che tutti gli occhi, che da questo grado si allontanano, debbano considerarsi anormali, ma che, al pari di quanto avviene per la statura, possiamo tutt'al più considerare come patologici gli estremi in alto e in basso. Come normali dobbiamo cioè ritenere non soltanto gli emmetropi, ma, per una larga cerchia, anche i miopi o gli ipermetropi, quando non siano tali per alterazioni patologiche.

Questa teoria spiega certamente il manifestarsi di una miopia indipendentemente dal lavoro in vicinanza, come anche la sua grande frequenza fra i popoli civili e la sua rarità fra i selvaggi, ma non spiega, però, perchè essa si manifesti più frequentemente negli intellettuali. Steiger in una parola si occupa delle cause della miopia, ma non di come e con quale meccanismo queste cause producano quelle alterazioni che più tardi si sviluppano negli occhi miopi e a combattere le quali sono appunto da anni rivolti gli studi di igienisti di tutto il mondo.

Infine molti osservatori danno grande importanza, per la genesi della miopia, ad alterazione preesistenti nell'occhio, come albugini corneali, cataratta zonulare od astigmatismo, che costringerebbero ad avvicinare molto nella lettura il libro od altro lavoro che si compia in vicinanza e darebbero perciò luogo all'allungamento dell'asse oculare.

In tutti i casi, anche attraverso tutte le opinioni espresse, risulta chiaro che molto può la profilassi per impedire l'insorgenza della miopia od attenuare i danni da essa provocati: in primo luogo la buona illuminazione, di cui abbiamo già parlato, il sano ambiente di lavoro e poi la conveniente correzione della miopia incipiente con adatte lenti prescritte, naturalmente, dal medico specialista.

\*  
\* \*  
\*

Ad anomalie della curvatura della cornea è dovuto il vizio di rifrazione detto astigmatismo, che consiste essenzialmente nel fatto che nell'occhio astigmatico non esiste un punto in cui si riuniscono tutti i raggi che penetrano in esso.

La superficie corneale non è perfettamente sferica ma ordinariamente il meridiano verticale di essa è più rifrangente di quello orizzontale da 0,5 a 1,25 diottrie: questo astigmatismo, per così dire fisiologico della cornea, viene neutralizzato dal cristallino col suo astigmatismo inverso. Quando non esistono queste perfette correlazioni fra le curvature della cornea e del cristallino si ha l'astigmatismo, ed esso si dice secondo la regola o diretto quando il meridiano più rifrangente è il verticale, contrario alla regola o inverso quando il meridiano più rifrangente è l'orizzontale.

In breve nell'astigmatismo non tutti i raggi che provengono dall'infinito si riuniscono sulla retina, avanti o dietro di essa, come nell'emmetropia, nella miopia e nell'ipermetropia, ma quelli che cadono sul meridiano più rifrangente della cornea si riuniscono prima di quelli che cadono su quello meno rifrangente. Dalle numerose combinazioni di questa evenienza ne derivano le varie forme di astigmatismo delle quali non è qui il caso di parlare.

L'astigmatismo è sicuramente legato all'ereditarietà in quanto si trova spesso negli ascendenti e nei collaterali di chi ne è affetto; esso è raro tra i

popoli barbari ed è in rapporto con la conformazione del cranio, in quanto esiste una certa dipendenza fra la curvatura della cornea e la forma del cranio.

L'astigmatismo corneale, in genere, migliora con l'età, è spesso accoppiato con la miopia ed è perciò che la sua profilassi consiste, come nella miopia, nel fornire i posti di lavoro in vicinanza di buona illuminazione e nell'affidare la correzione di esso al medico oculista.

\*  
\* \*

Quali sono, dunque, i segni che ci possono indicare l'esistenza o lo stabilirsi di un vizio di refrazione? Abbiamo parlato dei disturbi di astenopia accomodativa degli ipermetropi, che sono afflitti da cefalea, da senso di peso e di morsa alle tempie, da arrossamenti congiuntivali, che li costringe a sospendere il lavoro ed a riposarsi. Nei miopi, e soprattutto nei piccoli scolari nei quali è doveroso mettere sollecito riparo al progredire della miopia, si noterà che essi socchiudono gli occhi per meglio vedere gli oggetti lontani, avvicinano molto il libro nella lettura, sono distratti nella scuola perchè è loro impossibile seguire il maestro nelle spiegazioni alla lavagna. Tutti piccoli ma caratteristici segni, che, uniti alla predisposizione familiare, metteranno in guardia i maestri ed i parenti e dovranno spingerli a chiedere i consigli e le cure del medico specialista.

## Note di medicina dell'Assicurazione Vita

### Concetto e valutazione medico-attuariale dei rischi tarati

Prof. Dott. LEOPOLDO WINTERNTZ

*delle Assicurazioni Generali di Trieste*

L'assicurazione vita di soggetti ammalati non è una cosa nuova. Essa risale agli ultimi decenni del secolo scorso. Tuttavia l'argomento è di attualità, perchè nel dopoguerra l'attività in questo campo è stata intensificata ed allargata a malattie che inizialmente non sembravano assicurabili. Inoltre i criteri empirici che guidavano gli assicuratori nell'assunzione di questi rischi, sono stati sostituiti da metodi più scientifici, i quali subiscono tuttora dei continui perfezionamenti. Non è quindi inopportuno di passare in rassegna critica, quanto si è fatto finora e di prospettare quanto resta ancora da fare, per raggiungere quella perfezione che significa giustizia per gli assicurati e sicurezza per gli enti assicuratori.

Per rischio tarato s'intende in assicurazione vita un soggetto, in cui l'esame medico rivela delle anomalie tali, da rendere la mortalità di una collettività di soggetti a lui pari, superiore a quella prevista nel calcolo dei premi normali.

Questa definizione di rischio tarato è fondata su basi statistiche attuariali e non mediche ed è giusto che sia così, perchè sarebbe un errore l'asserire che individui assicurabili a premi normali siano soltanto soggetti clinicamente sani, ammettendo le tabelle la possibilità di assumere candidati affetti da qualche piccola tara senza danno per l'ente assicuratore. E ciò perchè le tabelle sono state compilate dallo stesso materiale assicurato in epoche precedenti, assunto in base ad esami medici non sempre rigorosi e con frequenti interferenze di opportunità commerciale.

Il primo postulato per la selezione dei rischi tarati è dunque, di conoscere esattamente il limite fra questi e i rischi normali. Che non si sia tenuto sufficientemente conto dell'importanza di questo limite lo dimostra il fatto che l'attuazione scientifica dell'assicurazione dei rischi tarati è stata risentita in un primo tempo dagli agenti produttori come un ostacolo alla loro attività, anzichè come una possibilità di sviluppo della medesima.

Le radici di questo inconveniente devono essere ricercate in un lento spostamento del quesito posto alla selezione medica che inizialmente doveva rispondere soltanto, se il soggetto sia o no assicurabile a premio normale, mentre in seguito prevalse la tendenza di scegliere soltanto i soggetti clinicamente sani. Ciò portò ad un miglioramento del decorso della mortalità, ma anche ad un inasprimento delle condizioni di accettazione.

In questo campo spetta all'attuario l'ultima parola, perchè il medico, modificando i criteri di selezione, può sempre allargare o restringere la cerchia degli assicurabili a condizioni normali e può far variare l'utile di mortalità, secondo il desiderio dell'attuario.

In conclusione base indispensabile per lo studio dei rischi tarati è l'avere una tabella della mortalità reale dei rischi considerati normali, alla quale la selezione medica dovrebbe attenersi, vigilando che il decorso effettivo della mortalità non subisca oscillazioni, nè in più, nè in meno, rispetto ad essa. In altre parole l'attuario dovrebbe fissare una volta per sempre l'ammontare dell'utile di mortalità anzichè tendere ad aumentarlo.

Mancando la tabella del decorso reale della mortalità, tutti i dati riguar-

danti i rischi tarati devono essere riferiti alla tabella così detta normale cioè che implica un errore iniziale nel senso di un inasprimento delle condizioni di accettazione.

Arriviamo così al problema centrale dell'assicurazione dei rischi tarati che è di determinare il soprapremio che deve compensare l'Ente assicuratore per i maggiori danni che egli sopporta.

Si tratta di creare nuove tabelle della mortalità, per ingranarle poi in quelle esistenti e ciò senza che lo sviluppo di questo ramo di attività subisca ritardi e senza che si abbiano a verificare sperequazioni eccessive fra assicurato e assicuratore.

Analogamente a quanto si è fatto per creare le tabelle dei rischi normali, bisognerebbe studiare la mortalità dei rischi tarati sopra i soggetti assicurati stessi. Le condizioni di accettazione dovrebbero essere dedotte in un primo tempo da criteri preventivi, la cui bontà potrebbe confermarsi soltanto molti anni più tardi. Questo procedimento implicherebbe un certo rischio per tutta l'impresa assicurativa.

Per evitarlo furono suggeriti altri mezzi d'indagine. Meritano particolare menzione gli studi sul comportamento dei rifiutati e quelli sulla statistica delle cause di morte. Il primo metodo è buono ad onta di qualche riserva da farsi per l'antiselezione degli assicurati stessi che manca in ricerche su i rifiutati. Infatti lo studio comparato della mortalità dei rifiutati e di quelli assunti con soprapremio per la stessa tara dimostrò una sopramortalità fino al 20% di questi ultimi su i primi.

Ricerche su i rifiutati trovano l'ostacolo più notevole nelle spese che implicano e nella difficoltà di rintracciare i soggetti dopo anni dall'epoca della proposta.

Indagini sulle cause di morte sono tecnicamente le più facili ad eseguirsi. Esse sono state utilizzate per la valutazione dei rischi tarati, partendo dal presupposto che una serie di soggetti predisposti ad una determinata malattia presentano una sopramortalità soltanto per le cause di morte collegate alla tara, e non per le altre. Lo svolgimento matematico di questo concetto permette di ottenere abbastanza facilmente dei tassi di sopramortalità per le varie anomalie.

Che questi corrispondano alla realtà non è lecito di sostenere, perchè una tara rende il portatore più esposto a tutte le cause di morte e non a certe soltanto.

Ora dobbiamo rivolgere la nostra attenzione sopra una serie di studi, condotti in America sopra soggetti assicurati e raccolti nei volumi della *Medico-Actuarial-Mortality Investigation* e *Medical Impairments-Study*. Essi hanno fornito i dati per la valutazione dei rischi tarati alla maggioranza degli Enti assicuratori. I risultati sono espressi in quote di sopramortalità con riferimento alla mortalità dei rischi normali. L'importanza di questi studi e della loro applicazione pratica che è in uso anche in Italia, richiede un attento esame dei concetti informatori del metodo. Il punto più importante e più discutibile è dato dalla scelta della sopramortalità quale funzione biometrica per caratterizzare i rischi tarati. I tassi di sopramortalità riportati nel *Medical-Impairments Study* riguardano una durata di osservazione di 20 anni e sono ottenuti rapportando il numero delle morti realmente avvenute a quello delle morti attese entro quello spazio di tempo. Le cifre così ottenute sono strettamente dipendenti dalla durata dell'osservazione. Infatti le tare, nella grande maggioranza dei casi, non distribuiscono ugualmente la loro forza come causa di morte su tutte le annate di età, ma la concentrano su periodi vicini all'inizio dell'assicurazione, per cui più si prolunga l'osservazione e più si diluisce il fenomeno. Inoltre un tasso di sopramortalità così ottenuto non dice niente sul decorso della mortalità durante gli anni di osservazione mentre appunto questo dato avrebbe una grande importanza per il calcolo dei premi.

Applicando questi tassi a rischi da assicurarsi si cade in nuovo errore. Si viene precisamente a sostenere che si verificherà un decorso della mortalità

del tutto diverso da quello effettivamente osservato e cioè caratterizzato da un progressivo aggravarsi della stessa con il decorrere degli anni.

Le ricerche americane presentano anche altri lati alla critica, per cui il risultato finale appare infirmato.

Sarebbe errato di sostenere che il decorso della mortalità corrisponda veramente a quella della collettività di individui inizialmente assicurati. Dall'esame degli specchietti si rileva che il numero di assicurati diminuisce non soltanto per morte, ma anche per storni e che gli storni superano di gran lunga i casi di morte.

Così si sottraggono all'osservazione i rischi migliori. Per questo meccanismo dell'antiselezione degli assicurati la composizione della massa assicurata varia e diventa tanto peggiore per qualità, quanto più severe sono state le condizioni di assunzione.

Si può affermare che una collettività di rischi tarati presenta un decorso della mortalità variabile secondo le condizioni di accettazione. Condizioni severe peggiorano il decorso spingendo gli assicurati migliori ad abbandonare la proposta. Questa specie di autoregolazione cui sottostà un portafoglio rischi tarati ci spiega il motivo per cui in epoche precedenti, quando i rischi tarati venivano assunti a tassi empiricamente determinati e certamente più miti degli attuali, gli Enti assicuratori non risentivano danni eccessivi.

Tuttavia il metodo della sopramortalità può registrare il più grandioso successo pratico, perchè un numero enorme dei rischi tarati è stato assicurato in tutto il mondo secondo questo sistema. Però, come osserva il Berger, questo fatto non costituisce ancora una dimostrazione per la bontà del metodo.

Una delle innovazioni più importanti per migliorarlo è dato dall'introduzione del concetto delle tare decrescenti. Per tara decrescente s'intende secondo il Greene (*Examination for Life Insurance*) una tara la cui forza come causa di morte è massima nei primi anni dell'assicurazione e diminuisce in seguito. Il Greene distingue anche tare costanti e tare crescenti, ma secondo l'avviso di chi scrive l'ultimo concetto non ha importanza pratica, perchè se da un lato assicurazioni a premio crescente non sono commercialmente gradite, dall'altro lato nessun candidato si assoggetterebbe a pagare fin dai primi anni dell'assicurazione un premio medio costante, ma alto, per un pericolo che si verificherebbe appena molti anni più tardi.

Invece il concetto di tara decrescente congiunta ad un soprapremio decrescente è quello che meglio corrisponde all'andamento reale della mortalità dei rischi tarati e costituisce la misura più efficace per evitare gli storni dei migliorati.

Va notato che il metodo delle tare decrescenti viene attuato da noi in Italia, ammettendo che la sopramortalità originariamente fissata per la tara si verifichi soltanto nei primi anni e decresca in seguito ciò che significa una notevole mitigazione del giudizio primitivo e quindi delle condizioni di accettazione.

Il modo con cui un giudizio medico, sia pure espresso in tassi di sopramortalità, viene trasformato in un soprapremio è un problema che riguarda quasi esclusivamente il matematico. Però vi è un lato del problema che può interessare anche il medico. Da ciò l'opportunità di considerarlo in questo lavoro. Si tratta di analizzare il giusto significato del così detto « aumento di età ».

Bisogna distinguere fra un « aumento di età » stabilito per il fatto che il nuovo premio, calcolato in base alle indicazioni del medico, per una determinata tabella e durata, corrisponde per caso a quello normale di una età superiore, dall'altro « aumento di età » che fu assegnato *ab origine* dal selettore per il fatto che egli ha stimato essere la vitalità del candidato tarata pari a quella di un individuo più vecchio di un certo numero di anni.

Nel primo caso si tratta di una formola più o meno approssimativa che evita di rifare i calcoli volta per volta, nel secondo caso si tratta dell'affermazione, per nulla giustificata, che l'andamento della mortalità di un soggetto tarato corrisponde a quella di un soggetto più vecchio.

In realtà la curva della mortalità dei rischi tarati deve essere concepita come convergente con quella dei normali col progredire dell'età e ciò non soltanto, perchè l'eliminazione dei più gravi avviene nei primi anni, ma perchè gli stessi normali invecchiando acquisiscono delle tare.

Curve che si comportano differentemente da quanto esposto devono essere considerate come deformate dall'antiselezione, dovuta alle troppo severe condizioni di accettazione.

Spesse volte accanto od in sostituzione di un soprapremio si applicano delle carenze, in base alle quali, in caso di morte, la somma assicurata viene pagata soltanto a partire da un certo numero di anni, oppure il pagamento avviene fin dal primo anno, ma non della somma intera, bensì di frazione di questa, progressivamente crescenti nei primi anni fino a raggiungere la somma intera.

Mentre le carenze assolute vengono applicate di regola soltanto per l'assicurazione di soggetti minori di vent'anni, le carenze frazionate si usano nell'assicurazione dei rischi tarati. E' bene che il medico sia edotto sulla portata di questo provvedimento.

Posto come assicurato un capitale di 1000 lire col frazionamento di 1/5 allora i capitali da pagarsi e le relative sopramortalità presunte possono essere dedotte dal seguente specchio.

ANNI	Capitale da pagarsi in caso di morte	Sopramortalità corrispondente al capitale pagato
I	200	400 %
II	400	150 %
III	600	67 %
IV	800	25 %
V	1000	0 %

L'esame di queste cifre dimostra che la carenza frazionata è uno strumento imperfetto per l'assicurazione dei rischi tarati. Esso tutela la Compagnia efficacemente soltanto nei primi due anni, perchè a partire dal III anno la sopramortalità non si scosta molto da quella tollerata dai premi normali. Inoltre la mortalità nel primo anno è eccessiva e supera nella maggioranza dei casi quella ammessa dal medico selettore. Infatti, supposto che all'età di 35 anni la mortalità sia del 5%, con una sopramortalità del 400% si ottiene una mortalità del 25%, che è quella di un secondo o terzo attacco acuto appendicolare in atto. Stati morbosi assicurabili a sopramortalità iniziale tanto alta e tanto rapidamente decrescente in realtà non esistono.

Traendo le conclusioni dagli argomenti qui esposti si possono fissare i seguenti capisaldi quali punti programmatici per lo sviluppo degli studi e dell'assicurazione dei rischi tarati:

1° I portafogli di rischi tarati e le statistiche riguardanti i medesimi, sono notevolmente influenzati dall'azione perturbatrice dell'antiselezione degli assicurati.

2° L'antiselezione falceia più che la morte i portafogli dei rischi tarati e rende più grave il decorso della mortalità.

3° Per ovviare a questo inconveniente bisogna realizzare nel modo più rigido il principio generale che il soprapremio deve essere pagato nella misura e al momento in cui il soprarischio si verifica e cioè in misura decrescente dall'inizio.

4° Il soprapremio deve quindi essere variabile e seguire il decorso della sopramortalità che non può essere — come già rilevato — che convergente con quello della mortalità normale.

5° Ciò può essere ottenuto soltanto mediante studi esatti sul decorso della mortalità. Tassi medi di sopramortalità non servono a questo scopo.

6° Il materiale assicurato con i metodi fino ad ora in uso non può servire a questi studi, perchè troppo alterato dall'influsso dell'antiselezione. Serviranno invece gli studi su i rifiutati e su i nuovi assicurati purchè siano assunti con criteri meno restrittivi e più aderenti al reale decorso della loro mortalità.

## BIBLIOGRAFIA:

BERGER, *Prinzipien der Lebensversicherungstechnik*, Berlino, 1925.

SMOLENSKY, *La selezione dei rischi quale problema biometrico*, « Atti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni », Roma, 1932.

## Sulla diagnosi precoce della tubercolosi polmonare

Dott. DANIELE SIBILIA

Fra i pregiudizi che vanno scomparendo col progredire delle nostre conoscenze, è quello della inguaribilità della tubercolosi polmonare; e ciò è dovuto in special modo alle recenti acquisizioni nei campi dell'anatomia patologica, della radiologia e della terapia, in quest'ultima sopra tutto da quando il genio italiano di Forlanini ci ha dato quella meravigliosa arma rappresentata dalla collassoterapia.

D'altra parte se noi osserviamo le statistiche radiologiche, cliniche e anatomopatologiche sul decorso e sugli esiti delle lesioni polmonari specifiche, noteremo che la prognosi varia, divenendo sempre peggiore quanto più la lesione è avanzata, e soprattutto quanto più la t. b. c. ha assunto una evoluzione tisio-gena che tuttavia può essere anche precoce.

D'altro canto alcuni AA. giungono a parlare persino di completa *restitutio ad integrum* di complessi primari, di fatti essudativi alveolari e raramente dello stesso tubercolo. Queste conclusioni mi sembrano però veramente eccessive, anche perchè in fondo la *restitutio ad integrum* nel senso assoluto della parola non esiste, nemmeno ad esempio per malattie del tipo della polmonite franca, in cui sono tanto facili le ricadute e le recidive, fatti questi che testimoniano se non altro un'alterazione, umorale o istio-gena che sia delle difese organiche. Ciò vale a maggior ragione per infezioni del tipo della tubercolare.

Mi sembra più prudente e più vicino alla realtà dei fatti che si osservano ogni giorno, parlare di guarigioni anatomiche (sclerosi, calcificazioni focali o perifocali) che rappresentano reperti frequentissimi, specie nei grandi centri, e di guarigioni cliniche.

Tuttavia uomini del valore di Busi hanno ammesso la possibilità della scomparsa radiologica completa di talune caverne recenti.

Tutte queste constatazioni sono molto consolanti in quanto ci danno la sicurezza dell'utilità delle cure contro questa malattia, solo se noi però interveniamo precocemente. Di qui la necessità assoluta della diagnosi precoce della t. p., che molto interessa anche il medico fiduciario agli effetti assicurativi.

Qui mi vorrei soffermare sul concetto di diagnosi precoce della t. p. Anche in periodi recenti si è continuato a tener poco in conto quelle che sono le più moderne e sicure acquisizioni sull'evolvere del processo t. b. c.

Quella che alcuni intendono per diagnosi precoce, non è che la diagnosi di processi per lo più apicali e perciò a tendenze notoriamente benigne, quando poi non siano addirittura spenti da tempo.

Il regno dell'apice è ormai tramontato, da quando Assmann e altri AA. hanno attirato l'attenzione un po' più in basso, nel sottapice, sede donde veramente può avere inizio la *tisi* del polmone. Ma spesso l'infiltrato di Assmann decorre assolutamente asintomatico e perciò sfugge alla diagnosi, proprio quando questa si presenta di particolare importanza.

Io credo quindi che la diagnosi di questo momento così delicato e importante non può essere che radiologica e non può consistere che in un controllo sistematico e generalizzato dei malati e dei clinicamente sani.

Solo a questo patto la lotta anti t. b. c. farebbe passi veramente vittoriosi. A questo provvedimento radicale e grandioso non è improbabile che in un regime come il nostro, si arrivi; già molto si è proposto e fatto in questo senso. Nell'attesa ci si deve accontentare di saper diagnosticare la t. p. quanto prima si può, ricercandola accuratamente anche quando non dia segni di sé.

Questa perciò non è che una diagnosi precoce relativa, spesso di processi lenti e benigni, talora retrospettiva, oppure di lesioni scarsamente influenzabili terapeuticamente e oramai stabilizzate.

Sarà veramente l'eccezione che noi sorprendiamo il primo periodo tisiogeno.

La diagnosi resta tuttavia molto fine e delicata, talora solo di probabilità, poichè è noto che la salute non si deve concepire staticamente, ma come scrive il Pende « la salute è lo stato vittorioso tra l'individuo che vive e le aggressioni continue dell'ambiente » e « tra la sanità e la malattia ci sono stati di equilibrio fisiologico transitori, stati sub-morbosi, stati post-morbosi compensati e stati morbosi latenti ».

Naturalmente non bisogna attendere che si manifestino dei grossolani segni clinici e che compaia la classica triade di Morton (febbre, tosse, dimagrimento); occorre invece far tesoro, ma con molta prudenza di molti dati che, isolatamente presi, non hanno un valore assoluto, se pure ne esistono in medicina di tal valore.

Occorre ricavare dai dati anamnestici, dall'esame biotipologico e da quello clinico in senso stretto, tutti i dati che ci orientino verso la malattia.

\* \* \*

Si comincerà con l'indagare l'*anamnesi familiare*. Ciò si ricollega naturalmente al concetto di eredità, problema che le recenti scoperte hanno nuovamente sollevato e che io appena sfiorerò. Ippocrate lasciò scritto: ogni tifico nasce da un tifico; ma col fiorire degli studi batteriologici questa asserzione sembrò perdere il suo valore.

In seguito i patologi quasi unanimemente ammisero che (salvo qualche rara lesione specifica placentare) non esiste l'eredità diretta o bacillare della t. b. c.; tutt'al più una condizione di distrofia generale che si manifesta nell'*habitus phtisicus* degli antichi. Le recenti ricerche sull'*ultravirus* t. b. c., non permettono però che si concluda, poichè ci fanno intravedere delle impossibilità finora non vagliate, anzi tendono decisamente a ricapovolgere la situazione.

Se però il problema resta sospeso, tuttavia ai fini pratici, come scrive il Romanelli « l'eredità t. b. c. in assicurazione ha certo una grande importanza e pare che essa sia maggiore se i casi di t. b. c. si siano verificati nella madre, nelle sorelle e nei fratelli ».

Si tenga conto anche dell'età dei genitori, della loro eventuale consanguineità e delle loro abitudini.

Oltre che nette forme specifiche, può essere di un certo valore il riscontro di forme da alcuni considerate più o meno strettamente imparentate alla t. b. c. come ad es. il linfogranuloma maligno di Hodgkin, l'eritema nodoso, ecc.

Passando all'*anamnesi personale*, importante è conoscere la professione, il tenore di vita e l'ambiente in cui vive il soggetto in esame, essendoci alcune

professioni che notoriamente predispongono alla t. p., come ad es. quelle che portano alle pneumoconiosi. E' nota la grande frequenza della t. p. ad es. fra gli scalpellini, in cui decorre tuttavia con relativa benignità; così pure notevole è la morbilità dei saturnini ecc. Si tenga conto anche delle condizioni professionali che espongono direttamente al contagio.

A proposito dei medici ricordo di sfuggita le interessanti osservazioni che il Romanelli ha fatto sulle cause di mortalità dei medici stessi. La t. b. c. non è la causa più frequente, passato però il periodo della vita studentesca che rappresenta come la prova del fuoco. Se noi infatti osserviamo le curve di mortalità per t. p. nei medici, queste vanno man mano abbassandosi, andando verso l'età matura da un massimo di altezza raggiunto nell'età giovanile.

Nella *storia fisiologica* son da conoscere lo sviluppo e i primi atti fisiologici se siano stati normali.

Nelle donne poi la conoscenza della regolarità o meno delle funzioni mestruali è di notevole importanza e può far sospettare direttamente l'infezione bacillare. Spesso nelle specifiche si hanno risentimenti della funzione ovarica che si manifestano con amenorrea, inizio tardivo delle mestruazioni ecc. condizioni sulle quali ha attirato l'attenzione fra noi il Pestalozza. Sono anche da tener presenti le gravidanze, che pongono l'organismo in stato di anergia verso la t. b. c.

Dell'*anamnesi patologica remota* bisogna saper apprezzare anche dati apparentemente trascurabili. S'intende che il conoscere e il riscontrare chiare manifestazioni di t. b. extra polmonare, di qualsiasi specie (cutanea, viscerale, ghiandolare e sierosa) deve a maggior ragione e obbligatoriamente concentrare i sospetti su di un'eventuale t. p.; in special conto si tengano le pleuriti che spesso sono, come si esprime il Frugoni, l'eco superficiale di processi parenchimali.

Fra le malattie esantematiche dell'infanzia è da tenere in considerazione come è noto il morbillo, che determinerebbe anch'esso uno stato di anergia verso la malattia tubercolare.

Si sa che la maggior parte degli uomini almeno nei grandi centri, s'infetta di t. b. c. nella prima infanzia, presentando quella lesione che radiologicamente va sotto il nome di complesso primario di Ranke.

La sintomatologia anche per esso è molto scarsa, potendosi tutto ridurre a un po' di febbre, un po' di inappetenza o poco altro. Di solito quindi questa t. b. c. primaria sfugge alla diagnosi perchè non sospettata. Ad ogni modo si indagherà su pregressi periodi di deperimento, di anemia, di esaurimento nervoso, a cui non si dette spiegazione e peso. Devono mettere sull'avviso anche passate bronchiti specie se ripetute. E' noto infatti come gli specifici vadano molto soggetti ad infezioni banali delle vie aeree superiori.

A questo proposito è interessante l'opinione di alcuni AA. quali il Sergent che pur senza poterne dare la dimostrazione, considerano questi stati morbosi di genesi direttamente t. b. c., forse prebacillare. Anche qui sono l'osservazione e l'intuizione clinica che spesso precedono la dimostrazione scientifica di molti problemi.

Sarà da tener presente l'esistenza di malattie favorevoli la t. b., quali il diabete, la pertosse, l'influenza, il tifo, le malattie respiratorie in genere ecc. Ricorderemo anche l'importanza dei traumi (t. p. post-traumatica che quasi sempre è invece pre-traumatica e solo risvegliata dal trauma).

Quanto alle albuminurie ortostatiche, esse spesso sono in chiave con la costituzione astenica del soggetto; alcuni interpretano come pretubercolari quelle a tipo mattutino preprandiale.

Ricorderò anche come alcune delle ematurie dette essenziali il Donati abbia dimostrato esser frequentemente collegate a una t. b. renale latente e rilevabile solo con un accurato esame.

Valore grandissimo avranno le emottisi, anche se monosintomatiche; il

complesso primario e l'infiltrato precoce possono dar segni di sè anche solo in tal modo. Ricordo qui come l'Omòdei-Zorini, sulla base di 1500 casi notò che meno del 10% delle emottisi era imputabile ad altra causa, specialmente a vizi cardiaci (stenosi mitralica) a bronchiti, a bronchiectasie aspecifiche ecc. Bisogna anche andar cauti nell'escludere la natura t. b. c. nelle emottisi giudicate vicarie mestruali.

Passando *all'anamnesi patologica prossima* si ricordi quel che scrive lo Strümpell: raramente la t. b. ha inizio sintomatologico brusco, il p. non sa precisare il giorno in cui si è ammalato; in tutti i casi l'inizio anatomico è sempre di più vecchia data.

Dovranno essere prese in considerazione anche le sensazioni soggettive, come l'astenia e il languore che s'accentuano verso le ore vespertine, l'anoressia, le variazioni del carattere, le sensazioni toraciche possono ridursi a semplici doloretto puntori o a puri sensi di fastidio localizzati variamente. Sarà bene anche indagare le varie funzioni. Frequentemente si troveranno alterate quelle intestinali: su questo fatto ha insistito anzi tra gli altri anche il Sergeant, riguardo ai disastri terapeutici a cui si può andare incontro non riconoscendo l'origine neurotossica parenterale di questi disturbi e curandoli quindi come espressioni di banali enterocoliti. Ci sono poi alcuni autori estremisti, come il Louis che parlerebbero addirittura di «diarree premonitriche».

Se tuttavia a queste conclusioni non si può dare un valore assoluto, tuttavia è certo che molto spesso gli specifici anche iniziali, sono dei soggetti labili nel loro tono neurovegetativo. Ne fanno fede il riscontro frequente di segni di eretismo cardiaco e vascolare, la facilità o la presenza costante di tachicardia, la tendenza ai sudori notturni e alle ipertermie. A questi ultimi fenomeni specialmente è da dare molto peso per una diagnosi precoce; essi sono evidenti segni dell'eccitazione simpatica prodotta dalle tossine specifiche. D'altra parte sono appunto gli ipertiroidei costituzionali i preferiti dalla t. p. per note ragioni su cui sorvolo.

Perciò oltre alle vere e proprie febbri sono anche da tenere in considerazione gli stati sub-febrili.

Riguardo al sintomo febbre ricordo solamente come l'infiltrato precoce possa qualche volta dare dei quadri pseudo influenzali, in cui non manca nemmeno alcune volte l'arrossamento delle fauci.

Altre volte una febbriola di lunga durata può essere considerata come da Brucellosi e il quadro può essere completato nell'uomo da localizzazioni genitali.

Il sintomo tosse poi deve essere rilevato con cura, non è obbligatorio ma per Lancereaux sarebbe un segno precoce, anche se come scrive il Redaelli «può essere ridotto ad un semplice hém con qualche sputo mucoso»; questo carattere mattutino è importante perchè appunto allora lo specifico fa la sua *toiletta polmonare*. Nell'escreato si potranno avere reperti positivi bacillari anche in periodi iniziali, come ci hanno spiegato i moderni studi sull'infiltrato tisiogeno precoce. Ricordo tuttavia come però da tempo si ammetta uno stato saprofitico del bacillo di Koch (Zagari) e che recentemente alcuni AA. francesi avrebbero identificato alcuni giovani come portatori di germi (adolescenti bacilliferi così detti). Ciò non mi sembra però scuotere l'importanza del reperto positivo bacillare nell'espettorato.

Anche la funzione vocale è spesso alterata. Si nota spesso l'abbassamento della voce, la raucedine e come dice Bilancioni «qualche cosa di non cantato»; ciò indipendentemente da localizzazioni t. b. che del resto come recentemente si è convenuto sono quasi sempre sputogene.

\*  
\* \*

Passando poi all'esame obbiettivo questo deve essere, come di consueto sistematico, poichè come dice la scuola di Salerno « morbus est totius corporis ».

Fattore di grandissimo valore è quello costituzionale: come ha scritto il Pende, la clinica delle malattie t. b. c. è dominata dalla costituzione. I più recettivi sono appunto coloro che appartengono alle costituzioni ipovegetative cataboliche, quelle che per De Giovanni sono la I combinazione morfologica, per Viola il longitipo microsplanenico, in cui sinteticamente si ha un deficit delle funzioni digerenti circolatorie e respiratorie, con predominio relativo e assoluto dello sviluppo degli arti sul tronco.

Pende nota anche « un tipo megalosplanenico con insufficiente sviluppo emoarterioso e predominio del sistema linfatico con struttura e attitudini funzionali immature, simile all'infantile ».

E' in questi soggetti che si sospetterà e si dovranno ricercare i segni dell'infezione t. b. con particolare attenzione.

L'esame psichico, anche se necessariamente sommario, non va trascurato; benchè non esistano nemmeno lontanamente dei segni caratteristici (lasciando da parte il problema della schizofrenia) è tuttavia frequente il riscontro di alterazioni talora precoci come irritabilità, irascibilità, reazioni a tipo isterico, mania di godere, erotismo ecc. Nelle donne secondo Bonnardi si noterebbe spesso « una delicatezza di sentire assolutamente sproporzionata allo stato sociale » lasciato da parte naturalmente le preoccupazioni e le sovrapposizioni mentali a malattia già nota.

Esaminando le condizioni generali, queste potranno trovarsi buone, ma occorre ricordare che non esiste proporzione tra azione locale e azione generale del bac. t. b., ne informino ad es. i casi di gravi forme cavitare in p. in ottime condizioni di nutrizione.

La cute, oltre alle note di anemia spesso si presenta scura per ricca pigmentazione, talora sarà possibile riscontrare l'eritema nodoso o la psoriasis versicolor.

La cutireazione è di scarso interesse negli adulti, non rivelando essa la malattia t. b. c.

Negli esami di dettaglio, a carico del capo potremo rilevare anisocoria spec. per midriasi monolaterale (Roque, Sergeant, Ricotti) dovuta alla eccitazione simpatica monolaterale; frequente la carie dentale, l'orletto rosso gengivale di Frederich Thompson ecc. Il collo sarà spesso esile e slanciato, a tipo detto di cigno, qualche volta si apprezzerà una modica ipertrofia tiroidea specie nelle donne, in rapporto al cosiddetto basedovismo t. b. c. Pende); spesso ci sarà micropoliadenia diffusa.

Nel torace predominerà il diametro longit. a scapito degli altri, saranno stretti spesso l'anello superiore costale (Freund) e l'apertura inferiore, frequentemente l'angolo epigastrico sarà acuto, il diaframma basso, l'angolo del Louis evidente. Si potranno notare asimmetrie scapolari, maggiori infossamenti della fossa sopraclavicolare e della fossetta di Mohrenheim di un lato.

Si potranno notare ipotrofia monolaterale dello sternocleidomast. (Concato), ipotrofia degli scaleni, specie di quello anteriore (Boeri). Talora ipotrofia del cucullare, qualche volta combinata a ipertrofia dello Stelm. controlaterale (Boeri); talora vi sarà l'incurvamento del bordo esterno del cucullare (Federici Gabbi), asimmetrie scapolari ecc.

All'ispezione dinamica Baccelli ha descritto la diminuita mobilità dell'angolo scapolare sup., Kutty dell'acromion, Revillet ha notato la depressione sopraclavicolare inspiratoria ecc. Si potrà apprezzare dolore alla palpazione del punto medio del bordo esterno del cucullare (Boeri) o del frenico (Ragot); si potrà notare un persistente dermografismo rosso (Espina j Capo). Un apice si potrà

espandere di meno, si potrà notare la sua fissità alla flessione del capo (Koranyi). Il fremito vocal tattile e la percussione potranno dar risultati incerti quindi non sono da accettare senza discuterli. All'ascoltazione è da rilevarsi qualsiasi anomalia acustica (Maragliano); indebolimento, inasprimento del respiro, allungamento dell'espiazione, carattere saccadè, reperto di rumori accidentali specie con carattere di fissità. Alcuni AA. usano per evidenziarli maggiormente il massaggio dell'apice (Boeri) o somministrare ioduri (Landouzy) o iniettare tuberculina, procedimento quest'ultimo talora pericoloso e da evitare per le reazioni di focolaio.

Tutti questi segni ed altri che ho semplicemente elencato appartengono in fondo a quella che Micheli chiama la *supersemeiotica* dell'apice. Alcuni di essi sono veramente di frequente riscontro, ma bisogna pur riconoscere come abbiano perso molto del loro valore da quando sono sorte le recenti vedute dell'infiltrato precoce.

I segni suddetti possono bensì portare a sospettare la lesione apicale anche precocemente, ma anche essi non hanno tutti lo stesso valore. I segni anatomici sono forse i più sicuri ma i più tardivi, rappresentando spesso solo degli esiti lontani; i segni funzionali, più precoci, sono i più infidi. La clinica dell'infiltrato precoce è generalmente molto povera, anche per la sede abitualmente profonda di esso. Rari sono perciò i risentimenti pleurici; Assmann dà valore a una minore espandibilità della zona sotto clavicolare. Micheli dà più importanza all'ascoltazione; decisivo è poi l'esame radiologico.

Così i medici non si limitino ad esplorare prevalentemente l'apice, ma ricordino l'importanza della zona sotto apicale e talora periscissurale, come quella da cui, nella maggior parte dei casi ha origine il processo tisiogeno vero e proprio.

L'esame va poi generalizzato; potranno facilmente rilevarsi così le note di ipoplasia cardioaortica, di ipotonia vasale, la tachicardia ecc.

Questi sono i segni tra i più precoci, spesso non portano che al sospetto; spessissimo sono reperti accidentali in ammalati qualsiasi.

Come dicevo al principio l'organizzazione sociale anti t. b. c. deve dunque tendere a generalizzare i controlli radiologici per evitare che sfugga al medico l'inizio della tisi, come per lo più succede.

Non è chi non veda l'enorme importanza individuale e sociale che deriva da un tempestivo precoce accertamento.

## La tavola del Clark per la correzione degli errori nel peso e nelle misure somatiche forniti per gli assicurandi

Prof. Dott. OTHON D. F. MENDONCA

*Medico Capo della Compagnia Sul America*

Il Servizio Medico della mia Compagnia ha ritenuto necessario stabilire norme tecniche proprie per l'accettazione e la classifica dei rischi, poichè le norme adottate in altri paesi possono non essere giuste nella regione ove la Compagnia opera. Il primo problema da risolvere era certamente lo stabilire il tipo normale di costituzione fisica, onde poter giudicare fino a che punto i rischi presentati si differenziano dal tipo normale.

Evidentemente la selezione dei rischi per l'assicurazione sulla vita, ha in

ogni paese, aspetti peculiari, dipendenti dall'ambiente, dal clima, dalla razza, dalle abitudini ecc., dalla patologia locale, fino anche all'organizzazione sociale di vita. Applicare ciecamente a qualsiasi dei nostri paesi latini i precedenti e i dati tecnici stabiliti per es. negli Stati Uniti per gli Stati Uniti stessi mi è parso pericoloso ed assurdo.

Venti anni fa, quando l'assicurazione sulla vita non aveva ancora (esclusi gli S. U.) raccolto il materiale necessario per questi studi, ciò sarebbe stato ammissibile, ma oggi tutta la tecnica delle assicurazioni che si riferisce alla classifica ed accettazione del rischio può essere soltanto basata, con sicurezza, sui risultati statistici, determinati dall'esperienza propria di ogni paese.

Con questi criteri ho preparato per la Compagnia Sul-America che opera da circa quaranta anni in tutta l'America del Sud un'organizzazione completa di statistica scientifica, rendendo così possibile a detta Compagnia, di adoperare per proprio uso, le stesse modalità adottate negli S. U. dalla « Medico Actuarial Mortality investigation ».

La prima fase di questi lavori è stata dedicata agli studi antropometrici che hanno dato in risultato la preparazione di nuove tavole di pesi differenti per i diversi paesi dove opera la Sul America.

Nel 1929 il Dr. Ch. P. Clark, direttore medico della « Mutual Benefit Life » ed oggi il più grande tecnico americano in antropometria applicata alle assicurazioni vita, ha preparato un metodo pratico per correggere gli errori commessi dai medici esaminatori nel fissare nei loro rapporti il peso degli assicurandi esaminati. Questo procedimento di correzione, vista la importanza del fattore *peso* per la classifica dei rischi è adottato qui da quasi tutte le Compagnie. Ho promesso da due anni al Dr. Clark d'introdurre questo procedimento nei paesi latini ed in seguito a molte esperienze pratiche tale procedimento è usato già con ottimi risultati nel Brasile, nel Portogallo, nell'Argentina.

Naturalmente tutto il procedimento Clark è stato redatto in origine in misure inglesi, in modo che ho dovuto fare la conversione di tutti i dati in misure del sistema metrico decimale, onde poter essere adottato nei paesi latini.

#### NOTA ILLUSTRATIVA SULLA TAVOLA DI CLARK.

La tavola di Clark 1930 — che ha negli Stati Uniti un enorme successo pratico — è un mezzo di gran valore per il perfezionamento della selezione medica dei rischi. Essa tende a stabilire il rapporto che deve esistere tra le misure del perimetro toracico e addominale dei vari individui e il peso e le altezze di essi, in modo che quando le previsioni e le indicazioni della tavola, non coincidono con le misure ed il peso indicato nel rapporto medico, quest'ultimo è errato.

Questa tavola è un mezzo quasi meccanico per poter individuare con sicurezza gli eventuali errori commessi dai medici fiduciari nei loro rapporti, soprattutto in relazione al peso, ed evitare in tal modo lo spostamento della classificazione del rischio dal gruppo *normale* a quello *sub-normale*, o viceversa.

\*  
\* \*

Poichè tanto il perimetro toracico quanto quello addominale, non sono ricavabili, nè dal peso nè dall'altezza, isolatamente presi, si è cercato di trovare una relazione speciale, esistente fra questi due elementi, mediante la quale, le misure del torace e dell'addome, siano in stretta analogia di proporzione.

Dopo molte esperienze, si è giunti alla conclusione che, questa speciale relazione, tra il peso e l'altezza, obbedisce ad una « costante », rappresentata da una frazione del peso corrispondente ad una certa frazione o unità di altezza.

In tal modo si sono eliminate le conseguenze derivanti dall'esame delle

stature totali dei vari individui, giacchè si tiene conto soltanto dei dati: numero di chilogrammi (o libbre) di peso, corrispondenti ad ogni *pie*de o numero di centimetri di altezza, ossia il coefficiente del peso, diviso per l'altezza; « *indice di Clark* ». Ciò vuol dire che individui con pesi ed altezze le più diverse, possono presentare fra di loro una relazione costante, quando si considera il peso che corrisponde non all'altezza, ma ad un determinato segmento o unità di statura.

La tavola di Clark, ha per base come unità di misura il « *pie*de » ed è stato quindi necessario considerare il suo equivalente in cm., cioè cm. 30 (esattamente cm. 30,45) per poter applicare detta tavola al sistema metrico decimale. Nel caso in cui, la tavola di Clark, applicata per i paesi latini, si allontanasse dalla sua precisione, si potrebbe prendere come base, anzichè una unità di cm. 30,5, una di cm. 5, 10, 15, o 20, e disporre in tal senso il materiale statistico.

*Riepilogando* : dal momento che vari individui grassi o magri, alti o bassi, hanno per ogni piede o per ogni 30 centimetri di altezza, lo stesso numero di Kg. come peso, essi avranno fatalmente, le stesse misure del torace e dell'addome. Analogamente, a determinate misure del torace e dell'addome corrisponde invariabilmente un determinato numero di chilogrammi in peso. Questo è il principio base delle tavole del Clark.

\*  
\* \*

Consideriamo tre individui di conformazioni fisiche ben diverse; con le seguenti caratteristiche morfologiche :

1° caso	2° caso	3° caso
m. 1,52	m. 1,68	m. 1,83
Kg. 66	Kg. 72	Kg. 79

Questi tre individui che presentano tipi di costituzione tanto disuguali, hanno pertanto, fra il loro peso e la loro altezza, un indice comune, e cioè essi hanno per ogni 30 cm. di altezza, 13 Kg. di peso.

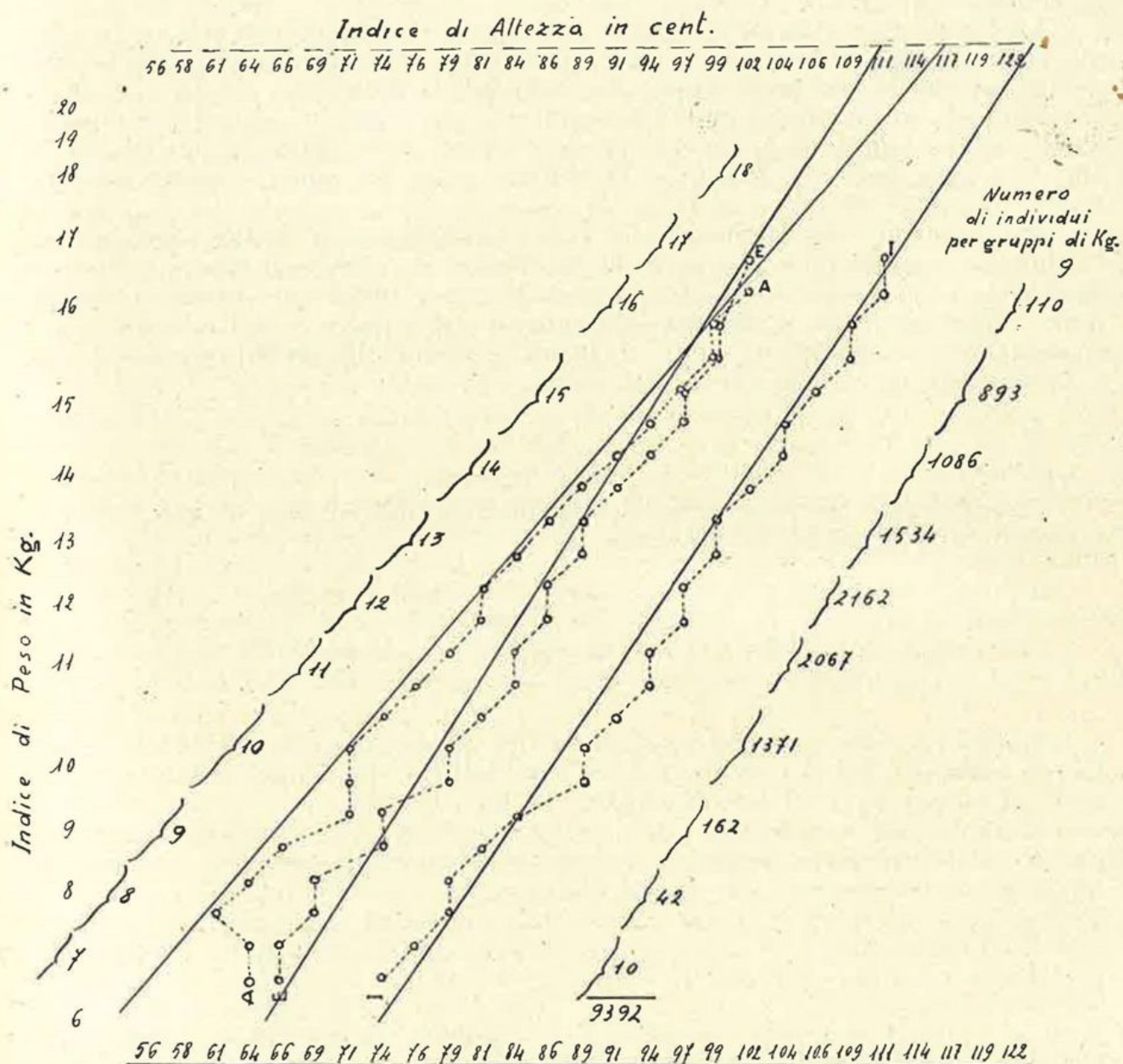
Essendo così, i rispettivi perimetri toracici devono essere, ed infatti sono, nei 3 casi più o meno uniformi. Tanto è confermato dal grafico annesso, dal quale sono stati estratti gli esempi che seguono :

	1° caso	2° caso	3° caso
Altezza . . . . .	m. 1,52	m. 1,68	m. 1,83
Peso . . . . .	Kg. 66	Kg. 72	Kg. 79
Coefficiente del peso in rapporto alla statura : « <i>indice di Clark</i> » . . . . .	Kg. 13	Kg. 13	Kg. 13
Torace } Addome .	Inspirazione . . . . .	cm. 94	cm. 94
	Espirazione . . . . .	» 86	» 84
	» 79	» 82,1/2	» 79

I dati statistici ed antropometrici sui quali è stato basato l'impianto della tavola del Clark, sono stati indicati nel grafico qui unito, dopo la debita conversione nel sistema metrico decimale.

Le deduzioni tecniche derivanti da questo grafico e che hanno permesso la costruzione della tavola, non occorre spiegarle, esse sono descritte nella monografia del dott. Clark ed in qualunque momento potranno essere analizzate e studiate, nel testo originale. Per ora basti dire che il lavoro del Clark, è stato basato sugli esami medici di n. 9392 assicurandi fra le età che vanno da

Basi grafiche della Tavola del Clark per la correzione dei pesi  
(ridotte al sistema metrico decimale)



A) Perimetro addominale    E) Perimetro toracico nella espirazione    I) Perimetro toracico nella inspirazione

14 a 70 anni, in modo che le conclusioni ed i risultati ottenuti sono applicabili a tutti gli individui nelle età utili per l'assicurazione sulla vita. Importa pure tenere sempre presente che nelle indicazioni della tabella, in relazione al peso, occorre, concedere un margine di Kg. 4,1/2, margine che lungi da essere arbitrario è stato determinato statisticamente per controbilanciare i possibili effetti del fattore età.

## Tavola di CLARK

Inspira- zione	Espira- zione	Addome	TOTALE	A L T E Z Z A																
				1.52	1.55	1.57	1.60	1.63	1.65	1.68	1.70	1.73	1.75	1.78	1.80	1.83	1.85	1.88	1.90	1.93
72	65	55	198	82																
73	66	56	195	83	84															
74	67	57	198	84	85	85														
75	67	58	200	85	86	87	87													
75	68	59	202	86	87	88	89	89												
76	69	60	205	88	88	89	89	40	41											
77	70	61	208	89	89	90	40	41	42	48										
78	70	62	210	89	90	41	42	42	43	48	44									
79	71	63	213	41	41	42	43	44	44	45	45	46								
80	72	64	216	42	43	43	44	44	45	46	47	47	48							
81	73	65	219	43	44	44	45	46	46	47	48	49	49	50						
82	74	66	220	44	45	45	46	47	48	48	49	50	51	52	52					
83	75	68	222	45	46	47	47	48	49	49	50	51	52	53	54	54				
84	76	68	228	46	47	48	49	49	50	51	52	53	54	54	55	56	56			
84	76	68	228	47	48	49	49	50	51	52	53	54	54	55	56	57	58			
84	76	69	229	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	59	60		
85	77	70	232	49	50	51	52	53	54	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	
86	78	71	235	50	51	52	53	54	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
87	78	72	237	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
88	79	73	240	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68
88	80	74	242	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
89	81	75	245	54	55	57	57	59	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
90	81	76	247	55	57	58	59	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
91	82	77	250	56	58	59	59	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
91	83	78	252	57	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
92	84	79	255	58	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
93	84	80	257	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76
94	85	81	260	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
95	86	82	263	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
96	86	83	265	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
97	87	84	268	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
97	88	85	270	65	66	68	68	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
98	89	85	272	66	68	68	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
99	89	86	274	68	68	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
100	90	87	277	68	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
100	91	88	279	69	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
101	92	89	282	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
102	92	90	284	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
103	93	91	287	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
104	94	92	290	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
104	94	93	291	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
105	95	94	294	76	77	78	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93
106	96	95	297	77	78	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94
107	97	96	300	78	79	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
108	98	97	303	79	80	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
108	98	98	304	80	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
109	99	99	307	81	83	84	85	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
110	100	100	310	82	84	85	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
111	100	101	312	83	85	86	88	89	90	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102
112	101	102	315	84	86	88	89	90	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103
113	102	103	318	86	87	88	90	92	93	94	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
113	103	104	320	87	88	90	91	93	94	95	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
114	103	105	322	88	89	91	92	94	95	97	98	99	101	102	103	104	105	106	107	108
115	104	106	325	89	90	92	93	95	96	98	99	101	102	103	104	105	106	107	108	109
116	105	107	328	90	92	93	94	96	98	99	100	102	103	104	105	106	107	108	109	110
117	106	108	331				97	98	100	102	103	105	106	108	109	111	112	114	115	117
117	106	108	331					100	101	103	104	106	108	109	110	112	113	115	117	118
118	107	109	334					101	103	105	107	109	110	111	112	113	115	116	118	119
119	108	110	337					102	104	106	108	110	111	112	113	114	116	117	119	121
120	108	111	339					103	105	107	109	111	112	113	114	116	117	119	121	122
120	108	111	339					104	106	108	110	112	113	114	116	117	119	121	122	122
121	109	112	342					105	107	109	111	113	114	116	117	119	121	123	125	124
121	110	113	344					106	108	110	112	114	115	117	119	121	123	125	125	125
122	111	114	347					107	109	111	113	115	116	118	120	122	124	126	127	127
123	111	115	349					108	110	112	114	116	117	119	121	123	125	127	128	128
124	112	116	352					109	111	113	115	117	118	120	122	124	126	128	129	129

## LETTURA, FUNZIONAMENTO ED APPLICAZIONE DELLA TAVOLA.

L'applicazione pratica della tavola può essere spiegata in due parole: Le tre prime colonne verticali (inspirazione, espirazione ed addome) sono le medie teoriche per questi tre perimetri. La 4<sup>a</sup> colonna è la somma di questi tre valori. E' questa 4<sup>a</sup> colonna che regola il modo d'impiego della tavola. Per questa occorre fare la somma delle due misure del torace e dell'addome indicate nei rapporti medici. Si cerca allora, nella quarta colonna della tavola il coefficiente corrispondente a questa somma e per trovare il peso corrispondente a questa misura, basta percorrere le differenti caselle di destra, sulla stessa linea orizzontale sulla quale si trova il coefficiente della somma dei tre perimetri. Così si trova il peso che l'individuo deve avere nella colonna corrispondente alla sua altezza. Alcuni esempi presi dall'archivio della Compagnia, chiariscono sufficientemente l'applicazione, l'uso, e l'utilità della tavola.

I. — *Vediamo innanzi tutto alcuni esempi presi da esami fatti nella sede principale dai Dr. Lopes dos Santos e Meira Gama e per i quali le misure (il peso principalmente) sono certamente giuste.*

Paragoniamo il peso ricavato in questi rapporti ed il peso ricavato dalla tavola di Clark:

Numero di polizza	Altezza	Torace nella espiraz.	Torace nella inspira <sub>z.</sub>	Perimetro addominale	Somma dei tre perimetri	Peso (dal rapporto medico)	Peso (dalla tabella)
302.706	1.69	92	98	84	274	72	73
171.148	1.64	92	105	94	298	82 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	83
303.855	1.83	90	98	80	268	78	77
171.160	1.63	83	92	78	203	63	62
171.110	1.75	88	95	90	273	73 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	76
115.397	1.55	82	87	81	250	60	58
115.645	1.75	83	89	73	245	62	63
314.094	1.66	84	90	84	258	64	65
112.909	1.66	84	92	89	268	70	69
171.610	1.75	88	94	88	270	72	75

Come si vede la tavola conferma l'esattezza dei pesi menzionati nei rapporti.

II. — Vediamo ora alcuni esempi presi dagli esami fatti non alla sede centrale. In questi secondo le indicazioni delle tavole di Clark, i pesi devono risultare errati e conseguentemente errata sarà la valutazione medica fatta per questi rischi.

Gli errori di peso (in più od in meno) danno conseguenze di due ordini che si possono raggruppare così:

*gruppo A*: spostamenti del rischio nel gruppo sub-normale, quando questo rischio avrebbe potuto e dovuto essere accettato a condizioni normali;

*gruppo B*: accettazione del rischio con tasso insufficiente che non copre la corrispondente e reale sopramortalità.

Il nostro archivio ci fornisce materiale per dare esempi di questi due gruppi:

Numero di Polizza	Altezza	Torace		Addome	Somma dei tre perimetri	Peso del rapporto medico	Peso dalla Tavola del Clark	Età dell'assicurato	Tasso di mortalità	
		espirazione	inspirazione						Peso errato	Peso corretto
<i>GRUPPO A (rischi normali accettati come sub-normali in seguito all'errore nel peso)</i>										
306.581	1.80	96	103	89	288	97	88	32	150	120
315.948	1.78	93	99	93	285	93	83	28	135	110
319.537	1.60	91	96	86	273	78	70	29	135	110
326.149	1.70	88	96	85	269	83	73	30	125	100
324.847	1.68	99	101	92	292	88	83	31	150	125
<i>GRUPPO B (rischi sub-normali accettati come premio insufficiente per l'errore del peso)</i>										
307.810	1.53	98	102	95	295	65	77	39	115	155
312.795	1.53	101	104	100	305	65	80	42	110	160
316.027	1.72	108	112	109	329	92	103	38	140	180
306.564	1.80	110	116	92	318	90	101	22	125	160
315.993	1.70	108	114	108	330	93	102	32	155	200

NOTA: I tassi di mortalità qui sopra indicati non sono i tassi di SALIC, bensì quelli della tavola speciale della Metropolitan Life (Build and Mortality).

Questi pochi esempi mostrano l'utilità della tavola. Essa oltre a dare il beneficio della buona selezione dei rischi, crea l'opportunità per correggere gli errori che in altra maniera passerebbero inosservati malgrado la sperimentata competenza con la quale i medici addetti alla selezione medica, sono abituati a promuovere la necessaria rettifica degli errori dei pesi e delle misure basati però appena su semplici deduzioni e paragoni. La poca sicurezza di tali procedimenti di correzione, fu precisamente quella che impose la necessità di costruire la tavola di Clark, che come si vede, funziona con la precisa efficienza e comodità di un procedimento meccanico con il quale l'intervento personale si annulla per intero.

Rimane da chiedere: Essa darà nel Brasile o in altri paesi di razza latina gli stessi risultati che ha fornito negli Stati Uniti? credo di sì per due ragioni:

1° perchè l'influenza della differenza antropometrica nelle razze, certamente esistente fra questi paesi e gli Stati Uniti, è rimasta fino ad un certo punto eliminata, grazie ai mezzi dei quali si è servito il Dr. Clark per la costruzione della sua tavola conformemente alla linea di condotta spiegata più innanzi;

2° perchè nei limitati esperimenti che abbiamo potuto, fare, servendoci dei rapporti compilati nella sede centrale e per i quali conosciamo l'esattezza dei dati antropometrici, abbiamo visto che le indicazioni della tavola coincidono perfettamente in relazione al peso, con quelle dei rapporti stessi in più del 70 % dell'esperienze fatte.

Probabilmente la tavola può e deve perdere la sua esattezza, quando viene applicata a casi estremi, in relazione ad anomalie di peso o di statura, oppure a molta o poca età dei proponendi, casi marcatamente anomali, in cui è da prevedersi che le indicazioni della tavola possano non raggiungere lo scopo. Questa è una circostanza che deve essere presa in debita considerazione quando si vuole giudicare l'efficienza e l'esattezza della tavola.

E concludendo: sarebbe molto conveniente se si potessero completare queste esperienze preliminari applicando la tavola per alcuni mesi nel giudizio dei rischi proposti, per constatare fino a qual punto le sue indicazioni di errore

sono o meno praticamente confermate dalle eventuali rettifiche o ratifiche da parte degli esaminatori, principalmente in relazione al peso dei proponendi.

Per questo fine basterà che il servizio sanitario centrale prima di stabilire come di solito il coefficiente di *robustezza* paragoni il peso indicato nel rapporto con quello indicato nella tabella, e chieda le relative informazioni complementari ai medici esaminatori appena che la differenza entro i due pesi fosse, diciamo, superiore a Kg. 8. Per non aumentare il lavoro e le spese la corrispondenza può essere fatta a mezzo di semplici moduli simili al modello qui accluso.

*Nuova classifica medica dei rischi*

*a mezzo di una formula grafica di costituzione fisica.*

Nome .....

Altezza ..... *Indice del Clark*

	Misure esatte	Indice della Tavola	Differenze
Peso . . . . .			
1) Inspirazione . . . . .			
2) Espirazione . . . . .			
3) Addome . . . . .			

Somma : ..... Totale : .....

Nome .....

Altezza ..... *Indice del Clark*

	Misure esatte	Indice della Tavola	Differenze
Peso . . . . .			
1) Inspirazione . . . . .			
2) Espirazione . . . . .			
3) Addome . . . . .			

Somma : ..... Totale : .....

Si potrebbe anche stabilire che, durante questo periodo di prova, non dovrebbe essere ritardato il giudizio medico per l'emissione delle polizze a causa della richiesta dei nuovi dati ai medici con quello scopo preciso.

Tenendo un piccolo archivio a parte per questa corrispondenza si avranno dopo qualche mese tutti gli elementi per giudicare l'esattezza della tavola di Clark applicata nei paesi nei quali opera la Compagnia.

Tutto questo non è per ora altro che un tentativo in favore di un possibile perfezionamento della selezione dei rischi. Se questo tentativo darà i risultati che spero, saranno largamente compensate tutte le fatiche della prova che mi propongo di realizzare.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita**Malafede e raggio nelle dichiarazioni di carattere sanitario  
nella assicurazione vita**

Dott. FABIO MARSELLA

*Ispettore medico dell'I. N. A.*

Sempre molto dibattuta e controversa è la questione della incontestabilità delle Polizze di assicurazione Vita.

L'art. 429 del nostro codice di commercio commina la nullità dell'assicurazione per « qualunque dichiarazione falsa od erronea, e qualunque reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato, quando la dichiarazione o la reticenza sia di tale natura, che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso al contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose ».

Nell'ultimo comma è detto: « Se da parte dell'assicurato vi è stata malafede, l'assicuratore ha diritto al premio ».

Gli Istituti di assicurazione hanno voluto, con clausole inserite nelle Polizze, temperare il rigore della Legge, stabilendo che, decorso un certo termine, ora ridotto a sei mesi, si rinuncia a « promuovere l'azione di nullità per reticenze e per dichiarazioni erronee rese dallo assicurato e dal contraente salvo il caso di malafede ».

Gli Istituti assicuratori hanno inteso in tal modo dare un elemento di tranquillità, per l'atto di previdenza compiuto, agli assicurati in buona fede, che potettero incorrere in qualche reticenza o dichiarazione inesatta, senza avere il deliberato proposito di compiere azione illecita e di trarre in inganno l'assicuratore.

Nel campo pratico la clausola dell'incontestabilità delle Polizze ha dato luogo a controverse e interpretazioni varie. La dottrina, e specialmente la giurisprudenza, si sono diversamente pronunziate al riguardo.

In alcune sentenze la magistratura ha ritenuto che le dichiarazioni false e le reticenze deliberatamente volute integrassero gli estremi di malafede e fossero motivo di annullamento del contratto, anche dopo decorso il termine della contestabilità. La malafede che è detta il contrario di buona fede viene definita « la conoscenza della distorsione tra la dichiarazione e la situazione e coscienza dell'importanza di tale distorsione ».

In qualche sentenza in cause dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni si legge: « qualunque liberalità si voglia ammettere in un Istituto parastatale, creato per favorire i cittadini in cose così interessanti, quali le assicurazioni sulla vita, trova e deve trovare evidentemente un limite ed arrestarsi quando il contraente ha mentito scientemente per ingannare l'Istituto, e rifuggirà alla morale e al diritto, che possa trovare comunque favore o venia una azione o omissione diretta ad ingannare ». Si aggiunge poi e giustamente: « Estremo però essenziale per la malafede del contraente l'assicurazione è la conoscenza che egli avesse avuto di quelle malattie o disturbi aggravatori del rischio taciuto o peggio ancora, negato ».

In una decisione della Suprema Corte si trova scritto: « La menzogna o la reticenza, cioè a dire la deliberata alterazione del vero o la cosciente obliterazione di esso, valgono, per sé stesse, ad indurre uno stato subiettivo di malafede ».

In opposizione a questi principî si sono avute altre sentenze, per le quali malafede e dolo si devono ritenere sinonimi e per aversi il dolo occorre dimostrare che l'assicurato, per

carpire il consenso dell'assicuratore, assieme al mendacio ed alla reticenza, pose in opera speciali artifici o raggiri.

In tal modo si è venuto ad annullare di fatto l'art. 429 del codice di commercio riguardante in modo specifico i contratti di assicurazione e si sono riportati gli stessi alle norme dei contratti comuni, rendendo applicabile per tutti l'art. 1115 del codice civile. Questo è così concepito: « Il dolo è causa di nullità del contratto, quando i raggiri usati da uno dei contraenti sono stati tali, che l'altro senza di essi non avrebbe contrattato ».

Io non voglio qui entrare a discutere se è giusta l'equiparazione della malafede contemplata nell'art. 429 del codice di commercio per i contratti di assicurazione, al dolo richiesto dall'art. 1115 del codice civile per i contratti comuni. Espresi già il mio modesto parere nella relazione fatta sul tema dell'incontestabilità delle polizze al 2° Congresso di Scienza delle Assicurazioni tenutosi a Trieste nel novembre 1932.

Mi sembra però che l'argomentazione addotta per arrivare a stabilire la sinonimia tra malafede e dolo non sia fra le più felici ed accettabili.

La Cassazione, contrariamente a ciò che già aveva insegnato, enunciò per la prima volta questo principio nella sentenza in data 8 giugno 1931 nel ricorso « Curioni » contro « Istituto Nazionale delle Assicurazioni », basandosi soprattutto sul concetto della reticenza in rapporto alla malafede. Siccome l'art. 429 parla di reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato, se ne volle dedurre che lo stato di coscienza del reticente è quello della persona di malafede, e si disse: « E poichè nell'ultimo capoverso lo stesso articolo fa cenno della malafede quale circostanza che aggrava la posizione dell'assicurato, anche se soltanto reticente, e l'obbliga al pagamento del premio, nonostante la nullità del contratto, è da ritenere che in materia di assicurazione, il legislatore abbia voluto assegnare alla malafede un concetto più rigoroso, non quello ordinario di semplice stato di coscienza, perchè, diversamente, la disposizione di quest'ultimo capoverso riuscirebbe non spiegabile ».

A mio avviso, per renderci conto del vero significato della parola malafede contenuta nell'ultimo comma dell'art. 429, credo sia opportuno riportarsi anche ai lavori legislativi preparatori compiuti per la elaborazione del Codice. Ivi si legge: « È necessario per la validità del contratto di assicurazione che l'opinione dei rischi sia comune ad entrambe le parti e perciò l'assicurato deve dichiarare lealmente tutte le circostanze a lui note. Se egli ne ignorasse l'importanza e se pel suo silenzio o per la sua inesatta esposizione, il consenso dell'assicuratore non potè riunirsi col suo per formare un valido contratto, la conseguenza che il contratto sia nullo per ambo le parti sembra incontestabile.

« Ma se da parte dell'assicurato vi fu malafede, è pur giusto che l'annullamento colpisca lui solo e che il premio convenuto resti a vantaggio dell'assicuratore ».

Dunque è evidente che si deve ritenere in buona fede l'assicurato che rende dichiarazioni inesatte o reticenti, ignorandone l'importanza e che all'opposto è in malafede quegli che rende tali dichiarazioni difformi dal vero o incomplete, col deliberato proposito di non far conoscere elementi che giudica aggravatori del rischio.

Non mi sembra quindi esatta, anche per questo precedente storico, la interpretazione che si è voluta dare alla parola malafede, basandosi sulla frase — di circostanze conosciute — certo discutibile, aggiunta alla parola reticenza nel testo dell'art. 429.

Non intendo oltre trattenermi su questa questione eminentemente giuridica e solo mi preme riaffermare il concetto già da me espresso nella pubblicazione fatta, nella Rassegna di Previdenza Sociale del marzo 1932 sull'art. 429 del codice di commercio. Dissi allora, ed amo ripetere, che la clausola di incontestabilità contenuta nelle polizze dell'I. N. A. riguarda le sole dichiarazioni erronee e reticenti e non le dichiarazioni false. Per queste deve valere in pieno l'art. 429 del codice di commercio, nessuna rinuncia o deroga al riguardo essendo stata fatta dall'Istituto assicuratore, per quanto concerne la sua facoltà di richiesta di annullamento.

In ogni modo io voglio ora esaminare la questione della contestabilità, come è intesa da certa giurisprudenza, sotto il punto di vista medico e medico-legale.

Si ritiene che malafede e dolo si equivalgono e che decorso il periodo di contestabilità delle polizze, per l'annullamento del contratto, occorra la dimostrazione che da parte dell'assicurato si sono posti in opera artifici fraudolenti diretti ed idonei a trarre in inganno l'assicuratore.

A titolo di esemplificazione si cita il caso in cui vengono prodotti falsi documenti, quello in cui si ricorre alla sostituzione di persona nella visita medica, quello in cui si consegnano per l'esame medico referti non genuini o derivanti da altra persona, quello in cui si verifica per il controllo sanitario, collusione col medico fiduciario dell'assicuratore e così via.

Si suole aggiungere che la limitazione del tempo in cui è consentita l'azione di nullità per le dichiarazioni erronee e le reticenze, parte dal fondamentale presupposto che il periodo stabilito sia sufficiente all'Istituto per scoprire il mendacio o la reticenza, appunto perchè la scoperta riesce di solito agevole quando non vi sia stata preordinazione di mezzi da parte dell'assicurato che abbiano, in qualche modo, reso meno facile l'accertamento della malafede.

Io faccio osservare che è molto più difficile scoprire il mendacio e la reticenza anzichè gli artifici fraudolenti che abbisognano del concorso di altre persone, siano anche invocate per accreditare o commettere falsità.

In questi casi l'Istituto assicuratore ha una traccia per scoprire la verità, mentre quando il mendacio e la reticenza sono completi ed esclusivamente verbali riesce più difficile, acclarare la verità. Quando si mette in opera un ben congegnato e preordinato sistema di menzogne e reticenze circa disturbi e malattie sofferte, ricoveri ospedalieri, medici curanti e di famiglia ecc. l'Istituto assicuratore si trova disarmato non avendo a chi rivolgersi per eventuali controlli ed accertamenti.

Ciò invece riesce più agevole quando vi sono documenti anche falsi.

Vi è da riflettere che quando vi è la complicità di altri in una data azione è più difficile mantenere il segreto, essendo più di uno a doverlo custodire. Le ragioni per svelarlo possono essere molteplici e sorgere da un momento all'altro.

L'assicurato che, sapendosi minato nella sua esistenza, ha voluto mettere al sicuro la sua famiglia dai colpi avversi della sorte e che è riuscito ad ottenere la polizza con menzogne e reticenze ingannatrici, saprà ben mantenere il suo segreto. Egli sarà il solo a custodirlo e lo porterà seco nella tomba, cui si sapeva anzitempo condannato. Esiste quindi una maggiore difficoltà di scoperta del mendacio, anzichè delle macchinazioni.

Ma a qual pro l'assicurato dovrebbe ricorrere agli artifici fraudolenti quando può bastare molto meno per ottenere il suo scopo? Anche qui è la legge del minimo sforzo e del minor dispendio che prevale e vige. L'assicurando che sa di poter riuscire ad ingannare e raggirare il medico e l'Istituto assicuratore con le sole dichiarazioni mendaci e reticenti si avvale di questo mezzo molto semplice senza ricorrere alle macchinazioni pericolose anche dal punto di vista penale.

Io peraltro sostengo che nel contratto di assicurazione vita, per le sue speciali peculiarità, la menzogna e la reticenza sono sufficienti a integrare anche il concetto di dolo e di raggiro. Per chiara disposizione di legge, ben ribadita nelle condizioni di polizza, il contratto di assicurazione è un contratto di buona fede e l'assicurato ha il dovere giuridico, oltre che morale, di rendere dichiarazioni sincere. Questo dovere giuridico di dire la verità o obbligo di informazioni (Anzeigepflicht) della dottrina tedesca è sancito con diversa formulazione da tutte le legislazioni che si occupano del contratto di assicurazione.

L'assicuratore per il meccanismo tecnico giuridico assicurativo e per le difficoltà di accertamento del vero stato fisico dell'assicurato, non può fare a meno di fidarsi. Può quindi essere ben definito ingannatore e doloso il comportamento dell'assicurando mendace e reticente.

La dottrina esprime chiaramente il suo pensiero al riguardo. Mi piace citare qualche autore ben noto.

Il Chironi nella sua pubblicazione sulla « Colpa contrattuale » dice : « La reticenza tenuta quando la buona fede impegnava i contraenti a non tacere quanto poteva interessare allo schietto scambio delle rispettive deliberazioni, è condotta dolosa ».

Il Coviello nel suo manuale del Diritto Civile Italiano scrive : « L'artificio può consistere nel porre avanti delle circostanze false, o nel sopprimere od alterare le vere, con parole o con fatti, e può consistere anche nel passare sotto silenzio una circostanza che per legge, gli usi del commercio, o la natura del negozio si era obbligati a rivelare all'altra parte ».

Il Ricci nel commento all'art. 1115 del codice civile italiano dice che il dolo deve consistere « in quelle arti, maneggi o manovre che escono fuori dalla cerchia delle astuzie solite ad usarsi da tutti i contraenti, ciascuno dei quali procura di ritrarre dalla contrattazione il maggior vantaggio possibile, arti e manovre non solite ad usarsi fra contraenti e che costituiscono una riprovevole eccezione, avuto riguardo al modo con cui d'ordinario sogliono concludersi i contratti ».

A differenza dei contratti comuni in quelli di assicurazione vita, per legge e per patto ripetuto in ogni polizza, le dichiarazioni dell'assicurando costituiscono la base del contratto e devono essere leali e sincere. Tali in verità si possono considerare nella grande maggioranza dei casi. Come già dissi col prof. Romanelli, al Congresso di Trieste, le Polizze contestate per dichiarazioni false e volute reticenze, nel quinquennio 1927-1931, fu del 0,87 % presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni che è il massimo ente assicuratore d'Italia e il primo dell'Europa continentale.

Costituiscono dunque le dichiarazioni in mala fede una eccezione che peraltro non va incoraggiata, potendo, altrimenti, vedersi aumentate notevolmente con danno degli onesti, offesa della morale e violazione della legge.

Anche in Francia, dove la legislazione e la dottrina sono quasi identiche alle nostre, al dolo e ai raggiri nei contratti di assicurazione si dà una interpretazione ben diversa che nei contratti comuni. Mentre per questi i raggiri suppongono sempre un certo concorso di fatti, una macchinazione preparata con più o meno destrezza, per i contratti di assicurazione basta la dimostrazione del mendacio e della reticenza intenzionale.

Il Dupuich nel suo libro « L'Assurance Vie » dice : « Il y a dol manifeste dans le cas de déclarations mensongères ou de reticences voulues, ayant pour but de tromper l'assureur dans son appréciation du risque ».

Il Lefort nel trattato sull'assicurazione dopo aver enumerate le varie forme artificiose di dolo dice : « Mais d'autres faits méritent d'être considérés comme également dolosifs. Tel est le silence gardé volontairement par l'assuré, telles sont aussi les déclarations sciemment inexactes ».

Vedremo infine come la giurisprudenza francese segue questi criteri.

In Germania si è molto rigorosi anche per i contratti ordinari e, secondo la teoria ispiratrice del codice tedesco, la frode consiste nel simulare fatti falsi o celare fatti veri e di conseguenza anche le asserzioni menzognere, costituendo simulazione del falso, rientrano nel concetto di frode.

Circa il contratto di assicurazione la legge tedesca considera come dolo (art. 16) persino lo stato di ignoranza in cui l'assicurato ha voluto dolosamente (arglistig) permanere.

Noi non pretendiamo certo dare una definizione del raggio, ma sosteniamo che, quando si vuol riportare al contratto assicurativo, esso si dovrà sempre ravvisare allorchè l'assicurato, col suo comportamento mendace e reticente, riesce ad ingannare medico ed assicuratore senza che questi, colle ordinarie misure di prudenza ed accorgimento, possano difendersi.

Mi piace esaminare, dal lato medico, in quali malattie il semplice mendacio può costituire un raggio più che idoneo ad ingannare. Preseindendo da quelle malattie che possono non essere rilevate dal medico visitatore per sua imperizia o per difetto di osservazione, pur essendo malattie riconoscibili con segni fisici più o meno chiari e manifesti.

Io intendo soffermarmi su quelle malattie, che, data un'anamnesi negativa e una sintomatologia subbiettiva, ad arte completamente muta, non offrono segni rivelatori al comune esame del medico.

Ne cito alcune per esemplificazione.

Fra le malattie del ricambio materiale la glicosuria, dopo cure opportune o anche con la semplice dietetica adatta può non rilevarsi affatto sia all'esame generale che a quello delle urine. La gotta negli intervalli fra gli accessi gottosi non può offrire alcun segno che la faccia diagnosticare.

Fra le malattie dell'apparato respiratorio cito l'asma bronchiale, quando il cuore e i reni si conservano sani e non si sono avute complicazioni di enfisema polmonare.

Anche la pleurite progressa, quando non ha lasciato postumi, può non rilevarsi per segni obbiettivi, pur offrendo pericoli per le facili recidive e per le complicazioni morbose talora gravi verificabili a distanza di tempo, specialmente negli individui giovani e magri.

Fra le malattie dell'apparato circolatorio, anche fra quelle che di solito più si rendono manifeste con segni fisici, come i vizi valvolari e l'arteriosclerosi, vi possono essere forme non bene rilevabili obbiettivamente. La stessa stenosi mitralica, in certi periodi di compenso, può non offrire segni stetoscopici manifesti.

L'arteriosclerosi cerebrale, pur dando luogo a gravi fenomeni morbosi premonitori di apoplezie mortali, può non essere rilevabile all'esame obbiettivo. Lo stesso dicasi della angina pectoris negli intervalli degli accessi stenocardici.

Fra le malattie dell'apparato urinario può sfuggire una progressa nefrite od albuminuria che pur hanno grande importanza nella valutazione del rischio assicurativo. Nulla può rilevarsi alla visita per progressive coliche renali anche recenti.

Fra le malattie del sistema nervoso e mentali può non rilevarsi affatto l'epilessia, che pur dà così imponenti e talora pericolose manifestazioni accessionali; del pari può sfuggire all'esame la melancolia periodica, la mania periodica e la pazzia circolare. Anche la paralisi progressiva, specialmente nei casi di remissione completa, verificabili dopo la malarioterapia, può sfuggire all'esame del medico d'assicurazione.

Ma dove soprattutto può più facilmente esercitarsi il raggiro e l'inganno da parte dello assicurando è nelle malattie dell'apparato digerente.

Le gastro-enteriti, le coliti, le ulcere gastriche e duodenali, le forme neoplastiche di tutto il tubo digerente, le progressive appendicitis, le progressive coliche epatiche possono del tutto sfuggire all'osservazione del medico.

Del pari sfuggono le malattie dell'apparato genitale femminile anche gravi, come certe forme di carcinoma uterino, quando l'assicuranda nega ogni sofferenza e dice, contrariamente al vero, di non essere stata mai visitata da alcun medico.

Anche la sifilide, quando è negata, può non offrire alcun segno rivelatore e le solite reazioni in uso per l'esame del sangue possono riuscire negative.

Per queste ed altre difficoltà che sorgono nella pratica assicurativa si è stabilito il principio, sanzionato dalle legislazioni e dalla prassi di tutto il mondo, che il contratto d'assicurazione si basa essenzialmente nelle dichiarazioni dell'assicurato.

Mi piace riportare qualche caso, occorso alla mia osservazione ed al mio esame, per dimostrare che il comportamento dell'assicurato, assolutamente ingannatore, non agevolmente controllabile, integra i caratteri e i requisiti legali del raggiro.

I. — Un individuo, nell'Ottobre 1933 chiese di stipulare un contratto di assicurazione dichiarando in proposta di godere buona salute; al medico visitatore disse di non avere avuto mai alcuna malattia, di non avere disturbi o sofferenze di alcun genere, di non avere mai fatto cure di sorta, di non essere mai stato in Ospedale, di non avere alcun medico di famiglia e di non essere stato visitato da alcun sanitario. Dopo pochi mesi l'assicurato morì per tumore dello stomaco. Da un'inchiesta eseguita risultò che la malattia datava da alcuni mesi prima dell'ingresso in assicurazione e si era manifestata con sintomi ben chiari e manifesti,

come violente gastralgie e vomito; risultò che il paziente era stato visitato da diversi medici e qualche settimana prima della visita assicurativa era stato ricoverato in Ospedale per osservazione ed eventuale atto operativo. Con tutti gli esami del caso, compreso quello radiografico, i pasti di prova etc., era stata fatta diagnosi di carcinoma dello stomaco. L'ammalato non si volle sottoporre all'operazione e dopo alcuni giorni con chiara premeditazione negando tutte le suddette circostanze, riuscì ad ingannare medico ed Istituto, che data la natura della malattia, nulla potevano scoprire delle celate sofferenze, conservandosi ancora buone le condizioni generali dell'assicurato.

II. — Un'altro assicurando, rendendo dichiarazioni del tutto negative per precedenti morbosità familiari, personali e stato presente, riuscì ad ottenere una polizza di assicurazione per una somma discreta.

Dopo otto mesi egli decedette per tumore cerebrale.

Dall'inchiesta eseguita risultò che la malattia si era iniziata circa un anno prima con cefalea e capogiri e che al medico curante il paziente esprimeva la convinzione che si trattasse di tumore cerebrale, ben sapendo tutta l'influenza ereditaria di tale genere di malattie essendo il padre morto per tumore maligno della vescica e la madre per cancro della mammella.

Al medico fiduciario dell'Istituto l'assicurato dichiarò invece di godere perfetta salute, di non avere alcuna sofferenza ed in modo speciale negò cefalea e capogiri, disse di non avere alcun medico curante, di non avere avuto mai bisogno del consiglio e dell'opera dei medici (mentre risultò che pochi giorni prima si era fatto eseguire anche la radiografia del cranio).

Disse anche che il padre era morto in età avanzata per arteriosclerosi senile e la madre di broncopneumonia durata sette giorni.

Tali notizie non erano facilmente controllabili per essere l'assicurato di località molto lontana da quella in cui stipulava il contratto di assicurazione. L'assicurato diede dichiarazioni scientemente difformi dal vero per carpire un consenso che altrimenti sarebbe stato negato.

III. — Individuo di 35 anni: dichiarando di non avere precedenti ereditari morbosità, di avere sempre goduto e godere perfetta salute, di non avere mai avuto bisogno dell'opera di medici, di non avere fatto cure di sorta, di non essere stato ricoverato in Ospedali, di non essersi sottoposto ad esami di sangue ecc. stipulò un contratto di assicurazione.

Dopo circa due anni l'assicurato decedette in un frenocomio, dove era stato ricoverato da poco per demenza paralitica di origine luetica.

Dall'inchiesta eseguita risultò che l'assicurato aveva precedenti sanitari morbosità ad arte non denunziati, che aveva contratto sifilide 12 anni prima, che la malattia gli era stata diagnosticata ed egli ben lo sapeva, tanto che per tale motivo non aveva preso moglie. Risultò anche che aveva sofferto di blenorragia complicata da restringimento uretrale per cui si era dovuto sottoporre ad atti operativi. Risultò che un anno prima dell'ingresso in assicurazione aveva avuto disturbi nervosi e psichici per i quali era stato visitato da vari medici e ricoverato in Ospedale dove gli furono eseguiti esami del sangue e del liquor risultati positivi e praticata con buon successo la malarioterapia. Con le cure adatte riuscì ad ottenere una remissione completa e durante questo periodo, quando aveva perfetta coscienza e conoscenza del suo stato presente e progressivo, fece la assicurazione, riuscendo ad ingannare il medico fiduciario dell'Istituto con le sue dichiarazioni completamente false. Nel caso in esame si presentava la questione se un individuo già dichiarato affetto da paralisi progressiva e poi morto per tale malattia si potesse ritenere responsabile delle sue dichiarazioni. Di questo argomento mi occupai anche al Congresso di Medicina Legale di Roma del 1933. È da riflettere che le dichiarazioni furono date in stato di remissione completa, forse non mantenutasi, perchè poi il soggetto pago del risultato raggiunto non proseguì più alcuna cura supplementare. Le relazioni avute dai medici curanti e tutto il complesso delle circostanze riferite dall'assicurato con un rigoroso ordine cronologico e nesso logico non comune deponevano per la sua perfetta coscienza all'epoca della stipulazione del contratto. Il medico generico, che allora visitò l'assicurato fu facilmente ingannato.

IV. — Una donna di 41 anni fornendo al medico fiduciario dell'Istituto notizie anamnestiche famigliari e personali completamente favorevoli, dichiarando di non avere avuto mai bisogno del consiglio e dell'opera di medici, di non essere stata ricoverata in Ospedale, di non aver fatto cure di sorta, di avere perfettamente regolari le sue regole mestruali ecc. stipulò un contratto di assicurazione per un discreto capitale. Dopo sei mesi l'assicurata morì.

Da una inchiesta eseguita risultò che la donna, precedentemente all'ingresso in assicurazione, era stata ricoverata in un Ospedale di provincia dove era stata fatta diagnosi di carcinoma inoperabile dell'utero.

La paziente, che aveva gravi sofferenze, fu inviata in un Istituto fisioterapico per la radiumterapia, che si dovette sospendere dopo qualche seduta per constatata glicosuria. Fu allora eseguita una cura insulinica per iniezioni e quindi ripresa la cura del radium, che portò un certo miglioramento, ma non la guarigione.

V. — Un'altra donna cinquantenne mercè dichiarazioni completamente negative per precedenti morbosità ereditari e personali, riuscì a ottenere una polizza di assicurazione a condizioni normali. Dopo otto mesi l'assicurata morì e dall'inchiesta praticata, sulla guida del certificato di morte del medico curante, si poté assodare che in famiglia, sia negli ascendenti che nei collaterali, vi erano stati casi di tumore maligno; che la stessa andava soggetta da vari anni a coliche epatiche per cui aveva esperite cure speciali anche a Chianciano, e che da oltre un anno soffriva di gravi disturbi gastro-intestinali e che, circa un mese prima dell'ingresso in assicurazione, dopo ripetute visite e osservazione ospedaliera, le era stato diagnosticato un reoplasma del colon discendente non operabile.

Tutti questi precedenti della massima importanza per la valutazione del rischio furono taciuti dall'assicuranda, che alle varie specifiche domande rivoltele rispose con dichiarazioni false. Il medico visitatore fu tratto in inganno da tali dichiarazioni e non sospettò l'esistenza di un tumore dell'intestino che avrebbe richiesto un esame speciale. E' da notare che nel questionario medico sono contenute diverse domande per ogni gruppo di malattie in modo che il medico, se non ha una risposta esatta ad un quesito, possa averla ad un altro e trovare una via di orientamento per l'esame e per la diagnosi. Ciò riesce estremamente difficile quando l'anamnesi e la sintomatologia subiettiva sono del tutto mute e negative.

Le grandi difficoltà diagnostiche del medico clinico, al quale il malato nulla nasconde, diventano talora insormontabili pel medico di assicurazione.

Ben diceva il Michelet: « Toute médecine est nulle, aveugle, inintelligente, si elle ne commence par la confession complète ».

Eppure troppo spesso si suol ripetere che l'Istituto assicuratore è garantito dalla visita medica e che quando l'assicurato si è sottoposto alla visita e questa gli è riuscita favorevole, il contratto si deve ritenere senz'altro valido.

Ciò non è esatto e la dottrina e la giurisprudenza sono concordi al riguardo.

Il Lefort nel suo trattato sul contratto di assicurazione dice: « L'esame medico ha un valore reale ma non bisogna esagerarne l'importanza. La visita che fa subire il medico, non può avere alcun risultato se il malato, invece di guidare l'uomo dell'arte con risposte sincere ed esatte, gli nasconde sintomi e dà false indicazioni ».

Nel trattato di Diritto Commerciale del Pipia si legge: « Non può valere all'assicurato opporre l'errore del medico, in quanto egli non scoprì o non indovinò quanto avrebbe potuto scoprire od indovinare. Se colpa professionale nel medico vi fu — ed è assai difficile e delicato apprezzarne i confini e l'estensione — questa qualunque colpa fu preceduta dalla colpa dell'assicurato, che non disse tutto quanto sapeva, nè come sapeva. Non può quindi opporre la colpa altrui, quando su di essa ha certamente influito, come da causa od effetto, la colpa propria. Il Vivante dice: « Se si ammettesse la validità dell'affare perché il medico della compagnia si è ingannato si verrebbe a premiare la malizia dell'assicurato perché seppe ingannare anche il medico ».

Anche la Giurisprudenza conviene su questo punto.

Mi sembra che nei casi esaminati, e diversi altri del genere potrei citarne, la menzogna costituisca un vero e proprio raggirò ed anche applicando le norme dell'art. 1115 del codice civile il contratto è, a mio giudizio, pienamente contestabile.

Se si ammettesse l'interpretazione che il raggirò non può essere solo verbale e che il mendacio e la reticenza devono essere avvalorati da una speciale « mise en scène » con artifici fraudolenti si renderebbero di fatto incontestabili tutte le polizze ottenute con inganno da parte dell'assicurando.

Se la clausola d'incontestabilità si dovesse veramente interpretare in tal senso si aprirebbe libero l'adito alla malafede in una materia che deve rimanere basata sulla buona fede e si costituirebbe un incentivo a speculare sulla menzogna con una specie di salvacondotto preventivo e di premio per ogni tentativo di frode ai danni degli istituti assicuratori.

La speculazione non tarderebbe a dilagare e ad assumere proporzioni allarmanti e vaste con danno degli Istituti e della massa degli assicurati leali ed onesti.

Il Weil-Mantou al riguardo ammoniva: « Si le public venait à être pénétré de cette idée que la fraude est aisée, la barrière qui retient encore les timides serait vite franchie et la fraude s'en donnerait à coeur joie ».

Fortunatamente la nostra Magistratura comincia ad orientarsi nel senso che il comportamento ingannatore dell'assicurato dimostrabile con le risposte rese in malafede nel questionario propostogli sia sufficiente alla contestabilità del contratto. Nella sentenza della Cassazione in data 12 dicembre 1933 in causa Gazzoni-I. N. A., dopo l'enumerazione di alcuni casi di illecita attività dell'assicurando si dice: « Ma possono raffigurarsi altri casi di entità meno grave, purchè un mezzo insidioso o un raggirò o un artificio sia stato posto in opera ».

Dovrebbe bastare quindi la dimostrazione che l'assicurando ha reso le sue dichiarazioni mendaci o reticenti, operando in tali contingenze da sorprendere la buona fede dell'assicuratore e del suo medico fiduciario, nelle assicurazioni con visita medica.

Nella sentenza della Corte di Appello di Roma del 6 marzo 1934 in causa Ceccherini c. I. N. A. si legge: « La malafede si ha tutte le volte, che, anche senza usare artifici o raggiri veri e propri, il comportamento di un soggetto è tale da dimostrare che esso abbia compiuta scientemente o volutamente una specifica attività che rechi danno, con la intenzione di procurare a se o ai suoi eredi un indebito profitto e sapendo di nuocere ad altri ».

Mi piace far cenno di due sentenze della magistratura francese, che trovo riportate nel « Moniteur des Assurances » del 15 giugno 1934. Sono state emesse dai Tribunali di Bar-Sur-Seine il 15 maggio 1933 e di Marsiglia il 30 gennaio 1933.

In entrambe sono state respinte le richieste degli aventi diritto per la liquidazione di capitali riferentisi a contratti di assicurazione Vita per i quali era stato possibile accertare che l'assicurato aveva deliberatamente reso dichiarazioni false e reticenti.

Nel commento alla prima sentenza si osserva che, contenga o no la clausola di incontestabilità, il contratto è nullo quando l'assicurato abbia deliberatamente dissimulato alla compagnia un fatto importante riflettente la sua salute e si aggiunge che la giurisprudenza (francese) è nettamente affermativa su questo punto.

La seconda sentenza si riferisce ad una Compagnia che nelle sue polizze contiene la clausola dell'incontestabilità fin dalla data di emissione. Il Tribunale dopo aver osservato « On ne saurait admettre qu'une clause d'incontestabilité puisse couvrir le dol et la mauvaise foi » dichiara nullo il contratto « en raison tant du dol que de la fraude, cause ordinaire de nullité, qu'en raison des reticences et fausses déclarations intentionnelles de l'assuré ».

Nella stessa sentenza è detto: « Une doctrine unanime et une jurisprudence aussi constante qu'abondante a toujours consacré le principe que les déclarations inesactes ou les reticences faites de mauvaise foi, doivent avoir pour conséquence la nullité des conventions intervenues en matière d'assurance ».

Nel caso in questione l'assicurato aveva dichiarato contrariamente al vero, di non essere

stato mai rifiutato da alcuna Compagnia, di non avere alcuna pensione di invalidità e di trovarsi in perfetta salute. Si trattava solo di false dichiarazioni e reticenze per una malattia facilmente constatabile: tubercolosi polmonare avanzata.

Eppure il Tribunale ravvisando nel fatto il dolo e la malafede, annullò il contratto e dichiarò acquisiti i premi all'assicuratore a titolo di danni, interessi e spese.

Così la magistratura francese interpreta il concetto di malafede e di dolo nei contratti di assicurazione.

**CONCLUSIONE.** — Sempre riaffermando il concetto che la clausola d'incontestabilità contenuta nelle Polizze dell'I. N. A. riguarda solo le dichiarazioni erronee e reticenti e non le dichiarazioni false, per le quali devono avere pieno vigore le disposizioni dell'art. 429 del cod. commercio, io ritengo che ricorra anche il dolo, quando, con un ben congegnato sistema di dichiarazioni deliberatamente reticenti e mendaci l'assicurato è riuscito ad ingannare medico ed assicuratore, ottenendo così il contratto di assicurazione.

Il dolo può essere anche solo verbale e tale è di solito nei contratti di assicurazione Vita.

Alla parola, supremo attribuito dell'uomo, per cui l'uomo non è confrontabile agli altri animali, bisogna riconoscere la sua alta importanza sia nel bene che nel male, e darle tutto il peso e il senso della sua responsabilità.

**RIASSUNTO.** — L'A. che già in altre pubblicazioni ha trattato, dal punto di vista medico-legale, il tema della incontestabilità delle Polizze di assicurazione vita, si occupa della malafede e del raggirò nelle dichiarazioni, di carattere sanitario, che rende l'assicurando al medico visitatore. Egli dimostra che, specie per alcune malattie, con dichiarazioni mendaci e reticenti, l'assicurato può riuscire ad ingannare il medico. In questo comportamento malizioso dell'assicurato si deve ravvisare il raggirò e la malafede, date le caratteristiche peculiari del contratto di assicurazione che, per legge e per prassi universale, è e deve rimanere un contratto di buona fede.



**Le cause di morte verificatesi nel 1933 fra gli assicurati delle Cessioni Legali e delle Riassicurazioni  
dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni**

CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI																		Totali generali		
	0-6 m.		6 m. - 1 a.		1-2 a.		2-3 a.		3-4 a.		4-5 a.		5-10 a.		10-15 a.		oltre 15 a.			Totale	
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		u.	d.
Ogni forma di tubercolosi . . .	2	—	5	2	14	—	18	5	22	2	13	1	43	2	4	—	7	1	128	13	141
Altre malattie infettive e parasitarie. . . . .	7	1	14	1	20	1	7	1	6	—	11	2	89	1	12	2	10	—	126	9	135
Tumori (neoplasie). . . . .	3	1	2	1	10	3	8	2	7	—	7	—	39	7	15	3	10	1	101	18	119
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali . . . . .	2	—	3	—	6	—	9	1	8	—	8	2	26	2	24	—	10	—	96	5	101
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso .	2	—	2	—	4	—	2	—	—	—	3	—	10	—	2	—	1	—	26	—	26
Malattie dell'apparato circolatorio .	6	—	3	—	14	—	11	—	9	1	11	—	72	5	36	—	24	—	186	6	192
»  »  respiratorio . . . . .	8	—	9	2	9	3	9	3	8	2	14	2	50	3	17	1	10	—	134	16	150
»  »  digerente . . . . .	12	—	11	1	14	1	15	2	15	1	9	1	46	—	21	—	7	—	150	6	156
»  »  genito-urinario . . . . .	—	—	2	1	1	—	3	—	6	2	5	1	41	2	15	—	10	—	83	6	89
Suicidi . . . . .	1	1	2	1	14	—	8	—	3	—	5	1	27	1	8	—	1	—	69	4	73
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata. . . . .	9	—	12	—	18	1	6	—	11	—	5	—	25	—	9	—	2	—	97	1	98
Altre cause di morte . . . . .	3	—	1	—	7	—	6	—	5	—	4	—	14	—	7	—	4	—	51	—	51
Cause di morte non precisate . . . . .	15	5	6	2	10	6	5	3	14	3	9	—	41	17	13	3	6	1	119	40	159
<b>Totali</b>	<b>70</b>	<b>8</b>	<b>72</b>	<b>11</b>	<b>141</b>	<b>15</b>	<b>107</b>	<b>17</b>	<b>114</b>	<b>11</b>	<b>104</b>	<b>10</b>	<b>473</b>	<b>40</b>	<b>183</b>	<b>9</b>	<b>102</b>	<b>3</b>	<b>1366</b>	<b>124</b>	<b>1490</b>

**Le cause di morte verificatesi nel 1933 fra gli assicurati delle Cessioni Legali e delle Riassicurazioni  
dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni**

CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI														Totali generali												
	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.	u. d.		u. d.	u. d.	u. d.									
Ogni forma di tubercolosi.	6	1	24	—	17	—	6	—	1	—	1	—	3	—	26	1	2	2	8	7	2	—	128	13	141		
Altre malattie infettive e parasitarie.	2	—	85	—	19	1	3	—	—	—	—	—	2	—	25	2	5	1	6	4	4	—	126	9	135		
Tumori (neoplasie)	1	—	92	4	13	2	5	—	—	—	3	—	—	—	16	2	4	1	2	6	7	—	101	18	119		
Emorragie, trombosì, embolie cerebrali.	3	1	21	—	13	—	3	1	—	—	—	—	3	—	18	—	4	—	4	2	2	1	—	96	5	101	
Malattie del sistema nervoso e d'organi di senso.	2	—	8	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	1	—	—	—	26	—	26		
Malattie dell'apparato circolatorio.	7	1	45	—	25	—	8	—	1	—	1	—	1	—	45	2	14	—	8	3	3	—	166	6	172		
» respiratorio	8	1	39	—	20	—	4	—	1	—	1	—	2	—	33	1	2	1	2	11	3	1	134	16	150		
» digerente	2	—	51	—	16	—	5	—	6	—	2	1	1	—	21	—	2	—	7	5	2	—	150	6	156		
» genito-urinario	2	—	19	—	8	1	3	—	2	—	—	—	—	—	8	1	—	—	—	4	—	—	88	6	94		
Suicidi	1	—	23	—	18	—	—	1	—	—	2	—	—	—	12	—	2	1	1	2	6	—	69	4	73		
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	4	—	21	—	13	—	7	—	5	—	—	—	1	—	23	—	1	—	3	—	3	1	—	97	1	98	
Altre cause di morte.	—	—	12	—	8	—	1	—	1	—	1	—	—	—	10	—	3	—	2	—	1	—	51	—	51		
Cause di morte non precisate.	1	—	26	—	16	1	5	—	—	—	—	—	2	—	10	—	5	2	3	8	27	27	119	40	159		
<b>Totale</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>856</b>	<b>4</b>	<b>166</b>	<b>5</b>	<b>51</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>—</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>—</b>	<b>245</b>	<b>7</b>	<b>290</b>	<b>9</b>	<b>45</b>	<b>8</b>	<b>42</b>	<b>54</b>	<b>60</b>	<b>80</b>	<b>1368</b>	<b>124</b>	<b>1490</b>

**Quote a carico dell'Istituto Nazionale Assicurazioni sui contratti del Portafoglio Cessioni legali  
e Riassicurazioni sinistrate per morte  
esaminati dal « Servizio Sanitario » nel 1° semestre 1934**

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						Totale
	0 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 70	oltre 70	
Ogni forma di t.b.c. . . . .	41.500	133.750	138.044	28.300	62.715	—	404.309
Altre malattie infettive e parassitarie. . . . .	—	134.425	166.700	134.800	85.420	—	521.345
Tumori (neoplasie) . . . . .	—	18.000	64.750	159.315	344.000	—	586.065
Apoplessie, trombosi, embolie cerebrali . . . . .	—	—	30.185	107.000	164.500	12.800	314.485
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso . . . . .	2.700	6.000	15.920	11.200	13.000	—	48.820
Malattie dell'apparato circolatorio . . . . .	—	10.400	185.500	668.363	202.865	100.180	1.167.308
»  »  respiratorio . . . . .	30.340	39.518	93.545	167.010	85.400	1.200	417.013
»  »  digerente . . . . .	30.000	57.500	127.080	222.280	49.450	25.000	511.210
»  »  genito-urinario. . . . .	—	41.100	126.470	140.284	75.855	800	384.509
Suicidi . . . . .	—	150.360	85.650	8.250	15.000	—	259.260
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata . . . . .	22.000	136.033	240.300	34.060	458.405	—	890.798
Altre cause di morte e cause non specificate . . . . .	—	42.000	148.585	177.100	135.500	—	503.185
<b>Totale . . . . .</b>	<b>126.540</b>	<b>769.086</b>	<b>1.422.679</b>	<b>1.857.912</b>	<b>1.692.110</b>	<b>139.980</b>	<b>6.008.307</b>

Quote a carico dell' I. N. A. sui contratti del Portafoglio *Cessioni legali e Riassicurazioni sinistrate per morte* esaminati dal « Servizio Sanitario » nel 1° semestre 1934

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI										Totali
	0 - 6 m.	6 m. - 1 a.	1 - 2 a.	2 - 3 a.	3 - 4 a.	4 - 5 a.	5 - 10 a.	10 - 15 a.	oltre 15 a.		
Ogni forma di t. b. c. . . . .	4.310	42.800	16.715	62.440	66.500	23.650	171.194	16.400	—	404.309	
Altre malattie infettive e parassitarie . . . . .	31.500	80.500	82.000	49.700	20.000	56.000	165.425	32.220	4.000	521.345	
Tumori (neoplasie) . . . . .	750	12.000	22.500	32.800	10.500	3.000	313.500	189.915	1.200	586.065	
Apoplessie, trombosi, embolie cerebrali . . . . .	8.000	3.000	10.220	15.185	54.000	3.000	85.000	110.000	26.080	314.485	
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso . . . . .	4.200	—	—	8.000	2.805	19.115	7.500	4.000	3.200	48.820	
Malattie dell'apparato circolatorio . . . . .	2.080	12.000	26.500	7.428	28.625	31.890	316.485	646.920	95.380	1.167.908	
Malattie dell'apparato respiratorio . . . . .	19.000	57.510	5.965	10.000	39.600	58.218	125.400	92.920	8.400	417.013	
Malattie dell'apparato digerente . . . . .	83.100	104.660	53.300	58.000	40.500	38.720	88.130	38.400	6.400	511.210	
Malattie dell'apparato genitourinario . . . . .	—	26.100	—	44.784	81.810	11.500	144.615	54.900	20.800	384.509	
Suicidi . . . . .	—	—	144.160	4.500	6.000	8.250	96.350	—	—	259.260	
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata.	24.200	2.000	32.600	140.200	67.060	23.000	536.333	64.965	440	890.798	
Altre cause di morte . . . . .	49.000	—	55.000	30.000	—	24.000	226.100	107.085	12.000	503.185	
<b>Totale . . . . .</b>	<b>226.140</b>	<b>340.570</b>	<b>448.960</b>	<b>463.037</b>	<b>417.700</b>	<b>300.343</b>	<b>2.276.082</b>	<b>1.357.625</b>	<b>177.900</b>	<b>6.008.307</b>	



Numero dei contratti del portafoglio *Diretto e Preconstituito* sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario  
nel 3° trimestre del 1934.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	CAPITALI ASSICURATI				Totale
	fino a 20.000 lire	da 20.001 a 99.999	da 100.000 a 900.000	oltre 900.000	
Ogni forma di t. b. c. . . . .	29	7	—	—	36
Altre malattie infettive e parassitarie. . . . .	37	19	1	—	57
Tumori (neoplasie) . . . . .	63	15	3	—	81
Apoplessie, trombosi, embolie cerebrali . . . . .	31	14	—	—	45
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso.	10	3	1	—	14
Malattie dell'apparato circolatorio . . . . .	69	25	7	—	101
Malattie dell'apparato respiratorio . . . . .	47	9	—	—	56
Malattie dell'apparato digerente . . . . .	45	13	1	—	59
Malattie dell'apparato genito-urinario. . . . .	37	6	2	—	45
Suicidi . . . . .	15	4	—	—	19
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata. . . . .	23	10	—	—	33
Altre cause . . . . .	59	14	3	—	76
<i>Totale</i> . . . . .	465	139	18	—	622

Varie

## Sulla comparabilità delle nomenclature nosologiche, usate in Italia per la statistica delle cause di morte

Dott. GIUSEPPE GIANNELLI

*dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia  
già Assistente effettivo degli Ospedali Riuniti di Roma.*

Allo scopo di rendere comparabili le Statistiche delle cause di morte che, come si sa, sono state eseguite per l'intero Regno fin dal 1887, si è pensato, in occasione della adozione per l'anno 1931 delle nomenclature nosologiche approvate dalla IV Commissione Internazionale riunitasi a Parigi nell'Ottobre del 1929, di confrontare le nomenclature nosologiche, adottate in Italia anteriormente al 1931, a quella intermedia stabilita dalla suddetta IV Commissione Internazionale, in modo da rendersi conto della raffrontabilità di ciascuna voce o gruppo di voci, del nuovo elenco con le voci o gruppo di voci dei vecchi elenchi nosologici. Questo lavoro potrà permettere, nei limiti del possibile, di ottenere una grande tavola, che informi dell'andamento di ciascuna causa di morte dal 1887 fino ai nostri giorni.

Come abbiamo già detto, è stata presa come nomenclatura base, a cui comparare le nomenclature precedenti, l'elenco intermedio stabilito a Parigi nel 1929 dalla IV Commissione Internazionale per la revisione decennale delle nomenclature nosologiche per la statistica delle cause di morte. Questo elenco è formato da 85 voci distribuite in 18 classi più o meno vaste.

È bene premettere che in nessuna delle nomenclature adottate antecedentemente al 1931 si è potuto ottenere la perfetta corrispondenza a quella intermedia stabilita nel 1929: però sembra che, andando indietro negli anni, fino al 1899 questa corrispondenza vada aumentando e dal 1898 al 1895 tenda ad una graduale diminuzione per subire un aumento accentuato dal 1894 al 1887: infatti il 56% delle voci della nuova nomenclatura intermedia non trovano perfetta corrispondenza ad analoghe voci della nomenclatura dettagliata del 1924, il 51% ad analoghe voci delle nomenclature usate dal 1923 al 1902, il 47% ad analoghe voci della nomenclatura del 1901 e 1900, il 45% ad analoghe voci della nomenclatura del 1899, il 51% ad analoghe voci della nomenclatura del 1898, il 52% ad analoghe voci della nomenclatura del 1897, il 53% ad analoghe voci della nomenclatura del 1896 e 1895 ed il 42% ad analoghe voci della nomenclatura usata negli anni 1894-887.

Diamo dunque inizio all'analisi particolareggiata, per la comparazione, delle classi e voci della nuova nomenclatura intermedia stabilita nel 1929 dalla IV Commissione internazionale per la revisione decennale delle nomenclature nosologiche per la statistica delle cause di morte.

### I. — Malattie infettive e parassitarie.

Comprende 17 voci.

La prima voce (N. 1 « febbre tifoidea, tifo addominale e paratifi ») non trova esatta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1923-902 e 1897-95 in quanto della voce « febbre tifoidea, pneumo-tifo, meningo-tifo, paratifo, febbre miliare » non è compresa quella parte corrispondente alla febbre miliare.

La seconda voce (N. 2 « tifo petecchiale ») trova esatta corrispondenza in tutte le nomenclature degli anni precedenti.

La terza voce (N. 3 « vaiuolo ») non trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924, in quanto della voce « altre malattie epidemiche » è compresa quella parte corrispondente all'alastrim.

Le voci (N. 4 « morbillo »); (N. 5 « scarlattina »); (N. 6 « tosse convulsa »); (N. 7 « difterite »); (N. 8 « influenza ») trovano esatta corrispondenza nelle nomenclature precedenti.

La nona voce (N. 9 « dissenteria ») non trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924, in quanto della voce « dissenteria senza qualifica o dovuta ad altre cause » non è compresa quella parte corrispondente alla dissenteria malarica o pernicioosa dissenterica.

La decima voce (N. 10 « peste ») non trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924, in quanto della voce « peste bubbonica » non è compresa quella parte corrispondente al bubbone climatico.

La undicesima voce (N. 11 « tubercolosi dell'apparato respiratorio, compresi i gangli tracheo-bronchiali ») non trova esatta corrispondenza nell'anno 1924, poichè della voce « tubercolosi del sistema linfatico, escluse le glandole mesenteriche e le retro peritoneali » è compresa quella parte corrispondente alla tubercolosi dei gangli tracheo-bronchiali, e negli anni 1894-87, in quanto della voce « adenite ed adenia toracica » è compresa quella parte corrispondente alla adenia toracica.

La dodicesima voce (N. 12 « ogni altra forma di tubercolosi ») non trova esatta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; nell'anno 1924 della voce « tubercolosi del sistema linfatico, escluse le glandole mesenteriche e le retroperitoneali » non è compresa quella parte corrispondente alla tubercolosi dei gangli tracheo-bronchiali e della voce « malattie delle capsule surrenali (morbo di Addison) » è compresa quella parte corrispondente alla tubercolosi delle ghiandole surrenali; negli anni 1923-895 della voce « meningite tubercolare, basilare, idrocefalo acquisito » non è compresa quella parte corrispondente all'idrocefalo acquisito; negli anni 1894-887 della voce « malattie delle articolazioni » è compresa quella parte corrispondente all'artrite tubercolare.

La tredicesima voce (N. 13 « sifilide ») trova esatta corrispondenza in tutte le nomenclature precedenti.

La quattordicesima voce (N. 14 « infezione purulenta e setticemia non puerperali ») non trova perfetta corrispondenza solamente nel 1924, poichè della voce « setticemia e pioemia non puerperali » non è compresa quella parte corrispondente alla infezione senz'altra indicazione, della voce « polmonite orupale » è compresa quella parte corrispondente alla pneumococemia e della voce « altre malattie generali » è compresa quella parte corrispondente ad infezione generalizzata.

La quindicesima voce (N. 15 « malaria ») non trova esatta corrispondenza solamente nel 1924, poichè della voce « dissenteria senza qualifica o dovuta ad altre cause » è compresa quella parte corrispondente alla dissenteria malarica o pernicioosa dissenterica.

La sedicesima voce (N. 16 « malattie dovute a protozoi od elminti ») non trova esatta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1924-902; nell'anno 1924 della voce « altre malattie della pelle e dei suoi annessi » è compresa quella parte corrispondente al bottone di Aleppo, d'Oriente, di Biskra, della voce « altre malattie epidemiche » è compresa quella parte corrispondente al Kala-Azar, della voce « altre malattie infettive » è compresa quella parte corrispondente alla tripanosomiasi, malattie del sonno, sodoku e della voce « altre malattie dell'apparecchio respiratorio (esclusa la tubercolosi) » è compresa quella parte corrispondente alla spirochetosi bronco-polmonare; negli anni 1923-902 della voce « Actinomicosi, varicella, febbre ricorrente, morbo di Weil ed altre malattie infettive, miasmatiche e contagiose non specificate » è compresa quella parte corrispondente al morbo di Weil.

La diciassettesima voce (N. 17 « Altre malattie infettive e parassitarie ») non trova perfetta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1924-902 e degli anni 1898-87; nell'anno 1924 della voce « tigna, alopecie e scabbia » è compresa quella parte corrispondente alla ti-

gna, della voce « altre malattie epidemiche » non è compresa quella parte corrispondente all'alastrim e al Kala-Azar, della voce « peste bubbonica » è compresa quella parte corrispondente al bubbone climatico, della voce « setticemia e piemia non puerperali » è compresa quella parte corrispondente ad infezione senza altra indicazione, della voce « altre malattie infettive » è compresa quella parte corrispondente alla febbre infettiva senz'altra indicazione, della voce « altre malattie dei reni e dei loro annessi (escluse le malattie dei reni da gravidanza) » è compresa quella parte corrispondente alla febbre emoglobinurica, della voce « altre anemie e clorosi » è compresa quella parte corrispondente alla verruca peruviana (morbo di Carrion) e della voce « endocardite e miocardite acuta » è compresa quella parte corrispondente alla endocardite gonococcica; negli anni 1923-902 e 1897-95 della voce « febbre tifoidea, pneumotifo, meningotifo, paratifo, febbre miliare » è compresa quella parte corrispondente alla febbre miliare; negli anni 1923-902 della voce « actinomicosi, varicella, febbre ricorrente, morbo di Weil ed altre malattie infettive, miasmatiche e contagiose non specificate » non è compresa quella parte corrispondente al morbo di Weil e della voce « eclampsia infantile, trisma dei neonati, atetosi » è compresa quella parte corrispondente al trisma dei neonati; negli anni 1898-87 della voce « malattie della parotite (parotite, orecchioni, tumori) » è compresa quella parte corrispondente alla parotite epidemica.

## II. — Tumori (neoplasie).

Comprende 2 voci.

La voce N. 18 « cancri ed altri tumori maligni » trova esatta corrispondenza in tutte le nomenclature precedenti.

La voce N. 19 « tumori non maligni (o il cui carattere maligno non è specificato) » trova esatta corrispondenza, nel 1924, nelle voci riguardanti i tumori benigni dell'ovaio e dell'utero, del cervello e midollo spinale, dell'intestino e dell'addome; nel 1923-899 nelle voci riguardanti i tumori benigni del cervello, del midollo spinale, dell'intestino e dell'addome; nel 1898-95 nella voce riguardante i tumori benigni dell'intestino e addome; nel 1894-87 nelle voci riguardanti i tumori benigni del cervello e midollo spinale, dell'addome. I tumori benigni invece dei rimanenti organi non trovano perfetto riscontro, in quanto, nelle vecchie nomenclature, essi sono compresi nelle voci generiche « Malattie degli occhi, della cavità orbitaria, delle orecchie, delle fosse nasali, della trachea e laringe, della tiroide, della bocca, ecc. ».

## III. — Malattie reumatiche, della nutrizione, delle ghiandole endocrine e altre malattie generali.

Comprende 6 voci.

Le prime due di queste sei voci e cioè il N. 20 « reumatismo articolare acuto » e il N. 21 « reumatismo cronico e gotta » trovano esatta corrispondenza in tutte le vecchie nomenclature precedenti.

Il N. 22 della nomenclatura intermedia « diabete mellito » mentre trova esatta corrispondenza nelle nomenclature del 1924 e degli anni 1894-87, negli anni 1923-895 non trova perfetto riscontro in quanto, in un'unica voce, è compreso sia il diabete mellito che il diabete insipido.

Il N. 23 della nomenclatura intermedia « avitaminosi » trova esatta corrispondenza nelle nomenclature del 1924 e degli anni 1894-87, mentre negli anni 1923-902 della voce « emofilia, morbo di Barlow » è compresa soltanto quella parte corrispondente al morbo di Barlow e della voce « osteomalacia e altre malattie delle ossa » quella parte corrispondente all'osteomalacia; negli anni 1901-895 della voce « malattie delle ossa e osteomalacia » è compresa solamente quella parte corrispondente all'osteomalacia.

Il N. 24 della nomenclatura intermedia « malattie della ghiandola tiroide e delle ghiandole paratiroidei » trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924; negli

anni 1923-887 della voce « malattie della tiroide » non è compresa quella parte corrispondente ai tumori benigni di essa.

Il N. 25 della nomenclatura intermedia « altre malattie generali » trova esatta corrispondenza solamente nelle nomenclature degli anni 1894-887; nel 1924 della voce « malattie della ghiandola pituitaria » non è compresa quella parte corrispondente ai tumori benigni o di natura non specificata dell'ipofisi, della voce « malattie delle capsule surrenali (morbo di Addison) » non è compresa quella parte corrispondente alla tubercolosi delle ghiandole surrenali, della voce « emorragia senza causa determinata » è compresa quella parte corrispondente alla emorragia delle ghiandole surrenali, della voce « altre malattie generali » è compresa quella parte corrispondente all'autointossicazione, acetonemia, diabete insipido, steatosi viscerale, degenerazione amiloide o grassa generalizzata, della voce « cirrosi epatica non indicata come alcoolica » è compresa quella parte corrispondente alla steatosi e degenerazione grassa del fegato, della voce « nefrite cronica (comprese le nefriti senza qualifica da 10 anni in su) » è compresa quella parte corrispondente alla degenerazione amiloide o grassa dei reni, della voce « arteriosclerosi » è compresa quella parte corrispondente alla degenerazione grassa delle arterie, della voce « altre malattie del cuore » è compresa quella parte corrispondente alla steatosi del cuore; negli anni 1923-895 della voce « diabete zuccherino ed insipido » è compresa solamente quella parte corrispondente al diabete insipido.

#### IV. — Malattie del sangue e degli organi ematopoietici.

Comprende 2 voci.

La prima di queste due voci, il N. 26 « anemie perniciose ed altre », trova perfetta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1901-899 e 1894-87; nel 1924, invece della voce « altre anemie e clorosi » è compresa quella parte corrispondente alla clorosi, all'anemia senza qualifica, anemia splenica; negli anni 1923-902 della voce « leucemia, anemia perniciosa progressiva, anemia splenica, morbo di Banti, di Hodgkin » è compresa quella parte corrispondente all'anemia perniciosa ed all'anemia splenica; negli anni 1898-95 della voce « anemia, clorosi, leucocitemia » non è compresa la parte corrispondente alla leucocitemia.

La seconda voce (N. 27 « leucemie, aleucemie ed altre malattie del sangue e degli organi ematopoietici ») non trova in nessuna delle nomenclature precedenti perfetta corrispondenza; infatti nel 1924 della voce « tumori non maligni od il cui carattere maligno non è specificato nè sono specificate le sedi » è compresa solamente quella parte corrispondente al linfadenoma, della voce « malattie della milza (quando non sono qualificate come malariche) » non è compresa quella parte corrispondente ai tumori della milza, della voce « altre anemie e clorosi » è compresa quella parte corrispondente al morbo di Banti ed eritremie; negli anni 1923-902 della voce « leucemia, anemia perniciosa progressiva, anemia splenica, morbo di Banti, di Hodgkin » è compresa quella parte corrispondente alla leucemia, morbo di Banti e di Hodgkin, della voce « emofilia, morbo di Barlow » è compresa quella parte corrispondente alla emofilia, della voce « malattie della milza e del pancreas » è compresa quella parte corrispondente alle malattie della milza (esclusi i tumori benigni o di natura non specificata); ciò si verifica per la ultima voce predetta anche negli anni 1901-899; negli anni 1898-95 della voce « anemia, clorosi, leucocitemia » è compresa quella parte corrispondente alla leucocitemia e della voce « malattie della milza e del pancreas » è compresa quella parte corrispondente alle malattie della milza (esclusi i tumori benigni o di natura non specificata); negli anni 1894-887 della voce « malattie della milza » non è compresa quella parte corrispondente ai tumori benigni o di natura non specificata di essa.

#### V. — Avvelenamenti cronici ed intossicazioni.

Comprende 2 voci.

La prima (N. 28 « alcoolismo acuto e cronico ») trova esatta corrispondenza in tutte le

nomenclature precedenti eccetto nell'anno 1924, perchè della voce « alcoolismo cronico » non è compresa quella parte corrispondente ad intossicazione cronica da alcool metilico.

La seconda voce (N. 29 « avvelenamenti cronici ») trova anch'essa esatta corrispondenza in tutte le nomenclature precedenti, eccetto che nell'anno 1924 in cui della voce « alcoolismo cronico » è compresa solamente quella parte corrispondente ad intossicazione cronica da alcool metilico.

## VI. — Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

Comprende 8 voci.

La voce N. 30 « meningite semplice » trova esatta corrispondenza in tutte le nomenclature degli anni precedenti.

La voce N. 31 « atassia locomotrice progressiva » trova esatta corrispondenza soltanto nella nomenclatura del 1924 e degli anni 1894-887; negli anni invece 1923-895 della voce « mielite, tabe dorsale, morbo di Bell, di Brown-Sequard, di Morvan » è compresa solamente quella parte corrispondente alla tabe dorsale.

La voce N. 32 « emorragia cerebrale, embolia e trombosi cerebrale » trova esatta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1924-902, 1899 e 1896-87; negli anni 1901 e 1900 della voce « altre paralisi di origine cerebrale, paralisi progressiva » è compresa soltanto quella parte corrispondente alle altre paralisi di origine cerebrale; negli anni 1898 e 1897 della voce « paralisi e tumori cerebrali e spinali » è compresa quella parte corrispondente a paralisi di origine cerebrale.

La voce N. 33 « paralisi progressiva degli alienati » trova esatta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1924-902 e degli anni 1899-87; negli anni 1901 e 1900 della voce « altre paralisi di origine cerebrale, paralisi progressiva » è compresa soltanto quella parte corrispondente alla paralisi progressiva.

La voce N. 34 « demenza precoce ed altre psicosi » trova esatta corrispondenza nelle nomenclature precedenti, mentre negli anni 1898-95 non si trova voce che le possa corrispondere.

La voce N. 35 « epilessia » trova esatta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1924, 1901-899 e 1894-87; negli anni 1923-902 della voce « epilessia, morbo di Jackson » non è compresa quella parte corrispondente al morbo di Jackson; negli anni 1898-95 della voce « epilessia, isterismo » è compresa solamente quella parte corrispondente all'epilessia.

La voce N. 36 « altre malattie del sistema nervoso » trova esatta corrispondenza solo nelle nomenclature degli anni 1924 e 1894-87; negli anni 1923-902 della voce « eclampsia infantile, trisma dei neonati, atetosi » è compresa quella parte corrispondente all'eclampsia infantile e all'atetosi, della voce « epilessia, morbo di Jackson » è compresa quella parte corrispondente al morbo di Jackson, della voce « meningite tubercolare, basilare, idrocefalo acquisito » è compresa la parte corrispondente all'idrocefalo acquisito, della voce « mielite, tabe dorsale, morbo di Bell, di Brown-Sequard, di Morvan » è compresa quella parte corrispondente alla mielite, morbo di Bell, di Brown-Sequard, di Morvan; la stessa cosa può dirsi per queste due ultime voci per ciò che riguarda le nomenclature degli anni 1901-899, ed oltre che per queste due voci, anche per la voce « epilessia, isterismo », di cui è compresa quella parte corrispondente all'isterismo, per le nomenclature degli anni 1898-95.

La voce N. 37 « malattie dell'occhio, dell'orecchio e dei loro annessi » non trova esatta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti delle voci « malattie degli organi della vista » e « malattie dell'orecchio e del seno mastoideo, otite, morbo di Ménière » (che negli anni 1898-95 si fondono in una sola voce) non è compresa quella parte che si riferisce ai tumori benigni o di natura non specificata di questi organi.

## VII. — Malattie dell'apparato circolatorio.

Comprende 9 voci.

La prima voce (N. 38 « pericardite ») trova esatta corrispondenza nelle nomenclature di tutti gli anni precedenti.

La seconda voce, (N. 39 « endocardite acuta ») non trova in nessuna nomenclatura degli anni antecedenti perfetta corrispondenza; infatti nel 1924 della voce « endocardite e miocardite acuta » è compresa solamente quella parte corrispondente all'endocardite acuta e all'endocardite senza indicazione (fino ai 45 anni); della voce « malattie del cuore (endocardite, lesioni valvolari, ipertrofia, miocardite, rottura, ecc.) », negli anni 1923-887, è compresa solamente quella parte corrispondente all'endocardite acuta.

La terza voce (N. 40 « endocardite cronica, comprese le affezioni valvolari ») non trova anch'essa perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « altre malattie del cuore » è compresa quella parte corrispondente all'endocardite cronica, all'endocardite senza indicazione (oltre i 45 anni) ed ai vizi valvolari del cuore, e della voce « altre malattie delle arterie » è compresa quella parte corrispondente alla malattia di Hodgson; negli anni 1923-887 della voce « malattie del cuore (endocardite, lesioni valvolari, ipertrofia, miocardite, rottura, ecc.) » è compresa quella parte corrispondente alla endocardite cronica ed alle affezioni valvolari.

La quarta voce (N. 41 « malattie del miocardio ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; nel 1924 della voce « endocardite e miocardite acuta » è compresa quella parte corrispondente alla miocardite acuta o senza indicazione fino ai 45 anni e della voce « altre malattie del cuore » è compresa quella parte corrispondente alla miocardite cronica o sclerosa, cardiomalacia, cardioressi, calcificazione del cuore, sclerosi cardiovascolare ecc.; negli anni 1923-887 della voce « malattie del cuore (endocardite, lesioni valvolari, ipertrofia, miocardite, rottura, ecc.) » è compresa quella parte corrispondente alle malattie del miocardio.

La quinta voce (N. 42 « malattie delle arterie coronarie ed angina pectoris ») non trova anch'essa perfetta corrispondenza in nessuna nomenclatura degli anni precedenti; infatti nel 1924 della voce « arteriosclerosi » è compresa quella parte corrispondente alla arteriosclerosi delle arterie coronarie; negli anni 1923-895 della voce « malattie delle arterie e cangrena senile degli arti (emorragia, endoarterite, ateromasia, aneurisma, tumori teleangectasici, embolo, onfalite) » è compresa quella parte corrispondente all'arteriosclerosi delle arterie coronarie; negli anni 1894-87 della voce « malattie delle arterie » è compresa quella parte corrispondente all'arteriosclerosi delle arterie coronarie.

La sesta voce (N. 43 « altre malattie del cuore ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna nomenclatura precedente; nel 1924, infatti, della voce « altre malattie delle arterie » è compresa quella parte corrispondente alla malattia di Stokes-Adams, della voce « altre malattie del sistema circolatorio » è compresa quella parte corrispondente alla tachicardia e della voce « altre malattie del cuore » quella parte corrispondente all'albuminuria cardiaca, asma cardiaco, insufficienza cardiaca, rottura del cuore, pancardite, ecc.; negli anni 1923-887 della voce « malattie del cuore (endocardite, lesioni valvolari, ipertrofia, miocardite, rottura, ecc.) » è compresa quella parte corrispondente alle malattie funzionali del cuore, alla rottura del cuore ecc.

La settima voce (N. 44 « aneurisma, escluso l'aneurisma del cuore ») trova esatta corrispondenza soltanto nella nomenclatura del 1924; negli anni 1923-895 della voce « malattie delle arterie e cangrena senile degli arti (emorragia, endoarterite, ateromasia, aneurisma, tumori teleangectasici, embolo, onfalite) » è compresa quella parte corrispondente all'aneurisma; negli anni 1894-887 della voce « malattie delle arterie » è compresa quella parte corrispondente all'aneurisma.

La ottava voce (N. 45 « arteriosclerosi [eccettuate le malattie delle arterie coronarie] e can-

grena ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « arteriosclerosi » è compresa quella parte corrispondente all'arteriosclerosi e ateroma delle arterie escluse le arterie coronarie; negli anni 1923-895 delle voci « malattie delle arterie e cangrena senile degli arti (emorragia, endoarterite, ateromasia, aneurisma, tumori teleangectasici, embolo, onfalite) » e « malattie della bocca e della lingua, noma, cancro acquatico, morbo di Riga, glossite, ulcerazione al frenulo » è compresa rispettivamente quella parte corrispondente all'arteriosclerosi e ateroma dell'arterie escluse le coronarie, cangrena senile degli arti e al noma o cancro acquatico; negli anni 1898-87 della voce « flemmone, ascesso, piaghe, cangrena della pelle » è compresa quella parte corrispondente alla cangrena della pelle; negli anni 1894-887 della voce « malattie delle arterie » è compresa quella parte corrispondente all'arteriosclerosi ed ateroma delle arterie escluse le coronarie.

La nona voce (N. 46 « altre malattie dell'apparato circolatorio ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; nel 1924 infatti della voce « altre malattie delle arterie » è compresa quella parte corrispondente all'arterite, aortite, endoarterite, restringimento non congenito dell'arteria polmonare, della voce « altre malattie del sistema circolatorio » è compresa quella parte corrispondente a disturbi cardiaci, angiectasia, angiectopia, malattie dei grandi vasi (senz'altra indicazione), della voce « emorragia senza causa determinata » è compresa quella parte corrispondente ad emorragia (senz'altra indicazione), emorragia interna, epistassi, stomatorragia; negli anni 1923-895 della voce « malattie delle arterie e cangrena senile degli arti (emorragia, endoarterite, ateromasia, aneurisma, tumori teleangectasici, embolo, onfalite) » è compresa quella parte corrispondente ad emorragia, endoarterite, embolo, arterite, aortite, trombosi arteriosa non puerperale; negli anni 1896 e 1895 della voce « malattie dei vasi linfatici (infoangiote, adenite, adenia) » non è compresa quella parte corrispondente ai tumori benigni o di natura non specificata delle ghiandole linfatiche; negli anni 1894-887 della voce « malattie delle arterie » è compresa quella parte corrispondente all'arterite, aortite, endoarterite ecc. e della voce « adenite ed adenia toracica » è compresa quella parte corrispondente all'adenite.

### VIII. — Malattie dell'apparato respiratorio.

Comprende 4 voci.

La prima voce (N. 47 « bronchiti ») mentre non trova esatta corrispondenza nella nomenclatura del 1924 in quanto della voce « bronchite cronica » non è compresa quella parte corrispondente al catarre soffocante, trova esatta corrispondenza nelle nomenclature di tutti gli altri anni antecedenti.

La seconda voce (N. 48 « polmoniti ») anch'essa non trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924 in quanto della voce « polmonite crupale » non è compresa quella parte corrispondente alla pæumococemia.

La terza voce (N. 49 « pleuriti ») non trova esatta corrispondenza in nessuna nomenclatura precedente; infatti nel 1924 della voce « malattie della pleura » non è compresa quella parte corrispondente all'emotorace; negli anni 1923-887 della voce « malattie della pleura e del mediastino (pleurite, idrotorace, pitorace, pneumotorace, accessi del mediastino, ecc.) » non è compresa quella parte corrispondente alle malattie del mediastino.

La quarta voce, (N. 50 « altre malattie dell'apparato respiratorio, esclusa la tubercolosi ») non trova, in nessuna delle nomenclature precedenti, perfetta corrispondenza; infatti nel 1924 della voce « bronchite cronica » è compresa quella parte corrispondente al catarro soffocante, della voce « altre malattie dell'apparecchio respiratorio (esclusa la tubercolosi) » non è compresa quella parte corrispondente alla spirochetosi bronco-polmonare e della voce « malattie della pleura » è compresa quella parte corrispondente all'emotorace; negli anni 1924-887 delle voci « malattie delle fosse nasali, della trachea, della laringe » non è compresa quella parte corrispondente ai tumori benigni o di natura non specificata dei suddetti organi; ne-

gli anni 1923-887 della voce « malattie della pleura e del mediastino, ecc. » è compresa quella parte corrispondente alle malattie del mediastino (esclusi i tumori benigni o di natura non specificata).

## IX. — Malattie dell'apparato digerente.

Comprende 8 voci.

La prima voce, (N. 51 « ulcera dello stomaco e del duodeno ») non trova perfetta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924, inquantochè della voce « altre malattie dello stomaco » è compresa quella parte corrispondente alla perforazione non traumatica dello stomaco.

La seconda voce, (N. 52 « enteriti al disotto di due anni ») non trova esatta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « altre malattie dell'intestino » è compresa quella parte corrispondente all'infezione intestinale ed enterocolite muco-membranosa al disotto di due anni; negli anni 1923-887 della voce « diarrea infantile, gastroenterite, colera indigeno, enterite, tifite, colite, ulcera intestinale, proctite, autointossicazione intestinale, dentizione difficile » è compresa quella parte corrispondente alla diarrea infantile, gastroenterite, colera indigeno, enterite, colite, autointossicazione intestinale, dentizione difficile (al disotto di due anni).

La terza voce (N. 53 « enteriti ed ulceri intestinali [due anni e oltre] ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « altre malattie dell'intestino » è compresa quella parte corrispondente alla perforazione intestinale non traumatica ed alla enterocolite muco-membranosa al disopra di due anni; negli anni 1923-887 della voce « diarrea infantile, gastroenterite, colera indigeno, enterite, tifite, ecc. » è compresa quella parte corrispondente all'enterite, enterocolite, coliti al disopra di due anni, ulcera intestinale.

La quarta voce (N. 54 « appendicite ») trova perfetta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924; invece negli anni 1923-887 della voce « diarrea infantile, gastroenterite, colera indigeno, enterite, tifite, colite, ecc. » è compresa quella parte corrispondente alla tifite e negli anni 1905-887 della voce « peritonite, appendicite » è compresa quella parte corrispondente all'appendicite.

La quinta voce (N. 55 « ernia, occlusione intestinale ») non trova perfetta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924 in quanto della voce « altre malattie dell'intestino » è compresa quella parte corrispondente alla paralisi o paresi intestinale.

La sesta voce (N. 56 « cirrosi del fegato ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; della voce « cirrosi epatica non indicata come alcoolica » non è compresa, nel 1924, quella parte corrispondente alla steatosi e degenerazione grassa del fegato; negli anni 1923-887 della voce « epatite, cirrosi epatica » non è compresa quella parte corrispondente all'epatite.

La settima voce (N. 57 « altre malattie del fegato e delle vie biliari, compresi i calcoli biliari ») trova perfetta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924; negli anni 1923-902 della voce « ittero grave, melena, morbo di Winkel » non è compresa quella parte corrispondente al morbo di Winkel; negli anni 1923-887 della voce « epatite, cirrosi epatica » è compresa quella parte corrispondente all'epatite.

L'ottava voce (N. 58 « altre malattie dell'apparato digerente ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; nel 1924 della voce « malattie della cavità boccale e degli organi annessi » non è compresa quella parte corrispondente a stafilococchia e stafiloforafia, della voce « altre malattie dello stomaco » non è compresa quella parte corrispondente alla perforazione non traumatica dello stomaco ed ai corpi estranei nello stomaco, della voce « altre malattie dell'intestino » è compresa quella parte corrispondente a costipazione e colibacillosi; negli anni 1923-887 della voce « malattie della bocca e della lingua » non è compresa quella parte corrispondente al noma o cancro acquatico e ai tumori benigni o di na-

tura non specificata dei suddetti organi, delle voci « malattie delle tonsille, della faringe, della parotite e dell'esofago » e « malattie della milza e del pancreas » non è compresa quella parte corrispondente alle malattie della milza ed ai tumori benigni o di natura non specificata dei suddetti organi; negli anni 1905-887 della voce « peritonite, appendicite » è compresa quella parte corrispondente alla peritonite; negli anni 1923-1899 della voce « diarrea infantile, gastroenterite, colera indigeno, enterite, tiflite, colite, proctite, ecc. » è compresa quella parte corrispondente alla proctite.

## X. — Malattie dell'apparato urinario e dell'apparato genitale.

Comprende 7 voci.

La prima voce (N. 59 « nefriti ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « nefrite cronica (comprese le nefriti senza qualifica da dieci anni in su) » non è compresa quella parte corrispondente alla degenerazione amiloide o grassa dei reni; negli anni 1923-887 della voce « malattie dei reni (nefriti, pielite, albuminuria, uremia, tumori) » non è compresa quella parte corrispondente alla pielite ed ai tumori benigni o di natura non specificata dei reni.

La seconda voce (N. 60 « altre malattie dei reni, dei bacineti e degli ureteri [non comprese le malattie dei reni da gravidanza] ») non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « altre malattie dei reni e dei loro annessi (escluse le malattie dei reni da gravidanza) » non è compresa quella parte corrispondente alla febbre emoglobinurica; negli anni 1923-887 della voce « malattie dei reni (nefrite, pielite, ecc.) » è compresa quella parte corrispondente alla pielite, pielonefrite, ascesso perinefritico, nefroptosi, nefrorragia, idronefrosi, ecc.

La terza voce (N. 61 « calcolosi delle vie urinarie ») trova esatta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1924-899; negli anni 1898-887 delle voci « malattie dei reni (nefriti, pielite, albuminuria, uremia, calcoli, tumori) » e « malattie della vescica (cistite acuta e cronica, fistola, calcoli, paralisi e tumori) » sono comprese rispettivamente quelle parti corrispondenti alla calcolosi renale ed alla calcolosi vescicale.

La quarta voce (N. 62 « malattie della vescica, esclusi i tumori ») non trova esatta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « altre malattie dell'uretra » è compresa quella parte corrispondente alla fistola retto-vescicale, utero-vescicale; negli anni 1923-899 della voce « malattie della vescica (cistite acuta e cronica, fistola, paralisi e tumori) » non è compresa quella parte corrispondente ai tumori benigni o di natura non specificata della vescica; negli anni 1898-887 della voce « malattie della vescica (cistite acuta e cronica, fistola, calcoli, paralisi e tumori) » non è compresa quella parte corrispondente alla calcolosi della vescica ed ai tumori benigni o di natura non specificata di essa.

La quinta voce (N. 63 « malattie dell'uretra, ascesso urinoso, ecc. ») non trova esatta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « altre malattie dell'uretra » non è compresa quella parte corrispondente alla fistola retto-vescicale, utero-vescicale; negli anni 1923-887 della voce « malattie dell'uretra e della prostata (fistola, ascesso, ipertrofia della prostata) » è compresa quella parte corrispondente alle malattie dell'uretra ed all'ascesso urinoso.

La sesta voce (N. 64 « malattie della prostata ») trova perfetta corrispondenza solo nella nomenclatura del 1924; negli anni 1923-887 della voce « malattie dell'uretra e della prostata (fistola, ascesso, ipertrofia della prostata) » è compresa quella parte corrispondente alle malattie della prostata (esclusi i tumori benigni o di natura non specificata).

La settima voce (N. 65 « malattie degli organi genitali non indicate come veneree ») non trova in nessuna delle nomenclature precedenti esatta corrispondenza; infatti nel 1924 della voce « malattie non puerperali delle mammelle » non è compresa quella parte corrispon-

dente all'ascesso della mammella nell'uomo; negli anni 1923-887 della voce «malattie dei testicoli (tumori, ecc.)», «malattie dell'ovaia (ovariti, cisti, idrope, ecc.)», «malattie dell'utero e vagina all'infuori del puerperio (metrite, ematocele, metrorragia, tumori, vulvite, ecc.)» e «malattie delle mammelle (ascesso, tumori, ecc.)» non sono comprese quelle parti corrispondenti ai tumori benigni o di natura non specificata dei suddetti organi ed all'ascesso della mammella nell'uomo.

### XI. — Malattie della gravidanza, parto e puerperio

Comprende 5 voci.

La prima voce (N. 66 «accidenti della gravidanza») non trova perfetta corrispondenza nella nomenclatura dell'anno 1924, in quanto della voce «altre anomalie della gravidanza» è compresa quella parte corrispondente all'emorragia *ante-partum* ed ai disturbi sopravvenuti in corso della gravidanza, e della voce «metrorragia dopo il parto» non è compresa quella parte corrispondente all'emorragia da aborto, e nella nomenclatura degli anni 1896 e 1895 in quanto della voce «distocia, gravidanza extrauterina» è compresa quella parte corrispondente alla gravidanza extrauterina.

La seconda voce (N. 67 «emorragia puerperale») non trova esatta corrispondenza nella nomenclatura del 1924, in quanto della voce «metrorragia dopo il parto» è compresa quella parte corrispondente all'emorragia da aborto.

La terza voce (N. 68 «setticemia ed infezioni puerperali») trova esatta corrispondenza in tutte le nomenclature precedenti.

La quarta voce (N. 69 «tossiemia della gravidanza [albuminuria ed eclampsia]») non trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924, in quanto della voce «altre anomalie della gravidanza» è compresa quella parte corrispondente al vomito incoercibile nelle donne da 20 a 45 anni.

La quinta voce (N. 70 «altre malattie puerperali») non trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura degli anni 1896 e 1895, in quanto della voce «distocia, gravidanza extra-uterina» è compresa quella parte corrispondente alla distocia.

### XII. — Malattie della pelle e del tessuto cellulare.

Comprende una sola voce (N. 71 «malattie della pelle e del tessuto cellulare») che non trova perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; nel 1924 della voce «altre malattie della pelle e dei suoi annessi» non è compresa quella parte corrispondente al bottone di Aleppo, di Oriente, di Biskra, della voce «tigna, alopecie e scabbia» è compresa quella parte corrispondente alla scabbia e alle alopecie e della voce «malattie non puerperali delle mammelle» è compresa quella parte corrispondente all'ascesso della mammella dell'uomo; negli anni 1923-887 della voce «malattie delle mammelle (ascesso, tumori)» è compresa quella parte corrispondente all'ascesso della mammella dell'uomo; negli anni 1901-887 della voce «sclerema» è compresa quella parte corrispondente allo sclerema al disopra di tre mesi; negli anni 1898-887 della voce «flemmone, ascesso, piaghe, cangrena della pelle» non è compresa quella parte corrispondente alla cangrena della pelle.

### XIII. — Malattie delle ossa e degli organi della locomozione.

Comprende una sola voce (N. 72 «malattie delle ossa e degli organi della locomozione [esclusa la tubercolosi e il reumatismo]») che trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924; infatti negli anni 1923-895 della voce «malattie delle ossa e osteomalacia» non è compresa quella parte corrispondente all'osteomalacia; negli anni 1894-887 della voce «malattie delle ossa» non è compresa quella parte corrispondente ai tumori be-

nigni o di natura non specificata delle ossa e della voce « malattie delle articolazioni » non è compresa quella parte corrispondente all'artrite tubercolare ed ai tumori benigni o di natura non specificata delle articolazioni.

#### XIV. — Vizi di conformazione congeniti.

Comprende una sola voce (N. 73 « vizi di conformazione congeniti [esclusi i nati morti] ») che non trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924, in quanto della voce « cianosi, vizi congeniti di cuore » non è compresa quella parte corrispondente alla cianosi dei neonati e della voce « malattie della cavità boccale e degli organi annessi » è compresa quella parte corrispondente a stafiloplastia e stafilorrafia.

#### XV. — Malattie dell'infanzia.

Comprende 4 voci.

La prima voce (N. 74 « debolezza congenita ») non trova in nessuna delle nomenclature precedenti perfetta corrispondenza; infatti nel 1924 della voce « atrofia e debolezza congenita, ittero e sclerema dei neonati » non è compresa quella parte corrispondente all'ittero e sclerema dei neonati; negli anni 1923-887 della voce « atrofia congenita o infantile, atelectasia polmonare, immaturità » non è compresa quella parte corrispondente all'atelectasia polmonare ed all'immaturità.

La seconda voce (N. 75 « nascita prematura [non compresi i nati morti] ») non trova esatta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « nascita prematura, conseguenze del parto (morte del neonato) » è compresa quella parte corrispondente alla nascita prematura e così anche della voce « atrofia congenita o infantile, atelectasia polmonare, immaturità » negli anni 1923-887.

La terza voce (N. 76 « conseguenze del parto ») non trova in nessuna delle nomenclature precedenti esatta corrispondenza; infatti nel 1924 della voce « nascita prematura, conseguenze del parto (morte del neonato) » è compresa quella parte corrispondente alle conseguenze del parto; negli anni 1924-887 della voce « asfissia e apoplezia nel parto » è compresa quella parte corrispondente all'apoplezia nel parto.

La quarta voce (N. 77 « altre malattie speciali dell'infanzia ») non trova anch'essa perfetta corrispondenza in nessuna delle nomenclature precedenti; infatti nel 1924 della voce « atrofia e debolezza congenita, ittero e sclerema dei neonati » è compresa quella parte corrispondente a ittero e sclerema dei neonati e della voce « cianosi, vizi congeniti di cuore » è compresa quella parte corrispondente a cianosi dei neonati; negli anni 1923-902 della voce « ittero grave, melena, morbo di Winkel » è compresa quella parte corrispondente al morbo di Winkel e della voce « malattie delle arterie e cangrena senile degli arti (emorragia, endoarterite, ateromasia, aneurisma, tumori teleangectasici, embolo, onfalite) » è compresa quella parte corrispondente ad onfalite; negli anni 1923-887 della voce « atrofia congenita o infantile, atelectasia polmonare, immaturità » è compresa quella parte corrispondente ad atelectasia polmonare; negli anni 1924-887 della voce « asfissia e apoplezia nel parto » è compresa quella parte corrispondente all'asfissia nel parto; negli anni 1901-887 della voce « sclerema » è compresa quella parte corrispondente allo sclerema fino a tre mesi di età.

#### XVI. — Senilità

Comprende una sola voce (N. 78 « senilità ») che trova esatta corrispondenza in tutte le nomenclature precedenti.

## XVII. — Morti violente e accidentali.

Comprende 6 voci.

Di queste voci, due, e cioè il N. 79 « suicidio » ed il n. 80 « omicidio » trovano esatta corrispondenza in tutte le nomenclature degli anni precedenti; il N. 82 « altre morti violente di cui la natura (suicidio, omicidio, accidente) è sconosciuta », il N. 83 « ferite di guerra, compresa l'esecuzione di civili da parte di armate belligeranti » ed il N. 84 « esecuzione giudiziaria » trovano esatta corrispondenza nelle nomenclature degli anni 1924, per il N. 82, 1924-902, per il N. 83, e 1924-902 e 1896-887, per il N. 84, mentre negli altri anni non si trovano voci ad esse corrispondenti.

Il n. 81 « morti accidentali » non trova esatta corrispondenza solamente nella nomenclatura del 1924, in quanto della voce « altre malattie generali » è compresa quella parte corrispondente ad intossicazione da ptomaine e anafilassi e della voce « altre malattie dello stomaco » è compresa quella parte corrispondente a corpi estranei nello stomaco.

## XVIII. — Cause di morte non determinate.

Comprende una sola voce (N. 85 « Cause non specificate o mal definite ») che trova esatta corrispondenza in tutte le nomenclature precedenti.

## Conclusioni.

Ai cultori delle discipline statistiche non potrà sembrare superfluo l'aver analizzata e confrontata così dettagliatamente la nuova nomenclatura intermedia con le nomenclature usate antecedentemente in Italia, e ciò è stato fatto per rendere agevole allo studioso la ricerca della comparabilità o non comparabilità di ciascuna voce della nuova nomenclatura intermedia alle analoghe voci delle numerose nomenclature usate nella lunga serie di anni dal 1887 ad oggi.

Si può intanto concludere che le voci perfettamente comparabili delle nomenclature, dal 1887 al giorno d'oggi, sono le seguenti: tifo petecchiale, morbillo, scarlattina, tosse convulsa, difterite, influenza, sifilide, cancri ed altri tumori maligni, reumatismo articolare acuto, reumatismo cronico e gotta, meningite semplice, demenza precoce ed altre psicosi (negli anni dal 1898 al 1895 non esiste una voce corrispondente), pericardite, setticemia ed infezioni puerperali, senilità, suicidio, omicidio, altre morti violente di cui la natura (suicidio, omicidio, accidente) è sconosciuta (negli anni dal 1923 al 1887 non esiste voce corrispondente), ferite di guerra compresa l'esecuzione di civili da parte di armate belligeranti (dal 1901 al 1887 non esiste voce corrispondente), esecuzione giudiziaria (negli anni dal 1901 al 1897 non esiste voce corrispondente), cause non specificate o mal definite.

La non comparabilità, poi, di alcune voci può ritenersi trascurabile in quanto l'esiguo numero dei morti per la causa in esse compresa o non compresa, si può giudicare non alteri sensibilmente l'andamento della mortalità per le cause rappresentate dalle suddette voci: ciò avviene per la voce « febbre tifoidea, pneumotifo, meningo-tifo, paratifo, febbre miliare » negli anni 1923-902 e 1897-95, che per essere perfettamente comparabile con la voce analoga della nuova nomenclatura intermedia non dovrebbe comprendere la febbre miliare; per la voce « vaiuolo e vaiuoloide » nel 1924, che per essere comparabile dovrebbe comprendere anche l'alastrim; per la voce « dissenteria senza qualifica o dovuta ad altre cause » nel 1924, che per essere comparabile non dovrebbe comprendere la dissenteria malarica o pernicioso-dissenterica; per la voce « peste bubbonica » del 1924 che per essere comparabile non dovrebbe comprendere il bubbone climatico; per la voce « tubercolosi del sistema linfatico, escluse le ghiandole mesenteriche e retro-peritoneali » che per essere comparabile non dovrebbe comprendere la tubercolosi dei gangli tracheo-bronchiali; per la voce « adenite ed adenite toracica » degli anni 1894-87, che è compresa parte nel N. 11 e parte nel N. 46 della nuova nomenclatura intermedia.

## Notiziario

### **Viaggio del Direttore Generale dell' I. N. A. nelle Calabrie.**

*Il Direttore Generale dell' I. N. A., Cav. di Gr. Cr. Giordani dottor Ignazio, ha visitato le Agenzie Generali delle Calabrie e il 24 ottobre ha partecipato in Catanzaro al 1° Congresso Provinciale dell' Istituto Nazionale delle Assicurazioni.*

*Il Dott. Giordani poté constatare personalmente il grande sviluppo assunto dalla previdenza assicurativa in quelle Regioni ed ebbe a manifestare a tutti i collaboratori della Provincia il suo vivo compiacimento per la loro encomiabile attività.*

### **Congresso internazionale di medicina dell'assicurazione - vita**

Dal 23 al 27 luglio 1935 avrà luogo a Londra il Congresso Internazionale di Medicina dell'assicurazione-vita. Il programma provvisorio è stabilito come segue:

Martedì 23 luglio

Ricevimento ai Delegati al Congresso.

Mercoledì 24 luglio

*Mattinata.* — Cerimonia ufficiale d'apertura; Discussione su « Dei metodi per la valutazione dei rischi »; Rapporti preliminari: Dott. Sturm - Germania; Dott. Chester T. Brown - Stati Uniti.

*Pomeriggio.* — Discussione su « Il pronostico dell'ipertensione »; Rapporti preliminari: Dott. May e Dott. Ollivier - Francia; Professor Dott. Winternitz - Italia.

Giovedì 25 luglio

*Mattinata.* — Discussione su « Dell'accettazione dei glicosurici »; Rapporti prelimi-

nari: Prof. W. Langdon Brown - Inghilterra; Prof. van den-Bergh - Olanda.

*Pomeriggio.* — Discussioni su « Le ulcere gastro-duodenali e l'assicurazione Vita »; Rapporti preliminari: Prof. Dott. I. Romanelli - Italia; Dott. Faroy e Dott. Carrié - Francia.

*Serata.* — Banchetto ai congressisti.

Venerdì 26 luglio

*Mattinata.* — Discussioni su « Del valore delle misure preventive nell'assicurazione-Vita »; Rapporti preliminari: Dott. O. Neustätter - Germania, e un medico americano di cui non si conosce ancora il nome.

*Pomeriggio.* — Rapporti speciali.

Sabato 27 luglio

Escursioni ai dintorni.

*Quote di partecipazione.* — La quota di partecipazione per i partecipanti al Congresso, comprendente il banchetto e le altre cerimonie durante il Congresso, nonché una copia degli atti, è fissata in lire sterline due; la quota per le signore, in ragione di una persona per congressista, è di lire sterline una e comprende soltanto il banchetto e le cerimonie.

*Viaggi e Alberghi.* — Se i Delegati al Congresso saranno abbastanza numerosi si cercherà di ottenere delle riduzioni sui viaggi e soggiorno negli alberghi.

*Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Direzione di questa Rivista.*

### **XI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.**

*Torino, 29-31 ottobre 1934-XIII.*

Dal 29 al 31 ottobre è stato tenuto in Torino l'XI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro, che è riuscito oltremodo interessante per i temi trattati e per il numero e personalità degli intervenuti.

L'inaugurazione fu fatta dal Sottosegretario di Stato alle Corporazioni S. E. Arcangeli nell'Aula Magna della R. Università, dove il

Senatore Prof. Devoto illustrò le alte finalità del Congresso che è stato il primo tenutosi dopo l'andata in vigore della legge sulle malattie professionali promulgata dal Governo Fascista.

L'On. Prof. Nicolò Castellino, titolare della Clinica delle malattie del Lavoro di Napoli, svolse la relazione sul tema: « Il lavoro sul mare ». Egli si occupò soprattutto della gente di mare propriamente detta, o marinai, dei quali esaminò le modalità d'arruolamento con le norme atte a stabilirne l'idoneità fisica e morale. Rilevò la dolorosa situazione di una percentuale non indifferente di naviganti, costretti dalla situazione dei traffici internazionali, ad una forzata inoperosità.

Il Castellino trattò il problema dell'alimentazione della gente di mare proponendo una limitazione di carboidrati ed un aumento della razione di sostanze azotate. Illustrò quindi l'influenza che esercitano sui sistemi organici le perturbazioni meteoriche ed esaminò in modo speciale l'importanza del fattore umidità sul determinismo delle malattie dell'apparato respiratorio. Trattò dell'influenza che i rapidi mutamenti di clima e di stagioni, i bruschi squilibri di pressione, i veleni da stanchezza e da eccessiva traspirazione esercitano sul sistema cardiovascolare con la insorgenza di non rari fenomeni arteriosclerotici. Disse che per essere i marinai immersi continuamente in un'atmosfera di vapori di jodio sono degli ipertiroidei fisiologici. Questa constatazione esige un'accorta profilassi e criteri severi nella selezione degli aspiranti al mestiere e alla vita di mare.

Seguì il Prof. Gustavo Quarelli, Direttore della Clinica del Lavoro di Torino, con lo svolgimento della seconda parte del tema di relazione: « Il lavoro sul mare e sulle acque dolci ».

L'oratore trattò le alterazioni patologiche dei lavoratori dell'acqua distinguendole in malattie da eccesso di lavoro, da ambiente di lavoro, da atteggiamento, da qualità e materiale di lavoro.

Concluse facendo voti che la medicina del lavoro possa portare un sempre maggiore contributo alla soluzione di un problema così vitale per l'economia italiana, qual'è quello della pesca, e auspicò che in determinate condizioni

le malattie dei pescatori e palombari debbano essere comprese fra le indennizzabili.

Del tema sul solfocarbonismo fu relatore il Prof. Aristide Romelletti, Direttore della Scuola di Perfezionamento di Medicina del Lavoro di Roma. L'oratore rilevata l'importanza dell'intossicazione professionale da solfuro di carbonio, dato il largo impiego di questa sostanza in una delle più fiorenti industrie italiane, quella cioè della seta artificiale (Rayon), passò alla illustrazione del quadro clinico della solfocarbonismo e fece quindi proposte atte ad impedirne lo sviluppo.

Il Prof. Audo-Giannotti riferì sulle « Alterazioni neuro-vegetative ed endocrine dell'intossicazione solfocarbonica (con particolare riferimento alle capsule surrenali).

Il Prof. Di Donna, capo dell'Ispettorato medico corporativo svolse la sua tesi sulla « Prevenzione igienica del solfocarbonismo » additando le norme atte a prevenire i nefasti del solfocarbonismo. Tali norme trovano oggi la loro sanzione in leggi e regolamenti, il cui campo di azione va sempre più estendendosi o perfezionandosi per la costante cura dello Stato fascista alla tutela della salute del lavoratore, in ottemperanza ai postulati della Carta del Lavoro.

La terza relazione del Congresso fu quella, veramente completa, del Prof. Guglianetti sulle malattie professionali dell'apparato visivo.

Le relazioni diedero luogo ad animate e proficue discussioni.

Importanti e numerose furono anche le comunicazioni riferentisi al campo delle assicurazioni, del solfocarbonismo professionale, delle malattie oculari, delle intossicazioni professionali, dell'igiene del lavoro, della parassitologia, della patologia dei marittimi ecc...

Di speciale interesse la comunicazione del Prof. Devoto « Per l'assicurazione degli artigiani contro le malattie professionali » e del Sen. Prof. Micheli, direttore della Clinica medica di Torino, sull'importanza dell'infezione esogena nel determinismo della tubercolosi polmonare dell'adulto.

Molto interessante riuscì anche la comunicazione del Prof. Cavagliano sull'anchilostomiasi e sulla sua diffusione in lavoratori agricoli.

Le tre laboriose giornate del Congresso fu-

rono inframezzate da visite agli stabilimenti industriali della Fiat, Snia-Viscosa e a quelli per la fabbricazione del Vermut dei conti Rossi a Pessione.

A sede del futuro Congresso fu designata Napoli con una giornata a Bari.

F. M.

*La Medicina del Lavoro ha al suo attivo notevoli benemerienze. Sin dal tempo in cui Ramazzini richiamò l'attenzione sulle alterazioni morbose dovute al lavoro, molte e notevoli ricerche hanno lumeggiato il problema.*

*Ne è seguita tutta una legislazione sociale atta a prevenire ed a indennizzare i danni che dal lavoro possono derivare.*

*La nostra Carta del Lavoro del 1927 ha consacrato i diritti del lavoro.*

*Oggi ci permettiamo di additare ai cultori di questa benemerita branca della medicina alcuni problemi che a nostro parere non hanno scarsa importanza.*

*Sarebbe molto utile un contributo della medicina del lavoro che potesse dimostrare di quanto la vita umana viene abbreviata a causa dei vari lavori nei quali l'attività umana si esplica.*

*Quale è la frequenza e quali sono le cause delle invalidità specialmente permanenti.*

*Pur rendendoci conto della difficoltà di ottenere dati statistici che possano permettere una risposta concreta a questi quesiti, riteniamo che un contributo delle varie Cliniche del Lavoro in Italia, che sono attualmente dirette da uomini di indiscussa competenza, possa far delineare una soluzione che può avere una eco importante a favore dei lavoratori.*

Ri.

## XL Congresso di Medicina Interna.

Il Congresso è stato tenuto quest'anno a Roma dal 17 al 20 ottobre.

Vi hanno partecipato le personalità più eminenti della scienza medica e gran numero di medici accorsi da tutte le parti d'Italia.

Il discorso inaugurale fu pronunciato dal prof. Alessandri, che fece rilevare l'impor-

tanza della fattiva collaborazione delle due Società di Medicina e Chirurgia nella lotta contro le malattie infettive. Dopo avere accennato ai problemi di medicina sociale riguardanti le malattie che sono causa di deperimento della razza, parlò dei grandi vantaggi che la classe medica può dare pel raggiungimento delle alte finalità che il Regime si propone per la difesa e il potenziamento della stirpe.

Il primo tema di relazione « terapia vaccinica delle malattie infettive » fu svolto dal Prof. Ferrata di Pavia in collaborazione col Prof. Boeri di Napoli.

Fu trattata ampiamente la questione del vaccino non solo nel campo profilattico ma anche in quello curativo, con rilievi di grande importanza scientifica e pratica.

Di molto interesse riuscì la relazione del maggiore medico D'Alessandro sulle « Pleuropatie dell'esercito ».

Il Prof. Omodei Zorini, Vice Direttore della Clinica della tubercolosi trattò il tema delle « Bronchiectasie ». Sullo stesso argomento riferì il Prof. Vallebona per quanto riguarda l'indagine radiologica.

Nell'ultimo giorno del Congresso fu trattato il tema delle « Metereoterapie » dal Professor Pende e dal suo aiuto Prof. Bufano. Questi riferì sui singoli fattori atmosferici ed il Professor Pende trattò la clinica e l'interpretazione dei cambiamenti morbosì, determinati dal complesso metereologico nel corpo umano.

La importante relazione suscitò molto interesse ed ammirazione e diede luogo ad ampia discussione cui portarono contributi di esperienza ed osservazioni diversi congressisti.

Numerose e pregevoli sono state le comunicazioni sui più importanti capitoli di patologia e di medicina sociale.

Sede del futuro Congresso sarà Bologna.

F. M.

## Le provvidenze della « Skandia » in favore dei propri assicurati.

La Skandia concede l'assistenza sanitaria ai propri assicurati solo in caso di tubercolosi polmonare. All'uopo questa azienda insieme a diverse altre Compagnie evedesi ha eretto un

sanatorio nel quale possono essere ricoverati gli assicurati che hanno stipulato una assicurazione di almeno 5.000 corone e che si siano successivamente ammalati. Le spese di cura sono considerate come un debito da parte dell'assicurato verso la Società; questo debito non è gravato da interessi, ma deve essere ammortizzato ratealmente nel corso di dieci anni. Di conseguenza se l'assicurato sopravvive di almeno dieci anni e un giorno dalla data sotto la quale fu ricoverato, il suo debito è estinto; in caso contrario la Compagnia, all'atto della liquidazione, si trattiene l'importo residuo del suo credito.

Per coloro che sono assicurati per somme inferiori alle 5.000 corone, la Società, in caso di malattia, contribuisce alle spese per il ricovero in una buona casa di cura. Detto con-

tributo corrisponde alla metà delle spese che ha sostenuto o dovrà sostenere l'assicurato, ma comunque non può superare l'importo di 3 corone e mezzo al giorno per un periodo massimo di giorni 180. D'altra parte il contributo globale non può superare il 25% del « capitale sotto rischio » al principio dell'anno durante il quale l'assicurato è stato ricoverato. (Per « capitale sotto rischio » s'intende la differenza tra capitale assicurato e riserva premi).

La Skandia offre anche a un tasso modesto un allegato di assicurazione-invalidità per cui, nel caso l'assicurato diventi invalido, viene esentato dall'ulteriore pagamento dei premi e, per alcune clausole contrattuali, può anche ottenere una rendita d'invalidità.

## La pagina del Medico fiduciario

### **Danni che potevano essere evitati.**

Nell'ottobre 1933 venne stipulato un contratto di assicurazione sulla testa di un individuo cinquantenne, che dichiarò di non aver sofferto alcuna malattia e di non aver fatto ricorso all'opera di alcun sanitario. Dopo qualche mese l'assicurato decedette per carcinoma gastrico e dall'inchiesta eseguita è risultato che la malattia si era iniziata nella primavera del 1933 e che nel mese di settembre 1933 l'assicurato era stato ricoverato in Ospedale, dove con tutti gli esami, compreso quello radiologico, era stata accertata la diagnosi di cancro dello stomaco non operabile.

F. M.

\*  
\*\*

Alla fine di dicembre del 1933 fu sottoposto a visita medica un assicurando, che fu giudicato sano ed esente da ogni affezione morbosa. Fu emessa quindi la polizza a condizioni normali. Il 3 febbraio 1934 l'assicurato morì per peritonite da ulcera duodenale perforata. Dall'inchiesta eseguita è risultato che le prime sofferenze gastrointestinali in forma lieve si ebbero nell'ultima decade del dicembre 1933 e furono denunciate al medico fiduciario visitatore. Questi non diede peso ai

disturbi dichiarati dal paziente e non li trascrisse neanche nel certificato Mod. Serv. San. n. 1.

F. M.

*Ogni medico di assicurazione-vita ha il dovere di trascrivere fedelmente nella prima parte del rapporto tutte le dichiarazioni dell'assicurando, il quale firmandole ne assume completa responsabilità.*

*Il fiduciario dopo aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo deve nelle conclusioni e nelle osservazioni esprimere il proprio giudizio diagnostico e prognostico: egli mai e per alcuna ragione può omettere di trascrivere qualsiasi dichiarazione fatta dall'assicurando. Il medico che ometta di trascrivere una qualsiasi dichiarazione dell'assicurando può incorrere in gravi responsabilità sia verso l'assicurato che verso l'Ente assicuratore. Ri*

### **Tentato raggiro di un assicurando.**

Per la stipulazione di un contratto per somma rilevante un assicurando fu sottoposto a visita di controllo di un nostro Consulente.

Questi in una prima visita non poté otte-

nera le urine dell'assicurando, che promise di tornare appositamente per altro esame. Senonchè in tale occasione il nostro consulente che aveva avvertito doversi emettere in sua presenza le urine, poté constatare che l'assicurando ritiratosi in un angolo della stanza stava versando nel bicchiere l'urina contenuta in una bottiglia che aveva tolta di tasca. Scoperto il trucco l'assicurando si decise ad emettere la sua urina, che, esaminata, fece rilevare i segni evidenti di una cistite cronica.

F. M.

## Sempre a proposito del rilievo delle misure somatiche.

*Nonostante i ripetuti richiami rivolti, con la presente rubrica, perchè siano esattamente rilevate e segnate le misure somatiche degli assicurandi, seguita a pervenire alla Direzione qualche certificato medico con dati somatici evidentemente contraddittori e conseguentemente non veritieri.*

*Ne segnaliamo alcuni:*

*Per un'assicuranda di a. 31 il medico fi-*

*duciario nel rapporto in data 1 maggio 1933 segnò le seguenti misure somatiche: altezza verificata m. 1.55; peso stimato Kg. 67— verificato Kg. 66; collo cm. 34, torace cm. 85-84 83, addome cm. 80.*

*In altro rapporto redatto il 21 ottobre 1934 per la stessa assicuranda lo stesso fiduciario scrisse: Altezza verificata m. 1.47, peso stimato Kg. 54, verificato Kg. 54, collo cm. 33, torace cm. 59-58 57, addome cm. 102.*

\* \* \*

*Per altro assicurato in un rapporto in data 26 aprile 1934, si rileva: altezza m. 1.64, peso Kg. 62, collo cm. 35, torace cm. 82, addome cm. 60. In un rapporto dello stesso sanitario in data 2 ottobre 1934 si trova: altezza m. 1.55, peso Kg. 60, collo cm. 32, torace cm. 86, addome. cm. 90.*

*In quale certificato sono segnati i dati veri? o in nessuno?*

*Eppure le misure somatiche sono un elemento talora decisivo per la valutazione dei rischi e sono la base di ricerche e studi importanti di statistica medica.*

F. M.

## Dai Libri e dalle Riviste

### Sulla sopramortalità in persone affette da enfisema.

(« Transactions of The Actuarial Society of America », Vol. 35, parte 1°).

Il materiale di osservazione della presente indagine (compiuta dal Dr. Hunter) è costituito dalle polizze emesse dalla « New York Life » nel periodo 1925-1931, seguite fino al loro anniversario nel 1932. I casi di enfisema osservati furono 362, di cui nel 36 % fu determinato il grado della malattia. Fra questi ultimi, l'80 % erano lievi (leggera dispnea in seguito a fatica, senza segni clinici di bronchite); il 19 % erano medi, l'1 % gravi (presenza di segni clinici di bronchite cronica, asma e moderata dispnea in seguito a fatica). La mortalità teorica fu computata in base alla tavola normale della compagnia. Nel gruppo degli enfisematosi assicurati a saggi normali di premio il rapporto della mortalità effettiva alla teorica fu del 219 % in relazione al numero dei contratti e del 228 % in relazione all'ammontare

dei capitali. Nel gruppo degli enfisematosi assicurati con soprapremio come rischi tarati, il rapporto della mortalità effettiva alla teorica fu del 363 % come numero di contratti e del 362 % come ammontare dei capitali. Erano invece stati previsti, nei due casi, dei rischi normali e dei rischi tarati, valori del 100 % e del 150 % rispettivamente del rapporto stesso. *L'enfisema è risultata quindi una tara più grave che non si credesse.*

Una analisi del materiale di osservazione nei riguardi della origine degli assicurati ha dimostrato che il 13 % di essi erano oriundi degli Stati Uniti e del Canada e che quasi tutti gli altri erano ebrei europei e particolarmente russi, il che dimostra che l'enfisema si presenta con molto maggior frequenza fra gli israeliti che fra gli uomini di qualsiasi altra razza.

È interessante notare che molti medici fiduciari accennarono nel loro referto ad « enfisema razziale » ed evidentemente non attribuirono ad esso molta importanza.

In seguito al risultato della indagine la New

York Life si propone di raddoppiare, nella sua valutazione dei rischi, il valore dell'enfitema come tara.

(Dal *Bollettino* di ottobre della Biblioteca del P. I. N. A.).

### Polmonite e assicurazione vita.

(« *The Review* », 21 novembre 1934).

La polmonite causa gravi perdite alle Compagnie di Assicurazione Vita.

L'esperienza ha dimostrato che le persone indigenti e di salute delicata o inclini agli eccessi d'alcool hanno maggiore probabilità di essere colpite. In media si hanno recidive nel 4% dei casi e sarebbe perciò giustificato un soprappremio ai proponenti che hanno sofferto questa malattia. Tuttavia questa pratica non è in uso e le persone in apparenza sane e ben guarite vengono accettate a tariffa ordinaria. La polmonite lascia però conseguenze, soprattutto affezioni cardiache, che si manifestano a distanza.

Di conseguenza le Compagnie vita si avvantaggerebbero non poco se comunque si riuscisse a ridurre la mortalità per questa malattia.

È attualmente in corso un esperimento ad opera della « Metropolitan Life Insurance Co. » di New York, i cui medici sostengono che la mortalità per polmonite è dovuta a due cause principali:

- 1° Per mancanza di una diagnosi tempestiva;
- 2° Per mancanza di opportune cure mediche e dell'assistenza necessaria.

All'uopo la Compagnia ha iniziato in tre o quattro città in cui la frequenza di questa malattia appare maggiore, una campagna alla quale cooperano autorità sanitarie, medici e infermiere, che incoraggiano l'uso di un siero antipneummonico, la cui scoperta è stata favorita dalle indagini compiute sotto il patronato della « Metropolitan ».

(Dal *Bollettino* di ottobre della Biblioteca del P. I. N. A.).

### Dell'anamnesi familiare nelle indicazioni dell'assicurando.

(Dr. F. RUNCK).

Con l'attuale legislazione sanitaria, che attribuisce grandissima importanza al fattore ereditario, tutte le varie branche della medicina si interessano oggidì dell'argomento con studi e ricerche. Anche la medicina assicurativa vi partecipa di buon grado, ed invero essa per suggerimenti specie di Florschuetz, Golbstein, Sturm ed altri da parecchi anni teneva conto dei fattori ereditari per giudicare la mortalità degli assicurati.

È necessario adesso che anche il popolo venga istruito e comprenda come le malattie degli antenati possano trasmettersi ai discendenti e perciò sia invogliato a conoscere non solo le malattie dei genitori, ma anche dei nonni e dei bisnonni. Pertanto sarebbe utile che le compagnie assicuratrici nei loro moduli di visita medica formassero delle apposite domande, alle quali l'assicurato deve rispondere con adeguate e precise risposte, e non con espressioni vaghe ed insignificanti come « malattie da parto » invece di tubercolosi, « disgrazia » in luogo di suicidio, « debolezza senile » per cancro ecc.

Sarà pure bene dare istruzioni opportune ai medici fiduciari perchè raccolgano con precisione i dati ereditari, in modo che le compagnie possano valutare con più esattezza il rischio ed elaborare statistiche rispondenti a verità e che in avvenire contribuiscano a stabilire la mortalità per malattie ereditarie.

(« *Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung* »).

### Storia dell'assicurazione dei rischi tarati.

(« *Die Versicherung* », 6 settembre 1934).

La storia del problema dell'assicurazione dei rischi tarati può essere divisa in quattro periodi. Il primo va fino al 1896. Va considerata come uno dei primi tentativi di soluzione del problema la creazione avvenuta nel 1824 della « Clerical, M di al and General Life Assurance Company » di Londra, seguita a lunghi intervalli da altre imprese costituite per lo stesso scopo in Inghilterra ed anche in Germania (queste ultime con vita effimera). In complesso si può dire che tutti i tentativi fatti nella seconda metà del secolo scorso per risolvere il problema dell'assicurazione dei rischi tarati sono caratterizzati dalla mira di far ricadere il rischio sull'assicurato (clausole di carenza, limitazione della cifra globale dei pagamenti in relazione alle assicurazioni di questo tipo nei singoli esercizi, ecc.).

L'inizio del secondo periodo può esser posto nel 1896: per il sessennio 1890-1896 la compagnia americana « New York Life » aveva seguito i rischi rifiutati per l'assicurazione a condizioni normali; da queste osservazioni aveva tratto delle statistiche in base alle quali, appunto nel 1896, iniziò su vasta scala l'assicurazione dei rischi anormali.

Nel 1905 sette compagnie olandesi crearono la società « De Hoop » che ancor oggi si occupa esclusivamente dell'assicurazione dei rischi tarati.

Nel 1909 fu tenuto a Vienna il VI Congresso Internazionale di Attuari, alla discussione del

quale fu proposta la questione se fosse possibile allora l'assicurazione di vite tarate secondo speciali classi di rischi, e, in caso affermativo, in qual modo si potessero ottenere le corrispondenti basi tecniche. Sebbene alla discussione partecipassero tecnici pratici e di valore, la formulazione stessa del problema mostra che l'assicurazione dei rischi tarati si trovava ancora allo stadio iniziale; e le poche relazioni sui risultati pratici già conseguiti dicono che si limitava allora all'assicurazione dei migliori fra i rischi tarati, quelli in genere che verrebbero oggi qualificati come aventi una ipermortalità del 50 %; soltanto in America erano già allora accettati rischi con una ipermortalità del 75 %, in casi eccezionali del 100 %.

Nel 1916 approssimativamente si può porre l'inizio del terzo periodo. Nella seconda metà del 1915 la compagnia di riassicurazione « Sverige » costituì un reparto speciale per l'assicurazione dei rischi anormali. Nel 1916 ventuno compagnie tedesche fondarono la « Hilfe », destinata esclusivamente all'esercizio di questo ramo. Nello stesso anno fu costituito in Austria, per lo stesso scopo, un Consorzio di tutte le compagnie vita allora operanti in quel paese, mentre i lavori preparatori per la costituzione di esso erano stati iniziati fin dal 1912. Ancora nello stesso anno 1916 fu costituito un analogo Consorzio in Ungheria, il quale però come la tedesca « Hilfe » sospese l'attività alcuni anni dopo. Sempre nel 1916 quasi tutte le compagnie danesi si unirono per costituire la « Dana » di Copenhagen; nel 1917 sorse allo stesso modo la norvegese « Norske Folk », nel 1919 la finlandese « Varma ». Presso a poco nella stessa epoca, o a breve distanza di tempo, anche grandi compagnie di riassicurazione, come le tedesche « Koelnische Rueck » e « Muenchener Rueck » e la svizzera « Schweizerische Rueck » iniziarono su vasta scala la riassicurazione dei rischi tarati. In pochi anni l'assicurazione dei rischi anormali aveva fatto rapidi progressi in quasi tutti i paesi d'Europa; sicchè si ha l'impressione che fra il 1916 e il 1919 si siano resi evidenti i frutti di un lungo lavoro precedente. Consorzi per l'assicurazione dei rischi tarati sorsero ancora in Cecoslovacchia nel 1922 e in Italia nel 1927.

Risulta dunque da quanto precede che in tutti i paesi è stata scelta per l'assicurazione dei rischi tarati la forma del « pool », il quale in Olanda e nei paesi scandinavi ha assunto la forma di una compagnia a sè, e negli altri la forma del Consorzio.

L'inizio del quarto periodo infine, può essere posto nel 1927 per due ragioni. In tale anno fu tenuto a Londra l'VIII Congresso Internazionale di attuari al quale fu proposto il tema « Assicu-

razione dei rischi tarati », formulazione che indica già la effettiva esistenza e il riconoscimento del ramo. Su questo tema furono presentati al Congresso 12 lavori, dagli Stati Uniti, dal Belgio, dalla Cecoslovacchia, Danimarca, Germania, Inghilterra, Finlandia, Norvegia, Austria, Svezia.

La seconda ragione è che nel 1927 fu costituita una cooperazione internazionale fra i Consorzi, la quale tenne in quell'anno a Vienna la sua prima conferenza, con la partecipazione dei Consorzi stessi e di alcune grandi compagnie di riassicurazione. Alla Conferenza di Vienna fu decisa la creazione di « perizie internazionali » sui rischi tarati, cioè delle così dette circolari internazionali. Queste sono oggi lo strumento essenziale della conferenza per la collaborazione internazionale tenuta nel 1931 a Copenhagen e che designò come centro di raccolta per il periodo 1931-1934 il Consorzio viennese, mentre, come centro di raccolta per il triennio 1934-37 è stato designato il Consorzio cecoslovacco.

(Dal *Bollettino* di ottobre della Biblioteca dell'I. N. A.).

### L'assicurazione dei rischi tarati in Francia.

(« *Die Versicherung* », 6 novembre 1934).

Questa forma di assicurazione si è iniziata relativamente tardi in Francia, avendo soltanto negli ultimi 10 anni alcune Compagnie cominciato a concedere polizze su vite anormali. Due anni or sono la « Compagnie d'Assurances Générales Accidents » ha creato un apposito « Ufficio tariffe e riassicurazioni per rischi anormali », iniziando l'emissione delle polizze nell'anno successivo.

La valutazione dei rischi viene fatta in base al metodo numerico della « New York Life » e l'adozione di questo metodo, che del resto ha dato buoni risultati, è giustificata dal fatto che la vita media degli assicurati francesi non deve differire sensibilmente da quella corrispondente degli assicurati americani.

La « Compagnie d'Assurances Générales Accidents » valuta il rischio e applica la tariffa per tutte le proposte presentate alle Compagnie francesi e ne assume la riassicurazione.

Nel 1933 la Compagnie d'assurances ha applicato la tariffa a 692 rischi per circa 34.000.000 di fr. di capitale, di cui ne ha riassicurati 330 per 11.000.000 di fr. di capitale con circa 600.000 fr. di premi. Nei primi otto mesi del 1934 si registra un notevole aumento del numero dei contratti e dei capitali assicurati e riassicurati, il che dimostra che l'assicurazione dei rischi tarati incontra il pieno favore delle persone in condizioni di salute anormali.

\*\*

*Ci risulta che alcune compagnie francesi si stanno ora attrezzando per l'accettazione diretta dei rischi tarati. Attualmente i rischi tarati vengono inviati dalle compagnie francesi ai riassicuratori, specialmente della Svizzera. Oltre il centro di accettazione di rischi tarati costituito dalle « Assurances Générales » di cui si parla precedentemente e di cui è medico-capo il Dr. L. Coppet, funziona anche a Parigi in Avenue Hoche per conto di riassicuratori esteri un ufficio medico per la classificazione dei rischi tarati, al quale molte compagnie francesi deferiscono i propri rischi aggravati.*

Ri.

### Assicurazione di una rendita giornaliera in caso di malattia.

(« Deutsche Versicherungs-Presse », 20 settembre 1934).

Un'azienda assicuratrice tedesca, la « Volkswohl », offre l'assicurazione di una rendita giornaliera in caso di malattia. In base ad una tariffa di questo tipo, il premio mensile è di Rm. 1.60 per le età da 16 a 45 anni e di Rm. 2.40 per le età da 46 a 60 anni. Il beneficio in caso di malattia è di Rm. 8 al giorno, pagabile per un periodo massimo di 26 settimane all'anno. La compagnia si riserva però il diritto di esercitare a mezzo di un proprio medico, in qualsiasi momento, una azione di controllo.

(Dal *Bollettino* di ottobre della Biblioteca dell'I. N. A.).

### L'andamento della mortalità in Italia.

Lo studio dei dati statistici sulle cause di morte nel regno per gli anni 1929-30 è pubblicato ora dall'Istituto Centrale di Statistica costituendo il volume di Introduzione alla statistica del biennio stesso.

La compilazione del libro è dovuta al Dott. De Berardinis Capo del Reparto Statistiche Demografiche e Sanitarie coadiuvato dal Dott. Giannelli; la trattazione fatta con la consueta competenza è in gran parte analoga alle precedenti sebbene di volume notevolmente ridotto. Sono state esaminate tra le cause di morte di speciale interesse, oltre quelle prese in considerazione negli altri precedenti, la poliomielite anteriore acuta, la cirrosi alcoolica e l'alcoolismo cronico.

È confortante rilevare come la mortalità per tubercolosi, per febbre malarica e cachessia palustre sia andata sempre migliorando; risultati da

mettersi certamente in rapporto ai numerosi mezzi moderni di profilassi, di assistenza e di bonifica ambientale attuati dal Governo Fascista.

Ma purtroppo alcuni gruppi di malattie anziché decrescere come le altre presentano un lieve incremento, tra esse dobbiamo inserire soprattutto le malattie di cuore e i tumori maligni. Certamente tale aumento è in parte dovuto ad una maggiore longevità dell'uomo nel quale periodo prevalgono queste malattie, ma non v'è dubbio che fatti costituzionali e sociali contribuiscono alla loro determinazione.

La ricchezza del materiale e dei dati esposti in questo libro meritano un esame attento del volume da tutti gli studiosi di statistica.

St.

### La mortalità per tubercolosi in Italia:

Nel n. 8 della Rivista « Lotta contro la tubercolosi » dell'agosto scorso, il Ten. Col. medico Dott. Luigi De Berardinis dell'Istituto Centrale di Statistica pubblica un suo interessante studio sulla mortalità per tubercolosi in Italia.

Utilizzando i dati relativi al numero dei morti ricavato dalle medie triennali dei decessi verificatisi negli anni 1900-02; 1910-12; 1920-22 e 1930-32, studia l'andamento della mortalità, comparativamente all'ultimo triennio e per tutte le forme tubercolari, per la tubercolosi polmonare e disseminata e per il complesso delle altre forme senza tener conto dapprima, dei vari gruppi di età dei deceduti.

Osserva come la mortalità sia diminuita in ciascuno dei quattro periodi su accennati e come tale diminuzione sia meno sensibile nella forma polmonare che nelle altre forme tubercolari, constatando in conseguenza, quanto la prima sia meno sensibile delle altre, alle provvidenze terapeutiche e profilattiche adottate.

Non trascurava di considerare che la mortalità si rileva superiore nelle femmine che nei maschi, tranne il complesso delle altre forme tubercolari, in cui si può considerare equiparata nei due sessi.

Passa quindi all'esame dei vari gruppi di età ed osserva che per tutte le forme tubercolari la mortalità, abbastanza elevata nell'infanzia, è sensibilmente diminuita nei primi cinque anni di vita; ciò l'A. spiega, attribuendo tale evento agli effetti dei mezzi di difesa apprestati, che hanno favorevolmente operato in tale gruppo.

Mostra come il fenomeno si riaffacci dai 15 ai 24 anni, ove riscontra lieve diminuzione di esso ed indica nel gruppo dai 25 ai 34 anni, quello in cui la mortalità tocca il suo massimo. Lo stesso osserva e per l'identico periodo per la tubercolosi polmonare e disseminata, mentre il

massimo dei deceduti, nelle forme extra polmonari, lo individua nei primi anni di vita.

Nota che la mortalità in genere per tubercolosi nelle varie età, non è la stessa nei diversi paesi ed all'uopo confuta l'ipotesi avanzata in una nota apparsa nel « Rapport épidémiologique mensuel » della società delle Nazioni (n. 10 anno III marzo 1915), concludendo che le curve di mortalità per tubercolosi vanno considerate allo scopo d'indagare nelle varie età, quale sia la forma che determina il maggior numero di morti, onde dedurre le provvidenze più adatte alla lotta.

Con l'ausilio di alcuni grafici e con un preciso commento delle cifre dimostra infine come i mezzi di profilassi apprestati abbiano già dato i primi benefici effetti specialmente nel campo della tubercolosi extra polmonari e precisamente nelle età infantili.

G. P.

### Distribuzione per età della popolazione italiana e confronto con le popolazioni francesi ed inglesi.

La rivista « Assicurazioni » — edita a cura dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e della Federazione Fascista delle Imprese Assicuratrici — pubblica, nel fascicolo 4-5 dell'ottobre sc. un articolo del Prof. Franco Savorgnan — ordinario nella R. Università di Roma e Presidente dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia — relativo alla distribuzione per età della popolazione italiana secondo il censimento del 1931, in confronto con la popolazione francese ed inglese secondo le risultanze dei rispettivi censimenti generali del 1926 e del 1921.

L'A. dopo aver classificato la popolazione italiana, maschile e femminile, per gruppi di età, la distribuisce per gruppi, inferiori rispettivamente ai 5 anni, ai 10 anni, ecc., fino a quelli di età inferiori all'età estrema  $\infty$ .

Usando lo stesso procedimento per la popolazione francese ed inglese, rappresenta graficamente i dati così ottenuti ed applicando ai diagrammi risultanti il metodo dei quartili, osserva che:

nel 1931, la popolazione italiana, era molto più giovane di quello che lo fossero, alle date predette, le popolazioni francese ed inglese;

l'età media della popolazione, risulta per l'Italia meno elevata che per la Francia e per l'Inghilterra.

Determina inoltre le età limiti nelle quali si verifica un perfetto equilibrio nei due sessi e quelle nelle quali si nota la preponderanza di un sesso sull'altro e nota infine, come l'età media dei maschi risulti costantemente minore di quella delle femmine.

Pist.

### La longevità negli Stati Uniti d'America.

(Dal « Notiziario Demografico » Anno VII, N. 10 — 10 ottobre 1934-XII).

In un articolo pubblicato nel N. 1 c. a. della « Human Biology », i proff. Dublin e Lotka constatano il rapido aumento della longevità, intesa come durata della vita media corrispondente all'età di 0 anni, che si riscontra negli Stati Uniti d'America. In questo paese le tavole di mortalità che risalgono all'epoca più lontana — al 1850 — sono quelle calcolate per lo Stato di Massachusetts. Ora da tali tavole e da quelle più recenti relative a questo Stato si rilevano i seguenti dati sulla durata della vita media a diverse epoche:

Stato di Massachusetts	Durata della vita media (in anni)	
	Maschi	Femmine
Anno 1850 . . . . .	38,30	40,50
» 1878-82 . . . . .	41,74	43,50
» 1901 . . . . .	46,07	49,42
» 1910 . . . . .	49,30	53,06
» 1930 . . . . .	59,48	62,74

Per l'intera area di registrazione delle morti nel territorio di tutti gli Stati Uniti continentali, si hanno i seguenti dati:

	Durata della vita media (in anni)	
	Maschi	Femmine
Anno 1901 . . . . .	48,23	51,08
» 1910 . . . . .	50,23	53,62
» 1919-20 . . . . .	54,05	56,41
» 1930 . . . . .	59,09	62,62

L'aumento della durata della vita è dovuto, innanzi tutto, al miglioramento delle condizioni di vita, ma anche i provvedimenti sanitari, le misure preventive e l'assistenza medica vi hanno contribuito. Nell'assistenza sanitaria e medica si deve attribuire specialmente la diminuzione della mortalità infantile; questa ha raggiunto negli Stati Uniti (maschi 75,14 ‰, femmine 59,29 ‰) un livello abbastanza basso per sostenere con successo il confronto con i paesi per tale riguardo più progrediti dell'Europa.

### L'igiene tra i lavoratori dei campi.

Accanto all'igiene cittadina che tanti progressi ha fatto con il sussidio di mezzi finanziari potentissimi purtroppo assai lento è il progredire di essa nel campo rurale. Certamente alla difficoltà dei mezzi tecnici si deve aggiungere per un migliore incremento igienico nell'ambiente dei piccoli centri e delle campagne una mentalità della popolazione più aperta alle innovazioni e che solo il fascismo ha saputo imprimere nella ultima generazione dei rurali.

Purtroppo oggigiorno alcune malattie infettive, già triste primato di città sono ora diffuse endemicamente tra le campagne. Della frequenza del tifo nelle nostre campagne il Prof. Ravicini richiama l'attenzione nell'« Assistenza Sociale Agricola » dell'agosto u. s. deplorando la considerevole mortalità in confronto di altri Stati Europei ove questa è ridotta quasi al minimo. Certamente le condizioni favorevoli alle endemie nell'ambiente rurale sono tali e tanto svariate che non è facile scardiarle rapidamente. Si è quindi dovuto agire per due vie; la prima di azione generale consiste nella Bonifica integrale, nella costruzione di case coloniche igieniche, di borgate, in migliorie stradali, in acquedotti, obbligo di concimaie ecc.; la seconda è di profilassi individuale con vaccinazioni antitifiche, sia per iniezioni sia per somministrazione orale e con la lotta ai veicoli di divulgazione quali le larve e le acque putride.

Lo studio e la vigilanza dei portatori istituita in alcuni centri rurali, ove il tifo e l'anchilostomiasis sono endemici, per conto dell'Istituto di Igiene della R. Università di Bologna potrà contribuire potentemente a far conoscere i fattori determinanti di queste malattie.

\*  
\*\*

Nello stesso numero dell'« Assistenza Sociale Agricola » il Prof. Luigi Ferrarini lamenta la grande frequenza del reumatismo tra i contadini. Basta pensare che il 42% dei morti per reumatismo è costituito da rurali soprattutto dei piccoli centri. Non vi è dubbio che l'esposizione a lungo al freddo e all'umido come accade per ragioni di lavoro tra i rurali, i quali bene spesso non hanno un adeguato riparo dalle variazioni atmosferiche, contribuisce potentemente allo stabilirsi del reumatismo. Certamente il fattore batteriologico deve nel reumatismo avere una parte importante ma non si dovrà dimenticare dal punto di vista sociale quale coefficiente costituisca per l'impiantarsi della malattia il raffreddamento e l'umidità.

La lotta contro questa affezione deve essere oggigiorno rivolta a prevenire la sua insorgenza sia rinvigorendo l'organismo sia modificando le condizioni sfavorevoli della vita di lavoro.

Il Regime Fascista che ha ordinato una larga revisione degli ambienti rurali umidi e malsani ha dato un apporto considerevole nella lotta contro il reumatismo.

Dott. STARNA.

### L'attività del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma.

È uscita recentemente la relazione del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma sull'atti-

vità svolta nell'Anno XI nel campo assistenziale. Una scorsa dei numerosi grafici che accompagnano l'interessante pubblicazione dimostra come l'attuazione del programma del Consorzio stesso sia ormai quasi completamente realizzato. Il numero dei ricoverati in sanatori e in preventori nel 1933 aumentato notevolmente e le somme erogate per ricoveri dal 1929 al 1933 sono triplicate. Queste migliorate condizioni finanziarie hanno permesso al Consorzio, saggiamente diretto dal Prof. Carlo Benedetti, di estendere ed attuare una sempre maggiore e migliore assistenza antitubercolare come oggi si conviene alla nuova Italia Fascista.

St.

### La fisiopatologia dell'alcool.

La Prof. Fambri nella « Difesa Sociale » torna a parlare di questo argomento e in forma piana e accessibile al pubblico espone i danni dell'alcool e la povertà alimentare fisiologica di esso. La Al forse in modo troppo assoluto è avversaria convinta dell'alcool sebbene le bevande a scarso potere alcoolico come la birra e il vino abbiano trovato e trovino dei fisiologi e scienziati che non negano una certa utilità nel loro uso moderato. Forse nel giusto mezzo è il vero e il proibizionismo americano dimostra qualesa; comunque tutti i cultori di sociologia leggeranno con vero piacere questa pubblicazione.

St.

### Atene.

Dai bollettini mensili di Statistica dei mesi di luglio e agosto per i mesi di marzo e aprile 1934 per la Grecia.

		Marzo	Aprile
Ad Atene . . .	Totale decessi	767	796
	tubercolosi . .	178	184
	f. tifoide . .	—	2
	malaria . . .	—	—
Al Pireo . . .	Totale decessi	326	282
	tubercolosi . .	58	46
	f. tifoide . .	—	2
	malaria . . .	—	1
A Salonicco . .	Totale decessi	387	332
	tubercolosi . .	57	53
	f. tifoide . .	2	2
	malaria . . .	1	1

Prof. BASILIADES.

Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale*Utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica distribuiti dall'I. N. A.*

Anno 1931 . . . . .	33,50 %	dei buoni distribuiti
» 1932 . . . . .	36,70 %	» »
» 1933 . . . . .	53,60 %	» »
» 1934 - 1 <sup>o</sup> , 2 <sup>o</sup> e 3 <sup>o</sup> trimestre . . . . .	54,40 %	» »

*Prestazioni sanitarie eseguite gratuitamente dal Policlinico del lavoro di Roma a favore degli assicurati in forma popolare dal novembre 1933 al novembre 1934.*

Sezione 1 <sup>a</sup> Medicina del lavoro . . . . .	N.	19
» 2 <sup>a</sup> Medicina generale . . . . .	»	43
» 3 <sup>a</sup> Chirurgia . . . . .	»	5
» 4 <sup>a</sup> Ginecologia . . . . .	»	5
» 5 <sup>a</sup> Pediatria . . . . .	»	20
» 6 <sup>a</sup> Oculistica . . . . .	»	7
» 7 <sup>a</sup> Otorinolaringoiatria . . . . .	»	20
» 8 <sup>a</sup> Stomatologia . . . . .	»	14
» 9 <sup>a</sup> Fisicoterapia . . . . .	»	60
» 10 <sup>a</sup> Radiologia : Esami radiologici del sistema digerente completo . . . . .	»	26
Esami radiologici del torace, con radiografie . . . . .	»	21
» 11 <sup>a</sup> Dermosifilopatica . . . . .	»	20
» 12 <sup>a</sup> Biologia : Reazioni di Wasserman . . . . .	»	7
Analisi urine . . . . .	»	15
Totale		N. 282

**Contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nel terzo trimestre del 1934.**

ANTIDURATA DEI CONTRATTI	Assicurazioni ordinarie		Assicurazioni Popolari	Cessioni Legali e Riassicurazioni	Totali
	con visita medica	senza visita medica			
Inferiore a 5 anni . . . . .	199	117	237	144	697
Superiore a 5 anni . . . . .	423	59	83	162	727
	622	176	320	306	1.424

**Capitali dei contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nel 1° semestre 1934.**

Portafoglio Diretto e Precostituito, con visita medica.	L. 24.512.997
Portafoglio Diretto e Precostituito, senza visita medica	» 1.409.136
Assicurazioni Popolari . . . . .	» 1.477.444
Cessioni Legali e Riassicurazioni attive (quota parte Istituto) . . . . .	» 6.008.307
<b>Totale</b>	<b>L. 33.407.884</b>

**PUBBLICAZIONI RICEVUTE**

- N. Pende, *Le meteoropatie* (Relazione al XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna).
- M. Bufano, *Le meteoropatie. La fisiopatologia sperimentale delle reazioni meteoropatiche* (Relazione al XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna).
- U. Baccarani, *Le nevrosi respiratorie pretubercolari*. — Estratto dalla « Riforma Medica », n. 32, 1934.
- *Su un caso di uretro-prostatite gonococcica unita con oligoartrite secondaria*. — Estratto dalla « Riforma Medica », n. 23, 1934.
- *Una particolare reazione colica da colecistite muta. Il riflesso colecistico*. — Estratto dalla « Riforma Medica », n. 21, 1934.

- *Le rino-bronchiti pseudotubercolari*. — Estratto da « La Medicina Internazionale », n. 8, 1934.
- R. Cultrera, *Un semplice metodo per la costruzione di una particolare tavola di mortalità ridotta*. — Estratto dagli « Atti del X Congresso Internazionale degli Attuari », Roma, 1934-XII.
- J. Klouzek, *Josef Klouzek, Strucny nartin Cirmosti Cckare v Zivotnim pojistovani* (Breve riassunto delle attività dei servizi sanitari delle Aziende Assicuratrici in Cecoslovacchia).
- *Problem srolecnich choroh*. — Sul problema delle malattie di cuore.
- L. De Bernardinis, *La mortalità per tubercolosi in Italia*. — Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi », n. 8, 1934.
- V. Challiol, *I centri neurovegetativi superiori*. — Estratto da « La Medicina Internazionale », 1934.

— *Diaschisi e Tumori Cerebrali.* — Estratto dal « *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia* », Fascicolo IV, 1934.

*Münchener Rückversicherungsgesellschaft. Bericht über das 54 Geschäftsjahr* (Relazione sul bilancio 1933-34).

L. Landi, *I mezzi in uso per la conservazione del vino e le gastropatie.* — Estratto dalla « *Gazzetta Sanitaria* », n. 10, 1934.

## DAI PERIODICI DI MEDICINA

### Segnalazioni di articoli di medicina

**Lotta contro la tubercolosi** — 1934, NN. 9 e 10 dedicato alla: *IX Conferenza Internazionale contro la t. b. c.*

NARKWACKI, *Variazioni biologiche del virus tubercolare.*

PUNTONI e OMODEI-ZORINI, *Sulla perdita della virulenza del bacillo tubercolare.*

**Rassegna di medicina applicata al lavoro industriale** — 1934, N. 6.

G. GIORDANO e VIGLIANO, *Studi sulla circolazione.*

Metodi per la determinazione della massa sanguigna, del tempo medio di circolazione e del tempo minimo di circolazione.

**Rassegna Clinico Scientifica I. B. I.** — 1934, N. 11.

DE FRANCESCO, *Sulle origini e cura degli ascessi freddi del torace.*

La nozione di anatomia topografica e i reperti radiografici e lipiodolici accertano la sede di partenza degli ascessi toracici di cui l'A. ha potuto ottenere ottimi effetti curativi con l'intervento come da casistica riportata.

**Giornale di Medicina Militare** — 1934, N. 10.

D. VIOLA, *Sul peso corporeo medio in rapporto alla statura.*

Su 5000 reclute del 3° Regg. Genio degli anni 1908-1913 l'A. stabilisce una statistica e ne confronta i dati ottenuti con quelli di Romanelli e di Frassetto.

**Terapia dell'I. S. M.** — 1934, N. 184.

CIANTINI, *La immuno terapia del morbo di Heine-Mélin.*

Passati in rassegna i tentativi per una terapia specifica con sieri di convalescenti, di animali immunizzati e della terapia aspecifica, l'A. espone le esperienze in corso per l'immunizzazione attiva-profilattica con miscele di virus febolizzato oltre i metodi già noti di immunizzazione passiva.

**Minerva Medica** — 1934, N. 43.

BORSOTTI, *Sul trattamento del gozzo con il metodo Luton.*

Studio sul meccanismo di azione delle iniezioni intraparenchimatose attraverso le variazioni del metabolismo basale e della iodemia.

**Biologia Medica** — 1934, N. 11.

DELANAI, *L'equilibrio glicemico.*

Tratta delle oscillazioni fisiologiche della glicemia, della carica e scarica glicemica e del rinnovamento dello zucchero nel sangue.

**Policlinico Sezione Pratica** — 1934, N. 48.

ROMANO, *La glicemia e la curva glicemica nei diversi periodi delle cardiopatie.*

Nello scompenso l'A. trova ipoglicemia a digiuno che attribuisce ad alterate funzioni di glicogenesi e di glicolisi nel fegato da stasi.

**La Presse Médicale** — Parigi.

— 19 settembre.

CHIRAY e MATTEI-SEMIDEI, *Applicazioni recenti del sondaggio duodenale in medicina interna.*

RIVOIRE, *Le correlazioni ipofiso-endocrine.*

— 22 settembre.

BÉCLÈRE, *Patogenesi e trattamento delle emorragie dette da menopausa.*

— 26 settembre.

SANTET, *I trattamenti moderni della malaria e loro capitale importanza per il risanamento delle regioni palustri.*

— 6 ottobre.

MANTOUX, *Semeiotica del pneumotorace artificiale.*

— 10 ottobre.

IMBERT, *Cancro del collo uterino. Statistica del centro anticanceroso di Marsiglia.*

— 17 ottobre.

BERNARD, *Febbre mediterranea e tubercolosi.*

GOLOVINE, *La reazione di Meinicke nella pratica coloniale.*

— 20 ottobre.

ROUTIER e HEIM DE BALSAC, *Semeiotologia radiologica in cardiologia.*

ROCH, *Falsa angina di petto.*

— 3 novembre

CLÉMENT, *Morbo di Bouillaud e tubercolosi.*

THIÉRY, *Diabete e tubercolosi. Studio clinico e statistica.*

— 7 novembre.

CORDIER, *La diagnosi delle principali affezioni del testicolo e dell'epididimo.*

— 10 novembre.

LETULLE, *Utilità degli esami biologici prima e dopo l'operazione. Le sindromi emorragiche.*

— 17 novembre.

GERAUDEL, *Il fascio di His: sue connessioni con il ventricolo.*

WEIL e WALL, *La funzione della milza, sua importanza diagnostica.*

**Medizinische Klinik** — Berlino.

- 28 settembre:  
EDELMAUN, *Segni costituzionali caratteristici nei discendenti dei diabetici.*
- KNOLL, *Esercizi di ginnastica per la donna.*
- 12 ottobre.  
WINTERNITZ, *L'elettrocardiogramma nell'attacco di angina di petto.*
- 19 ottobre.  
PARADE, *Basedow e cuore.*
- 26 ottobre.  
SCHOENEMANN, *Il vizio del fumare, il nicotismo ed i segni dell'astinenza.*
- 9 novembre.  
LÖW e KRCMA, *L'emierania ed il ricambio materiale.*
- 16 novembre.  
NORDMANN, SCHLOFFER, *Necrosi acuta del pancreas e pancreatiti.*
- 23 novembre.  
SCHNELL, *I compiti del medico nelle leghe giovanili e nelle unioni sportive.*

**The British Medical Journal** — Londra.

- 22 settembre.  
FRASER, *Osteomielite acuta.*
- 6 ottobre.  
MACKENZIE, *Malessere e salute.*
- 20 ottobre.  
WISLICKI, *Cliniche speciali per diabetici.*
- 3 novembre.  
SOUTTER, *Cancro dell'esofago.*
- LAMBRINUDI, *Cifosi degli adolescenti e dei vecchi.*
- 10 novembre.  
DAVIES, *Prognosi dell'ematemesi.*
- 17 novembre.  
PALMER, *La sindrome del prolasso.*

**Medical Record** — New York.

- 5 settembre.  
KEMP, *Vomito e gravidanza.*
- 19 settembre.  
SMITH, *Il cuore rivelato dal polso radiale.*
- OLIENSIS, *Ipertensione e suo trattamento.*
- 17 ottobre.  
SHUMAN, *Insufficienza cardiaca iniziale.*
- 7 novembre.  
MACHT, *Diagnosi differenziale tra anemia perniciosa e carcinoma dello stomaco.*

**Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversich.**

- Berlino, ottobre-dicembre.  
RUNK, *Sull'anamnesi familiare e la trasgressione al dovere di denunciarla.*
- *L'assicurazione senza visita medica.*

**Rassegna di articoli d'igiene.****La salute e l'igiene nella famiglia** — Roma.

- 1 ottobre.  
ALLARIA, *Le vegetazioni adenoidi.*
- 15 ottobre.  
BAJLA, *I disinfettanti.*
- SANTANGELO, *Gli arteriosclerotici. I Platorici.*
- 1 novembre.  
BOLSI, *L'elogio della frutta.*

**Gesundheitsdienst** — Berlino.

- novembre.  
*I disturbi del sonno.*
- Difese contro i più frequenti vermi intestinali.*
- Quanto liquido ingeriamo con gli alimenti?*

**Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.**

Ad Agnone (Campobasso) il Dott. La Banca Costantino.  
A Forio d'Ischia (Napoli) il Dott. Sorrentino Giuseppe.  
A Nova Sili (Potenza) il Dott. Santarcangelo Giuseppe.  
A Campovico (Sondrio) il Dott. Romegialli Aristide.  
A Martignacco (Udine) il Dott. Grillo Umberto.  
A Schio (Vicenza) il Dott. Fioraso Pietro.  
A Faeto (Foggia) il Dott. Izzo Vincenzo.  
Ai congiunti degli estinti giungano le nostre più sentite condoglianze.

A Vienna, all'età di 75 anni, è morto il Dr. Emil Jahoda che da oltre 17 anni era medico-capo di quel Consorzio per i rischi tarati. Scompare con lui uno dei maggiori cultori della medicina delle assicurazioni vita. Al « Verband zur Versicherung anormaler Leben » e ai parenti dell'estinto giungano le nostre vive condoglianze.

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

**Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile**

Città di Castello, 1984-XII — Tipografia « Unione Arti Grafiche » — Telefono 37.

# ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

## Acquisto di appartamenti e migliorie agrarie

Il garantire non soltanto a noi stessi, ma anche alla nostra famiglia la proprietà della casa, è atto saggio che ognuno deve compiere, perchè un tetto sicuro è ragione di pace e di serenità.

Così pure è atto di doverosa previdenza per chi possiede e coltiva un fondo, il conservare integra la proprietà per sé stesso e per i suoi cari.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni con due tariffe recentemente adottate copre i rischi su citati.

## Due esempi per acquisto di appartamenti

**1° ESEMPIO - (Assicurazione per caso di morte):** Un assegnatario di alloggio in ammortamento venticinquennale vuole garantire alla propria famiglia la libera proprietà dell'immobile nel caso in cui egli dovesse mancare prima della scadenza dei 25 anni. Supponiamo che egli abbia 35 anni e corrisponda una quota di ammortamento mensile di lire 450; poniamo inoltre che l'Ente finanziatore abbia consentito il riscatto dell'appartamento al saggio d'interesse annuo del 7%. L'assegnatario che si trovi in queste condizioni dovrà pagare all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni un premio annuo di L. 637,20, al massimo per 20 anni.

**2° ESEMPIO - (Assicurazione per caso di morte o per l'anticipato riscatto nel caso di vita):** Se l'assegnatario considerato nel precedente esempio intende garantirsi oltre al beneficio di cui sopra, anche la disponibilità — supponiamo al termine del 15° anno d'assicurazione e cioè 10 anni prima della fine del periodo di ammortamento — del capitale necessario per estinguere definitivamente il residuo debito verso l'Ente mutuante, dovrà corrispondere all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, al massimo per 15 anni, un premio annuo di L. 2.510,50.

## Un esempio per miglioramenti agrari

Un agricoltore di anni 45 stipula, allo scopo di migliorare i propri fondi, un contratto di mutuo per l'importo di L. 100.000 e per la durata di 25 anni col Consorzio Nazionale per il Credito Agrario di Miglioramento. In pari tempo stipula un contratto di assicurazione con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, pagando — in aggiunta alla rata semestrale dovuta per l'ammortamento del mutuo — il premio semestrale di L. 688,07 al massimo per i soli primi 20 anni.

Con ciò l'agricoltore acquista la sicurezza che in qualunque momento egli venisse a mancare, il suo debito ancora insoluto sarebbe senz'altro estinto dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

## **NORME PER GLI AUTORI**

*Si pubblicano lavori brevi — massimo dieci pagine di stampa — che siano rispondenti alla natura e indirizzo della Rivista.*

*Debbono quindi trattare argomenti di medicina preventiva ovvero di diagnostica e prognostica medica con speciale riguardo alla durata della vita umana, o altri problemi di medicina delle Assicurazioni-Vita.*

*Ogni lavoro deve essere accompagnato da un breve riassunto di non oltre dieci righe. — È preferibile che il testo dei lavori sia dattilografato.*

*Agli autori di lavori originali si concedono gratuitamente cinquanta estratti. — Gli originali non si restituiscono.*



*Società collegate con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni*

# LE ASSICURAZIONI D'ITALIA

SOCIETÀ ANONIMA PER AZIONI

ASSICURAZIONI CONTRO I DANNI DELL'INCENDIO - DELLE DISGRAZIE ACCIDENTALI  
DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE - DELLA GRANDINE - DEI TRASPORTI - DEI FURTI  
DELL'AVIAZIONE

*Capitale sociale interamente versato L. 15.000.000*

*Monte premi, al 31 dicembre 1931-X L. 225.000.000*

*Riserve totali, al 31 dicembre 1931-X L. 26.000.000*

**Direzione Generale: ROMA - Via S. Basilio N. 14**

Agenzie Generali: In tutte le Città e Capoluoghi di Provincia

Agenzie Locali: In tutti i Comuni del Regno

## **Società Anonima di Assicurazioni e Riassicurazioni "FIUME,,**

Sede e Direzione Generale in FIUME - Corso Vitt. Eman., 39

### RAMI ESERCITI:

INCENDIO — FURTI — DISGRAZIE ACCIDENTALI — RESPONSABILITÀ CIVILE,  
TERZI E OPERAI — TUTTI I RISCHI — AERONAUTICA — TRASPORTI

AGENZIE GENERALI, in tutti i capoluoghi di Provincia — AGENZIE PRINCIPALI, in  
tutti i capoluoghi di Mandamento.

RAPPRESENTANZE ALL'ESTERO. — *Albania*: Sede della rappresentanza a Tirana,  
Via Dibra, 90. — *Austria*: Sede della rappresentanza a Vienna, 1, Kärntnerstrasse, 51.  
— *Grecia*: Sede della rappresentanza in Atene, Rue de l'Université, 53. — In *Ungheria*  
la « Fiume » lavora attraverso la propria Società « Astra » S. A. di Assicurazioni,  
Sede a Budapest, IV Eskü út 6.

## **Società Anonima Riassicurazioni e Capitalizzazioni "Praevidentia,,**

Sede e Direzione Generale - ROMA - Via Nazionale, 89

Capitale sociale L. 15.000.000 - Versato L. 7.500.000

La *Praevidentia* si propone come scopo fondamentale l'esercizio e la diffusione delle  
forme di capitalizzazione, largamente sviluppate in parecchie Nazioni estere e finora poco  
note in Italia. La Società si impegna contro versamento di un premio unico, o di una  
successione di premi annuali, di pagare a scadenza somme prestabilite che rappresentano ap-  
punto la capitalizzazione (montante) del premio o dei premi al convenuto tasso di interesse.

