

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: a) Sinistri dei contr. con visita medica dell'anno 1933: 307 | |
| 2. Consigli agli assicurati: | | b) Capitali sinistrati dei contratti in «forma popolare» (1° semestre) 1934 | 311 |
| a) Dr. A. STARNA, L'emorragia nasale | 265 | 6. Varie: a) In margine alla III Conferenza internaz. per i rischi aggravati a Praga | 313 |
| b) Dr. I. FORTUNATI, I primi segni dei tumori maligni | 267 | b) L'assicuraz. privata contro le malattie in Ungheria | 315 |
| 3. Note di Medicina delle Assicurazioni: | | 7. Notiziario | 318 |
| a) Dr. A. SULTANO, Alterazione elettrocardiografiche nelle malattie del cuore e dei vasi | 270 | 8. La pagina del medico fiduciario | 323 |
| b) Pr. Dr. B. DE VECCHIS, La mortalità da infezioni, traumi e interventi nella cavità della bocca | 284 | 9. Dai libri e dalle riviste | 324 |
| 4. Medicina Legale delle Assicurazioni Vita: | | 10. Alcune attività del S. Sanitario Centrale | 333 |
| F. MARSELLA, La dissimulazione con speciale riguardo alla Assicurazione Vita | 336 | 11. Pubblicazioni ricevute | 334 |
| | | 12. Dai Periodici di Medicina | 334 |
| | | a) Segnalazioni di articoli di medicina | 335 |
| | | b) Rassegna di articoli d'igiene | 336 |

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

LE ASSICURAZIONI COLLETTIVE e L'INDENNITÀ DI IMPIEGO PRIVATO

In merito alla utilità somma che le Assicurazioni Collettive presentano per i datori di lavoro e per i prestatori d'opera, ci piace riprodurre, per il suo alto significato morale, l'ordine del giorno votato il 28 agosto u. s. dal Comitato di Presidenza del Consiglio Provinciale dell'Economia Corporativa di Perugia:

«... fatto richiamo alla legislazione fascista diretta a tutelare i diritti e gli interessi delle classi lavoratrici nel campo della assistenza e previdenza sociale, in coincidenza con le vedute le esigenze e le condizioni particolari delle aziende produttrici;

«constatato come ai fini di apprestare sicuri, pronti ed adeguati presidi per l'adempimento degli impegni di indennità, o di compensi per trattamento di quiescenza, al momento della cessazione del servizio, si è promossa e favorita l'applicazione del regime assicurativo basato sulla stipulazione di contratti collettivi portanti piani tecnici per la formazione e realizzazione di capitali e di rendite, attraverso cui soddisfare agli oneri derivanti dalla risoluzione del rapporto contrattuale di lavoro;

«rilevata la portata pratica dell'adozione del sistema assicurativo per la regolazione dei trattamenti di quiescenza a favore delle categorie lavoratrici, specialmente impiegatizie — sistema attuato con perfetta aderenza allo spirito e agli sviluppi della politica economica e sociale del Regime e con larghezza di vedute e di estremi principalmente e con speciali condizioni di favore dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni — in quanto si viene da un lato a garantire il buon fine dei diritti riconosciuti ai prestatori d'opera da leggi speciali e da patti consuetudinari, in materia di liquidazione di indennità in genere e di compensi speciali per risoluzione del contratto, indipendentemente ed astrazione fatta dalle vicende e dalle situazioni meno favorevoli che possono seguire l'avviamento dell'azienda, e di conseguenza dalla minore solidità finanziaria della ditta; dall'altro a distribuire nel tempo un onere facente carico al datore di lavoro, ed a predisporre con periodici accantonamenti di somme i fondi necessari nella loro più esatta misura e nella loro integrale entità, per procedere in qualsiasi momento alle operazioni liquidatorie;

«dato atto degli sviluppi amplissimi che la progettata previdenza assicurativa ha avuto, mediante le razionali impostazioni fatte da parte dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, e una pronta comprensione dei benefici che può arrecare da parte delle classi interessate, tanto che si è ritenuto opportuno adottarla per la risoluzione del contratto tanto da Enti morali, parastatali e bancari quanto da organizzazioni e da privati di pieno accordo con il personale dipendente,

fa voti

che il ceto esercenti della Provincia attui il regime di previdenza per il proprio personale sulla base del contratto di assicurazione collettiva, quale forma migliore e conveniente di tutela dei reciproci interessi».

Questo motivato e preciso ordine del giorno del Comitato di Presidenza del Consiglio Provinciale dell'Economia di Perugia rispecchia nel modo più evidente la realtà delle cose.

Perchè le "Assicurazioni Collettive,, convengono ai datori di lavoro?

Perchè semplificano le loro amministrazioni e le liberano di gravi responsabilità, le quali vengono automaticamente assunte dall'Istituto. Uniscono più saldamente, in uno spirito di piena collaborazione, i datori di lavoro ai propri dipendenti.

Perchè le "Assicurazioni Collettive,, giovano ai prestatori d'opera?

Perchè essi acquistano la garanzia assoluta di vedere in ogni circostanza tutelati i loro diritti da un Ente di Stato come l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Perchè oltre a tali diritti, derivanti dalla legge, altri ne acquistano a maggior tutela del loro avvenire e di quello delle proprie famiglie.

Basti al riguardo fare una breve elencazione dei principali benefici derivanti dalle

ASSICURAZIONI COLLETTIVE

- 1) Tariffe minime, riduzione del costo di polizza, abolizione dei diritti di quietanza.
- 2) Riconoscimento dei casi di licenziamento o di dimissioni, verificandosi i quali il contratto assicurativo potrà essere risolto fin dal primo anno del suo decorso e il relativo valore potrà anche corrispondere all'indennità dovuta al prestatore d'opera.
- 3) Garanzia di un capitale nel caso di premorienza dell'impiegato, capitale che sempre coprirà e spesso supererà l'indennità di preavviso.
- 4) Riconoscimento dell'invalidità al lavoro, nel qual caso l'assicurato potrà percepire dall'Istituto una pensione, sospendendo contemporaneamente il pagamento del premio, mentre la sua polizza rimarrà in pieno vigore.
- 5) Partecipazione agli utili d'esercizio dell'Istituto mediante graduale aumento del capitale fissato in polizza.
- 6) Godimento di speciali provvidenze sanitarie, fra cui: facilitazioni e riduzioni di tariffe presso molti stabilimenti termali, ospedali e case di salute, sanatori, convalescenziari e consultori materni. Concessione di buoni gratuiti per visite ed analisi mediche quando si tratti di assicurazioni superiori a L. 20.000.

Giova rammentare che i capitali assicurati presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, oltre che dalle sue ingenti riserve ordinarie e straordinarie, sono anche garantiti dallo Stato.

Per informazioni e notizie rivolgersi alle Agenzie Generali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.



Corporate Heritage
& Historical Archive

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

P A R T E U F F I C I A L E

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

FROSINONE

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

Pubblicazioni di Medicina Preventiva dell' I. N. A.:

Dott. ESCHILO DELLA SETA

VIVERE SANI

(CONSIGLI DI UN MEDICO)

Vita si scias uti longa est.

ISTITUTO NAZIONALE
DELLE ASSICURAZIONI
1934-XII

Prima edizione di 50.000 copie

Prof. Dott. ORESTE BELLUCCI

Salute Tesoro della Vita

(Consigli di un medico ad
un giovane lavoratore)

ISTITUTO NAZIONALE
DELLE ASSICURAZIONI
1934-XII

Prima edizione di 30.000 copie

RIVOLGERSI ALLA DIREZIONE GENERALE DELL' I. N. A.

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 (*Vedi 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. ESCHIO 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. DEGANI 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 Foà
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 Foà 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
Cairolì.

Dott. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dott. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri:

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

BARI.

1. *Clinica privata del prof. F. Lorenzo
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^a e 2^a classe
(nella pensione, oltre alloggio, vitto — vino
compreso — e servizio, è compresa anche la
cura ordinaria e cure straordinarie supplè-
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^a e 2^a classe, e del 10%
se usufruiranno della 3^a 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. 108, 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*, dell'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. FRANCESCONI 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. Righi, 34.
Prof. Dott. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 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 Goet, 6.
Dott. SINGER Federico, Via Dante, 38.

Oculisti:

BOLZANO - Prof. Dott. MENESTRINA Gino, Ospedale Civile.
Dott. ROSSLER Federico, Via Regina Elena.
BRESCANONE - 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, Piazza

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 fisica, 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 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. MUSMECI GRASSI Raimondo, Via Vitt. Eman., 215.

Dott. POLITI Francesco, Via Etnea, 208.

Oculisti:

Prof. Dott. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.

Prof. Dott. F'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 Fane-grò*, 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. BERTOLOTI 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, Röntgen diagnostica 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.

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. BUONSIGNOEI 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 Enri-
 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, 18.

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

MODENA.

1. *Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti*, Via Giardini, 20, a tutti gli assicurati: riduzione del 80% 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 (bagli, 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. VIOLLET 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 Miazina*, a tutti gli assicurati: riduzione del 80% 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 potranno essere ricoverate pagando una diaria di L. 20.

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^a e 2^a classe; riduzione del 15% sull'importo della pensione di 3^a 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^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di L. 10 per la 1^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a 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 Scinà, 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 giornaliero 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. DEILE 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. STOCO 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. 35, — per l'Istituto Regina Elena e di L. 30,50 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 1934 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 venti per cento 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. TORTUR 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. VERRANA 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 % sulle tariffe normali di abbonamento al Parco delle Fonti (bibita) e ai bagni di 1^a e 2^a classe. Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3^a 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 Due 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 Röntgendiagnostics 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. GIORELLI 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 Madama 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. MOSO 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. VAUDETTE 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. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Piana, 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. LACHMANN 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. Lazaro, 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. GUSCETTI Severo.

Dott. MINGARELLI Lido.
Dott. RIVA Gian Pietro.
BUSTO ARSIZIO - Dott. BRECCETTO 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, 1984-XII — Tipografia «Unione Arti Grafiche» — Telefono 87.

Qualità chimico-fisiche delle acque termali per cui vengono concesse facilitazioni ai nostri assicurati:

Abano (Padova): Acque cloruratesodosolfocalciche a 87° C. Fanghi naturali vulcaniciminerali.

Agnano (Napoli): Acque solfuree calde, acque solfuree clorurate sodiche calde, acque solfuree ferruginose fredde, acque alcaline solfate sodiche, acque alcaline carboniche fredde, acque alcaline carboniche calde, acque solfate acide, acque ferruginose carboniche calde. Fanghi minerali vulcanici. Stufe secche da 40° a 75° C.

Battaglia (Padova): Acqua clorurata solfosodocalcica da 59° a 72° C. Fanghi naturali vulcanici.

Chianciano (Siena): Acque bicarbonato, solfato, calcico, magnesiache, da 29° a 37° C.

Fiuggi (Frosinone): Acqua oligometallica radioattiva.

Levico (Trento): Acque arsenicoferruginose solforiche forti e deboli per bibite e per bagni.

Montecatini (Pistoia): Acque clorurate sodiche deboli e forti. Fanghi vegetominerali. Bagni.

Porretta (Bologna): Acque salsobromoiodiche e clorurate sodiche solfuree.

Recoaro (Trento): Acque ferruginose carbocalciche.

Salsomaggiore (Parma): Acque salsobromoiodiche.

S. Casciano (Siena): Acqua solfatocalciocarbonica da 30° a 45° C. Fanghi vegetominerali caldi.

S. Giuliano (Pisa): Acqua solfatocarbocalcica a 52° C.

S. Pellegrino (Bergamo): Acqua bicarbonato sodicocalcicomagnesiacca a T. = 26° C.

S. Cesarea (Lecce): Acqua solfocarbonatocalcica a 33° C. Fanghi vegetominerali.

Sardara (Cagliari): Acqua bicarbonato sodica a 50°-58°-68° C.

Sirmione sul Garda (Brescia): Acqua solfatosodocalcica a 64° C.

Trescore Balneario (Bergamo): Acqua clorurata sodicocalcica, bibite e bagni.

Possono ritrarre giovamento frequentando le terme che hanno convenzioni con l'I. N. A. gli assicurati affetti da:

a) ipercloridia - atonia gastrica - gastroenteriti croniche.

Stazioni crenoterapiche idropiniche di: **Montecatini (Pistoia) — S. Pellegrino (Bergamo) — Sardara (Cagliari) — Trescore Balneario (Bergamo);**

b) stitichezza - epatopatie croniche - colicistiti.

Agnano (fonti idropiniche) — Chianciano (Siena) — Montecatini (Pistoia) — Porretta (Bologna) (cura idropinica) — S. Casciano Bagni (Siena) Acqua della Ficoncella — S. Giuliano (Pisa) Acqua del Pozzetto — Trescore Balneario (Bergamo);

c) artrismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Abano e S. Pietro in Montagnon di Padova (bagni e fanghi) — Agnano di Napoli (bagni e fanghi) — Battaglia (Padova) (bagni e fanghi) — Porretta (Bologna) (bagni) — S. Casciano Bagni (Siena) (fanghi e bagni) — Santa Cesarea di Lecce (bagni e fanghi) — S. Giuliano di Pisa (bagni) — Salsomaggiore (acqua per bagni e fanghi) — Sirmione sul Garda (bagni);

d) anemie cloroadinamie - linfatismo.

Levico (Trento) — Recoaro (Venezia);

e) malattie del fegato.

Chianciano (Siena) (cure idropiniche, bagni) — S. Casciano Bagni (cure idropiniche, bagni e lutoterapica specializzata).

f) manifestazioni ipertensive.

Chianciano (Siena) Sorgente Sillene (Bagni).

g) diatesi uricemica, calcolosi reno-vescicale, gotta, cistopielite.

Fiuggi (Frosinone) (cura idropinica).

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

Consigli agli assicurati

L'EMORRAGIA NASALE

Dott. ALBERTO STARNA

del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

Questo sintomo che con termine medico è detto *epistassi* è di così comune evenienza che non possiamo fare a meno di richiamare sopra di esso la nostra attenzione. Poichè l'*epistassi* a seconda dell'età e del modo di presentarsi e di ripetersi ha un valore così vario e tanto grande, è dovere di ognuno non porre nel dimenticatoio delle cose inutili questo disturbo soprattutto quando si ripete con una certa frequenza.

Sono veramente numerose le cause dell'*epistassi* e una esposizione anche sommaria di esse ci farà scorrere gran parte della medicina e comprendere tutta l'importanza che esse rivestono.

Non è quindi giustificata affatto l'apatia che alcuni individui dimostrano al suo apparire ma essa come tutti i sintomi relativamente modesti va sempre seguita e ricercata nel suo fattore determinante. Perchè dobbiamo ben tenere a mente che l'*epistassi* rappresenta un fenomeno il più spesso premonitorio e prezioso di malattie subdole che potrebbero divenire gravi se vengono lasciate a sè stesse; e ciò è la dimostrazione migliore della loro importanza.

Nei primi mesi di vita l'emorragia nasale è eccezionale. Essa accompagna allora la corizza luetica dei neonati od anche uno stato infettivo grave che per le scarse resistenze in tale epoca di vita può diffondersi alle basse vie respiratorie e determinare un esito purtroppo fatale.

Ma è soprattutto l'emorragia nasale degli adulti che vogliamo qui ricordare.

La sintomatologia dell'*epistassi* è a tutti ben nota ed essa si riduce essenzialmente ad una perdita di sangue venoso dal naso, talvolta di poche gocce tal'altra assume invece l'aspetto di abbondante emorragia che deglutita in parte attraverso le coane può scendere fino allo stomaco.

Soggettivamente qualche volta l'individuo avverte senso di peso al capo, alle arcate orbitarie, si può avere discreta lacrimazione, ronzio alle orecchie e arrossamento della cute del naso e delle guance; ma più spesso questi sintomi sono appena abbozzati o mancano del tutto.

*
* *

Possiamo dividere l'*epistassi* in riferimento alla causa determinante in due grandi categorie: quella in cui esse costituiscono tutta l'affezione e sono perciò

dette EPISTASSI IDIOPATICHE, ed un'altra nella quale rappresentano un sintoma di una malattia e sono dette EPISTASSI SINTOMATICHE.

Cominciamo a passare in rassegna queste ultime che prevalgono di gran lunga ed hanno importanza notevole nella medicina preventiva.

Allorchè in una persona di età media o di età avanzata compaiono le emorragie nasali si deve soprattutto temere il manifestarsi di una malattia ipertensiva, probabilmente decorsa fino in quel momento latente. L'*arteriosclerosi*, la *gota*, la *nefrite cronica* ne sono la causa di gran lunga più frequente; è quindi norma fondamentale preventiva, specie per gli individui a costituzione pletorica non già contentarsi di una medicazione locale al naso ma farsi praticare in tale evenienza un esame generale scrupoloso da un medico, esame completato dalla misurazione della pressione e dalla analisi delle urine.

Si eviterebbero in questo modo molte dolorose e irreparabili malattie, brusco risveglio di una cecità volontaria, come le emorragie cerebrali e le nefriti croniche uremigena. A manifestazione avanzata nessun medico per bravo che sia e nessuna cura anche la più rigorosa potranno ricostruire vie nervose distrutte o reni profondamente alterati nella loro funzione.

Quante volte il segno premonitore di una epistassi è passato inosservato o ci si è contentati di un po' di liquido emostatico chiesto al vicino farmacista! Per di più il fermare queste emorragie è assolutamente sconsigliabile, quando non superano un certo limite, perchè esse rappresentano per così dire una valvola di sicurezza che la natura ha preposte alla salvaguardia del nostro sistema circolatorio.

Con questo non vogliamo già affermare che lasciare le epistassi spontanee a sè stesse sia la cura più adatta dell'ipertensione e della nefrite cronica, più modestamente le epistassi sono il segno che non si deve misconoscere e che permetteranno al medico dopo un esame completo di prescrivere una cura idonea e soprattutto di indicare un regime di vita che eviterà l'aggravarsi del male e il sopravvenire delle complicanze surricordate.

A questo *primo gruppo* di emorragie che costituiscono le così dette emorragie attive, ascriveremo anche certe altre che hanno una funzione fisiologica vicariante nella donna specie nella pubertà e nella menopausa.

Il *secondo gruppo* delle epistassi sintomatiche è costituito da quelle emorragie che compaiono all'inizio di malattie generali acute quali le infezioni contagiose a manifestazioni cutanee (*esantematiche*) dei bambini e negli adulti specie nel tifo e nell'influenza. Spesso il medico è chiamato al letto di un ragazzo febbricitante da una mamma molto preoccupata per una epistassi che si è ripetuta due o tre volte nella stessa giornata. Niente è ingiustificato come questo allarme; l'influenza soprattutto dà questo sintomo iniziale e nessun pericolo minaccia il malato. Questa epistassi è in rapporto alla speciale fragilità vasale temporanea tossi-infettiva e localizzata al territorio nasale; scomparirà ben presto e nessun disturbo ulteriore ne perverrà al malato.

Sono invece da ascrivere ad un *terzo gruppo* che chiameremo da *discrasia* le epistassi che sono l'esponente di una alterata coaguabilità del sangue o di una malattia emolinfatica. Così le epistassi ripetute e incoercibili in un bambino ci faranno sospettare uno stato emofilico e se le ulteriori ricerche del medico lo confermeranno saranno prese tutte le precauzioni che questa malattia richiede.

Negli adulti si passerà ad un accurato esame della formula ematica per poter escludere una *leucemia* od una *anemia perniciosa*. Sempre epistassi discrasiche sono quelle che si verificano nelle malattie del fegato quali la cirrosi, gli itteri infettivi e le congestioni epatiche.

Andranno considerate nel *quarto gruppo* le rare emorragie nasali da congestioni venose passive che si verificano nei malati di cuore allorchè perdono il loro abituale compenso passando in una fase di così detta iposistolia.

Infine costituiscono ancora epistassi sintomatiche ma di un *quinto gruppo* quelle che si verificano in alcune affezioni nasali quali le *riniti*, i *traumi*, e

talvolta la localizzazione di parassiti nelle anfrattuosità nasali specie le *sanguisughe*. Tra le truppe soprattutto che bevono dopo lunghe marcie acque stagnanti ove pullulano questi anelliti sono stati descritti casi del genere.

Di importanza maggiore sono le epistassi esponenti di *polipi*, di *carcinomi* o di *endoteliomi* naso-faringei; esse rappresentano allora il sintomo prezioso che come nelle altre malattie ricordate può portare alla giusta diagnosi e all'intervento provvidenziale dello specialista.

*
* *

A questo punto, dopo aver scorso un così ricco elenco di malattie portatrici di epistassi qualche lettore starà per domandare: ma la emorragia nasale è dunque sempre espressione di un altro morbo e non è malattia a sè stante come i più credono? Siamo ben lontani dall'affermare ciò, solo abbiamo voluto esporre sopra le epistassi sintomatiche perchè troppo spesso il pubblico si contenta di attribuirle ad una presunta « anemia » con qualifica tutta affatto gratuita.

Sono epistassi a sè stanti quelle che si verificano nelle narici del sotto-setto nasale in una speciale zona detta appunto della emorragia nasale e che danno precisamente quasi tutte le EPISTASSI ESSENZIALI.

Non è raro riscontrare all'esame nasale di questi soggetti una rinite secca anteriore nella zona suddetta con mucosa secca e qualche crosticina limitata; oltre le varici emorragipare ricorderemo infine che i disturbi trofici in queste zone possono giungere a tal punto da determinare una vera perforazione del setto nasale.

*
* *

Riassumendo quanto abbiamo esposto allorchè ci troviamo in presenza di una epistassi dovremo tenere questo sintomo ben presente e se esso si ripete sottoporsi ad una visita accurata.

Nei bambini soprattutto ci indicherà uno stato emorragiparo e dovremo prendere le dovute cautele; negli adulti essa è spesso l'esponente oltrechè di una notevolissima serie di malattie discrasiche, infettive, congestizie e di affezioni nasali, soprattutto di una affezione latente del rene o di una arteriosclerosi che potrà essere ottimamente curata in modo preventivo.

Uomo avvisato... con quel che segue dice un vecchio proverbio popolare. Ricordiamo perciò che attendere o rinviare una visita potrebbe significare giungere troppo tardi per la sanità degli organi colpiti o addirittura per la salvezza della nostra vita.

I PRIMI SEGNI DEI TUMORI MALIGNI

Dott. I. FORTUNATI

del Servizio Sanitario dell'INA.

Mentre siamo in fiduciosa attesa che un qualche risultato emergente dalle ricerche intraprese in quasi tutti i paesi civili sulla origine e la cura dei tumori, porti a debellare totalmente tale flagello, allo stato attuale dobbiamo fondare la lotta contro il tremendo morbo sui mezzi che l'esperienza ha classificato migliori pur essendo molto lungi dalla perfezione.

La cura chirurgica rappresenta tuttora il mezzo di elezione nel trattamento dei neoplasmi, eventualmente associata alla Röntgen o alla radium-terapia.

Altri tentativi di cura con sistemi escogitati negli ultimi anni, anche se interessanti dal punto di vista dottrinale, non hanno confermate le speranze che in essi riponevano gli Autori. Taluni forse potranno, in seguito ad ulteriori

perfezionamenti, essere applicati come sussidii terapeutici da aggiungere ai fondamentali sopraesposti.

Con il progredire della tecnica sono state osservate in seguito all'intervento chirurgico precoce un buon numero di guarigioni ed un'alta percentuale di lunghe sopravvivenze.

Il segreto del successo è fondato sulla diagnosi precoce, stabilita nell'epoca in cui il tumore rappresenta una manifestazione morbosa limitata alla sola sede di origine. E' in tale periodo che l'asportazione totale del tocolao neoplastico fornisce i migliori risultati, mentre invece nello stadio che segue immediatamente, spesso a brevissima distanza, la rapida invasione di successive tappe mette il tumore in condizioni di vantaggio di fronte alle possibilità del chirurgo. Quando si opererà in tale fase non potranno fondarsi molte speranze sul successo. Talora l'intervento radicale non potrà nemmeno essere tentato e la terapia consisterà solo nella cura sintomatica e nell'applicazione di raggi x o di radium. Tali mezzi anche se in taluni casi hanno sortito un buon esito, non possono certamente avere il vantaggio nel confronto con i risultati della cura chirurgica.

La lotta contro i tumori maligni si fonda quindi sullo scoprimento precoce della loro esistenza. Sulla necessità della diagnosi precoce da molto tempo è stata richiamata l'attenzione dei medici. Ma per l'esecuzione di tale precetto è indispensabile la collaborazione del pubblico.

Troppo spesso avviene tuttora che il medico si trovi davanti all'irreparabile, alla sterile constatazione delle avanzate manifestazioni del neoplasma che non può più essere combattuto efficacemente.

E' necessario che il pubblico attui una più attenta auto-osservazione derivante dalla convinzione del possibile sopravvenire dello stato di malattia anche nelle apparenti condizioni più floride della salute e nell'individuo più robusto.

Da ciò, senza giungere agli eccessi del nevropatico che si preoccupa dei fenomeni più insignificanti e vive in continua apprensione per la propria salute sospettando di essere affetto da malattie inesistenti, potrà derivare una maggiore sorveglianza per il proprio patrimonio somatico.

Purtroppo l'aggressione neoplastica può sorprendere tutti, talora anche in età non avanzata e senza alcun precedente morbo o tara ereditaria.

Non bisogna lasciar passare inosservati i primi segni che possono orientare verso l'idea dell'eventuale impianto del tumore.

Come segni di allarme a carico del rivestimento cutaneo potrà essere rilevata la comparsa di un ispessimento circoscritto, talora con alterazioni della pigmentazione, o di una piccola ulcerazione che non evolve verso la guarigione come le comuni lesioni traumatiche, ma invece ha tendenza ad approfondirsi ed allargarsi più o meno rapidamente. Così pure potrà notarsi che un neo od un fibroma pendulo che sono stati sempre portati senza alcun disturbo, presenteranno i segni di uno strano accrescimento con modificazione od ulcerazione della superficie.

Le alterazioni del tessuto di rivestimento dovranno mettere maggiormente in allarme se si verificheranno al livello delle mucose (labbra, lingua, genitali esterni, ano).

In tali casi non bisognerà crearsi delle illusioni con l'attribuire la causa a traumatismi recenti, o ad infiammazioni o, nel caso della localizzazione linguale, ad impronte dentarie o ad ulcerazioni da decubito per apparecchi di protesi.

Troppo spesso vengono addebitate a tali fattori delle lesioni che in seguito si dimostrano chiaramente neoplastiche. E forse la chiamata in causa di tali agenti non è del tutto arbitraria poichè in realtà viene ammesso che tutti i fattori irritativi, i traumi ripetuti, le infiammazioni croniche fertilizzano il terreno per lo sviluppo del cancro.

Ma è proprio per tale ragione che dovranno destare maggiori sospetti delle lesioni anche minime se si sviluppano nella sede in cui si siano verificate le condizioni predisponenti.

Particolare sorveglianza dovrà esplicarsi su di un organo glandolare femminile, la mammella, per il forte contributo che essa fornisce al totale dei tumori.

Il rilievo di un nodulo nell'interno della mammella, specialmente se situato nel quadrante supero-esterno, e mai precedentemente notato, è fortemente sospetto e deve condurre all'accertamento sanitario. Uguale effetto dovrà seguire all'osservazione di una secrezione abnorma o allo scolo di sangue dal capezzolo, o all'impiantarsi in tale sede o sull'areola di un eczema o di una ulcerazione.

Altro organo prediletto dai tumori nel sesso femminile è quello della maternità. Depingono per l'iniziarsi della neoplasia le piccole perdite di sangue o di sierosità rossastre dall'aspetto di lavatura di carne, specialmente se si presentano quando già è esaurita la vita sessuale.

Altra sede di frequente sviluppo di tumori è lo stomaco, e in misura maggiore nel sesso maschile. E' accertato che con una discreta frequenza l'impianto neoplastico avviene in sofferenti di ulcere o in coloro che ne ebbero a soffrire e nei gastritici cronici.

All'inizio i sintomi possono essere molto scarsi e di poco conto, tali da passare inosservati.

E' solo dopo un certo tempo, quando le sofferenze aumentano, che il paziente ricorda di aver notato da un certo periodo perdita dell'appetito, repulsione verso alcuni cibi che in precedenza erano ben accettati, talora qualche fitta dolorosa. In seguito la comparsa dei dolori o del vomito talora contenente sangue, sintomi non costanti, destano delle preoccupazioni. Ma alcune volte soltanto il pallore e il dimagrimento progressivo conducono il malato dal medico. In genere passa inosservata la colorazione nera delle deiezioni, che si osserva frequentemente ed è dovuta alla presenza di sangue digerito, sintomo che ha pure una notevole importanza.

In ambedue i sessi relativamente spesso si sviluppano pure tumori a carico dell'ultimo tratto dell'intestino, colon e retto. In questo caso ne costituirà quasi sempre il primo segno l'emissione di sangue vivo coministo alle feci. I disturbi funzionali consisteranno spesso in diarrea, talora in stipsi. Anche in questi tumori come in tutti gli altri ai sintomi caratteristici si accompagneranno l'anemizzazione ed il deperimento progressivo.

Disturbi della minzione osservabili nell'uomo, talora difficoltà, altre volte ritenzione completa, a seconda della sede e della precocità dei sintomi, potranno essere presi in considerazione per discutere la possibilità di insorgenza di un tumore prostatico. Questo è da sospettare specialmente se i suaccennati disturbi si verificano in età non molto avanzata e sempre da differenziare dalla cosiddetta ipertrofia prostatica, che rappresenta l'affezione più frequente in confronto del neoplasma.

Il rilievo di sangue nelle urine, in assenza di altri segni, potrà deporre per lo sviluppo di un tumore a carico dell'apparato urinario.

Non credo utile dilungarmi in una esposizione delle manifestazioni proprie ai tumori di altri organi ove si osservano con minore frequenza, anche per le maggiori difficoltà che ne presenta l'osservazione.

Da questa breve rassegna emerge che i tumori maligni si manifestano con alcuni segni caratteristici di cui i principali sono la tumefazione o la ulcerazione, o entrambi i fenomeni combinati, l'emorragia o l'emissione di secrezioni abnormi, i disturbi derivanti dalla compressione. Fra questi ultimi importante è il dolore che spesso assume il tipo della nevralgia e che talora rappresenta per un certo tempo l'unico segno.

In tutti i casi poi è presente l'anemizzazione ed il dimagrimento.

Ciascuno di tali segni, anche isolatamente, deve far sorgere il sospetto del tumore e richiedere l'accertamento.

Agendo in tal modo accadrà talora di fondare delle preoccupazioni su di una minaccia inesistente, ma ciò varrà di certo meglio che il doversi poi trovare inermi di fronte alla avvenuta invasione.

Note di medicina dell'Assicurazione Vita

ALTERAZIONI ELETTROCARDIOGRAFICHE NELLE MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI

Dott. A. SULTANO

del Servizio Sanitario dell' I.N.A.

L'elettrocardiogramma (e. c. g.) non è l'espressione della contrazione cardiaca, la quale è ben rilevata dai tracciati meccanici, ma è invece l'espressione dell'onda conduttrice dello stimolo, che propagandosi lungo il muscolo cardiaco ne provoca la contrazione dei vari segmenti e con questa produce la formazione di correnti elettriche di azione. Di conseguenza esso viene ad essere l'espressione elettrica del funzionamento del muscolo cardiaco.

Per tali considerazioni l'elettrocardiogramma appartiene, non alle prove funzionali che noi pratichiamo per saggiare la forza di riserva del miocardio, quali la flessione sulle ginocchia, la salita di una scala, ecc. ma appartiene alla serie delle ricerche fisiche più fini e più sensibili, poichè, mettendoci sotto gli occhi la maniera di eccitazione del miocardio, ci permette di dedurne alterazioni anatomiche, spesso molto tempo prima che queste abbiano dato segni rilevabili percussoriamente ed anche radiologicamente e persino quando il ritmo cardiaco e la pressione arteriosa si mantengono ancora normali, ed il soggetto per determinate ragioni ha interesse a nascondere i suoi disturbi cardiaci.

A queste deduzioni diagnostiche, che ci permettono di emettere poscia esatti giudizi prognostici, si è potuto giungere soltanto in quest'ultimo decennio, mercè una serie di pazienti ed accurati studi e mediante delicate ricerche sperimentali: prima ci si accontentava di chiedere all'elettrocardiogramma la segnalazione dei disturbi del ritmo, che non sempre venivano rivelati dai tracciati meccanici.

L'elettrocardiogramma presenta infatti notevoli vantaggi sul meccanogramma: (fig. 1) esso mette molto bene in rilievo:

- a) l'inizio della contrazione auricolare;
- b) il tempo che impiega lo stimolo di contrazione per passare dalle orecchiette ai ventricoli;

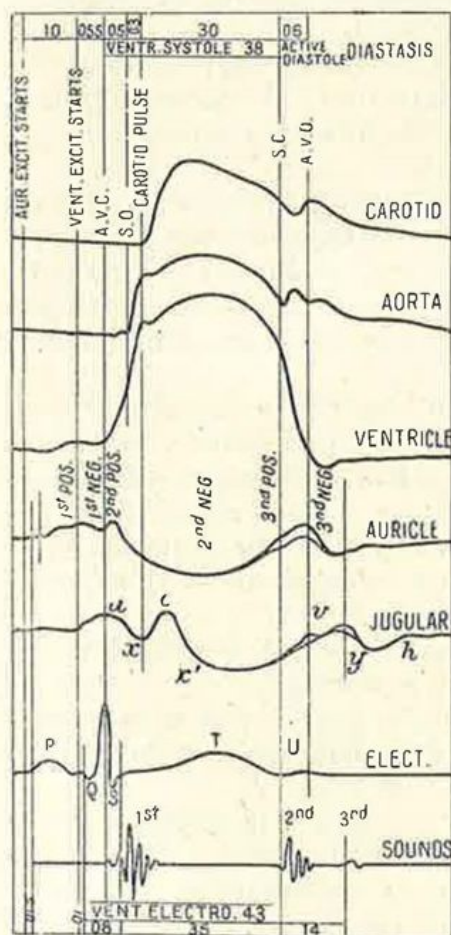


Fig. 1. — Confronto dei vari tracciati meccanici con l'elettrocardiogramma.

(Da Lewis).

c) l'inizio e la fine della contrazione ventricolare;

d) esso fa inoltre riconoscere a colpo d'occhio, per la loro diversa forma, l'onda dovuta alla contrazione auricolare e l'onda dovuta alla contrazione ventricolare; ed

e) infine, esso fa ben rilevare le deviazioni patologiche della trasmissione dello stimolo lungo la via di conduzione.

*
* *

Sarà bene, prima di descrivere le alterazioni elettrocardiografiche nelle malattie del cuore e dei vasi, ricordare alcuni dati utili alla lettura dell'elettrocardiogramma normale.

Anzitutto sulla carta in cui è iscritto l'e. c. g. sono tracciate delle linee orizzontali distanti l'una dall'altra un millimetro, e delle linee verticali di distanza variabile secondo la velocità di svolgimento della carta e la rapidità di vibrazione del cronometro. Le *linee orizzontali* servono a calcolare il voltaggio del potenziale elettrico esistente nel cuore nelle varie fasi della sua rivoluzione. Tale voltaggio si esprime in decimillivolt, tenendo conto che dieci millimetri corrispondono ad un millivolt. A tal uopo, prima di registrare le varie derivazioni, si regola il galvanometro in modo che, introducendo una corrente di un millivolt, si ottenga un'oscillazione della corda di un centimetro.

Le *linee verticali* indicano il tempo, espresso e segnato in ogni e. c. g., per lo più in venticinquesimi o in cinquantesimi di secondo, cosicchè lo spazio compreso fra due linee verticali viene a corrispondere rispettivamente a 4 centesimi di secondo (0" 04) o a 0" 02. E' indispensabile conoscere il tempo per valutare la durata delle singole fasi di ogni rivoluzione cardiaca.

*
* *

Uno sguardo all'e. c. g. (fig. 2 e 3) rileva ch'esso si compone di cinque fasi e cioè di tre sollevamenti o *onde positive P.R.T.*, di due depressioni o *onde negative Q,S* di tre segmenti rettilinei intercalati alle onde: *P.R.*, *S.T.* e *T.P.*

Le onde od oscillazioni, rilevate in un tracciato fisico e per tal motivo denominate indifferentemente con delle lettere alfabetiche, che non pregiudicano il significato degli accidenti che rappresentano, hanno in clinica particolare importanza ed un significato diverso.

a) L'onda positiva *P.*, contemporanea al periodo di attività elettrica delle orecchiette durante la loro contrazione, esprime il diffondersi dello stimolo nelle orecchiette; la sua durata varia da 7 a 10 centesimi di secondo (0" 07 a 0" 10); il suo voltaggio è basso, cioè eguale a decimillivolt 1,16-1,70: proporzionato quindi alla funzione di serbatoio della orecchietta.

(Nella stenosi mitralica che provoca una maggiore energia contrattile del miocardio auricolare si ha un aumento del voltaggio di *P.*, mentre si ha una diminuzione di esso nel flutter e nella fibrillazione auricolare poichè in tal caso si verifica minore energia contrattile).

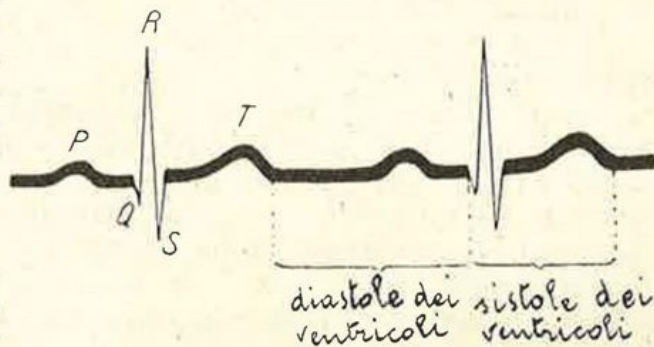


Fig. 2. — Disegno schematico dell'ecg. normale, il quale dimostra le 5 oscillazioni *P Q R S* e *T* corrispondenti ad ogni rivoluzione cardiaca. Il complesso auricolare *P* precede il complesso ventricolare *Q, R, S, T*. L'ultimo si compone della oscillazione iniziale *Q, R, S* e dell'onda terminale *T*.

(Da Dressler).

b) Le onde *Q.R.S.T.* costituiscono insieme il *complesso ventricolare*, di cui *Q.R.S.* forma l'onda iniziale o principale del complesso, e *T* l'onda terminale. La durata del complesso oscilla da 30 centesimi di secondo a 36 centesimi di secondo.

Le onde *Q.R.S.T.* sono contemporanee al periodo di attività elettrica dei ventricoli e rappresentano il diffondersi dello stimolo di contrazione lungo il fascio di Paladino-His e le sue due branche ventricolari sino alle estreme ramificazioni del sistema di Purkinje: sono contemporanee alla contrazione ventricolare di cui l'onda *Q* segnerebbe l'inizio e l'onda *T* la fine. Durante quindi l'intervallo *Q.T.*, che oltre ad indicare la contrazione dei ventricoli, segna pure il loro periodo refrattario agli stimoli, non sono possibili extrasistoli ventricolari.

Nel complesso ventricolare è da notare che l'onda iniziale *Q.R.S.* (*Anfangsschwankung* o *Hauptschwankung* dei tedeschi) ha un aspetto sottile dovuto a veloci movimenti della corda galvanometrica per rapide oscillazioni di corrente: la sua durata varia da 0"05 a 0"06 e non oltrepassa 0"10.

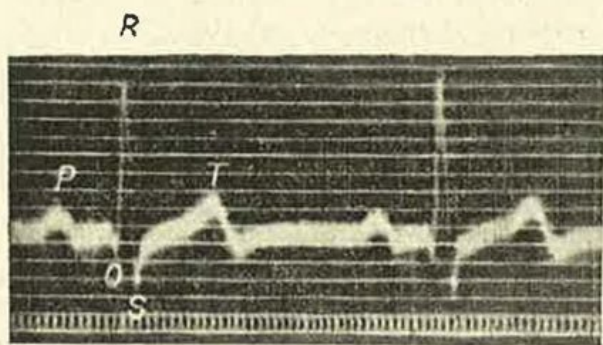


Fig. 3. — Derivazione. Tempo 0" 02. Elettrocardiogramma normale.

(Da Dressler).

Q ed *S* possono mancare e quando sono presenti formano due onde negative piccole a punta aguzza; *S* ordinariamente è più grande di *Q*: potendo *S* avere un voltaggio di decimilivolt (= mm.) da 2.23 a 4.50; mentre *Q* misura 0,73.

a) *Q*. in genere poco evidente, si rende marcata nella terza derivazione, secondo gli studi di Pardee, nelle gravi affezioni del ventricolo sinistro, come nell'ipertensione arteriosa, nell'angina di petto.

β) L'onda negativa *S*. si fa più evidente nella ipertrofia dei ventricoli.

γ) L'onda positiva *R*. ha in media un'altezza di millimetri 10,32 con un massimo di millimetri 16,5. La sua durata può variare da 0"04 a 0"05.

δ) L'onda positiva *T*. di forma alquanto arrotondata, ha in media un voltaggio di decimilivolt 2,46, mai meno di 1,0 e con un massimo di 5,0. La sua durata è di 0"12-0"20.

Essa rappresenta la *disattivazione dei ventricoli* e corrisponde alla fine della sistole ventricolare.

Per la sua importanza, è denominata dai tedeschi *onda vitale*, ed è ritenuta in rapporto con l'energia ventricolare e con la vascolarizzazione del miocardio. Infatti nei casi di abbassamento del tono fisiologico del muscolo cardiaco si rileva nell'e. c. g. una diminuzione dell'altezza dell'onda *T*, e nei casi di trombosi coronaria (come ad es. nell'angina di petto) si nota spesso nelle derivazioni II e III una *T* invertita (negativa) a punta aguzza, anomalia che porta il nome di « *T coronarica di Pardee* » dal nome dell'autore che l'ha messa in rilievo.

Fra le onde abbiamo dei tratti rettilinei (isoelettrici):

1) lo spazio *P-R* il quale indica il passaggio dello stimolo dall'orecchietta al ventricolo, misura così il tempo di conduzione auriculo-ventricolare. Ha la durata di 0"12-0"18;

2) l'intervallo *S.T.* che fa parte del complesso ventricolare e dura 0"09-0"11; le sue alterazioni si accompagnano spesso alle alterazioni dell'onda *T*;

3) e il tratto *T.P.* indicante la pausa cardiaca, l'intervallo cioè che separa una rivoluzione cardiaca dalla seguente e che in numero normale di rivoluzioni, cioè di 75 al minuto primo, misura 0"30.

*
**

Per uno studio elettrocardiografico completo, occorre raccogliere i tracciati di tutte e tre le derivazioni poichè alcune deformazioni hanno significato differente a seconda della derivazione in cui si presentano e per poter diagnosticare con esattezza una alterazione elettrocardiografica è indispensabile confrontare i grafici raccolti nelle tre derivazioni.

Rileviamo che le oscillazioni presentano ampiezze differenti secondo la derivazione; le maggiori oscillazioni normalmente si hanno nella II Derivazione (Braccio destro-gamba sinistra), le minime nella III Derivazione (braccio sinistro e gamba sinistra), per la ragione che la II Derivazione decorre quasi parallela all'asse elettrico e quindi riceve le maggiori differenze di potenziale elettrico, mentre la III Derivazione decorre in senso quasi perpendicolare all'asse elettrico e quindi rileva le minori differenze di potenziale (fig. 4).

In genere le varie onde dell'ecg. sono dirette nelle tre derivazioni nello stesso senso (*tipo concordante dell'ecg.*) ad es. *T* positiva in *D I* è pure positiva in *D II* e *D III*; può però capitare che esse siano dirette in senso opposto (*tipo discordante dell'ecg.*) e cioè *T* positiva in *D I* è negativa in *D III*.

Le variazioni di diversa ampiezza delle onde nelle tre derivazioni, come pure il tipo concordante e il tipo discordante dall'ecg. sono connesse con la posizione e la direzione dell'asse elettrico cardiaco.

A tal uopo è molto dimostrativo lo schema del *triangolo equilatero*, proposto da Einthoven. Sia il triangolo equilatero *D.S.G.* i cui lati rappresentano *D.S.* la I Derivazione (braccio destro e braccio sinistro); *D.G.* la II Derivazione (braccio destro e gamba sinistra); *S.G.* la III Derivazione (braccio sinistro e gamba sinistra).

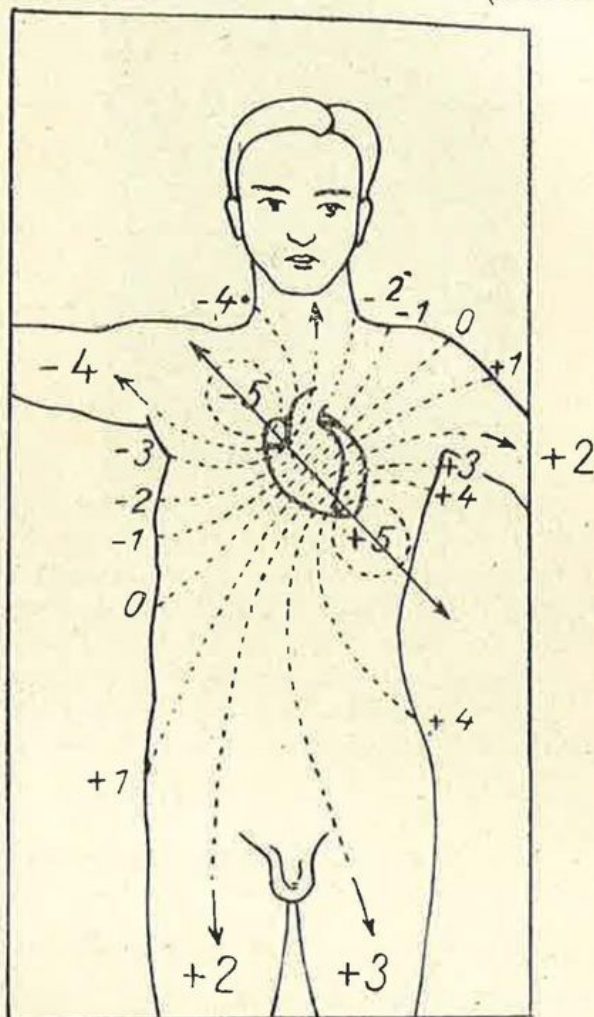
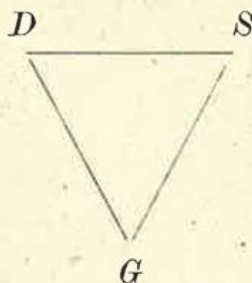


Fig. 4.



Supponiamo che l'asse elettrico formi un angolo di 60° con il lato *D.S.* (fig. 5) il potenziale elettrico *E* proiettato nei tre lati del triangolo, sarà riprodotto nel suo completo valore dal segmento e_2 in *D.G.* (seconda derivazione), che decorre parallelo all'asse elettrico; sarà riprodotto invece in minori

dimensioni da e_1 - e_3 sui lati $D-S$ e $S-G$, per i quali l'asse elettrico non è parallelo sibbene egualmente inclinato di 60° .

Comparando i valori delle proiezioni nelle tre derivazioni si constata che $e_2 = e_1 + e_3$; cioè la più grande delle proiezioni è eguale alla somma delle altre due.

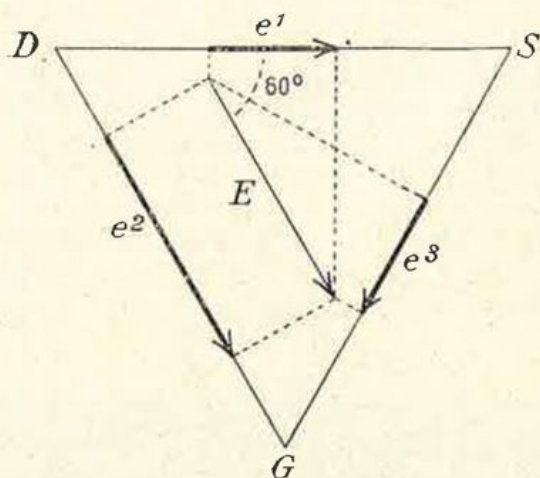


Fig. 5.

(Da Lewis)

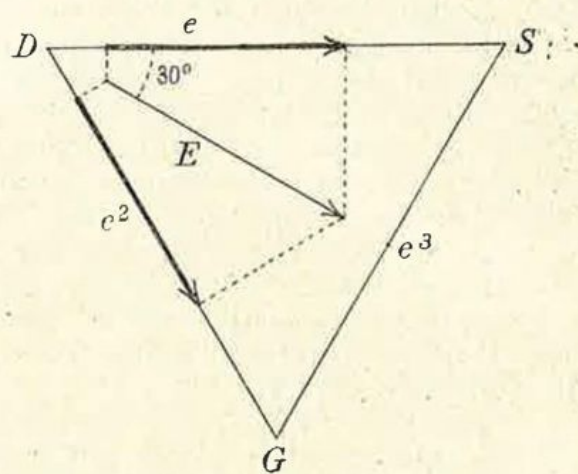


Fig. 6.

Supponiamo ora il caso che l'asse elettrico formi un angolo di 30° con il lato $D-S$ del triangolo equilatero (fig. 6).

il potenziale elettrico E proiettato sui tre lati del triangolo sarà riprodotto in eguali dimensioni da e_2 e da e_1 sui lati $D-G$ e $D-S$ e non sarà per nulla riprodotto sul lato $S-G$ perchè l'asse elettrico è perpendicolare ad esso. Si ha quindi $e_2 = e_1 + e_3$; ma siccome e_3 è eguale a zero, quindi e_2 è eguale ad e_1 .

Se in questo caso immaginiamo che l'asse elettrico si sposti di poco, girando nel senso della lancetta dell'orologio, (fig. 7) allora aumenterà la proie-

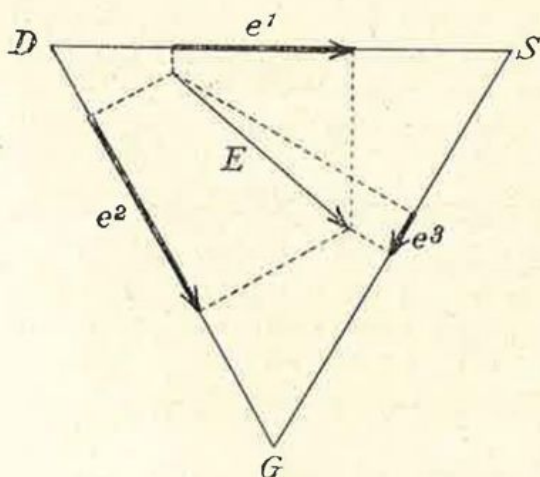


Fig. 7.

(Da Lewis)

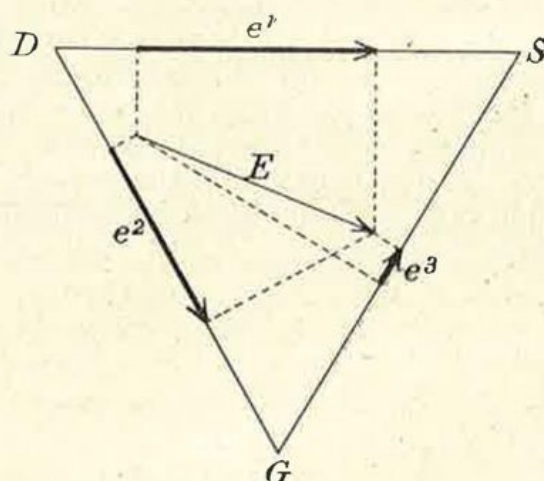


Fig. 8.

zione del potenziale elettrico sul lato $D-G$ (e_2), diminuirà alquanto sul lato $D-S$ (e_1) e sarà leggermente accennato in $S-G$ (e_3). Resterà sempre il rapporto $e_2 = e_1 + e_3$.

Se nello stesso caso infine immaginiamo che l'asse elettrico si sposti di poco, ma nel senso inverso dell'indice dell'orologio (fig. 8) allora la proiezione

del potenziale aumenterà in $D-S$ (e_1) diminuirà in $D-G$ (e_2); resterà eguale in $S-G$ (e_3); però su questo lato avrà una direzione inversa (tipo discordante dell'ecg.). In tal caso il rapporto sarà $e_3 = e_2 + e_1$.

Risulta quindi come *corollario* che per conoscere l'inclinazione dell'asse elettrico rispetto all'orizzontale $D-S$ in una data fase della rivoluzione cardiaca basta conoscere il valore e la direzione delle oscillazioni in detta fase (ad es.

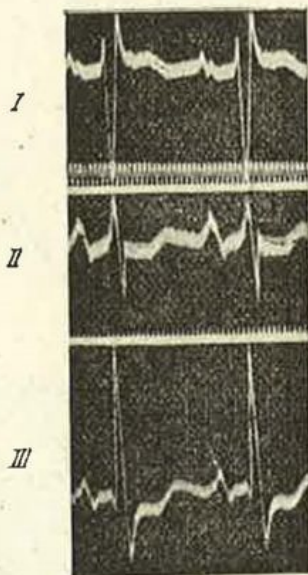


Fig. 9. — Preponderanza del ventricolo destro. Profonda S_1 ed alta R_2 . L'oscillazione iniziale e quella terminale nella $D I$ e $D III$ sono dirette in senso inverso. L'onda P è scissa in $D I$ e $D III$, ed è abnormemente alta in $D II$.

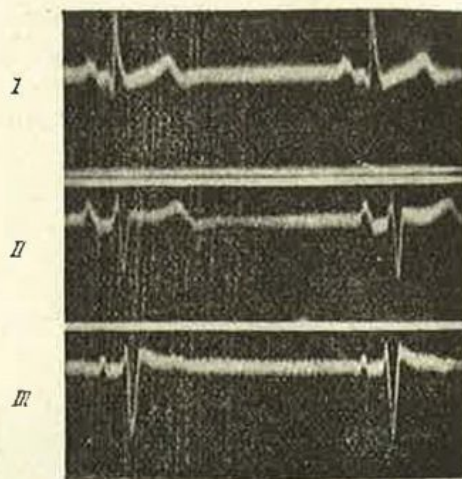


Fig. 10. — Prevalenza del ventricolo sinistro. Nella $D III$ R è piccola ed S invece profonda.

(Da Dressler).

fase R o fase T ecc.) nelle tre derivazioni e riportarli sui tre lati del triangolo equilatero.

*
* *

L'ecg. può presentare delle *variazioni* che non debbono essere considerate sempre come patologiche, e precisamente:

a) l'onda P può avere un aspetto *difasico*, cioè presentare una oscillazione positiva ed una negativa. In tal caso l'oscillazione positiva è di voltaggio maggiore e precede la negativa. L'onda P può presentarsi nella III derivazione *spianata*, quasi isoelettrica e perfino negativa;

b) l'onda Q spesso manca completamente o la si nota in III derivazione;

c) l'onda R può presentare nelle sue branche degli *ispessimenti nodosi*, e verso la base può presentare delle *incisure*.

E' degno di nota infine il *contrasto di sviluppo* che presenta anche normalmente l'onda R rispetto all'onda S nella derivazione I e derivazione III.

Ordinariamente una R alta in Derivazione I è accompagnata da una S profonda in Derivazione III (*tipo sinistro*) e viceversa una S profonda in Derivazione I si accompagna ad una R alta in Derivazione III (*tipo destro*).

d) l'onda T può mancare od anche essere negativa in Derivazione III, invece, normalmente, è sempre positiva in Derivazione I e Derivazione II.

*
**

Vi sono poi *modificazioni elettrocardiografiche* caratteristiche, dipendenti dalla posizione anatomica del cuore e della sua ipertrofia:

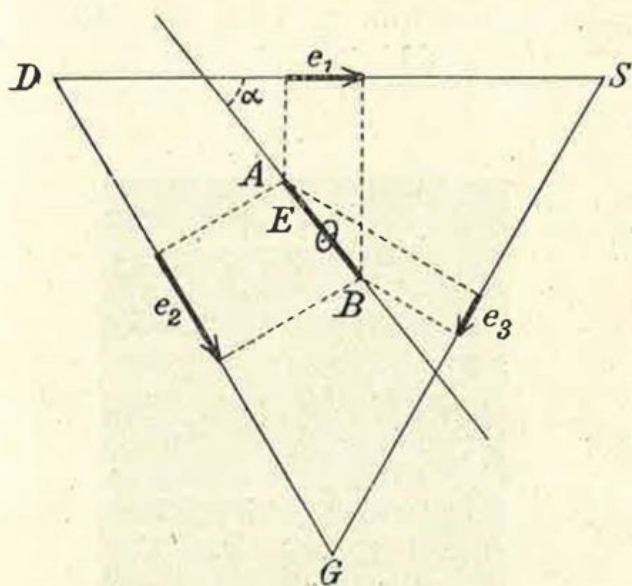


Fig. 11. — Schema del triangolo equilatero nella posizione di cuore normale.

(Da Dressler).

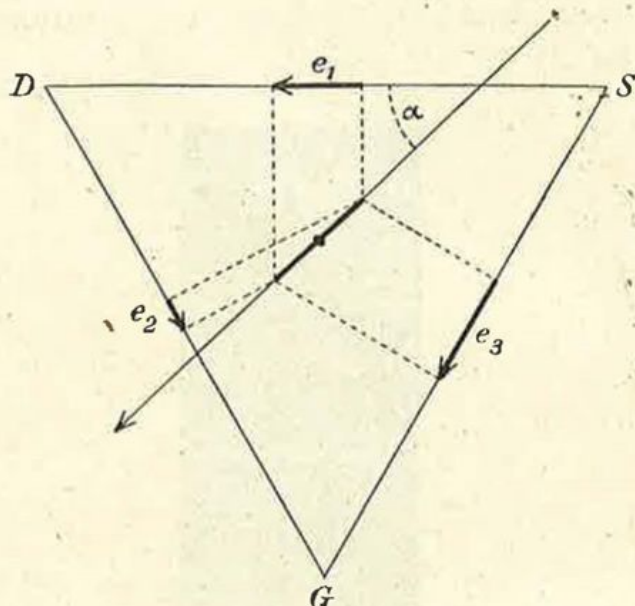


Fig. 12. — Schema del triangolo equilatero nel Situs inversus del cuore. In e_1 la direzione di corrente è invertita, in e_2 ed in e_3 come nella posizione di cuore normale. In e_3 le oscillazioni raggiungono il massimo, paragonabili alle e_2 normali.

1) per quanto riguarda l'influenza che esercita la *posizione del cuore* sul tracciato elettrocardiografico è da ricordare:

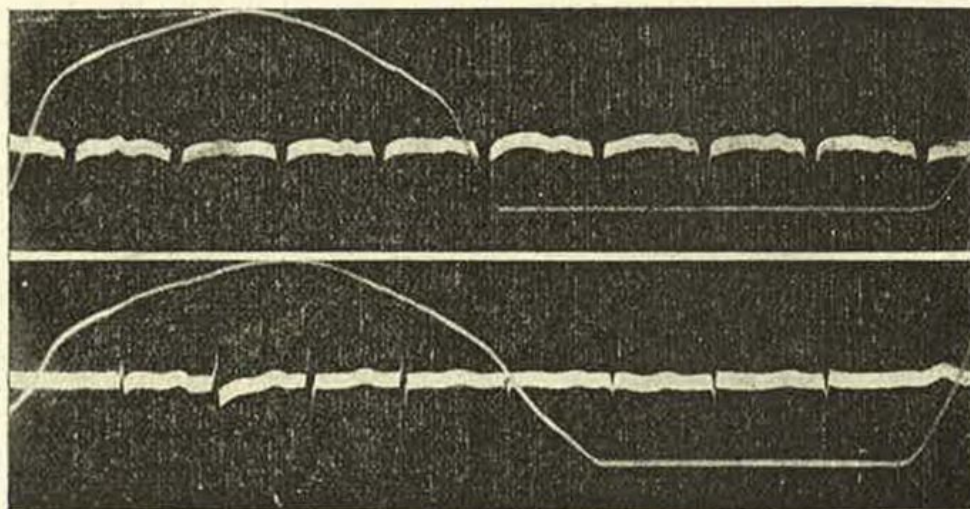


Fig. 13. — Elettrocardiogramma (I e III Derivazione) con curva respiratoria. (L'arco diretto verso l'alto indica l'inspirazione: La striscia orizzontale l'espirazione). Influenza della respirazione sull'elettrocardiogramma. Nella respirazione R_1 diviene più piccola ed R_3 più grande: nella espirazione l'onda principale si trasforma in Derivazione III in oscillazione nettamente negativa.

(Da Dressler).

a) il *situs inversus* del cuore dà un elettrocardiogramma molto simile a quello normale con la sola differenza che il grafico della I Derivazione è

l'immagine a specchio della stessa Derivazione normale (cioè le varie onde hanno una direzione rovesciata), il grafico della II derivazione è identico e quello della III derivazione normale, e quello della III D. è identico a quello della II D. normale.

La spiegazione è facile se si ricorre allo schema del triangolo equilatero di Einthoven (fig. 11 e 12).

Si può avere un e.c.g. di *situs inversus* del cuore invertendo ad arte gli elettrodi delle braccia: e a tale eventualità bisognerà pensare se in individuo normale si ottiene un e.c.g. con I derivazione a specchio.

b) Le posizioni verticale ed orizzontale del cuore modificano anch'esse il tracciato. Come già abbiamo notato a proposito dello schema geometrico proposto da Einthoven, gli spostamenti che il cuore subisce attorno al suo asse, sia nel senso della lancetta dell'orologio, sia nel senso inverso, apportano sull'e.c.g. modificazioni sia nell'ampiezza delle onde sia nella loro direzione.

Perciò nel cuore *verticale* (cuore a goccia dell'astenico, in cui il cuore si presenta come spostato nel senso della lancetta dell'orologio) si notano le maggiori oscillazioni in Derivazione III e le più piccole in Derivazione I.

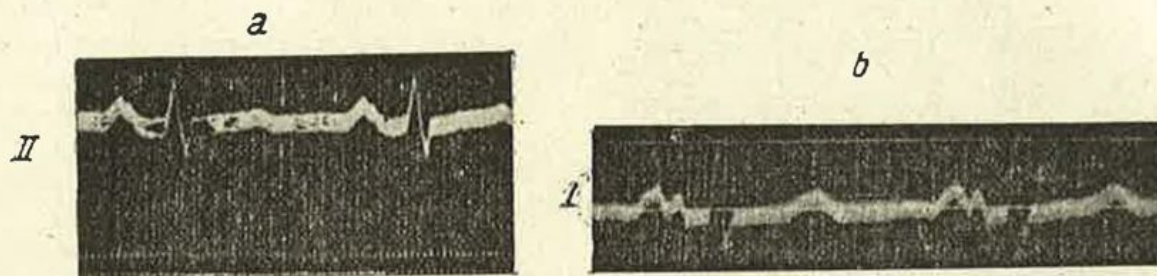


Fig. 14. — Ipertrafia auricolare in due casi di stenosi mitralica e tricuspideale. L'onda P è considerevolmente ingrandita, allargata, più alta dell'onda terminale T; in b l'onda P è bifida.

(Da Dressler).

Nel cuore *disteso* (cuore coricato delle persone obese, in cui si ha uno spostamento del cuore in senso inverso alla lancetta dell'orologio) le maggiori oscillazioni si osservano in Derivazione I e le minori in Derivazione III, e se il cuore ruota esageratamente si ottengono in Derivazione III oscillazioni in senso contrario a quello delle altre due Derivazioni (tipo discordante dell'e.c.g.).

c) Gli *atti respiratori esagerati* sono pure in grado di far ruotare il cuore attorno al suo asse sagittale, modificando i grafici delle Derivazioni I e III in senso opposto e cioè nella inspirazione profonda le onde R sono impicciolate, nella D. I ed ingrandite nella D. III nella espirazione esagerata al contrario le onde R sono impicciolate nella Derivazione III ed ingrandite nella Derivazione I (fig. 13).

2) Quando per cause varie il cuore diviene *ipertrofico* allora il tracciato elettrocardiografico subisce speciali modificazioni che ci permettono di diagnosticare la sezione, sede dell'ipertrofia:

a) nell'*ipertrofia delle orecchiette*, frequente in seguito a stenosi mitralica, l'onda P presenta un voltaggio maggiore, qualche volta superiore, a quello dell'onda T; spesso è bipartita ed allargata prolungandosi di una durata maggiore di 0"10 (fig. 14).

b) nell'*ipertrofia dei ventricoli* l'e.c.g. ci permette di distinguere l'ipertrofia del ventricolo sinistro da quella del ventricolo destro.

A questo proposito ricordiamo che il complesso ventricolare rappresenta la risultante delle correnti di azione di ciascuno dei due ventricoli, è cioè un bigramma che abbraccia i due monogrammi ventricolari: il destro-gramma

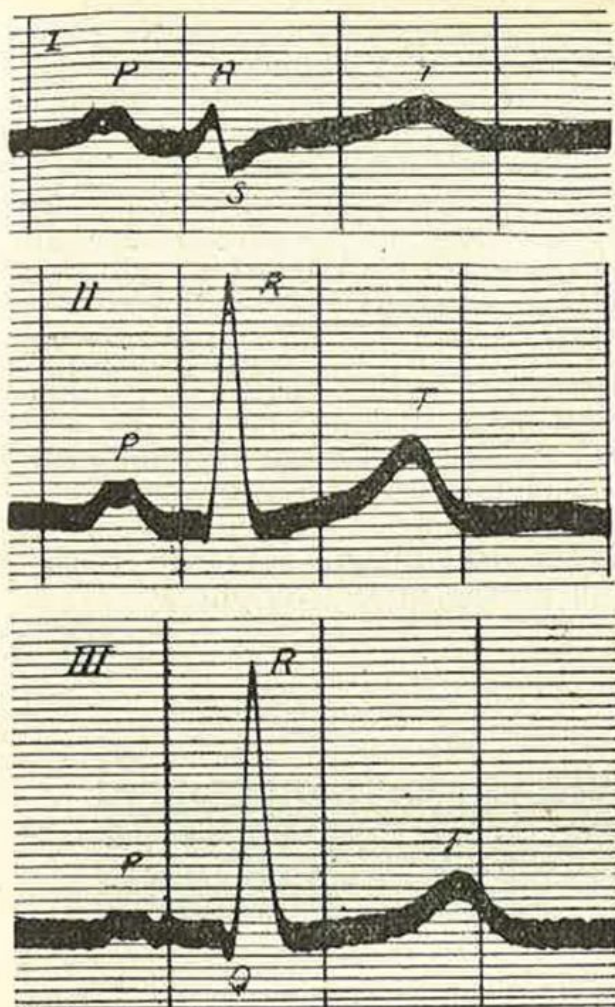


Fig. 15. — Elettrocardiogramma in caso di ipertrofia del ventricolo destro, consecutiva a stenosi mitralica. Tempo 1/5. (Da Lewis).

con una *R* di gran voltaggio ed una *S* piccola, mentre in Derivazione III l'onda iniziale è diretta in basso con una *R* di piccolo voltaggio ed una *S* profonda, cioè di voltaggio aumentato (fig. 16).

La Derivazione II nell'ipertrofia dei ventricoli presenta il più delle volte una *R* ed una *S* di voltaggio quasi eguale.

L'onda *T* del complesso è anch'essa, nell'ipertrofia dei ventricoli spesso coinvolta, assumendo una direzione opposta all'onda principale.

Bisogna infine notare che l'aspetto speciale delle oscillazioni nei casi dell'ipertrofia ventricolare, oltre ad essere dovuto al rapporto della massa dei ventricoli (quando i ventricoli sono entrambi ipertrofici e mantengono perciò invariato il rapporto di massa, ad esempio nella stenosi ed insufficienza mitralica, l'elettrocardiogramma non presenta segni di prevalenza) è dovuto anche alla rotazione del cuore attorno al suo asse sagittale conseguente all'ipertrofia (sappiamo infatti che l'ipertrofia del ventricolo sinistro

ed il levo-gramma. Normalmente le influenze elettriche dei due monogrammi si neutralizzano in gran parte ed il complesso ventricolare che ne deriva non presenta alcuna preponderanza elettrica evidente.

Però nei casi di ipertrofia di uno dei ventricoli l'e.c.g., raccolto nelle tre derivazioni, presenta la preponderanza elettrica del ventricolo ipertrofico, presenta cioè l'aspetto del destro-gramma o del levo-gramma, e precisamente:

a) nell'ipertrofia del ventricolo destro la quale il più delle volte si verifica nella stenosi mitralica pura, nella stenosi polmonare, e nel neonato e talora persino nel fanciullo e nel pubescente, l'e.c.g. presenta in Derivazione I l'onda iniziale del complesso diretta in basso cioè la *R* piccola e la *S* profonda; in Derivazione III tutto l'opposto e cioè l'onda iniziale del complesso è spiccatamente diretta in alto con la *R* positiva di gran voltaggio, ed una *S* negativa molto piccola (fig. 15);

β) nell'ipertrofia del ventricolo sinistro la quale si verifica nei vizi aortici, nell'ipertensione (nel 60 % dei casi) e nelle nefriti, si ha tutto il contrario e precisamente: in derivazione I l'onda iniziale del complesso è diretta in alto,

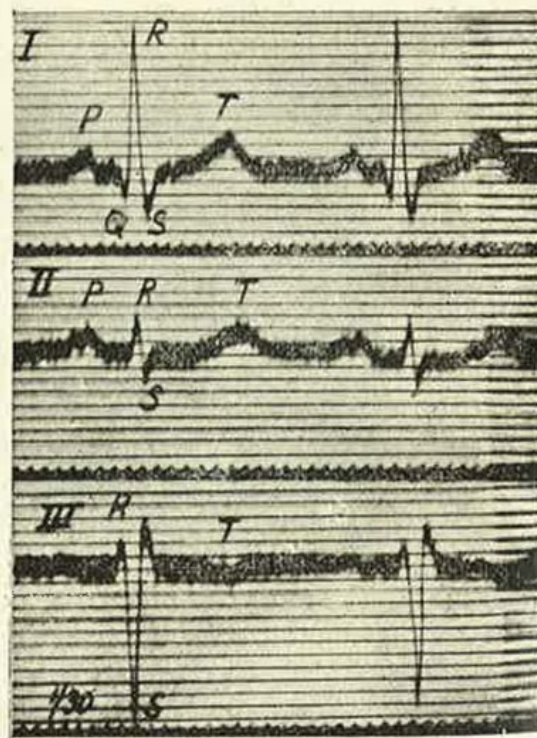


Fig. 16. Elettrocardiogramma in caso di ipertrofia del ventricolo sinistro. Tempo 1/30.

(Da Lewis).

fa assumere al cuore una posizione coricata, mentre l'ipertrofia del ventricolo destro gli fa prendere una posizione verticale) ed infine anche a una certa *variazione del decorso dello stimolo* di eccitazione, conseguenza pure dell'ipertrofia.

Questi altri fattori quindi possono produrre nell'e.c.g. per sè stessi, indipendentemente cioè dall'ipertrofia dei ventricoli, modificazioni di prevalenza destra o sinistra, simili a quelle dell'ipertrofia ventricolare, modificazioni però che non devono essere ritenute patologiche, riscontrandosi in soggetti normali; per tali ragioni sarebbe quindi preferibile la semplice denominazione di *tipo destro o sinistro* a quella di prevalenza destra o sinistra.

Così ad esempio:

a) il tipo sinistro si osserva con frequenza nelle persone anziane e nelle persone obese, nelle quali è frequente l'innalzamento del diaframma che fa assumere al cuore una posizione trasversale: l'e.c.g. presenterà in Derivazione III l'onda iniziale del complesso rivolta in basso con *R* di piccolo voltaggio ed *S* profonda.

b) nei disturbi della conduzione dello stimolo senza ipertrofia dei ventricoli, come avviene nel blocco di una delle branche o delle arborizzazioni si hanno pure immagini elettrocardiografiche simili a quelle della prevalenza destra o sinistra.

*
*
*

Come si è notato l'e.c.g. è in grado di rilevare i disturbi elettrici causati dalle alterazioni della contrazione del miocardio, il quale possiede nel sistema specifico di conduzione un fine e pronto indicatore delle lesioni che lo colpiscono. Finchè il miocardio è integro, come avviene nei vizi valvolari compensati, non si hanno modificazioni del tracciato.

Ne consegue che l'e.c.g. è indispensabile in tutti i casi di *miocardite sia acuta che cronica*.

Nelle malattie infettive *acute*, che possono ledere il miocardio, l'e.c.g. ci fornisce precocemente gli elementi della lesione cardiaca, e quindi ci mette in grado di poter trattare con maggior criterio l'affezione. Nel corso dell'affezione poi sarà opportuno ripetere l'e.c.g. poichè è noto che le lesioni acute possono regredire, come pure progredire, imprimendo segni del loro andamento sui tracciati.

Talora residuano dei disturbi di conduzione permanente, che però non debbono destare soverchia preoccupazione rappresentando la conseguenza di una lesione isolata e circoscritta alle fibre specifiche della conduzione.

Nelle *miocarditi croniche*, le alterazioni elettrocardiografiche, presentantisi per lo più sotto forma di modificazioni dell'onda *P*, di prolungamento dello

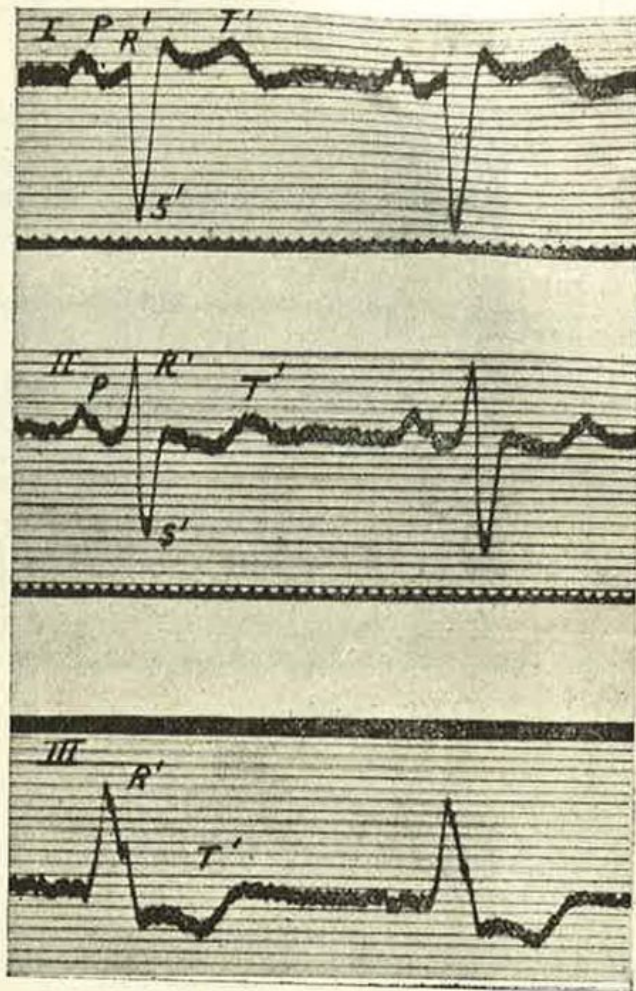


Fig. 17. — Elettrocardiogramma in caso di blocco della branca sinistra.

(Da Lewis).

spazio *P-R*, di allargamento della base dell'angolo *Q.R.S.*, di deformazioni speciali dell'onda *T* e del segmento *S-T*, indicano processi che colpiscono estesamente il miocardio e conseguentemente il sistema specifico in esso racchiuso e precisamente:

modificazioni dell'onda P: mentre l'aumento di altezza di tale onda rivela un'iperattività o un'ipertrofia auricolare, l'appianamento di essa, invece, rivela una minore energia contrattile del miocardio auricolare, che, nella stenosi mitralica, prelude una insufficienza cardiaca od uno stato prefibrillare dell'orecchietta.

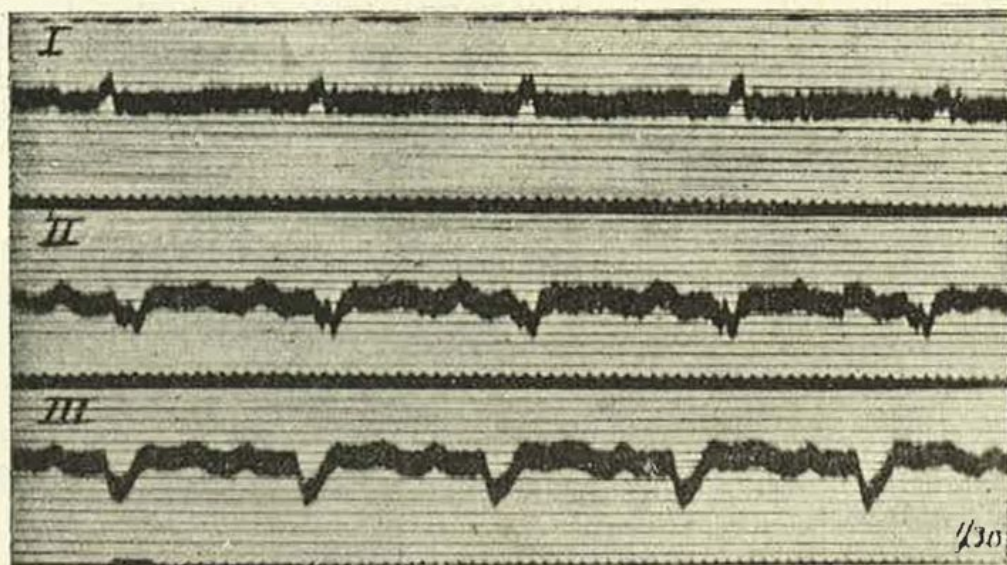


Fig. 18. — Elettrocardiogramma in caso di miomalacia.

(Da Lewis).

il *prolungamento dell'intervallo P-R* superiore a un tempo di 0"20 indica un'alterazione nella conduzione atrio ventricolare;

l'*allargamento* superiore a 0"10 della base dell'angolo *Q.R.S.*, indica un disturbo del processo di eccitazione del miocardio ventricolare cioè un disturbo della conduzione intraventricolare a carico delle branche di Tawara o delle ramificazioni (fig. 17).

Inoltre un *basso voltaggio* inferiore a 5 decimillivolt dell'onda iniziale del complesso, rilevato in tutte tre le derivazioni indica una grave sclerosi delle arterie coronarie e conseguente miomalacia (fig. 18) (fanno eccezione i casi di mixedema, di morbo di Addison, e altri stati di insufficienza endocrina che presentano spesso basso voltaggio per diminuzione del tono fisiologico del cuore).

Deformazioni dell'onda T. — L'onda *T* è quella che più direttamente indica lo stato del miocardio, poichè la sua altezza e la sua forma sono connesse alla durata e al modo di regredire della eccitazione. Essa subisce modificazioni caratteristiche nelle lesioni estese del miocardio; il suo voltaggio in tali affezioni diminuisce, per cui essa tende a spianarsi fino a divenire isoelettrica e nei casi gravi di occlusione delle coronarie e conseguente infarto cardiaco, essa diviene fortemente negativa ed acuminata (onda coronarica di Pardee).

Per lo più in questo ultimo caso le alterazioni dell'onda *T*, rilevabili specialmente in Derivazione III si accompagnano a modificazioni del tratto *S-T* che invece di essere sulla stessa linea degli altri segmenti isoelettrici quale ad es. del tratto *T-P*, è invece inclinato in basso.

Si nota inoltre nell'infarto cardiaco una progressiva trasformazione delle

alterazioni del complesso ventricolare, che subisce modificazioni varie, corrispondenti alla data recente o antica della lesione e precisamente (fig. 19):

a) in un primo tempo, subito dopo l'occlusione della arteria coronaria il

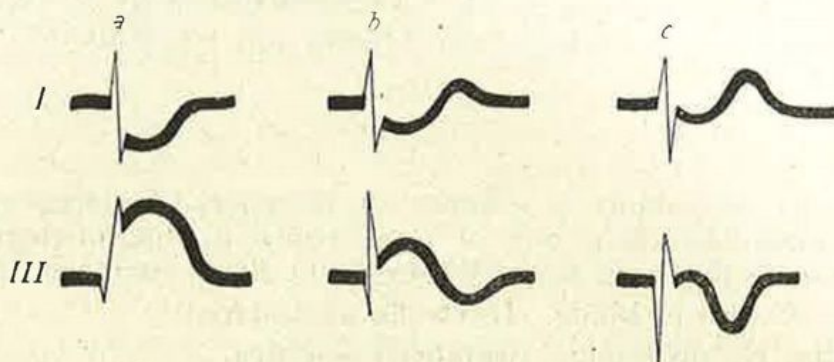


Fig. 19. — Rappresentazione schematica delle progressive alterazioni del complesso ventricolare nell'infarto cardiaco (modificato da Parkinson e Bedford). La seguente descrizione si riferisce alle anomalie visibili in Derivazione III. (La Derivazione I mostra un comportamento inverso). — a) Subito dopo l'occlusione della coronaria. Il segmento R-T si è fuso con l'onda T formando un grande arco, che si inserisce senz'altro subito sotto l'apice dell'onda R. — b) Passaggio dalle alterazioni dovute a recente occlusione alle alterazioni permanenti (di c). L'arco, formato dal segmento R-T e dall'onda T, è divenuto più basso e si inserisce quasi sulla linea isoelettrica. L'onda Q si approfonda. — c) Alterazione permanente: dell'arco diretto in alto non è più rimasta che un'elevazione piana, mentre adesso si rende evidente una T approfondita (negativa) ed aguzza. L'onda Q si rende ancora più evidente e più profonda.

(Da Dressler).

segmento R-T si fonde con l'oscillazione T in guisa di un grande arco, che si inserisce sotto l'apice dell'onda R;

b) dopo alcuni giorni, l'arco suddetto diviene più basso, inserendosi ad R quasi all'altezza della linea isoelettrica, ed intanto comincia a manifestarsi l'onda Q.

c) infine dopo parecchio tempo ancora, l'onda T si approfonda rendendosi nettamente negativa ed acuminata. L'onda Q si rende sempre più evidente cioè più profonda.

L'onda Q si presenta accentuata in Derivazione III nelle malattie che interessano il ventricolo sinistro e in una grande percentuale (nel 63% secondo Pardee) di soggetti con disturbi di carattere anginoso; pare sia connessa ad alterazioni di un ramo dell'arteria coronaria sinistra (Pezzi).

Essa è un'alterazione elettrica precoce e quindi preziosissima per una diagnosi precoce di angina di petto e talora rappresenta la sola alterazione superstite di una sindrome anginosa gravissima.

Come si sarà già rilevato le *miocarditi croniche* rappresentano per lo più la conseguenza di alterazioni vasali e precisamente delle arterie coronarie e loro ramificazioni: così il blocco della branca destra del fascio di His, rilevabile nell'ecg, per

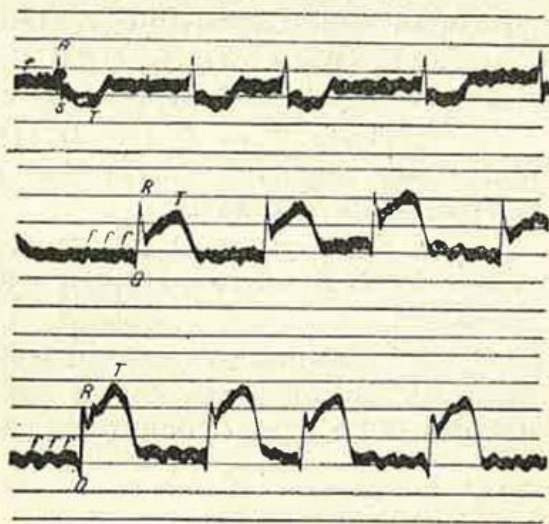


Fig. 20. — (Secondo Pardee). Dall'alto al basso I, II e III Derivazione. Fibrillazione auricolare. Il tracciato indica alterazioni recenti, 4 ore dopo l'inizio dell'accesso doloroso. Nella Derivazione III il segmento R-T e l'onda T formano un arco elevato, che si inserisce sotto l'apice di R. Nella Derivazione II sono visibili, sebbene in minor grado, le stesse alterazioni. La Derivazione I presenta un comportamento opposto. Nella derivazione II e III si nota l'onda R.

(Da Dressler).

le caratteristiche modificazioni di forma e durata dell'onda iniziale del complesso ventricolare, è una delle alterazioni elettrocardiografiche, facili a riscontrarsi, perchè spesso è dipendente da sclerosi od occlusione di una piccola arteriuzza, arteria limbi, proveniente dalla interventricolare anteriore, ramo dell'arteria coronaria sinistra. Inoltre il blocco della branca destra è più frequente di quello della sinistra, perchè la branca destra ha uno spessore minore ed un decorso più lungo ed inoltre è irrorata più scarsamente.

*
* *

Riepilogando, seguendo lo schema di Dressler, le modificazioni e le alterazioni elettrocardiografiche che ci permettono di diagnosticare le varie affezioni del cuore e dei vasi, senza disturbi del ritmo cardiaco, abbiamo:

1. Onde *P* alte e bifide, **Ipertrofia auricolare.**
2. R_1 alta, S_3 profonda, **Prevalenza sinistra.**
3. S_1 profonda, R_3 alta, **Prevalenza destra.**
4. Le varie onde rovesciate (a specchio) in *D I*, normalmente diretto nelle altre derivazioni, però scambiate l'una con l'altra la *II* e la *III*, **Situs inversus.**
5. Onda iniziale *QRS* in tutte le derivazioni, bifida, ispessita e di durata superiore a 0"10, **Blocco delle arborizzazioni, sclerosi coronaria.**
6. Onda iniziale *QRS* di altezza non superiore a 5 mm. in tutte le derivazioni, **Grave sclerosi delle coronarie, miomalacia.**
7. Complesso ventricolare *QRST* difasico (cioè onda iniziale *QRS* ed onda terminale *T* contrapposte), diretto in senso inverso in *D I* e *D III*, onda iniziale *QRS* di considerevole durata (più di 0"10), grandi oscillazioni in *D I* e *D III*, **Blocco di branca.**
 - a) Onda iniziale *QRS* diretta in basso in *D III*, complesso ventricolare come nell'extrasistole ventricolare sinistra **Blocco della branca destra.**
 - b) Onda iniziale *QRS* diretta in alto in *D III*, complesso ventricolare simile a quello dell'extrasistole ventricolare destra, **Blocco della branca sinistra.**
8. Onda *T* in *D I* o *D III* isoelettrica, negativa o difasica con precedente fase negativa, tratto *S-T* profondo, **Miocardite, insufficienza miocardica, sclerosi delle coronarie.**
9. Onda *T* in *D I* o *D III* negativa, profonda, spiccatamente aguzza, tratto *R-(S-T)* convesso verso l'alto, onda *Q* profonda, **Occlusione di un'arteria coronaria.**
10. Segmento *S-T* in *D I* o *D III* fuso con l'onda *T* in modo di formare un grande arco, che si inserisce sulla linea discendente dell'onda *R* al disopra della linea isoelettrica, **Recente occlusione di un'arteria coronaria.**

*
* *

Il tracciato elettrico infine, permettendoci di leggere le alterazioni patologiche del muscolo cardiaco, ci consente anche di emettere un *giudizio prognostico*, avvalorato ormai dalle constatazioni di molti casi.

Passando in rassegna i vari elementi possiamo dire:

1) il *voltaggio*, cioè l'ampiezza delle oscillazioni, non è in diretto rapporto con la forza del miocardio poichè sono frequenti le osservazioni di cuori fortemente ipertrofici i quali danno nell'ecg. l'onda iniziale del complesso ventricolare, con un voltaggio notevole, pur trovandosi in istato di insufficienza.

Però se il voltaggio è molto basso, per cui l'onda principale non supera il

5 millimetri in nessuna delle tre Derivazioni si può concludere per una grave diminuzione della forza miocardica, il più delle volte in dipendenza di una fibrosi diffusa.

2) *Onda T* - Un elemento più sicuro sulla forza del miocardio ci vien fornito dalle modificazioni dell'onda *T* e del tratto isoelettrico che la precede cioè del segmento *S-T*.

La mancanza dell'onda *T*, cioè lo spianamento dell'onda fino a divenire isoelettrica, come pure la negatività della stessa onda, nella Derivazione I e nella Derivazione II devono far sospettare una grave alterazione del miocardio: le statistiche dimostrano che il 60 % dei soggetti con simile modificazione dell'onda *T* muore entro il primo anno.

Le modificazioni di *T* nella sola Derivazione III non hanno importanza patologica, poichè come abbiamo già notato si riscontrano anche in soggetti normali.

3) *Onda iniziale* del complesso ventricolare (onda *R*).

Le varie alterazioni di forma e cioè incisure, scheggiamenti, ispessimenti nodulari, dell'onda *R* hanno significato patologico se si presentano marcate in tutte e tre le Derivazioni, specie poi se si accompagnano ad una maggiore durata (più di 0"10) dell'onda.

Allora esse denotano un blocco di branca o delle ramificazioni causato da sclerosi coronaria con consecutiva miomalacia e comportano una prognosi grave, riservata poichè il 65 % di tali soggetti muore entro l'anno.

4) La *combinazione* delle alterazioni dell'onda *T* con quelle dell'onda *R* rende la prognosi ancora più sfavorevole, elevandosi la mortalità a 95 %.

5) *Onda auricolare P*: l'appianamento di *P* indica una diminuzione dell'energia contrattile del miocardio auricolare, e coincide, nella stenosi mitralica, con l'inizio di una insufficienza cardiaca, o costituisce uno stato prefibrillare dell'auricola (Castex e Battro).

6) nelle miocarditi, le *extrasistoli ventricolari frequenti* rappresentano un segno di cattiva prognosi, poichè possono provocare la morte improvvisa per fibrillazione ventricolare (Sekundenherztod).

Le miocarditi croniche, dipendenti spesso da lesioni vasali hanno una prognosi più cattiva perchè progressive, mentre le miocarditi acute hanno tendenza a regredire, come fanno rilevare i tracciati raccolti ripetutamente durante la malattia infettiva.

Dobbiamo però notare che non sono rari i casi di gravi lesioni miocardiche diffuse che non presentano alterazioni elettrocardiografiche, per cui si deve tener presente che l'ecg. non deve essere considerato in senso assoluto, indipendentemente dall'esame clinico, sibbene, unitamente a questo, esso fornisce elementi per una esatta diagnosi e prognosi.

BIBLIOGRAFIA. — DRESSLER, *Klinische Elektrokardiographie*. — LEWIS, *The Mechanism and Graphic registration of the heart beat*.

LA MORTALITÀ DA INFEZIONI, TRAUMI E INTERVENTI NELLA CAVITÀ DELLA BOCCA

Prof. Dott. BENIAMINO DE VECCHIS

Direttore del gabinetto odontoiatrico dell' I.N.A.

Le indagini più diligenti condotte sulla letteratura di tutti i paesi mostrano che ben pochi sono gli autori che si sono occupati della mortalità provocata, in modo indubbio ed irrefutabile, da infezioni, da traumi ed interventi nella cavità della bocca, mentre al riguardo le frequenti perizie medico-legali e la stessa stampa quotidiana ne trattano con ricchezza di particolari e con voci di allarme. Il relativo silenzio delle riviste e degli autori ha le sue umane giustificazioni che se da un lato mirano alla salvezza di posizioni professionali morali, dall'altro non vogliono aumentare il dolore e la litigiosità dei familiari dei defunti per cui anche gli anatomi-patologi preferiscono il più delle volte rilevare i reperti e mandare le storie ai chiusi archivi. Che tutto questo modo di procedere sia un bene, non pare possibile sostenere ed ammettere, perchè sono appunto questi casi, così acerbamente sfortunati, che mettono in rilievo l'importanza delle malattie della bocca, dei «foci orali», dei traumi apparentemente innocenti e dell'accuratezza con la quale bisogna sempre compiere gli interventi chirurgici nella cavità della bocca e particolarmente nelle disodontiasi degli ottavi mandibolari.

Non intendo discutere qui il vecchio e conosciuto assioma di Carlo Mayo che i tre quarti della umanità muoiono per malattie di origine boccale, sia perchè pecca di esagerazione e sia perchè ad un «foco orale», intovato di solito all'apice di un dente, ne succede un secondo od un terzo di maggiori gravità che non solo fanno trascurare il foco primitivo, ma che rendono incerta e poco sicura la terapia, in quanto già sono stati colpiti organi e tessuti più profondi e molto più importanti, che con le maggiori irrorazioni sanguigne e linfatiche possono più rapidamente diffondere altrove i processi morbosi. Non intendo discuterlo questo famoso assioma di Mayo perchè i secondi e i terzi foci di fila creano tale un ginepraio etiologico, dato che i foci, oltre che nei denti, si riscontrano nelle tonsille, nelle vie vaginali, uretrali, nella cute, negli intestini, da riuscire difficilissimo il poterne con esattezza stabilire la ubicazione.

Le possibili complicanze mortali da infezioni boccali, o comunque associate a malattie dentarie, non sono sfuggite, oltre due secoli fa, al genio di Giovan Battista Morgagni (1682-1771). Infatti nell'epistola VII, al § 40 del monumentale *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, Morgagni tratta di un individuo di quarant'anni ricoverato all'ospedale per «grave reuma» delle fauci, e morto tra il terzo e quarto giorno, e dell'autopsia che mise in evidenza una pericardite ed una pleurite. In questo caso l'insigne Maestro, che cercava sempre di mettere in rapporto i fenomeni clinici con i reperti anatomo-patologici e la possibile etiologia, sofferma la sua attenzione sul sistema dentario che era difettoso e grandemente carioso (*Caput denique cum secarem primum animadverti plerosque deesse dentes, qui autem restarent, hos omnes nigros et alios magna, alios maxima ex parte cariosos*). Oltre questo caso, Morgagni ne descrive ancora uno più importante, nell'epistola IV al § 26, nel quale la morte fu dovuta ad un flemmone in corrispondenza del terzo molare «moltissimo viziato» e nel quale il trisma persistette anche dopo la morte e fu potuto vincere soltanto con grande violenza.

Le complicanze mortali delle infezioni dentarie, quelle cioè che danno l'esito funesto in pochi giorni, sono in prima linea le trombosi del seno caver-

noso e le mediastiniti. Il primo caso, descritto nella letteratura su questo argomento, fu riferito circa un secolo fa da Duncan e da allora ne sono stati studiati oltre trecento. Tra questi riproduciamo qui per sommi capi i casi pubblicati da Dixon in « The Dental Cosmos » del febbraio 1929.

« Paziente di 40 anni. Ebbe estratti il primo e secondo molare inferiori sinistri e curettati gli alveoli. Dopo 24 ore fu preso da brivido e febbre a 40. Conta dei leucociti 16.000. Al quinto giorno della estrazione, l'occhio sinistro incominciò a gonfiarsi e si distesero le vene temporali superficiali sinistre. V'era chemosi all'occhio sinistro. I globi oculari erano normali e non v'era diminuzione di movimento e di visione. Si fece diagnosi di trombosi settica del seno cavernoso in seguito al curettamento degli alveoli. Due giorni più tardi incominciò a recedere il rigonfiamento dell'occhio sinistro e l'ingorgo delle vene temporali.

« La setticemia continuò; si svilupparono due infarti metastatici ai gomiti ed una effusione pleurica sinistra. Furono aspirati cinquecento centimetri cubici di liquido paglierino. Le culture del sangue mostrarono lo streptococco emolitico. Al dodicesimo giorno della estrazione l'infermo presentò una sintomatologia meningea ed al tredicesimo morì.

« La necropsia mostrò molteplici ascessi polmonari, infarti renali, splenici e cardiaci, pleurite destra con essudato purulento, ascessi ai gomiti, liquefazione suppurativa del trombo del seno cavernoso sinistro. Il seno destro non era trombato.

« L'A. riferisce altri due casi di cui uno in un bambino di cinque anni, morto al nono giorno del raschiamento dell'alveolo e l'altro in una fanciulla di sedici anni alla quale si sviluppò un ascesso in un dente deciduo medicato e chiuso. Il dente fu estratto senza curettamento ma l'inferma morì in quinta giornata ».

Schaefer ha pubblicato nel 1930 quattro casi di trombosi del seno cavernoso e ha messo in evidenza le vie infettive attraverso le vene facciali e oftalmiche.

La casistica più ricca su questo argomento è stata riferita dal Prof. Moczar, Direttore della Clinica Stomatologica dell'Università di Budapest. Gli ammalati appartenevano per un terzo alla Sezione di Chirurgia Stomatologica dell'Istituto di Assicurazione Sociale dell'Ungheria.

I 24 casi mortali raccolti dall'A. furono curati e sorvegliati in Clinica e per 22 di essi si procedette all'autopsia.

Siccome questi casi si assomigliano fra di loro, riferiamo qui quelli che sembrano i più tipici.

N. 1. — Uomo di 35 anni. Periostite con inizio dal primo molare superiore sinistro. Autopsia eseguita il 6 giugno 1922. Ascesso icoroso sottolinguale con flemmone superficiale e profondo del collo; mediastinite antero-posteriore; pleurite purulenta bilaterale ed incipiente peritonite.

N. 2. — Donna di 23 anni. Periostite del primo molare inferiore destro. Autopsia eseguita il 28 dicembre 1922. Flemmone del collo; mediastinite purulenta; tromboflebite in ambo i seni cavernosi; infiltrazione flemmonosa a carico del tessuto cellulare dell'orbita destra con esoftalmo; meningite purulenta.

N. 5. — Uomo di 35 anni. Osteoperiostite del terzo molare inferiore destro. Autopsia eseguita il 29 novembre 1927. Flemmone sottomandibolare, del palato molle, del faringe e del laringe. Edema della glottide; broncopolmonite dei lobi inferiori; pleurite fibrinosa.

N. 7. — Uomo di 43 anni. Periostite del terzo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 29 febbraio 1928. Flemmone della regione sottomandibolare e del collo; flemmone della regione temporale e della regione retrofaringea sinistra; empiema del seno etmoidale; broncopolmonite lobare inferiore.

N. 10. — Donna di 29 anni. Periostite del secondo molare inferiore destro. Autopsia eseguita il 29 agosto 1929. Flemmone sottomascellare; mediastinite anteroposteriore icorosa; pleurite fibrinosa.

N. 12. — Donna di 23 anni in stato interessante. Periostite a carico del terzo molare inferiore

sinistro. Autopsia eseguita il 24 agosto 1930. Flemmone perimandibolare e della regione temporo-laterale sinistra; trombo e periflebite suppurativa della giugulare superficiale di sinistra; ascessi metastatici numerosi a carico della regione del giugolo e di ambo i lobi polmonari; endometrite icorosa; aborto verosimilmente da metastasi.

N. 14. — Uomo di 38 anni. Periostite del secondo e terzo molare inferiori sinistri. Autopsia eseguita il 2 settembre 1930. Flemmone del lato sinistro del collo; edema acuto della glottide.

N. 16. — Donna di 25 anni. Periostite del terzo molare inferiore destro. Autopsia eseguita il 16 novembre 1928. Periostite purulenta della mandibola; mediastinite flemmonosa.

N. 19. — Uomo di 30 anni. Periostite del terzo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 19 luglio 1930. Periostite flemmonosa; flemmone icoroso peri e retro mandibolare sinistro; tromboflebite dei seni cavernosi, sigmoidei e trasversi; meningite flemmonosa sinistra; ascesso del lobo cerebrale occipitale sinistro.

N. 20. — Uomo di 26 anni. Periostite del primo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 5 giugno 1931. Broncopolmonite con suppurazione dei lobi inferiori e caverne gangrenose; tubercolosi disseminata del lobo superiore del pulmone sinistro e del lobo medio ed inferiore del pulmone destro.

N. 21. — Donna di 26 anni. Periostite del terzo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 13 settembre 1930. Flemmone periretromandibolare escendente alla base del cranio; meningite basale purulenta.

N. 22. — Donna di 19 anni. Periostite del terzo molare superiore destro. Autopsia il 13 agosto 1931. Sinusite mascellare purulenta e meningite basilare purulenta destra.

Queste due ultime autopsie furono fatte a scopo giudiziario, in seguito a querele sporte dai parenti contro i medici che avevano estratto i denti e che venivano accusati di omicidio colposo.

I casi sopracitati che furono diligentemente studiati nell'Ospedale dell'Istituto di Assicurazione Sociale dell'Ungheria e nella Clinica Stomatologica della Facoltà di Medicina di Budapest, costituiscono un grido d'allarme, un monito ed un alto insegnamento. Essi dimostrano che le complicanze più comuni sono:

- 1) la mediastinite;
- 2) le tromboflebiti delle giugulari con metastasi polmonare;
- 3) le broncopolmoniti cangrenose;
- 4) le tromboflebiti del seno cavernoso;
- 5) le encefaliti;
- 6) le meningiti;
- 7) le tromboflebiti del seno sigmoideo e trasverso;
- 8) i flemmoni dell'orbita, del pavimento della bocca, del collo, della regione retrofaringea, temporale ecc.
- 9) gli ascessi metastatici nei polmoni, nei reni, nella milza, nell'utero ecc.
- 10) gli edemi della glottide.

Le infezioni acute mortali di origine dentaria rappresentano certo una percentuale minima di fronte alle infezioni croniche che si originano dai focolai settici del cavo orale e che vanno dalle endocarditi alle nefriti ed alle appendicitis croniche, dalle anemie alle malattie reumatiche. Ma i casi di morte, che avvengono in poco più o meno di una settimana dalla apparizione di una periostite e dall'attuazione di un intervento, sono più impressionanti e molto più gravi agli effetti dell'economia nazionale, in quanto non sono colpiti gli individui vecchi o gli adulti molto logorati che hanno in gran parte compiuto il ciclo della loro vita, ma i giovani nel pieno vigore degli anni e delle forze. Non senza ragione l'Istituto di Assicurazione Sociale di Ungheria ha voluto raccogliere in un apposito suo Ospedale gli ammalati di infezioni acute della bocca. Negli ultimi anni infatti in questo ospedale sono stati ricoverati 8200 pazienti affetti da periostiti purulente tra i quali si sono avuti solamente 8 decessi, con una percentuale cioè più bassa dell'un per mille, mentre la morta-

lità in queste forme morbose è più del due per cento. Infatti Wassmund nel 1927 su 93 casi registrò due morti e nel 1928 su 85 casi 2 morti. I processi morbosi nel 1927 furono dati da 21 flemmoni e 72 ascessi e nel 1928 da 14 flemmoni e 71 ascessi. Nelle forme ascessuali la mortalità fu 0.

La ragione di questa grande differenza va esclusivamente ricercata nella tempestività e nelle modalità dell'intervento.

Per evitare le complicanze mortali bisogna intervenire *precocemente, generosamente ed in profondità* drenando ampiamente, prima che l'infezione sia, come si dice, *caduta* nella cavità cranica o toracica o nella regione della glottide. Queste tre vie debbono essere brevemente ricordate.

La via ascendente si porta verso l'alto tra la branca montante e il pterigoideo interno, raggiunge la fossa zigomatica e penetra nel cranio per il forame ovale. La via discendente si dirige in basso verso il muscolo miloioideo e, di qui, nello spazio retromandibolare, cioè in dentro ed indietro dell'angolo della mandibola, dove, attraverso i tessuti congiuntivi, *cade* nel mediastino (Qualcuno ha obiettato che il termine cadere non è del tutto corretto perchè le infezioni si propagano attivamente e non passivamente, cionondimeno lo si conserva perchè indica molto bene la gravità del pericolo).

La terza via è quella che va alla glottide, o quella che si dirige cioè all'interno, tra il muscolo pterigoideo interno e i muscoli del faringe nella loggia paramigdalica.

Delle vie che si portano verso le superfici cutanee o verso le mucose orali non vale la pena trattare qui, essendo queste le vie che fanno risolvere benevolmente questi gravi processi morbosi.

I casi di morte per traumi, non sono numerosi come quelli da infezioni, ma meritano tuttavia di essere considerati specialmente se la morte è dovuta ad emorragie che potevano facilmente essere arrestate qualora i pazienti fossero stati ospedalizzati o comunque meglio trattati.

Ne riferiamo uno, così come viene riportato da « Il Mattino » del 26 dello scorso agosto.

« La bambina di sette anni, Antonietta Marciano da Pozzuoli, il giorno 25 corrente fu colpita da una scarica di pugni al viso dalla sorella maggiore Ernestina di anni 12. Uno dei pugni fu così violento da smuovere definitivamente quattro denti che la madre poté facilmente asportare perchè quasi penzolanti. Sopraggiunta il giorno dopo l'emorragia, la Marciano madre accompagnò la bambina dal dott. X, il quale riuscì ad arrestare l'emorragia e consigliò la donna di riportarle la piccina qualora l'emorragia fosse continuata. La donna ritornò nel pomeriggio di ieri dal Dottore, ma non lo trovò. La piccola perdeva intanto abbondantemente sangue, ma la madre non faceva altro che applicare pezzuole bagnate d'acqua fredda. Solamente a tarda ora si decise di trasportare la piccola a Napoli, all'Ospedale dei Pellegrini, dove la bambina, malgrado le cure, purtroppo moriva per sopravvenuta anemia acuta ».

Le emorragie più gravi, ma facilmente frenabili, sono quelle che provengono dalla mascellare interna. Potrei citare dei casi capitatimi durante la guerra, nel centro Stomatologico di Udine, ma più che la storia clinica giova stabilire un principio che i traumatizzati della faccia e particolarmente i casi complicati da fratture e sinusiti vanno ospedalizzati e sorvegliati.

I casi di mortalità da interventi chirurgici sono purtroppo frequenti in tutti i paesi ed occupano spesso le cronache giudiziarie.

Un caso di morte viene riferito dal « British Dental Journal » nel numero di febbraio 1934. Si trattava di una giovinetta alla quale, nell'Ospedale Generale di Londra si doveva togliere un dente. La paziente morì dopo poche gocce di cloroformio. La dottoressa, Isabella Hill, fu assolta dal tribunale perchè l'autopsia dimostrò che la paziente era affetta da degenerazione miocardica.

Un altro caso di morte da prolungata permanenza dell'arsenico in cavità viene riferito dallo stesso giornale nel numero di aprile 1934. In una signora

di 33 anni si osservò questa concatenazione morbosa: lunga permanenza dell'arsenico in una cavità dentaria, necrosi mascellare, angina di Ludwig, polmonite; morte. Il dente fu estratto quando si fece la diagnosi di necrosi. I periti settori sostennero in tribunale che l'infezione esisteva prima che il dente fosse stato estratto.

Ma un caso veramente quanto mai doloroso di morte fu descritto dal Calarese in «Cultura Stomatologica» del 1923. Si trattava di una signorina alla quale fu estratto un dente al disotto del quale v'era un aneurisma. L'inferma non fu potuta sottrarre alla morte malgrado l'allacciatura della carotide esterna.

Al termine di queste brevissime storie cliniche ci poniamo una domanda. Potevano alcuni di questi casi essere sottratti alla morte, stabilendo meglio la diagnosi, o intervenendo prima o diversamente? Certamente sì. Ed allora il dovere più alto ed imperioso della Stomatologia moderna è di tendere, con tutte le energie, verso un suo miglioramento culturale, professionale e didattico, di propagandare la terapia tempestiva particolarmente della carie di quarto grado che è la causa più comune dei flemmoni e degli ascessi infraossei, di preparare e dare alla nazione un corpo di Specialisti, non solamente vastamente e genericamente colti, ma pronti ad affrontare con mano vigile ed armata i minacciosi processi morbosi che troncano anzi tempo le esistenze.

Quali considerazioni si possono dedurre dall'esame dei citati casi di morte da infezioni, traumi ed interventi, in rapporto alle garanzie ed ai rischi da parte degli Istituti delle Assicurazioni, in rapporto alle visite mediche affidate ai Dottori fiduciari? Certo le maggiori garanzie per la vitalità degli assicurati ed assicurandi si hanno quando gli esami obbiettivi del cavo orale mostrano che i sistemi e gli organi dentarii sono normalmente conformati e immuni da malattie anche a decorso cronico.

I rischi incominciano a sorgere quando esistono anomalie di posizioni dei terzi molari, quando le bocche presentano estese carie, gengiviti, stomatiti, mancanze di numerosi denti, presenza di radici infette, di fistole, di ulcerazioni.

In riguardo ai Medici fiduciari si presenta un duplice mandato: rilevare con diligenza quanto è prescritto nel Comma C, § VI, del modulo del servizio sanitario N. 1, sulle condizioni della bocca, della lingua, dei denti e delle fauci; consigliare i pazienti di farsi bonificare la bocca e particolarmente di allontanare le radici anche se non si trovino su focolai purulenti, in quanto possono presentare agli apici granulomi e cisti, processi morbosi che sfuggono alle comuni indagini, di asportare i denti morti, di ricorrere alla radiografia in caso di disodiantiasi degli ottavi mandibolari e più che tutto indirizzare i pazienti bisognosi dai Medici che siansi effettivamente specializzati e che oggi abbondano in tutte le città grandi e piccole d'Italia.

BIBLIOGRAFIA

- DIXON. — *A case of death from dental origin*, in «The Dental Cosmos», febbraio 1929.
 MOCZAR. — *Su ventidue casi di morte da complicate di origine dentaria*, in «Annali di Clinica Odontoiatrica», gennaio 1934.
 DE VECCHIS. — *Trattato di odontoiatria e protesi dentaria*. — Edizione «Cultura Stomatologica».
 WASSMUND. — *Die eitrigen Prozesse des Mundbadens*, in «Vierteljahr, für Zahnheilkunde», 1929.
 SCHAEFER. — *Cavernous sinus thrombosis*, in «The Journal of American Dental Association», settembre 1930.

Medicina legale delle Assicurazioni VitaLA DISSIMULAZIONE CON SPECIALE RIGUARDO
ALL' ASSICURAZIONE VITA

Dott. FABIO MARSELLA

Ispettore Medico dell' I. N. A.

Per dissimulazione (dal latino: *dissimulatio*; in greco: *ypokrisis*-ipocrisia) s'intende l'arte di nascondere, occultare studiamente, non lasciar scorgere i propri pensieri, sentimenti, disegni e condizioni.

Dal punto di vista medico, la dissimulazione è l'atto per cui un individuo cerca di non palesare e di celare, anche quando ciò non dovrebbe onestamente fare, disturbi, infermità e difetti fisici da cui è realmente affetto.

La dissimulazione sostanzialmente non è che una forma di simulazione.

Tutt'e due nascono e si sviluppano dallo stesso ceppo dell'astuzia e dell'inganno e non sono che aspetti diversi dello stesso fenomeno. L'antagonismo fra i due termini non è che apparente: tutt'al più, può dirsi che ognuno simula ciò che non è, non ha e non fa, mentre dissimula ciò che è, ha o fa.

In medicina con la simulazione si simula la malattia, con la dissimulazione si simula la salute; con la prima si finge di avere una malattia, che effettivamente non esiste; con la seconda si cerca di nascondere un'infermità da cui si è realmente affetti. Si finge la malattia quando essa offre dei vantaggi sulla salute; si finge quest'ultima, quando la malattia o la minorazione fisica mette l'individuo in condizioni sfavorevoli che conviene nascondere.

Allorchè la malattia e i disturbi esistenti si denunciano, aumentandone per i propri fini, l'entità e la portata, si ha l'*esagerazione*, che è un grado minore di simulazione. Al contrario, quando tali fatti si diminuiscono si ha l'*attenuazione*, che è un grado minore di dissimulazione.

Sia la simulazione che la dissimulazione, sotto l'aspetto medico legale, costituiscono una frode e un'offesa alla verità circa il proprio stato di salute fisico, intellettuale e morale.

Entrambe servono a mettere l'individuo, secondo il proprio punto di vista, nelle condizioni migliori di lotta in rapporto all'ambiente.

Può dirsi che dove c'è vita c'è lotta e fra i mezzi di lotta per la vita, sia nel mondo vegetale che animale, i fenomeni di simulazione e dissimulazione si ritrovano come utili mezzi difensivi ed offensivi, a seconda dei casi. La forma più semplice di simulazione è il mimetismo che è la facoltà di alcuni vegetali ed animali di potersi confondere, mercè l'omocromia e l'omotopia, con altre specie e con l'ambiente.

Da queste forme di simulazione nelle sue molteplici manifestazioni lungo la serie delle specie biologiche sotto forme larvate, involontarie, incoscienti, si passa a quelle più evolute e coscienti proprie dell'uomo.

Dato lo sviluppo morale e il grado di civiltà oggi raggiunto, la simulazione si deve considerare come un'arma inferiore di lotta, come un fenomeno di sopravvivenza, di atavismo fisiologico e naturale; ma purtroppo essa va anche perfezionandosi coll'evolversi della civiltà. Colla promulgazione delle moderne leggi di previdenza sociale si è avuta una notevole estensione del fenomeno, allo scopo di trarre indebito profitto dalle leggi stesse.

La simulazione il più spesso si manifesta con la menzogna, che si estrinseca a mezzo della parola.

Questa che si suol ritenere antico dono divino, per cui l'uomo è veramente uomo, non confrontabile agli animali inferiori, e che deve servire per esprimere il proprio pensiero, talora invece si usa per nascondere, donde il detto di Talleyrand: « La parole a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée ». La menzogna, che consiste nel non dire il vero, si confonde spesso con la bugia; ma nel fatto si ha la menzogna quando si dice il falso deliberatamente e per reo fine, mentre nella bugia si dice il falso senza saperlo o per scusare qualche mancanza o per altro fine di poco conto.

In una rigida morale non si ammette che l'uomo onesto possa fingere e mentire neppure a buon fine; ma per dare un giudizio improntato ad equità ed umanità, bisogna guardare le circostanze della simulazione. Vi sono simulazioni semplici a scopo innocuo e vi sono quelle fraudolenti, quando vi è l'intenzione di nuocere ad altri o di eludere le disposizioni di legge di ordine pubblico.

La sapienza romana diceva: « nec simulatio, nec dissimulatio omnis reprehendenda, nam ut dolus bonus esse potest ita et simulatio ».

La Bibbia definisce: « omnis homo mendax »; ma non per questo ogni uomo deve ritenersi reo. L'uomo è uomo, in qualunque parte del mondo viva e in qualunque condizione si ritrovi, e non è fargli offesa se a ciascuno si attribuisce il detto di Seneca: « Homo sum et nihil humani a me alienum puto ». Sono la causa turpe e lo scopo fraudolento che rendono la simulazione e la dissimulazione riprovevoli e immeritevoli in ogni caso della protezione della legge.

Nel falso da condannarsi devono concorrere i requisiti dell'alterazione cosciente della verità e del deliberato danno e pregiudizio altrui.

Questo in linea generale per la simulazione e dissimulazione.

Ora passiamo a considerare questi fenomeni nel campo della medicina e della medicina legale.

Cenni storici. — Molto si è scritto sulla simulazione delle infermità. Fra i primi lavori editi su questo importante argomento deve citarsi il Libellus Galeni: « quomodo morbum simulantés sint deprehendendi ». Vennero poi le pubblicazioni di Ambrogio Paré che nel 1582 fece conoscere le simulazioni dei suoi tempi. Nel 1594 il Silvaticus stampò uno speciale lavoro sulle simulazioni delle malattie dal titolo: « De iis qui morbum simulant deprehendendis liber ».

Qualche anno dopo il Fidelis scrisse un importante capitolo sulla diagnostica della simulazione. Venne poi nel 1657 l'importantissimo libro dello Zacchia sulle questioni medico-legali, dove in un capitolo speciale venne trattata: « De morborum simulatione ». Lo Zacchia, la cui opera può dirsi veramente basilare per la medicina legale, si occupò della simulazione e dissimulazione nelle malattie, analizzandone l'origine, che riferì a tre principali cause: il timore, la verecondia, il lucro (timor, verecundia, lucrum), come aveva già detto il Silvaticus che lasciò scritto: « Causae simulationis reconduuntur ad timorem vel ad verecundiam vel ad lucrum ».

Lo Zacchia indicò anche i mezzi per scoprire la simulazione suggerendo sempre l'esame accurato dell'individuo e lo studio e la ricerca delle cause determinanti.

Circa le cause della simulazione il Marc enumerava le seguenti: « L'intérêt pécuniaire, l'ambition, la haine, la crainte, le chagrin, la paresse, l'amour et le fanatisme ». Il Boisseau che nel 1870 pubblicò un pregevole lavoro: « Des maladies simulées » enumerava come cause di simulazione: « Toute passion à satisfaire, tout intérêt à servir, peut devenir une cause de simulation ». Il Langier diceva: « L'immensa maggioranza delle cause della simulazione si racchiudono nei tre motivi seguenti:

- 1° Evitare un pericolo, una fatica, una perdita di tempo, una noia.
- 2° Soddisfare una passione o una cupidigia.
- 3° Compiere un atto di vendetta ».

Altre classifiche sulle cause della simulazione furono fatte in seguito, ma nessuna forse è così semplice e vera come quella già citata del Silvaticus e ripetuta dallo Zacchia.

Non poche opere furono pubblicate nell'ultimo cinquantennio sull'argomento, e, specie dopo la promulgazione delle leggi di assicurazione sociale, la letteratura medica si è molto arricchita di pregevoli e numerose pubblicazioni riguardanti soprattutto la simulazione degl'infortuni e delle malattie.

Poco si è scritto peraltro circa la dissimulazione che è appena accennata in quasi tutte le opere, mentre non ha forse minore importanza della simulazione vera e propria, non è meno diffusa e talora è più difficile a scoprirsi.

L'esatto giudizio del medico, sia per quanto riguarda la diagnosi che la prognosi, è messo a dura prova dal dissimulatore, che con le sue reticenze e false dichiarazioni anzichè aiutare il sanitario nella sua difficile opera diagnostica e prognostica cerca di fuorviarlo per trarlo in inganno.

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

La dissimulazione nella pratica comune. — Vediamo ora in quali campi ed in quali casi suole aversi la dissimulazione delle malattie.

Anzitutto facciamo osservare che talora è il medico stesso che non comunica, in tutta la sua precisa verità, il genere di malattia all'infermo, specialmente per certe affezioni di nota gravità. Molte volte si dichiara una malattia di decorso e prognosi più benigna, per manifestazioni, durata ed esito, e ciò allo scopo di non deprimere il morale degli infermi e mantenere viva la speranza della guarigione.

Questo rientra nei precetti dell'arte sanitaria che ha come suo fondamentale canone: «primum non nocere». Non si debbono impressionare i malati ad esempio con le parole cancro o tumori maligni che risvegliano subito l'idea della inguaribilità e delle sofferenze atroci. Anche per altre malattie come le affezioni organiche di cuore e l'arterio-sclerosi sogliono adoperarsi altre parole che fanno dipendere i disturbi da fattori nervosi o funzionali, da disturbi circolatori, da aumento della pressione, da eccitabilità e stanchezza vasale per eccessivo lavoro, tutti sintomi notoriamente ritenuti modificabili con cure adatte. Per la tubercolosi si comincia col dire che si tratta di fatti catarrali semplici e solo dopo aver predisposto l'animo del paziente si comunica la diagnosi vera, anche per persuadere alla necessità non prorogabile delle cure, che in tanto sono più efficaci in quanto sono tempestive e all'adozione delle misure profilattiche opportune. Per le affezioni organiche nervose spesso invece della malattia vera si parla di esaurimento nervoso o di semplice nevrastenia. Una malattia che non si suol nascondere invece è la sifilide anche per la sua ritenuta guaribilità, per i pericoli di trasmissione anche alla prole e, per la necessità delle cure periodiche, pur senza nuove manifestazioni.

Molto si è discusso se il medico debba sempre comunicare la diagnosi esatta al malato o ai familiari e sono recenti i processi avutisi al riguardo nelle capitali dell'Austria e dell'Ungheria. A Vienna si è avuta una causa promossa da un individuo che chiedeva un forte indennizzo al medico per avergli nascosta la verità sulla sua reale malattia. A Budapest si è avuto un fatto perfettamente contrario. La vedova di un impiegato, morto improvvisamente, ha chiesto una congrua indennità a titolo di risarcimento di danni sostenendo che il marito era defunto in seguito alla grave improvvisa depressione cagionatagli dalla eccessiva e cruda franchezza del medico che gli aveva comunicato essere affetto da cancro inguaribile.

Il medico accusato si è giustificato dicendo di aver ritenuto doveroso avvertire il paziente della gravità del suo male affinchè eseguisse con maggior cura le sue prescrizioni; ma i periti hanno sostenuto la tesi che il medico deve, in ogni circostanza, mantenere viva nell'ammalato la fiducia nella guarigione.

Il Tribunale ha condannato il medico al pagamento di una discreta somma alla vedova.

La cura dello stato psichico ha una notevole importanza in medicina. Da ciò derivano le facili spiegabili dissimulazioni della vera malattia da parte del medico, cui, per tradizione, è concessa la bugia pietosa.

Passiamo ora ad esaminare i casi di vera dissimulazione da parte del malato o del minorato fisico.

Se ne hanno esempi in tutti i campi della vita quotidiana.

Nella lotta per l'esistenza, panorama infinito dove si agitano e muovono i più svariati bisogni ed interessi con l'uso dei mezzi più diversi ritenuti idonei a vincere e superare le difficoltà che si oppongono al conseguimento delle mete agognate, la dissimulazione è un'arma di uso comune.

Il debole e l'inferiore sono per lo più oggetto di disprezzo e non a tutti piace fidare sul compatimento altrui. Il mondo è dei forti; è la forza, vuoi fisica, vuoi intellettuale e morale, quella che domina. Ciò è risaputo anche dai deboli e dagli infelici per tare organiche; ed allora essi adoperano l'astuzia per nascondere in ogni modo le proprie debolezze e imperfezioni. Anche fra uomini di genio si ricordano esempi di dissimulazione di simil genere tramandatici dalla storia.

Byron era molto addolorato per un postumo di paralisi infantile che gli aveva lasciato un piede varo-equino ed egli aveva grande cura di celare questo suo difetto fisico con una scarpa ortopedica e con un largo pantalone. Sapeva così bene dissimulare la sua imperfezione che nessuno se ne accorgeva e, nonostante le numerose ricerche e discussioni postume fatte, non si è potuto assecondare se si trattasse del piede destro o del sinistro.

Il grande Beethoven fu afflitto da varie infermità, ma fra tutte la più crudele fu quella che lo colpì nella stessa sua arte e gli impedì di ascoltare la sua musica.

Egli cercò di nascondere a tutti la sua sordità. In una lettera scritta al Pastore Amenda confessava che il suo udito si andava molto indebolendo ed aggiungeva: « Già all'epoca in cui tu eri vicino a me, io ne sentivo i sintomi e li nascondevo, di poi questi sono sempre peggiorati... ». Si domandava quindi se poteva guarire e aggiungeva che lo sperava, « ma è ben difficile, perchè tali malattie sono le più incurabili ». Infine dopo aver definito gli uomini così miserabili, così egoisti da non volere far loro perciò conoscere il suo male diceva: « Ciò che ti ho detto del mio udito ti prego di considerarlo come un grande segreto e di non confidarlo a nessuno chiunque esso sia ».

Egli peraltro, che volle così gelosamente celare la sua infermità in vita, nel testamento di Heiligenstandt rivolgeva questa raccomandazione ai fratelli: « Voi miei fratelli Carlo e Giovanni, dal momento che sono morto e se il Prof. Schmidt vive ancora pregatelo, a mio nome, di descrivere la mia malattia, affinchè, almeno per quanto sarà possibile, il mondo dopo la mia morte, si riconcili con me ».

Passiamo ora a considerare le varie dissimulazioni che a ogni piè sospinto si rinvengono nella vita pratica.

Esse sono frequentissime come le simulazioni e volendone citare degli esempi non si ha che l'imbarazzo della scelta. Si dissimulano malattie e sofferenze allo scopo di non destare allarmi e non procurare dispiaceri e dolori che si vogliono risparmiare a persona cara, mentre tali stati si sogliono simulare per destare la pietà interessata; si dissimula una malattia infettiva per evitare un internamento in Ospedale per misura igienico-sanitaria, mentre si può simulare per ottenere un ricovero che altrimenti non sarebbe possibile; si dissimula un difetto fisico per essere ammesso in un impiego o nell'esercito, mentre si simula per avere un congedo, una giubilazione prematura o per essere dichiarato inabile alle armi; si dissimula una psicopatia per evitare l'internamento in manicomio e si simula per essere dichiarato irresponsabile di un reato commesso; si dissimulano lesioni e ferite quando non si vuole l'imputazione del reo o del correo e si simulano quando si vuol incolpare un nemico; si dissi-

mula un'impotenza quando si vuole evitare un annullamento di matrimonio e si simula quando si vuole sfuggire ad un'imputazione di violenza carnale.

Di esempi se ne potrebbero portare senza fine.

Esaminiamo ora la dissimulazione in alcuni casi speciali.

Nella lotta sessuale, in questa continua ossessione di conquista della donna, l'uomo cerca di dissimulare eventuali difetti fisici e debolezze, per simulare un tipo di forza e di grazia, che possa riuscire accetto all'altro sesso.

Un tipo speciale di questo genere è stato magistralmente scolpito nell'arte e nella letteratura di ogni paese; esso s'incarna nella personalità ormai tradizionale del « Don Giovanni ».

Anche la donna, dissimulatrice più dell'uomo, ha sempre ricorso fin dai tempi più remoti ad ogni arte, per rendere più appariscente la sua venustà, e ad ogni sotterfugio e ripiego per celare le imperfezioni e i difetti fisici ed opporsi all'azione devastatrice e deturpatrice degli anni.

Le dissimulazioni nei rapporti di sesso si hanno non solo abitualmente nella vita ordinaria, ma anche nel periodo prematrimoniale e nella vita matrimoniale.

La dissimulazione nei rapporti con la legge. — In quest'ultimo caso si verificano anche per opporsi ad eventuali annullamenti di matrimonio chiesti dall'altro coniuge.

Le storie più curiose e straordinarie si sono avute al riguardo.

Il Carrara riferisce il caso di un maresciallo di Francia che per dissimulare il suo stato di impotenza ed opporsi alla domanda di annullamento di matrimonio basata sulla impotenza di lui, arrivò a farsi condannare per violenza carnale, per procurarsi una prova da contrapporre alle affermazioni della consorte.

A quest'ultimo proposito mi piace passare ad esaminare le cause di dissimulazione di malattie nel campo legale. Oltre alla dissimulazione dell'impotenza, essendo questa giusta l'art. 107 cod. civ., causa di nullità del matrimonio, quando sia manifesta e perpetua ed anteriore alle nozze, si verificano altri casi di dissimulazione.

Per evitare giudizi di interdizione e di inabilitazione previsti dagli art. 324 e 339 cod. civ. o per ottenerne la revoca, contemplata rispettivamente dagli art. 338 e 342, si dissimulano frequentemente le infermità mentali che sono causa di tali provvedimenti di legge. Nel campo penale si possono dissimulare lesioni, quando non si vuole l'imputazione del colpevole, in occasione di duelli ecc. Si suol dissimulare l'aborto procurato contro il quale oggi esistono severe sanzioni penali. Si dissimulano gli stati di ubriachezza e di alterazioni psichiche per abuso di sostanze stupefacenti previsti rispettivamente dagli art. 688 e 729 del nuovo codice penale. L'art. 554 contempla le pene per chiunque essendo affetto da sifilide o da blenorragia, occultando tale suo stato, compie su taluno atti tali da cagionargli il pericolo di contagio. Per evitare le relative sanzioni di legge si cerca di dissimulare dette infermità.

La dissimulazione nell'applicazione delle leggi igienico-sanitarie. — Ma dove è molto diffusa la dissimulazione delle malattie è nel vasto e quotidiano campo di applicazione delle leggi igienico-sanitarie.

Per evitare misure di limitazione della libertà personale con ricoveri coattivi in speciali luoghi di cura o osservanza di isolamento obbligatorio a domicilio per un certo tempo, le famiglie, specialmente in occasione di epidemie, sogliono tenere celate le malattie infettive che si verificano nei loro membri e talora purtroppo il medico si presta a farle rimanere occulte anche con diagnosi non vere. Si verificano così quei paradossi di denunce di casi di morte per una data malattia superiori ai casi di malattia. Recentemente in un Capoluogo di provincia ho potuto vedere i riepiloghi statistici della mortalità per scarlattina con cifre dei casi di morte superiori a quelle di malattia denunciata.

Ciò vien riferito che si avvera anche per la tubercolosi nei paesi dove ne è obbligatoria la denuncia, come in Danimarca ed in Australia.

Il fatto del resto è antico e trova la sua spiegazione nel desiderio dell'uomo di conservare la libertà anche quando questa offende e lede quella degli altri.

Le misure di profilassi contro le malattie contagiose si sono sempre adottate e nella Bibbia nel libro del Levitico sono dettagliatamente riportate quelle che si imponevano per i lebbrosi. Nell'antichità e nel Medio Evo tale malattia fu molto diffusa e la Chiesa, per non far mancare l'assistenza ai lebbrosi, arrivò a far considerare il male di carattere sacro.

Il lebbroso peraltro veniva segregato dal consorzio civile e il sacerdote era incaricato della separazione con un cerimoniale caratteristico, che era una delle più commoventi liturgie ecclesiastiche. Alla fine di queste il ministro del culto, presa della terra dal cimitero la spargeva sul capo dell'infermo pronunziando queste parole: « Muori al mondo, rinasci a Dio ». Dolorose parole per un uomo vissuto in mezzo alla società, il quale si vedeva infrangere gli affetti più sacri e distruggere le più intime ed alte speranze.

Per evitare questo triste destino è ovvio che si dissimulasse il male finchè si poteva.

Ciò del resto è stato sempre di tutte le malattie che hanno portato con sé il ricovero in speciali luoghi di segregazione e di cura e nei lazzaretti.

Il malato cerca di nascondere prima a sé la gravità della malattia e poi agli altri tentando la complicità del medico.

Al riguardo mi piace ricordare l'episodio, narrato dal Manzoni, della peste da cui fu attaccato Don Rodrigo, che dopo un'auto osservazione, ricca di importanti elementi psicologici, si convince di avere la peste, ma vuole occultarla mandando a chiamare a mezzo del fedele Griso, il Chiodo chirurgo « galantuomo che, chi lo paga bene, tien segreti gli ammalati ».

Oggi le cose sono molto cambiate perchè è grandemente progredita l'igiene ospedaliera e le cure sono a tutti prodigate nel modo migliore, concedendo anche una certa libertà personale e adottando i sistemi ricreativi opportuni.

Ma l'uomo rifugge dalla limitazione della libertà personale e tollera male tutto ciò che la ostacola.

Io ho visto qualche anno fa un lebbroso (oramai la lebbra fin dal secolo XVI è diventata rarissima fra noi) il quale, pur peregrinando da medico a medico, per avere rimedi al suo male, a nessuno per molto tempo volle riferire un precedente familiare che sarebbe bastato da solo, come dato anamnestico, a far diagnosticare il male. Nessun sanitario faceva la diagnosi esatta non avendo pratica della malattia alla quale si era lungi dal pensare per non essersene avuto nessun caso nel paese di dimora dell'individuo. Questi aveva avuto un fratello morto di lebbra in un lontano lebbrosario ed a nessuno era noto tale fatto, fuorchè al superstite fratello, che aveva cura di tenerlo celato pel timore quasi di avere la conferma della terribile malattia da lui solo sospettata e per non essere ricoverato.

Medicina Militare. — La legge sul reclutamento specifica in una breve formula le condizioni di idoneità al servizio militare: « raggiungere la statura prescritta; avere una costituzione robusta; essere esente da quelle infermità e da quei difetti fisici ed intellettuali, che sono incompatibili col servizio militare ».

Si devono dichiarare abili solo quelli che danno affidamento di poter resistere efficacemente ai disagi ed alle fatiche proprie della vita militare.

Il medico addetto al reclutamento deve in generale guardarsi dalla simulazione delle malattie dei coscritti e dei soldati. Deve invece temere la dissimulazione per i volontari che desiderano intraprendere la carriera delle armi sia di terra che di mare e dell'aria.

Questi non esitano a nascondere i loro difetti e le loro infermità. Nei paesi dove l'esercito e l'armata si reclutano per mezzo dell'arruolamento volontario (Inghilterra) è frequente la dissimulazione, al contrario dei paesi dove la coscrizione è obbligatoria, nei quali domina la simulazione.

La dissimulazione si ripresenta poi nei soldati in occasione di desiderate rafferme o quando per le promozioni di grado si esigono requisiti fisici e intellettuali superiori.

Durante l'ultima guerra, presso tutti gli eserciti si manifestarono gravi ed estese forme di simulazione e di provocazione d'infermità per ottenere la riforma o la idoneità ai soli servizi sedentari.

Si riscontrarono peraltro anche casi di dissimulazione specialmente fra quelli che dovevano ottenere la nomina ad Ufficiale richiedendosi per l'avanzamento la completa idoneità a qualunque servizio. Ottenuto lo scopo, si ritornavano ad accampare da taluni i disturbi prima celati o attenuati, per avanzare poi nuove richieste di esenzioni o peggio corresponsioni di non dovute pensioni, basate evidentemente sul fenomeno della pretestazione. Vi fu un'epoca in cui tali forme di dissimulazione furono abbastanza estese da richiamare l'attenzione del Ministero, che emanò una Circolare apposita per impedire il ripetersi degli abusi. Il precedente giudizio ottenuto con la dissimulazione veniva invocato a riprova della recente insorgenza di fenomeni morbosi che erano invece preesistenti. Dalla dissimulazione o attenuazione si passava alla pretestazione, simulazione ed esagerazione.

Nella recente grande guerra si ebbero casi di dissimulazione fra i numerosi ed eroici volontari che, con scopo nobilissimo, celarono od attenuarono le loro infermità e difetti per non vedersi precluso il modo di servire la Patria in armi ed immolarsi per la sua grandezza.

Frequente era durante il periodo bellico la dissimulazione delle malattie veneree allorchè i militari dovevano recarsi in congedo vigendo una disposizione che differiva la concessione della licenza a guarigione avvenuta di tali malattie, che erano dissimulate anche perchè si imponeva a chi ne era riconosciuto affetto il ricovero in Ospedale.

Fra i militari di carriera, e specialmente fra gli ufficiali, può aversi la dissimulazione di infermità che possono gettare un'ombra di discredito e ingenerare il sospetto di inidoneità a posti di comando.

Il Trombetti cita il caso di un Ufficiale che ai primi segni della paralisi progressiva chiese una lunga aspettativa per motivi del tutto estranei ed andò a curarsi in una Clinica, dove con la malarioterapia conseguì la remissione completa. Quindi affrontò serenamente il giudizio della commissione medica militare ignara della vera malattia da lui sofferta, potè rientrare nei ranghi e sostenere brillantemente gli esami per l'avanzamento al grado superiore.

Il Benassi riferisce di aver saputo da un distinto nevrologo di un ufficiale dell'esercito affetto da tabe dorsale, che aveva imparato così bene a dissimulare il suo stato per non vedersi stroncata la carriera da passare impunemente sotto il controllo di parecchie Commissioni mediche. Egli fra l'altro volontariamente riproduceva bene il riflesso rotuleo, che invece era abolito.

La storia militare ci narra anche esempi di dissimulazione del sesso da parte di donne, che in tal modo vollero partecipare alla guerra.

E' noto il caso di Enrichetta Faber che dissimulando il suo vero sesso, si arruolò come chirurgo militare nell'armata francese e fatta prigioniera andò a Cuba per esercitare l'arte sanitaria. Ivi fu presa da tutti per uomo e volle prender moglie, ma, scopertosi il trucco, fu denunciata dalla compagna e condannata a dieci anni di reclusione ed esiliata. Dopo scontata la pena morì suora di carità a Vera Cruz (Ciampolini).

Amministrazioni civili. — Ed ora passiamo all'esame della dissimulazione nel campo delle amministrazioni civili.

Facciamo osservare che per l'ammissione dei ragazzi e dei giovani nelle comunità si richiedono certificati da cui risulti che gli aspiranti sono di sana costituzione ed esenti da malattie contagiose e parassitarie. In tali casi possono verificarsi dissimulazioni che i medici devono scoprire potendo venirne danni alla collettività per la facile diffusione di alcuni morbi contagiosi, specialmente in alcune epoche della vita.

Speciali requisiti fisici si richiedono per esercitare alcune professioni o mestieri e per essere assunti negli impieghi pubblici.

Per poter essere abilitati all'insegnamento si richiede di essere « di sana e robusta costituzione fisica ed esente da difetti o imperfezioni che possono diminuire il prestigio di un insegnante o impedirgli il pieno adempimento dei propri doveri ».

Per poter ottenere la patente di autista occorre la dichiarazione che l'individuo « non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche di qualsiasi specie che gli impediscano di condurre con sicurezza un motoveicolo, non presenta sintomi d'intossicazione alcoolica, nè di sostanze inebrianti, nè stupefacenti, senso cromatico e campo visivo normale, *visus* 00=14/10 con non meno di 5/10 in un occhio, percezione della voce afona a 8 metri di distanza per orecchio ».

Per la vista esiste una disposizione speciale per i monocoli che devono possedere acutezza visiva di 10/10 nell'occhio superstite.

Per alcuni uffici e stabilimenti si richiede questa formula: « essere di sana e robusta costituzione ed esente da imperfezioni che siano ritenute incompatibili con le funzioni da esercitare o che possano comunque influire sul rendimento del servizio ».

E' ovvio che chi aspira ad entrare nel campo lavorativo sia di fatica che di ordine e di concetto, tenti di nascondere eventuali *deficit* che possano farne giudicare minorata la prescritta completa attività psico-fisica.

E' da temersi in questi casi la dissimulazione non sempre facile a scoprirsi e che talora è causa di inconvenienti non lievi.

Con la istituzione, di recente stabilita, del libretto del lavoro nel quale sono indicate anche le malattie e gli infortuni, molte simulazioni e dissimulazioni potranno essere evitate per l'avvenire.

Nelle ferrovie « per l'ammissione in servizio è necessario che gli aspiranti posseggano sana costituzione, sistema nervoso normale e le attitudini fisiche e psichiche necessarie a disimpegnare le mansioni inerenti al posto cui aspirano ».

Gli agenti già in servizio da abilitarsi o da assegnarsi a funzioni o qualifiche per le quali siano richiesti requisiti superiori devono essere sottoposti ad apposita visita da effettuarsi coi criteri stabiliti per la revisione nel gruppo relativo a dette funzioni e qualifiche.

Non occorre di procedere a nuova visita per il passaggio da una funzione o qualifica ad un'altra per la quale siano richiesti requisiti identici od inferiori, salvo che per gli agenti da abilitare alle funzioni di macchinista di treni o tradotte, per i quali la visita non deve essere omessa.

Tutti gli agenti ferroviari sono divisi in tre gruppi e quelli del 3° gruppo addetti alla circolazione dei treni, dopo compiuto il 45° anno di età devono essere sottoposti a visita di revisione della facoltà visiva. Sono inoltre sottoposti a visita di revisione gli agenti di ogni gruppo quando sorga dubbio sulle loro condizioni fisiche o psichiche, quando abbiano sofferto lesioni o malattie gravi del capo, degli occhi o degli orecchi, o quando siano dediti all'abuso di bevande alcoliche.

Per ogni gruppo si richiedono speciali requisiti di vista (acutezza visiva con o senza correzione di lenti, campo visivo, senso cromatico) e udito che variano all'ammissione in servizio od alla revisione per le varie categorie di personale.

In generale si ha la dissimulazione delle malattie e delle imperfezioni fisiche nelle visite di ammissione e in quelle per l'assegnazione a funzioni superiori.

In quelle di revisione può aversi la simulazione se si desidera il collocamento a riposo per aver raggiunta l'anzianità di servizio per la pensione o quando, dopo infortuni sul lavoro, si vuol profittare delle speciali provvidenze

di favore che l'Amministrazione ferroviaria adotta per i traumatizzati sul lavoro. Per gli altri agenti che desiderano rimanere in servizio si può avere invece la dissimulazione.

E' sempre l'interesse il movente principale della dissimulazione come della simulazione.

Io rammento un periodo del mio non breve esercizio della medicina ferroviaria, nel quale gli operai avventizi straordinari destarono serie preoccupazioni per il gran numero di infortuni sul lavoro, talora evidentemente simulati e pretestati, che davano luogo a interminabili corresponsioni di indennità per inabilità temporanea e spesso a non dovuti indennizzi per inabilità permanenti.

Il fenomeno raggiunse proporzioni allarmanti e vaste in alcuni anni e di esso dovette occuparsi anche la Commissione Reale presieduta dall'On. Carlo Ferraris, che lamentò una litigiosità per infortuni che in alcuni compartimenti raggiunse la proporzione di 120 liti per 100 casi di infortuni guariti con permanente. L'amministrazione ferroviaria nel 1923 adottò il provvedimento di esonerare dal servizio ed in ogni caso non permettere il passaggio a ruolo degli avventizi infortunati guariti con permanente. Bastò tale misura per far diminuire enormemente i lamentati inconvenienti.

Io ricordo individui che, pur di ottenere l'agognata matricola, cercavano di dissimulare ed attenuare postumi reali e ciò allo scopo di essere giudicati guariti senza postumi indennizzabili a norma di legge e poter entrare a far parte dell'esercito ferroviario stabile.

Una delle malattie più facilmente dissimulate è l'epilessia che importa l'esonero definitivo da qualunque servizio.

Dissimulazione cosciente e incosciente. — Le dissimulazioni di malattie negli aspiranti ad impiego e negli impiegati sia di altre amministrazioni che di quella ferroviaria talora sono coscienti, tal'altra incoscienti.

Lo Charcot giudicava non facile stabilire se la simulazione era cosciente o incosciente. Egli quando presentava un malato simulatore aveva sempre cura di aggiungere: « Il s'agit de simulation cosciente ou incosciente ». Non si preoccupava peraltro di cercare di determinare il grado di responsabilità del malato nel fenomeno della simulazione, perchè preferiva accennare, ma non risolvere le questioni medico-legali e anche le questioni di psico-patologia mentale per tornare subito alla clinica nervosa.

Il Noricheau-Beaprè riserbava il termine di simulazione ai casi nei quali gli individui cercavano di ingannare volontariamente, scientemente il medico.

Anche il Gilbert Ballet nella vera simulazione rinviene sempre la volontarietà e coscienza. Egli così la definiva: « disturbi subbiettivi ed obbiettivi immaginati dal soggetto aventi per scopo di indurre volontariamente e coscientemente l'osservatore in errore ».

Lo stesso potrebbe dirsi per la dissimulazione circa il momento intenzionale (scopo di ingannare), lo stato mentale di chi la attua (volontarietà e coscienza), mezzi usati (disturbi subbiettivi od obbiettivi).

Nel senso lato si può ammettere anche la simulazione e la dissimulazione cosciente, incosciente e subcosciente. E' l'esame del singolo caso che autorizza a definire tali stati in rapporto alla coscienza e volontarietà.

Mi piace citare due casi di dissimulazione avutisi recentemente in ferrovieri. Nel primo caso si tratta di dissimulazione involontaria; il contrario nel secondo caso.

Il primo riguarda un macchinista di 50 anni che ad una visita di revisione generale, nonostante le sue dichiarazioni di stare in buona salute, nel giugno 1933, fu trovato affetto da un vizio organico di cuore, stenosi mitralica probabilmente congenita.

L'agente, alla diagnosi fattagli dagli ispettori medici ferroviari e confermata dal consulente medico, direttore di Clinica Universitaria, protestava di

non avere avuto mai nulla e a riprova adduceva il suo stato di servizio senza periodi di malattia di qualche rilievo o durata e le visite già subite per l'ammissione in servizio, per l'assegnazione alle funzioni di macchinista e quella di revisione subita al 45° anno di età. Tutto il suo dire dimostrava la più perfetta buona fede. Egli peraltro ammetteva che da qualche anno avvertiva un po' di affanno nel salire le scale, ma che ciò non gli impediva di attendere regolarmente al disimpegno delle sue mansioni e di esplicare in tutto un'attività normale.

Evidentemente il vizio cardiaco, che era ancora in stato di compenso, era passato inosservato al paziente ed era sfuggito, per la sua scarsa sintomatologia obbiettiva, alle Commissioni mediche precedenti.

La dissimulazione era stata quindi del tutto involontaria, anche nella denuncia della lieve dispnea da sforzo accusata poi senza esitazione alcuna, dopo che su di essa fu richiamata l'attenzione dai medici visitatori.

L'altro caso si riferisce ad un Capo Stazione.

Questi riuscì, sia all'ammissione e sia nelle promozioni di grado, per molti anni di permanenza in servizio, a dissimulare un'ambliopia da sclerocoroidite miopica in un occhio, che poi si affrettò ad addebitare ad un piccolo infortunio oculare, probabilmente procurato, per percepire indennità d'infortunio dalle Ferrovie e da una Società assicuratrice e ottenere nel contempo un'assegnazione a servizio di ufficio meno faticoso di quello dei treni. Evidentemente, in questo caso, si è trattato di dissimulazione perfettamente cosciente perpetrata in varie occasioni. L'impiegato riuscì ad ingannare il medico esaminatore sia nella prima visita che nelle successive, finchè non ritenne opportuno farne oggetto di pretestazione d'infortunio.

Fra le malattie che più frequentemente vengono dissimulate nella pratica ordinaria dobbiamo annoverare le venereo-sifilitiche, le nevropsicopatie e la tubercolosi.

La dissimulazione nelle affezioni venereo-sifilitiche. — Le affezioni venereo-sifilitiche spesso sono oggetto di dissimulazione da parte dei malati, specialmente per quanto riguarda la sifilide, donde l'antico adagio: «*omnis syphiliticus mendax*».

A tale dissimulazione contribuiscono ragioni varie. Anzitutto sono malattie che per lo più si contraggono col commercio con donne di mal'affare e tali pratiche non a tutti piace confessare. E' la prostituzione la inesauribile sorgente impura che trasporta il *virus* sifilitico per ogni dove, in tutti gli strati dell'umano consorzio. La grande propagazione della sifilide dopo la sua apparizione avutasi nel 1500 derivò dalla enorme estensione che aveva allora il fenomeno della prostituzione. I cronisti dell'epoca dicono che nel censimento della popolazione di Venezia fatto nel 1509 su un totale di 300.000 abitanti si contavano non meno di 11.654 *femene da partito*. Nè in altre città le condizioni erano migliori. A Roma alla fine del 1400 vi erano più di 6800 meretrici pubbliche senza contare le clandestine. Si osserva che quasi tutte tali «*femene avevano una segreta spezie de varoli in la natura che altri la chiamavano la lebra de San Jobe*». Si cercò di correre ai ripari e a Venezia fu ordinato «*che tutti gli impiagati ed infermi di mal francese debbono andarsi a curare nel locale a tale oggetto destinato*» cioè all'Ospitale detto degli Incurabili. Ciò si fece in molte città italiane e denota come da noi si sia compresa subito la natura contagiosa del male, dimostrata dal Fracastoro, e si sia corso ai ripari con misure razionali, sebbene talora un po' severe, mentre altrove la dieta di Vormazia non sapeva opporre all'infuriare del nuovo morbo che le esortazioni di non bestemmiare (Castiglioni).

Anche per sfuggire a detti ricoveri si ricorreva alla dissimulazione e così la malattia si diffondeva maggiormente. Vi furono epoche in cui gli infelici sifilitici vennero sottoposti a trattamenti barbarici oggi noti solo per tradizione. Vi sono stati periodi ancora recenti nei quali agli impiegati assenti dal

lavoro per affezioni venereo-sifilitiche, a differenza delle altre malattie, non si corrispondeva affatto la paga.

La malattia ha avuto e seguita ad avere un carattere quasi infamante e degradante e ciò spiega la dissimulazione.

Un tale carattere dipende anche dalla sua natura contagiosa e dalla sua trasmissibilità alla prole. Deriva anche dal fatto che, nonostante le cure più progredite, si possono sempre avere nuove manifestazioni dirette o indirette del male nei più svariati organi e sistemi e a nessuno piace di apparire un minorato e un malato latente in permanenza.

Lo Strimpell constata il fatto e al riguardo dice: «Reca meraviglia come non solo gli infermi appartenenti alle basse classi sociali, ma anche quelli colti, cerchino con tanta frequenza, e spesso a loro danno, di trarre in inganno il medico, nel quale dovrebbero avere fiducia sotto tutti i riguardi».

Molte volte è per ragioni etiche o pseudoetiche che si cerca di occultare il male.

Io ho dovuto recentemente visitare un individuo di condizione molto elevata, che aveva un anno prima stipulato un forte contratto di assicurazione. Egli ai medici visitatori aveva taciuto la sifilide, di cui non presentava alcuna manifestazione rilevabile. Fu accettato quindi a condizioni normali. Senonchè successivamente, rileggendo le condizioni di polizza e vedendo che il contratto poteva essere contestato per dichiarazioni false, ebbe cura di avvertire la Direzione con lettera riservatissima che egli teneva a dichiarare di avere omessa la denuncia della sifilide sofferta e si diceva disposto a sottoporsi a nuova visita di controllo per l'accertamento delle sue vere condizioni fisiche. Io fui incaricato di detta visita, nella quale l'assicurato volle essere preciso nel narrare l'epoca della prima manifestazione luetica avuta, riferire le diligenti cure periodiche praticate con annuali esami di sangue per la Wassermann riusciti sempre negativi, salvo le prime due volte.

L'assicurato, che era in buone condizioni di salute, fu conservato in assicurazione con un piccolo soprapremio, accettato senza difficoltà; ma egli ebbe a raccomandarmi formalmente di mantenere riservata la sua pratica e soprattutto volle l'assicurazione che i suoi figli mai sarebbero stati messi a conoscenza, per nessuna ragione, della malattia avuta.

La dissimulazione nelle neuropsicopatie. — Molto importante è la dissimulazione in tale genere di malattie. Fra quelle che più dà luogo alla dissimulazione è l'epilessia, che ben si presta allo scopo anche per le sue manifestazioni accessionali, che spesso nulla lasciano rilevare all'esame obiettivo del medico nel periodo intervallare. L'epilettico dissimula il suo male per ragioni varie, ma soprattutto perchè sa che la conoscenza della sua affezione gli preclude l'entrata in molti posti e gli fa perdere quelli eventualmente occupati.

Nelle psicopatie vere e proprie la dissimulazione è frequentissima e a ciò spinge il timore di essere oggetto di scherno e il disgusto e l'avversione pel ricovero manicomiale.

La dissimulazione in ogni caso presuppone l'integrità del ragionamento, la ragione nella follia, come diceva il Parent. Il Pinel riconosceva nei pazzi, a meno di una completa decadenza psichica, una certa attitudine a ragionare che li porta sempre a diffidare e a difendersi anche dai medici. La dissimulazione è poi spesso completa nei pazzi lucidi (paranoici, querulomani, perseguitati, erotomani, malinconici). Quasi tutti i pazzi dissimulano parzialmente: il dipsomane che beve di nascosto, il piromane che cela il suo stato d'animo prima d'appiccare il fuoco, il lipemaniaco che si impicca fuori la vista dei custodi dopo averne eluso la sorveglianza. Ogni pazzo, che conservi sufficiente razionalità, che gli permetta di comprendere la sua situazione di fronte all'ambiente sociale, nel quale lotta per la vita, può inoltre trovare nella dissimulazione delle sue idee deliranti un mezzo per far diminuire le resistenze che la Società potrebbe opporre alla loro realizzazione.

L'alienista deve sempre tener presente la possibilità della dissimulazione nei folli. Talora essi riescono ad ingannare anche i medici più provetti. Il Marandon riferisce di un caso in cui il pazzo riuscì a trionfare di tre perizie medico-legali ed ebbe per epilogo un parricidio. Lo stesso autore osserva: «l'alienato dissimulatore esce dal manicomio e dopo un mese commette un delitto; si crede ad una ricaduta ed è invece il folle che si burla del medico». Si hanno talora periodi di calma e tranquillità simulate che servono a dissimulare terribili ansie intime e propositi truci e sono presagio di esplosioni pericolose. Al Falzet questi stati danno l'impressione di una montagna coronata di neve nelle cui viscere palpita la lava tumultuosa che aspetta solamente un'occasione propizia per convertirsi in vulcano temibile e distruttore.

I paranoici sono fra i più abili dissimulatori soprattutto perchè aborriscono, data la loro lucidità, dalla vita manicomiale.

Il Tanzi dice che nell'evoluzione naturale della paranoia vi sono, e spesso maturano felicemente, anche i fattori pacifici della resipiscenza o per lo meno della dissimulazione e della calma. Egli quando non si riesce ad ottenere la conversione suggerisce di insegnare al paranoico la *dissimulazione* a titolo di consiglio amichevole, dimostrandogliene i vantaggi pratici. Il Tanzi aggiunge: «Qualche volta il paranoico segue il consiglio senza dirlo al medico; e lo segue così bene, che il medico crede alla resipiscenza dove non è che un'abile dissimulazione. Che importa? purchè la dissimulazione continui».

La dissimulazione nella tubercolosi. — Anche questa è una malattia che si cerca di dissimulare.

La natura del male porta, per motivi di igiene e profilassi sociale, l'esenzione degli individui affetti, dai lavori in compagnia di altri che potrebbero essere contagiati. Negli stessi ospedali, una volta accertata la presenza del bacillo di Koch nell'espettorato, s'impone il trasferimento in reparti speciali, il che non riesce gradito agli infermi. Quando si tratta dell'accertamento della diagnosi di tubercolosi e di dover dare il giudizio di contagiosità specialmente per gli impiegati che hanno esaurito tutto il periodo di aspettativa con corrispondenza di stipendio, è frequente la dissimulazione.

Capita in tali casi che i malati, per non far rinvenire il bacillo o non espettorano affatto limitandosi ad emettere il solo sputo salivare, o arrivano a far mettere nella sputacchiera l'escreato di altro infermo, o di altra persona sicuramente non tubercolosa.

La tubercolosi suole imprimere un carattere particolare all'individuo che ne è affetto e tale carattere, che varia secondo l'età, il grado di cultura, il modo di sentire ecc. varia anche secondo il periodo della malattia, a seconda che si trovi nella sua fase di rivelazione, in quella organizzata o in quella terminale.

Vi sono regioni d'Italia, come la Basilicata e la Sicilia dove è ritenuta fortemente offensiva la formulazione, da parte del medico, della diagnosi di tubercolosi anche per la denuncia dei casi di morte imposti dalla Legge. E' questa una ragione della apparente scarsa mortalità per tubercolosi in quelle regioni d'Italia. Il Prof. Sagona, direttore del dispensario antitubercolare di Palermo, denuncia la grave insufficienza delle statistiche ufficiali a causa delle pressioni che sogliono fare al medico i familiari per impedire che nel certificato di morte figurì la causa vera. Si arriva talora a non chiamare il medico per tenere celata la malattia e non far imprimere un marchio degradante alla famiglia.

Il direttore del Consorzio antitubercolare di Potenza, in una sua relazione alla 6^a Conferenza Internazionale tenuta a Roma nel 1928, metteva in guardia contro la bassa mortalità ufficiale per tubercolosi nella sua provincia ed aggiungeva: «Non bisogna ignorare a quale pressione sono sottoposti i sanitari locali perchè si astengano da una denuncia che importa per sè stessa, qui, più che altrove la condanna sociale di quelli che abbiano avuto possibilità di contagio: poichè aspra, tragicamente dura, talvolta, è la lotta per l'esistenza tra noi, ove la terra è così avara dei suoi benefici, e la sanità e robustezza fisica

dell'uomo come della donna è il fattore primo, spesso il solo, del benessere economico: ciò che fa comprendere la ripugnanza ad accogliere e frequentare e, più ancora, stabilire vincoli nuovi di parentado con chi sia sospetto di portare in sè i germi del male».

Debbo dire peraltro che con la promulgazione e con l'attuazione della santa legge, ora in pieno sviluppo, contro la tubercolosi, una tale mentalità si va completamente modificando. Il tubercoloso, con le cure che oggi si prodigano, sa di poter guarire ed apprezza i grandi benefici che la Società gli elargisce.

Si comincia a verificare in alcuni posti il fenomeno inverso della simulazione della tubercolosi per aver diritto alle prestazioni sanitarie che si sogliono accordare ai malati in fase evolutiva o in atto.

Ed ora passiamo a parlare della dissimulazione nell'assicurazione vita.

La dissimulazione nell'Assicurazione vita. — E' qui soprattutto che viene posta in opera la dissimulazione.

*
* *

Il Fessinger dice: « Les simulateurs de maladie sont legions; les simulateurs de santé ne cherchent à tromper le medecin qu'à l'occasion de la signature d'un contrat d'assurance ».

Noi abbiamo visto che anche in parecchie altre circostanze si ha la dissimulazione, ma certamente è nell'assicurazione vita che essa si riscontra più di frequente. Perciò suol portarsi come esempio tipico, classico della dissimulazione quella che si ha in tal genere di assicurazione.

Il contratto di assicurazione sulla vita umana si fonda essenzialmente sulle probabilità più verosimili di sopravvivenza dell'assicurato per un certo numero di anni durante i quali esso deve corrispondere i premi stabiliti all'Istituto assicuratore, che assume l'obbligo di pagare il capitale convenuto o alla scadenza del contratto o immediatamente alla morte, in qualsiasi momento avvenga. Questa è la forma più ordinaria di assicurazione vita che compendia le alte funzioni economico-sociali del risparmio e della previdenza.

Vi possono essere individui che, temendo di essere sottratti alle loro famiglie da morte prematura, per tate organiche o disposizioni morbose, cerchino di provvedere all'avvenire dei loro cari stipulando un contratto di assicurazione vita per loro profitevole.

Essi sapendo che l'Istituto assicuratore non accetta persone che per precedenti morbosità o malattie, da cui sono affetti, fatalmente sono votate a una morte precoce, cercano di non fare scorgere le loro vere condizioni e occultano tutti quei dati e notizie che possono influire contrariamente all'accettazione del rischio.

Di qui sorge la dissimulazione che si basa sulla reticenza e le dichiarazioni false.

Il medico incaricato della visita agli assicurandi deve avere ben presente questa possibilità.

Gli Istituti assicuratori, per facilitare il compito al medico, nella raccolta dei dati anamnestici e nell'esecuzione di un esame obiettivo metodico e completo, sogliono adottare il sistema dei questionari medici su appositi Moduli. Questi, aggiornati secondo i progressi scientifici, per accordi intervenuti fra l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e le Compagnie private, sono di un unico tipo in Italia. Detti questionari sono utili anche all'assicurato e all'assicuratore.

Giovano a quest'ultimo perchè vi trova tutti gli elementi necessari per la esatta valutazione del rischio; giovano all'assicurato perchè quando egli ha risposto in modo sincero e completo a tutte le domande rivoltegli, può avere la sicurezza assoluta della piena validità del contratto stipulato e dell'atto di previdenza compiuto, senza timore di future contestazioni per informazioni incomplete fornite su dati genericamente richiesti.

I questionari fissano i limiti dei reciproci doveri dei contraenti ed hanno perciò una notevole importanza giuridica e medico-giuridica.

Il carattere legale del questionario è oramai ammesso da tutta la prassi assicurativa, dalla giurisprudenza e dalle legislazioni che espressamente se ne occuparono, stabilendo il principio che i limiti delle informazioni sono obbiettivamente fissati dal questionario.

La legge tedesca all'art. 18 dice: « In caso di dubbio si considerano come essenziali le circostanze relativamente alle quali l'assicuratore ha posto espressamente una questione in iscritto; se l'assicurato non aveva che ad indicare le circostanze del rischio sulla guida di domande rivoltegli in iscritto dall'assicuratore, questi non può chiedere l'annullamento del contratto per reticenza di una circostanza per la quale non ha posto espressamente la questione, se la reticenza non è dovuta a dolo dello stipulante ».

Il codice ungherese all'art. 474 così si esprime: « Quando l'assicurando è invitato dall'assicuratore a riempire il foglio dell'interrogatorio, egli è responsabile per la sola verità delle risposte date alle domande ».

Nello stesso senso parlano la legge austriaca e svizzera. Quest'ultima dice: « Si les circonstances touchent l'opinion du risque font l'objet d'un questionnaire de l'assureur, le proposant n'est tenu que de répondre aux questions posées ».

L'assicurato peraltro deve rispondere sinceramente ed esaurientemente a tutte le domande contenute nel formulario, senza potersi arrogare il diritto di erigersi a giudice della importanza e dell'interesse più o meno reale di alcune di esse e di ciò che deve dire e non dire. Egli non ha la capacità, la competenza e la facoltà di un tale giudizio, che, di diritto è riserbato all'assicuratore cui solo spetta di valutare il rischio nella sua vera portata, in base alle domande fatte e alle risposte avute.

Il questionario medico di solito si compone di due parti, di cui la prima contiene le dichiarazioni dell'assicurando che vi appone la propria firma, la seconda il risultato dell'esame del medico.

Il medico deve fornire chiarimenti sulle domande del questionario rendendole a tutti accessibili e deve aiutare i ricordi dei dati anamnestici, affinché siano completi e precisi, evitando di far apporre vicino ad alcune domande le linee che spesso equivalgono a reticenze più o meno deliberate.

Per quanto il certificato erroneo del medico, ingannato dall'assicurando, non esima quest'ultimo dalla responsabilità delle sue dichiarazioni non veritiere, pure è sempre un documento di grande importanza un certificato favorevole, perchè per lo meno fa sorgere la presunzione che al momento della visita l'assicurato fosse sano ed immune da malattie in atto.

Il medico deve perciò assolvere bene il suo compito nell'interesse dell'Istituto assicuratore e dello stesso assicurato, che, con dichiarazioni reticenti o false, può vedere frustrato il suo scopo di previdenza e risparmio, basandosi sempre, giuridicamente, sulle sue dichiarazioni, il contratto assicurativo. Ciò deve far ben comprendere all'assicurando il medico, che anche per la sua dignità e reputazione, non deve prestarsi a sanzionare con una comoda correttezza le dissimulazioni così frequenti in questo genere di operazioni.

Ed ora passiamo all'esame del questionario del quale abbiamo spiegata tutta l'importanza medico legale.

Premettiamo di voler fare un esame molto sommario, perchè altrimenti di ogni domanda si potrebbe fare uno speciale capitolo.

Seguiamo il questionario nelle sue varie parti.

Si comincia col chiedere all'assicurando le sue generalità: cognome, nome e paternità.

La dissimulazione più completa e tipica della propria identità si può qui avere con la sostituzione di persona. Un individuo malato, per non far rilevare la sua infermità, può farsi sostituire nella visita da uno sano che abbia press'a poco la stessa età e le stesse misure somatiche.

La sostituzione può avvenire anche perchè il vero assicurando trovasi as-

sente e lontano. Recentemente è capitato il caso di un assicurando malato e degente in Ospedale fattosi sostituire in una prima visita da un fratello. Essendo stata richiesta una seconda visita il medico fiduciario, che aveva praticato il primo esame nel suo gabinetto, per eseguire il secondo si recò al domicilio dell'assicurando ed ivi ebbe a sapere che questi si trovava degente in Ospedale e così scoprì il trucco.

In un'inchiesta praticata in Calabria per varie polizze emesse sulla testa della stessa persona, che una volta figurava analfabeta ed altre con volte firme diverse, si ebbe ad assodare che mai il vero assicurando era stato sottoposto a visita, perchè nelle epoche nelle quali furono stipulati i contratti si trovava in America.

Debbo dire che le sostituzioni di persone sono molto rare ed il medico può agevolmente impedirle assicurandosi della identità personale dell'assicurando a mezzo di documenti sicuri, senza arrivare addirittura al rilievo delle impronte digitali proposto da qualche studioso di assicurazioni.

Nel questionario si passa quindi all'indicazione dell'età. Questa è della massima importanza perchè serve a stabilire il premio. Gli Istituti di assicurazione si rimettono all'età dichiarata, e, solo all'atto della liquidazione del capitale assicurato, esigono il certificato di nascita, facendo allora il calcolo esatto del premio, giusta l'età reale.

Si può non dichiarare, dall'assicurando, l'età vera per errore, si può dichiararla inferiore per pagare un premio minore, salvo ad avere il giusto congruaglio al termine o per essere accettato, sapendosi che vi sono dei limiti oltre i quali gli Istituti assicuratori non accettano date forme di assicurazione. Può anche accadere che si denunci un'età superiore per non apparire di età superiore alla vera per precoce senescenza.

Di solito si ritiene che lo sbaglio dell'età non sia una condizione essenziale che modifica la valutazione del rischio e che si possa addurre dall'assicuratore per la contestazione tardiva del contratto, anche perchè egli avrebbe facile il modo di assicurarsene richiedendo il certificato di nascita prima di concludere il contratto.

Nella giurisprudenza, soprattutto estera, si è ritenuto indifferente agli effetti della validità della polizza l'errore di un anno.

Si hanno esempi di polizze annullate per errore di diversi anni, specialmente quando è risultato che l'età reale era superiore a quella oltre la quale le Compagnie non accettavano più i rischi. In tali casi l'errore viene considerato essenziale.

La legge francese, austriaca, tedesca e svizzera stabiliscono che se l'età vera dell'assicurato supera i limiti del piano d'affari dell'assicuratore, questi può risolvere il contratto, altrimenti si riduce la somma assicurata in proporzione del premio corrispondentemente all'età dichiarata.

L'indicazione del domicilio è necessaria perchè vi sono località insalubri che l'assicuratore deve conoscere per rendersi esatto conto del rischio. Si sa bene che l'insalubrità e salubrità dei luoghi di dimora influisce sulla mortalità. Si possono avere dissimulazioni del vero domicilio per poter subire la visita da parte di un medico nuovo ignaro di precedenti morbosità e sfuggire alla visita del medico locale che conosce le condizioni di salute e il passato non buono dell'assicurando.

E' necessaria la denuncia della professione e del mestiere che si esercitano, essendovi di quelli pericolosi che richiedono perciò l'applicazione di speciali soprapremi, che si possono voler evitare dall'assicurato.

Passiamo ora all'esame dei dati anamnestici.

Questi sono della massima importanza.

Nel questionario si richiede l'età dei genitori col loro stato di salute, e, se sono defunti, l'età alla morte con la causa di morte e la durata dell'ultima malattia.

E' ben nota anche ai profani l'importanza della longevità dei genitori, e dei famigliari in genere, per la determinazione della probabile durata della vita di un individuo.

Per evitare giudizi poco favorevoli nell'accettazione del rischio, specialmente per assicurandi di una certa età, si possono alterare i dati veri sostituendoli con altri falsi.

Così pure si possono nascondere le vere cause di morte; in genere si occultano le malattie croniche ed a carattere ereditario, come la tubercolosi, la sifilide, i tumori maligni, il diabete, l'alcoolismo, le malattie nervose e mentali. La malattia che più frequentemente si adduce come causa di morte dei famigliari è la polmonite o broncopolmonite acuta, anche quando si è trattato invece di broncoalveolite tubercolare o quando la broncopolmonite non è stata che l'episodio finale intercorrente di una malattia cronica di ben nota gravità e importanza.

Circa i precedenti personali è da tener presente che si possono celare le malattie, che sogliono lasciare conseguenze come il reumatismo articolare acuto e le pleuriti ecc. o quelle che si presentano ad eccessi come le coliche epatiche, renali, appendicolari, ecc.

In quanto alle malattie veneree, mentre gli assicurandi non trovano per lo più difficoltà a denunciare la blenorragia, celano spesso invece la sifilide.

Talora la dichiarazione di questa malattia non viene fatta per ragioni etiche; ma, per quanto penosa possa essere la rivelazione anche dei fatti intimi, l'assicurando deve farla, tanto più che su tutto quanto riguarda le pratiche assicurative esiste il segreto di ufficio.

Nessuna considerazione quindi può far venir meno l'assicurando al suo preciso dovere di denunciare tutto ciò che si riferisce al suo stato di salute per mettere l'Istituto assicuratore in grado di fare l'esatta valutazione del rischio che assume.

Vi sono assicurandi che rispondono sistematicamente in modo negativo a tutte le domande. In tali casi è dovere del medico di far comprendere col dovuto tatto l'importanza delle notizie richieste e cercare di ottenerle con la necessaria sincerità.

Anche pregressi atti operativi gravi si possono negare, per quanto sia facile il controllo con la constatazione delle residuali cicatrici.

Mi piace al riguardo riferire un caso di evidente deliberata dissimulazione da parte di una donna. Questa, che era stata operata di amputazione della mammella destra per carcinoma, negò di aver subito alcun atto operativo e al medico fiduciario che la visitava, ostentando pudicizia, non volle far vedere il petto e solo, dietro le insistenze del sanitario, permise che si esaminasse il lato sinistro per l'indispensabile osservazione del cuore che risultò normale.

Si ebbe il sinistro a breve scadenza e da un'inchiesta compiuta risultò che l'assicuranda, prima dell'ingresso in assicurazione, era stata operata di carcinoma poi recidivato e dichiarato non più operabile.

Nel questionario vengono poi le domande riferentisi alle sofferenze e ai disturbi passati o presenti come vertigini, **convulsioni**, **insonnia**, tosse con sputi sanguigni, affanno, cardiopalmo, disturbi dell'appetito e della sete, sofferenze durante la digestione, vomito, diarrea, ematemesi, disturbi della defecazione e della urinazione.

Il medico, a seconda della condizione sociale e del grado di cultura dell'assicurando, deve spiegare bene il significato ed importanza di tali domande e cercare di avere risposte sincere.

Ciò valga anche per quanto si riferisce a pregressi esami di urine e di sangue, a cure dietetiche, climatiche balneoterapiche, di insulina o simili praticate. E' importante sapere se vi è stato ricovero in Ospedale e Case di salute e la indicazione del medico di famiglia e degli altri medici consultati negli ultimi anni per potere eventualmente ricorrere ad essi per informazioni.

Vi sono le domande relative alle abitudini di vita, ai precedenti assicurativi, al servizio militare e infine domande speciali per donne riferentisi alla sfera sessuale femminile.

Segue poi la parte riserbata al medico con l'esame obbiettivo delle condizioni generali, il rilievo delle misure somatiche e l'osservazione dei vari apparati e sistemi: apparato respiratorio, circolatorio, digerente, urogenitale, sistema nervoso, organi dei sensi. L'esame si deve praticare con la massima scrupolosità, anche perchè l'anamnesi può essere deliberatamente muta e la sintomatologia subbiettiva assente.

Di grande importanza è l'esame delle urine. Queste devono essere emesse in presenza del medico per evitare possibili sostituzioni. Si può consentire a individui, che dichiarano di non riuscire ad emetterle in presenza, per fenomeni auto-suggestivi, e alle signore, che siano emesse in una stanza contigua, ma in tal caso devono essere presentate nello stesso recipiente dato e accertarsi che siano ancora calde. Recentemente mi è occorso di dover praticare una visita di controllo ad un assicurando affetto da diabete. Egli invece di dare la sua urina, in occasione della prima visita, consegnò al medico fiduciario quella di un suo giovane nipote che si trovava in una stanza vicina dove egli si appartò per urinare.

Il medico, accertato che l'urina era di recente emessa, e non sospettando l'inganno, ritenne l'urina quella dell'assicurando, senonchè all'esame constatò il reperto di una nefrite cronica piuttosto grave certamente ignorata dal paziente e dai famigliari.

Il rischio fu rifiutato.

Fu allora che l'assicurando chiese la visita di controllo e si decise ad esporre a me i fatti nella loro realtà.

Trattandosi di diabete in individuo grasso, con soprapeso del 20 % e glicemia dell'1.5 %₁₀₀ il rischio fu accettato a condizioni speciali, con un soprapremio sanitario.

Vi possono essere assicurandi che prima di sottoporsi alla visita praticano le cure opportune per non far scoprire eventuali tare organiche. Talora è occorso che individui glicosurici nei giorni precedenti si siano fatti praticare iniezioni di insulina. Albuminurici possono sottoporsi per qualche giorno al riposo e alla dieta latte.

Fra le malattie che più si prestano alla dissimulazione da parte degli assicurandi, sono quelle dell'apparato digerente ed in particolar modo quelle gastriche anche gravi. Sia l'ulcera che il carcinoma possono sfuggire all'esame del medico, specialmente se nessuna sofferenza o precedente morbo viene denunciato e se le condizioni generali del paziente si conservano ancora buone. Nelle donne è frequente la dissimulazione soprattutto delle malattie della sfera genitale.

Da quanto ho esposto emerge l'importanza e delicatezza del compito del medico che deve eseguire visite per l'assicurazione vita. Il medico, pur senza lasciarsi dominare da una sistematica diffidenza ostile che gli alienerebbe l'animo dell'assicurando e offenderebbe le persone oneste, deve tener presente che è possibile in questo genere di visite l'attenuazione di disturbi e malattie e anche la dissimulazione completa.

Deve circondare quindi il suo esame delle necessarie cautele e degli indispensabili accorgimenti sempre necessari in medicina assicurativa sia che si tratti di combattere contro la simulazione, come nel campo dell'assicurazione malattie e infortuni, che contro la dissimulazione come nel nostro campo. Nell'assicurazione vita può aversi l'esagerazione e la simulazione in casi piuttosto rari e precisamente quando l'assicurato chiede l'esonero del pagamento dei premi per sopraggiunta invalidità totale permanente. Può aversi anche allorchè l'assicurando, che ha sottoscritto una proposta impegnativa di assicurazione, non vuole più mandarla ad effetto, ed allora per esimersi dal pagamento

delle penalità comminate da alcune compagnie, esagera o simula addirittura inesistenti affezioni morbose per ottenere dalla direzione il rifiuto del rischio.

E' bene notare che tutte le malattie sono simulabili, come tutte sono dissimulabili.

L'utile e l'interesse, che costituiscono le potenti incoercibili molle dell'attività umana, spingono ora alla simulazione ed ora alla dissimulazione.

Non a torto forse lo Slocker, che ha scritto un libro pregevolissimo sulla simulazione, dice che le malattie simulate costituiscono uno dei problemi di maggiore importanza prossima o remota che si presentano al medico.

Alcuni dati di Statistica Medica

Sinistri dei contratti appartenenti ad assicurati maschi, esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1933.

(Portafoglio diretto; Assicurazioni ordinarie e collettive c. v. m. all'ingresso)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE					Totale
	0 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	oltre 64
Ogni forma di t. b. c.	4	35	54	35	15	3
Altre malattie infettive e parassitarie.	4	24	62	72	40	11
Tumori (neoplasie)	—	6	30	102	58	17
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	—	1	11	67	80	31
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso	1	5	9	16	4	1
Malattie dell'apparato circolatorio	—	6	55	87	86	30
„ „ respiratorio	2	13	53	87	59	14
„ „ digerente	2	14	61	82	36	6
„ „ genito-urinario.	—	8	15	37	52	11
Suicidi	—	5	21	28	26	2
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata	1	20	25	26	16	3
Altre cause di morte	1	6	34	32	18	7
Cause di morte non specificate	2	2	18	27	41	9
Totale	17	145	448	698	531	145
Totale	17	145	448	698	531	1984

Sinistri dei contratti appartenenti ad assicurati maschi, esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1933

(Portafoglio diretto; Assicurazioni ordinarie e collettive c. v. m. all'ingresso)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI								Totale
	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
Ogni forma di t. b. c. . .	1	7	13	15	9	9	57	25	10
Altre malattie infettive e parasitarie . . .	9	11	17	28	19	10	58	36	30
Tumori (neoplasie) . . .	2	9	14	11	16	15	66	46	34
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali . . .	5	2	13	12	11	8	47	41	51
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso . . .	2	2	1	4	2	2	12	6	5
Malattie dell'apparato circolatorio . . .	3	6	15	15	15	12	77	62	69
Malattie dell'apparato respiratorio . . .	10	5	17	13	16	15	73	46	33
Malattie dell'apparato digerente . . .	7	8	19	11	12	15	67	35	27
Malattie dell'apparato genitourinario . . .	1	2	6	20	6	9	33	21	25
Suicidi . . .	1	3	10	8	9	10	17	7	17
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata . . .	3	3	15	6	8	8	24	15	9
Altre cause di morte . . .	4	4	8	9	6	2	36	12	17
Cause di morte non specificate . . .	4	1	8	4	5	4	31	19	23
Totale . . .	52	63	156	151	134	119	598	361	350
									1984

Sinistri dei contratti appartenenti ad assicurati maschi, esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1933.

(Portafoglio diretto; Assicurazioni ordinarie e collettive c. v. m. all'ingresso)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI PROFESSIONALI														Totale
	Agricoltori di ogni specie	Industriali e commercianti	Venditori in genere e rap- presentanti	Operai	Addetti a servizi di trasporti ed affitti	Persone di servizio e di fatica	Personale su- balterno dello Stato e di altri Enti Pubblici	Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubblici	Impiegati ed ufficiali	Culto professioni ed arti liberali	Proprietari e beneficenti	Condizioni non professionali	Professioni non specializzate		
Ogni forma di t. b. c. .	5	30	10	6	5	4	9	7	36	23	3	7	1	146	
Altre malattie infettive e parassitarie . . .	3	31	23	6	6	2	3	6	53	72	1	7	—	213	
Tumori (neoplasie) . .	11	37	14	9	6	2	7	3	62	46	4	10	2	213	
Emorragie, trombosi em- bolie cerebrali. . .	6	37	19	8	1	2	2	6	46	47	10	6	—	190	
Malattie del sistema ner- voso e malattie degli or- gani di senso . . .	—	6	3	2	—	—	3	—	12	9	—	—	1	36	
Malattie dell'apparato cir- colatorio	13	27	18	6	5	—	3	2	101	66	6	14	3	264	
Malattie dell'apparato re- spiratorio	16	51	20	15	2	3	7	6	45	50	6	5	2	228	
Malattie dell'apparato di- gerente	7	41	20	14	9	2	6	10	44	37	6	5	—	201	
Malattie dell'apparato ge- nito-urinario	3	21	11	4	1	2	2	—	30	39	6	3	1	123	
Suicidi	2	22	10	—	—	—	3	1	16	23	3	1	1	82	
Morti violente e acciden- tali la cui causa è deter- minata	3	19	6	9	2	1	1	2	26	13	2	1	1	91	
Altre cause di morte. .	4	11	7	7	1	1	—	—	39	20	5	3	—	98	
Cause di morte non speci- ficate.	7	8	12	2	3	—	2	2	20	33	6	2	2	99	
Totale	80	341	173	88	41	19	48	45	530	483	58	64	14	1984	

Contratti di assicurati maschi sinistrati per decesso ed esaminati dal « Servizio Sanitario » nell'anno 1933

(Portafoglio diretto - Assicurazioni ordinarie e collettive c. v. m. all'ingresso)

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

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	REGIONI															
	Piemonte		Liguria		Lombardia		Veneto		Emilia		Toscana		Marche, Umbria, Abruzzo e Molise		Lazio	
	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%
1. Ogni forma t.b.o.	18	7.56	7	8.14	28	8.07	25	13.66	18	8.97	14	11.97	10	10.87	8	4.28
2. Altre malattie infettive e parass.	28	18.37	7	8.14	40	14.04	8	4.87	19	13.10	5	4.27	5	5.43	12	8.41
3. Tumori (neopl.)	16	9.80	15	17.44	88	13.88	27	14.75	17	11.72	16	18.68	8	8.70	19	10.16
4. Emorragie, trombosi, embolie cer.	15	8.72	4	4.65	27	9.47	15	8.20	17	11.72	16	18.68	11	11.96	17	9.09
5. Malattie del sistema nervoso e organi di senso	5	2.91	8	8.49	9	3.16	2	1.09	5	3.45	1	0.85	5	5.48	—	—
6. Malattie apparato circolatorio	29	16.86	11	12.79	23	8.07	22	12.02	19	8.97	9	7.69	10	10.87	84	18.18
7. Malattie apparato respiratorio	15	8.72	10	11.63	34	11.98	16	8.74	21	14.19	21	17.95	9	9.78	17	9.09
8. Malattie apparato digerente	26	15.11	7	8.14	88	13.88	23	12.57	16	11.08	18	11.11	10	10.87	15	8.02
9. Malattie apparato genito-urinario	6	3.49	7	8.14	20	7.02	13	9.35	5	3.45	1	0.55	8	8.70	14	7.46
10. Suicidi	12	6.98	4	4.65	7	2.46	5	2.78	7	4.83	4	3.42	3	3.26	18	9.68
11. Morti violente ed accidentali la cui causa è determ.	6	3.49	9	10.46	15	5.26	11	6.01	9	6.20	4	3.42	8	8.70	8	3.21
12. Altre cause di m.	6	3.49	2	2.83	11	3.86	11	6.01	8	2.07	13	11.11	5	5.48	27	14.44
Totale	172	100	86	100	285	100	183	100	145	100	117	100	92	100	187	100
13. Cause di morte non precisate	10	—	8	—	10	—	8	—	10	—	6	—	6	—	9	—
Totale generale	182	—	94	—	295	—	191	—	155	—	123	—	98	—	196	—

Capitali dei contratti del portafoglio « Popolare » sinistrati 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.	17.747	57.922	133.158	56.907	6.800	—	271.434
Altre malattie infettive e parassitarie.	8.507	2.935	49.244	24.924	26.680	—	112.290
Tumori	85	9.850	60.976	36.527	24.141	—	130.979
Epoplessia trombotici, embolie cerebrali .	—	—	15.075	42.044	30.530	—	87.649
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso	2.034	—	19.312	9.030	1.290	—	31.666
Malattie dell'apparato circolatorio	610	33.940	37.597	89.084	30.295	—	191.526
„ „ respiratorio	5.365	53.909	64.880	50.290	17.615	—	192.059
„ „ digerente	395	12.421	71.271	38.412	33.491	—	155.930
„ „ genito-unitario.	—	1.215	22.857	29.081	38.546	—	91.699
Suicidi	—	—	17.811	750	—	—	18.561
Morti violente e accidentali la cui causa è determinata	9.223	13.427	68.671	26.536	5.810	—	123.667
Altre cause di morte e cause non specificate	2.095	6.241	30.853	22.285	8.510	—	69.984
<i>Totale</i>	46.061	191.260	591.105	425.870	223.148	—	1.477.444

— 312 —

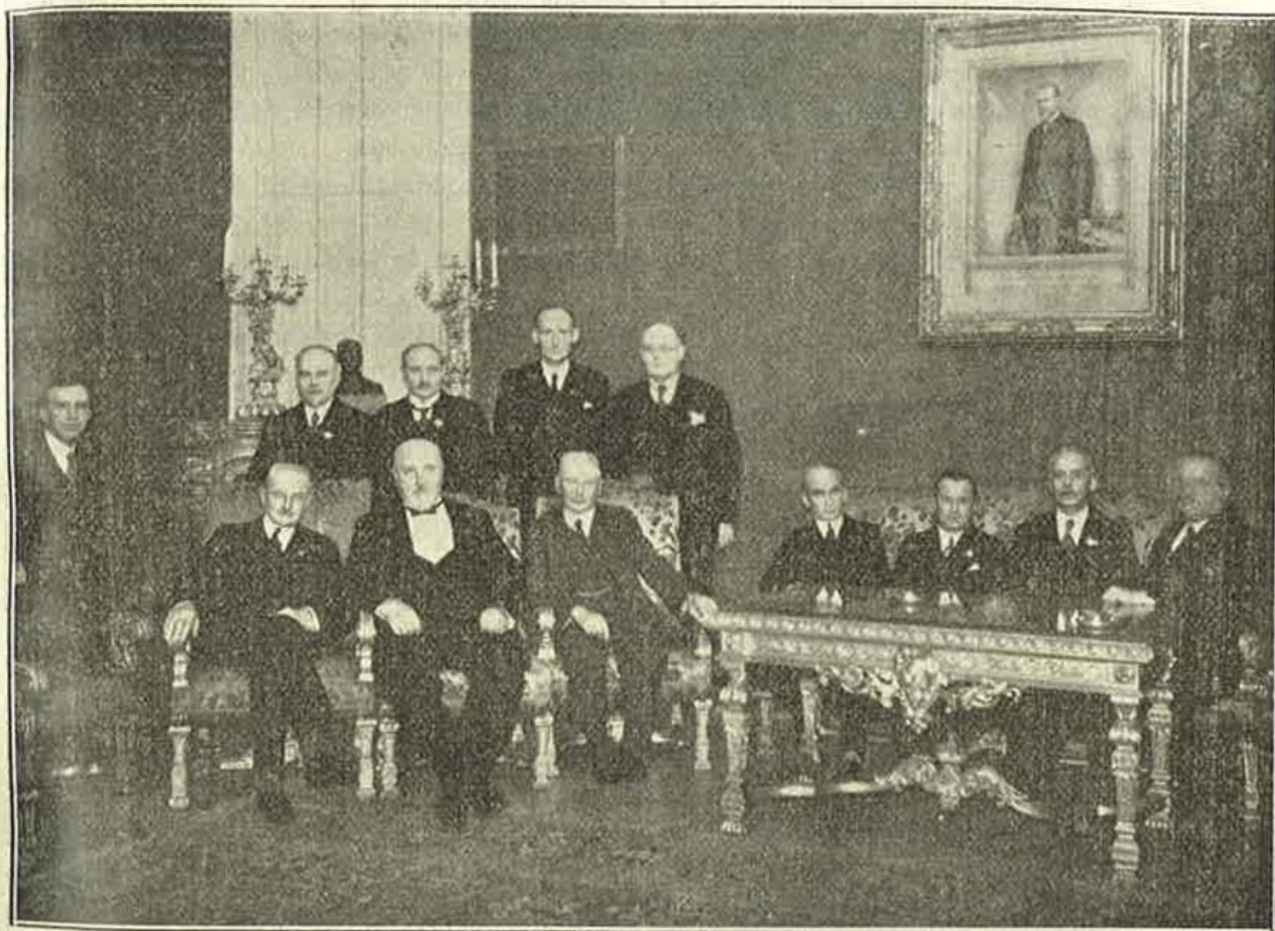
Varie

In margine alla terza Conferenza internazionale per i rischi aggravati a Praga (5-7 settembre 1934-XII)

La cronaca della conferenza ed i risultati di essa sono riportati in altra parte di questa nostra Rivista.

Qui vogliamo soltanto accennare alla cordialità che è regnata fra i partecipanti alla Conferenza e specialmente fra i medici che di essa hanno fatto parte.

Nella sera che precedette la inaugurazione, il ricevimento che fu dato nei magnifici locali, sede del Spolecensky klub, servì a far conoscere i vari partecipanti, i quali appartene-



Da sinistra in piedi:

Prof. Dr. LINDSTEDT (Svezia)	Dr. NECAS (Cecoslovacchia)	Dr. JILEK (Cecoslovacchia)	Dr. KLOUZEK (Cecoslovacchia)	Dr. COPPET (Francia)
---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------

Da sinistra seduti:

Dr. BONEBAKKEN (Olanda)	Prof. KARVONEN (Finlandia)	Dr. IAHODA (Austria)	Dr. BRANDEIS (Cecoslovacchia)	Dr. STÜRM (Germania)	Prof. ROMANELLI (Italia)	Dr. SÉBOR (Cecoslovacchia)
----------------------------	-------------------------------	-------------------------	----------------------------------	-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

vano alle 16 nazioni rappresentate alla conferenza ed a stabilire subito fra di essi l'atmosfera di cordialità e di simpatia che è stata la caratteristica di questa conferenza.

La fotografia riproduce i medici che erano presenti in quella sera.

In un pomeriggio il Dr. Sébor e gli altri colleghi Cecoslovacchi hanno guidato i medici alla visita di un magnifico, grande Ospedale di recente costruzione. Esso serve, per una parte al ricovero di vecchi di ambo i sessi e per l'altra è sede della clinica per le ma-

lattie della vecchiaia e della clinica delle malattie nervose della Università. In quest'ultima è assai interessante il reparto per i bambini.

A chiusura della conferenza il Dr. Kubicek guidò i congressisti sui Monti del Tatra alla « Casa della Morava ».

La Morava è una compagnia di assicurazione della regione Morava, essa quindi non è una compagnia privata ma una compagnia regionale, come il nostro Istituto Nazionale delle Assicurazioni in Italia, è un Istituto dello Stato.

La « Morava » si occupa dal 1925 dell'assistenza sanitaria agli assicurati.

Essa ha diffuso tra i propri assicurati parecchie pubblicazioni di igiene di cui alcune sono segnalate nel numero del 15 agosto di questa nostra Rivista.

A Tatranská Lomnice in Cecoslovacchia, tra i piccoli ed i grandi monti del Tatra a 900 metri sul livello del mare, in mezzo a monti meravigliosi, in prossimità di un lago luminosissimo, vicino ad un fiume che scendendo dalla montagna canta le bellezze della natura, la Morava ha costruito una casa piena di luce e di aria per i propri assicurati.

Essa serve come casa di riposo e vi si organizzano tutti gli sport in tutte le stagioni.

È veramente un paradiso terrestre ove lo spirito ed il fisico possono ritemperarsi ed acquistare vigore per le indispensabili lotte della vita.

La casa, costruzione moderna, può raccogliere circa 300 persone; è dotata di ogni confort, senza lusso ed è improntata alle più moderne norme di igiene.

I servizi tutti sono impiantati e funzionano con piena soddisfazione di chiunque ne può usufruire.

Gli assicurati della Morava possono essere ivi accolti con le loro famiglie a condizioni di pagamento specialissime.

In una piccola casa attigua è impiantato un gabinetto medico dove si esercita solamente la medicina preventiva.

Il Dr. Kubicek, Direttore centrale della Compagnia, ha proiettato agli ospiti i films che dimostrano l'organizzazione degli sport e la vita che si vive a Tatranská Lomnice.

Infatti la vita a Tatra è improntata ai dieci comandamenti che qui trascriviamo e che sono in un quadro nell'atrio della casa:

- 1) Lasciate dietro di voi tutte le preoccupazioni;
- 2) Non siate qui quello che siete a casa vostra;
- 3) È proibito di parlare di argomenti tristi, di cose che arrecano dispiacere e timore;
- 4) La migliore garanzia per la buona salute è uno spirito gaio;
- 5) Non annabbiate la vostra mente con letture poco sane;
- 6) Respirate a pieni polmoni l'aria pura e fresca: l'ozono del Tatra è a disposizione di chiunque lo desideri;
- 7) Il sole della montagna produce effetti meravigliosi: usufruitene: nessuna tassa vi sarà imposta per questo;
- 8) Preferite il latte alla birra ed al vino;
- 9) Non fumate: aspirate l'aria pura e dolce della montagna;
- 10) Se la montagna vi attrae con le sue altitudini, non la scalate senza l'attrezzatura necessaria.

La bellezza del luogo, l'armonia di luce e di sole, la festa di acqua di alberi che ne costituiscono la caratteristica hanno dettato al cuore del Dr. Kubicek la « canzone della salute » che è stata musicata e che si canta a Tatra.

Il saluto in uso a Tatra è « STALÉ ZDRAVÍ » che significa SALUTE COSTANTE.

E noi auguriamo a tutti gli assicurati « STALÉ ZDRAVÍ »!

Rt.

L'assicurazione privata contro le malattie in Ungheria

In Ungheria è sorta da varii anni, e in questi ultimi tempi va assumendo proporzioni sempre più vaste, l'assicurazione privata contro le malattie.

Questa forma di assicurazione interessa principalmente le cosiddette classi medie e si traduce nell'assistenza degli assicurati colpiti da malattie non professionali; tale assistenza assume la forma di sussidi in caso di malattia, rendendo così possibili quelle cure mediche che, altrimenti, l'infermo non potrebbe forse praticare.

In Ungheria, ove la grande crisi economica minaccia di sterminio le classi medie che non sono più in grado di sopportare oneri per cure mediche, questa forma di assicurazione rappresenta una necessità vitale.

Gli stessi medici devono salutare con gioia e riconoscenza una tale intrapresa, poiché questa offre loro una occasione di lavoro, in quanto li mette in contatto con categorie di persone che sarebbero nella impossibilità di ricorrere all'opera medica.

D'altra parte, l'assicurazione degli ammalati ha tra i suoi scopi quello di creare una stretta relazione tra il medico e l'ammalato, tendendo a ripristinare la bella istituzione del medico di famiglia.

In Ungheria l'assicurazione sociale è obbligatoria soltanto per determinate categorie. Per esempio, da questa assicurazione sono esclusi quegli impiegati statali che godono uno stipendio superiore ai 3600 pengő (circa lire 12.240); perciò è assai grande il numero di coloro che in caso di malattia propria o di membri della propria famiglia si trovano nella impossibilità di praticare le cure necessarie, a meno che non riescano a contrarre forti debiti, pericolosi per il modesto bilancio familiare. Per tutte queste categorie di modesti impiegati, una operazione di alta chirurgia da eseguirsi di urgenza significa quasi la rovina economica della famiglia.

L'assicurazione privata contro le malattie vuole rimediare a questo inconveniente.

Quando un uomo, da solo, in caso di malattia propria o di un congiunto, non può sopportare il peso economico della malattia, si associa a molti altri che si trovano nelle stesse condizioni e che hanno gli stessi bisogni: così si realizza il principio del mutuo soccorso, azione altamente sociale ed umana, e s'incoraggia l'abitudine al risparmio.

L'assicurazione privata contro le malattie finisce per prolungare la vita offrendo agli assicurati la possibilità di curarsi tempestivamente e di evitare, quindi, mali maggiori.

Nonostante i suoi innegabili pregi, questo tipo di assicurazione ha dovuto, tuttavia, in molti Stati affrontare e vincere ostacoli di varie specie; persino i medici, in qualche luogo, la accolsero con ostilità. Ora però questi sono convinti che l'assicurazione ammalati, se bene organizzata, non è contraria agli interessi della classe medica.

Oggi in Ungheria è la stessa Unione dei Medici che si occupa della assicurazione malattie.

In Germania, dove l'assicurazione è organizzata istituzionalmente, i medici la considerano quale loro alleata: i tre milioni e mezzo di assicurati testimoniano della bontà del principio e della efficacia della applicazione.

Molto dipende dal saper stabilire la entità delle quote che l'assicurato deve corrispondere: queste non devono essere tanto alte da rendere troppo gravosa o impossibile la corrispondenza; e non devono essere nemmeno tanto basse da mettere in forse la possibilità delle prestazioni che devono avere comunque un limite prestabilito come del resto lo hanno anche le assicurazioni obbligatorie.

L'assicurazione che noi fondammo è basata sul concetto che i più abbienti, che possono pagare di più e che hanno maggiori pretese, debbano assoggettarsi a contribuzioni maggiori.

Pertanto, l'associazione consta di tre categorie: A, B, C, con contribuzioni crescenti e con prestazioni differenti.

Principio comune alle tre categorie di assicurati è quello della libera scelta del medico:

l'associazione non esercita influenza nè diretta nè indiretta per quanto riguarda il medico curante. L'assicurato tratta direttamente col proprio medico e direttamente gli corrisponde l'onorario per l'assistenza. L'associazione concorre, nella misura stabilita, al rimborso delle spese mediche documentate e, ove ricorrano gli estremi del caso, provvede alla retta ospedaliera o sanatoriale.

Gli associati devono pagare un premio mensile, variabile a seconda della categoria prescelta al momento dell'ingresso nell'associazione. Tuttavia, è sempre consentito il passaggio da una categoria all'altra: le prestazioni della rispettiva categoria possono, però, essere godute dall'associato soltanto a cominciare da tre mesi dopo l'entrata nell'associazione o dopo il cambiamento della categoria.

Il premio, per il membro della categoria A, è di due pengö mensili (1), purchè egli non abbia oltrepassato i 45 anni di età; se è fra i 45 e i 52 anni, è richiesto un soprapremio di un pengö; se ha superato i 52, ma non i 60, è richiesto un soprapremio di due pengö.

Il membro della categoria A ha diritto alle stesse prestazioni a favore della propria moglie mediante il pagamento di un soprapremio di un pengö o di due pengö, al mese, a seconda che l'età della moglie sia fino a 45 o fino a 60 anni.

Per ogni figlio fra i 4 e i 18 anni, il socio paga un pengö al mese.

L'Associazione limita la sua assistenza a un massimo di 30 giorni all'anno di malattia. Le cure sanitarie usufruite dalla moglie e dai figli sono computate nei 30 giorni riservati al capo di famiglia.

Quando il figlio supera i 18 anni di età, non può essere ulteriormente assistito mediante corresponsione del soprapremio da parte del padre, ma, se vuole, deve entrare a far parte dell'associazione quale membro indipendente.

I membri regolari sono inoltre tenuti all'acquisto di una azione del valore di due pengö.

I membri della categoria A e i famigliari aggregati come ora detto, dopo tre mesi di carenza, acquistano il diritto alla assistenza sanitaria e all'eventuale ricovero in uno degli ospedali o dei sanatori compresi nell'elenco speciale per la categoria per un massimo di 30 giorni con diritto al vitto, al bendaggio e ai medicinali.

Gli associati hanno diritto di scelta tra quegli ospedali e sanatori che l'associazione designa per loro.

L'associazione paga nel sanatorio una stanza di 3-4 letti. Ove il socio desideri una stanza separata, egli deve sopportare la differenza di spesa.

I membri della categoria A scelgono essi stessi il medico curante o l'operatore di propria fiducia e gli corrispondono l'onorario. L'associazione, in caso di operazione, rimborsa fino a un massimo di 160 pengö le spese sanitarie documentate, sulla base della tariffa fissata dall'Unione dei Medici.

L'associazione non offre alcun soccorso in denaro agli ammalati che sono sotto cura ambulatoria.

Le spese sanitarie sopportate dall'associato dopo il 30° giorno di malattia sono sopportate dall'associato stesso.

Se l'associato o un familiare aggregato avranno bisogno di cure in conseguenza di una malattia che esisteva già all'epoca del loro ingresso nell'associazione, questa non partecipa in modo alcuno alle spese relative.

Se però, all'atto della loro entrata, gli associati avranno denunciato qualche malattia e l'associazione li avrà ugualmente accettati, con o senza soprapremio, allora essi avranno diritto alla assistenza nei modi e limiti già detti. Quantunque il diritto alla assistenza incominci, per l'assicurato, al principio della tredicesima settimana dall'epoca dell'ingresso nella associazione, tuttavia egli potrà essere assistito anche subito in caso d'infortunio e in casi speciali di malattia.

Se è assolutamente necessario il ricovero in un ospedale, un ispettore medico dell'asso-

(1) Un pengö corrisponde a lire italiane 3,40.

ciazione, sentito il parere del medico curante, determinerà il periodo di degenza da lasciare a carico dell'associazione, rimanendo la eventuale eccedenza a carico dell'associato.

L'ispettore medico non può assumere l'assistenza sanitaria dei membri dell'associazione. Egli può agire soltanto dopo aver consultato il medico di famiglia. Il curante è responsabile di tutti i segreti confidatigli, secondo l'uso.

I membri dell'associazione che appartengono alla categoria *B* pagano 4 pengö mensili per sé, 4 per la moglie e tre per ogni figlio.

Superati i 50 anni, essi pagano un soprapremio di un pengö e mezzo; superati i 55 anni 2 pengö e mezzo al mese.

Carenza di 3 mesi; libera scelta dell'ospedale da scegliere in apposito elenco; posto gratuito per un massimo di 30 giorni in una stanza di 3-4 letti, come per la categoria *A*.

Concorso dell'Associazione nelle spese di operazione, fino a un massimo di 240 pengö.

L'associazione contribuisce alle spese del parto fino a un massimo di 160 pengö, a patto che l'ingresso nella associazione si sia verificato da almeno 12 mesi.

L'associazione rimborsa le spese sostenute per esami di laboratorio ritenuti necessari e per Röntgenterapia, purchè eseguiti presso istituzioni sanitarie comprese in un elenco apposito, a scelta dell'associato.

L'associazione partecipa col 50 per cento nel pagamento dei medicinali, escluse le specialità.

Gli iscritti possono servirsi di un blocchetto di ricette fornito dall'associazione, con divieto assoluto di acquisto di medicinali occorrenti ad estranei o a parenti non assicurati, sotto pena di disdetta oltre l'obbligo del rimborso delle spese sostenute dall'associazione.

L'associazione, se le sue riserve lo permettono e dietro proposta dell'ispettore medico, può rimborsare il 50 per cento delle spese per alcune specialità, come il salvarsan e le cure arseniche, purchè l'ammalato appartenga all'associazione da almeno 12 mesi.

I membri aderenti alla categoria *C* pagano un premio mensile di 7 pengö per sé, 7 per la moglie, e 4 per ogni figlio. Oltre il 50° anno e oltre il 55° anno di età, rispettivamente, un soprapremio mensile di pengö 1,50 e 2,50.

Carenza e prestazioni ospedaliere, come per la categoria *A* e *B*. Durata massima della spedalizzazione rimborsata, giorni 42. Concorso massimo per le spese di operazione, pengö 240. Libera scelta del medico da parte dell'associato.

L'associazione faciliterà anno per anno il mantenimento del medico di famiglia concorrendo con un contributo in contanti. L'associazione a tale scopo, fino al 10 di gennaio di ogni anno, contribuirà, in proporzione dei giorni di cura usufruiti nell'anno precedente, rispettivamente con un massimo di pengö 25, 50, 75, rispettivamente all'assicurato isolato, all'assicurato con moglie aderente, all'assicurato con moglie e figli aderenti. Se l'associato intende versare tale somma al proprio medico, l'associazione si incarica del recapito.

Occorrendo la cura dei denti o il consulto di uno specialista, col parere favorevole dell'ispettore medico, l'associazione contribuisce con 60 pengö all'anno.

Rimborso delle spese per medicinali nella misura del 75 per cento, escluse le specialità, ma con le eccezioni in favore dell'associato già elencate per la categoria *B*.

Rimborso delle spese di parto, come per la categoria *B*.

Queste, nelle grandi linee, sono le prestazioni che offre agli aderenti la istituzione da noi fondata.

L'ammontare dei premi è stato stabilito sulla base di calcoli matematici e dopo lo studio dei dati statistici elaborati dalle istituzioni pubbliche di beneficenza sulla frequenza delle malattie e sulla loro durata.

Nella nostra Associazione, i cui membri oscillano da mille a millecinquecento, l'andamento della morbidità e l'entità delle prestazioni sono stati quali risultano dalla seguente tabella:

Anno	N. ammalati	N. dei giorni di malattia	N. ammalati chirurgici	N. giorni malati chirurgici	N. malati interni	N. giorni malati interni	N. partorienti	N. giorni malattia partorienti
1931	5.1 %	47 %	2.3 %	19 %	2 %	25 %	0.49 %	3 %
1932	3.5 %	30 %	1.9 %	14 %	1.4 %	14 %	0.2 %	2 %
1933	2.9 %	25 %	1.3 %	12 %	1.5 %	12 %	0.1 %	1 %

Pare che, dopo il successo morale, non manchi oggi, alle istituzioni che hanno adottato l'assicurazione privata malattie, anche il successo materiale. Tanto è vero che in Ungheria tutti gli istituti si affrettano ad inaugurare questo ramo di assicurazione.

Tra le società assicuratrici, se ne occupa l'« Anglo-Danubiana Lloyd » e non senza successo.

Certo è che questa è in sostanza una forma di assicurazione, e che le grandi società assicuratrici troveranno conveniente adottarla.

Dott. STEFANO HALMI.

Medico Capo della Casa Ammalati
della Banca Commerciale Italo-Ungherese.
Medico della « Foncier ».

Medico Capo della Cassa Ammalati Privati di Budapest.

Notiziario

Concorso per Medici della Direzione dell'I.N.A.

Prossimamente l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni bandirà un concorso per titoli e per esami per sostituti primi segretari per laureati in medicina e chirurgia.

Per informazioni rivolgersi alla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma, Via Salustiana, 51.

Terza Conferenza internazionale per i rischi tarati.

Praga, 5 7 settembre 1934-XII

La III Conferenza Internazionale su questioni riguardanti l'assicurazione dei rischi tarati, organizzata in modo veramente perfetto dal Consorzio Cecoslovacco, per il numero dei partecipanti e dei Paesi rappresentati si po-

trebbe dire assunta al rango di Congresso: certo, l'interesse suscitato è stato grandissimo, e lo hanno largamente provato la vivacità ed il tono elevato delle discussioni sugli argomenti trattati.

La prima parte dei lavori riguardava le direttive da prendere circa una statistica comune.

Nella precedente Conferenza tenuta a Copenaghen nel 1931, era stata deliberata una scheda meccanica che il Consorzio Italiano riconosceva non più adeguata alle necessità ed in alcune parti in contrasto con accordi internazionali (per esempio: la nomenclatura nosologica). Il Consorzio Italiano si presentava, pertanto, con un completo studio di una scheda meccanica per indagini statistiche da essere utilizzata per le ricerche « comuni », scheda che non voleva essere — come ben disse il relatore Dr. De Mori — una critica o una opposizione alla precedente, bensì un passo innanzi, un progresso di utilizzazione più intensiva della scheda meccanica. Il Dott. De Mori illustrò, in una elaborata relazione, le caratteristiche dello studio italiano, ponendo

in particolare evidenza le molte utili possibilità che offriva la scheda stessa. Un nutrito applauso accoglieva le ultime parole della chiara esposizione e d'un subito s'accese la discussione. I Consorzi nordici sollevarono delle difficoltà, tendenti a far apparire la nostra scheda come sostanzialmente diversa da quella accettata dalla Conferenza di Copenaghen e da essi pertanto adottata.

Altro punto controverso si è manifestato sulla raccolta dei dati i quali, secondo il criterio italiano, debbono essere « grezzi », mentre secondo gli altri « semielaborati » in base ad ipotesi determinate « a priori ».

La numerosa assemblea non poteva scendere alla discussione dei dettagli che erano emersi e pertanto fu nominata una ristretta commissione col preciso incarico di studiare comparativamente le due schede, quella di Copenaghen e quella di Roma, e riferire sulle eventuali differenze.

La commissione risultò composta dei Signori Dott. Spitzer, Prof. De Gregorio e Dott. Lamberti-Bocconi del Consorzio Italiano; Dottor Gruder e Dott. Jahoda del Consorzio Austriaco; Dott. Cvetnic e Dott. Janko del Consorzio Cecoslovacco e del Dott. Keinanen del Consorzio Finlandese.

Dopo diligente lavoro, la Commissione, egregiamente presieduta dal Dr. Spitzer, riferì alla Conferenza le sue conclusioni che si riassumono in queste parole: non esistere sostanziali differenze fra le due schede, ma quella predisposta dal Consorzio Italiano « *conteneva maggiori dettagli, offriva maggiori possibilità di ricerche statistiche e conteneva una nomenclatura nosologica corrispondente a quella adottata ufficialmente dalla Conferenza degli Stati a Parigi nel 1929* ».

Circa l'altro punto in contrasto, il Consorzio Italiano ha dichiarato esser disposto — soltanto a scopo conciliativo — di aggiungere ai propri dati quelle indicazioni che si ritenevano utili per le indagini comuni, e cioè quei dati semielaborati riguardanti la pressione arteriosa, la obesità e la magrezza, anche se avevano per base ipotesi non accettabili (come ad esempio: « ipertensione arteriosa lieve » quella fra 15 e 30 mm.Hg. oltre la normale, ciò che presuppone la conoscenza di una « pressione normale », conoscenza che, peraltro, è tuttora assai vaga).

Il Consorzio Italiano fornirà ugualmente questi elementi quando gli saranno richiesti per le statistiche comuni, ma rimarrà pur sempre scettico circa l'attendibilità dei risultati che potranno esser raggiunti.

L'argomento ha molto interessato la Conferenza e numerosissimi partecipanti hanno manifestato alla nostra Delegazione il loro compiacimento per il diligente lavoro, rilevando la grande utilità che può derivare dall'adozione della scheda studiata dal Consorzio Italiano, per le vaste possibilità che offre per le indagini statistiche nel campo dei rischi aggravati.

Sullo stesso argomento presentarono relazioni senza suscitare discussioni, i Signori Dott. Cvetnic e Dott. Janko del Consorzio Cecoslovacco.

Il Prof. De Gregorio del Consorzio Italiano, nel secondo giorno della Conferenza, riassunse il rapporto predisposto dal Consorzio stesso e riguardante un'attività tutta particolare dei Consorzi europei: quella che concerne i pareri che tutti emettono sullo stesso rischio aggravato, attraverso le cosiddette « *expertises circulaires* ».

Il Consorzio Italiano, a differenza di tutti gli altri, ha dato grande impulso alla raccolta dei pareri internazionali ritenendolo di particolare interesse per la formazione di una casistica che oggi possiamo riconoscere sommarie istruttiva. Le proposte conclusive a cui giungeva il Prof. De Gregorio erano vivamente applaudite ed accettate dalla Conferenza. Quella, fra esse, che merita particolare rilievo, riguarda le riunioni, che periodicamente saranno tenute fra quei tecnici che più si interessano della valutazione dei rischi aggravati, e segnatamente, quindi, i medici, allo scopo di discutere sia casi concreti sui quali i giudizi espressi sono stati disparati, sia speciali argomenti medici (ipertensione, glicosurie, ecc.).

Sullo stesso argomento parlarono il Dr. Gruder del Consorzio Austriaco insistendo sulla necessità che le « *expertises circulaires* » contengano anche un breve commento al giudizio espresso per ciascuno dei rischi sottoposti ai pareri internazionali; ed il Dr. Klouzek, del Consorzio Cecoslovacco, per rilevare la grande importanza, per gli ammaestramenti che se ne possono trarre, che si deve attribuire allo scambio dei pareri circolari.

Sulle « misure che hanno lo scopo di limitare l'obbligo dell'assicuratore nei primi anni di assicurazione » e sull'assunzione del rischio di « invalidità » parlarono i Sigg. Dott. Chodera, Sebor e Cvetnic del Consorzio Cecoslovacco e il Dott. Aabakken della Norske Folk di Oslo.

Di notevole interesse è stato il rapporto del Dott. Drachmann, del Consorzio Danese, a proposito di certi rischi che stanno fra l'accettazione ad un premio molto forte ed il rifiuto, accennando che l'esperienza della « Dana » per quanto fin qui breve, dimostra esser preferibile, piuttosto che rifiutare un rischio, offrire condizioni anche onerosissime e che i rischi sotto osservazione, per quanto gravissimi, e pertanto assunti con soprapremi elevatissimi, hanno dato finora risultati soddisfacentissimi.

Ugualmente interessante è stata la relazione del Dr. Bergholm, Direttore della Sverige di Stoccolma, sulle misure adottate in Svezia per ottenere un miglioramento della percentuale di accettazione delle assicurazioni emesse con premio aumentato.

Tali misure essenzialmente consistono nella diffusione di opuscoli in cui è spiegata — anche con esempi — la ragione per la quale è necessario richiedere un aumento di premio ogni qual volta ci si trovi ad assicurare un rischio non perfettamente normale.

Il terzo giorno della Conferenza è stato dedicato a problemi di medicina assicurativa.

Sono stati presentati dei pregevoli rapporti dal Dr. Jahoda del Consorzio Austriaco, dai Dott. Jilek, Necas e Sebor del Consorzio ceco, dal Dr. Lindstedt, svedese, e dal Dr. Secher danese, su argomenti riguardanti l'obesità, il cuore, il cancro, la pressione del sangue ecc.

Per il Consorzio Italiano ha presentato una notevole relazione il Prof. Romanelli. Notevole per la soluzione d'indole pratica data al problema. Egli trattò della valutazione del sovrappeso e del sottopeso in rapporto con la statura, l'età ed il sesso dei candidati all'assicurazione, invitando i presenti ad sperimentare le tavole provvisorie predisposte dal Consorzio Italiano affinché fossero controllati, con la stregua dei fatti, i criteri costruttivi delle tavole stesse, le quali finora hanno dato in Italia ottimi risultati.

Il nutrito applauso che coronò la fine della

relazione del Prof. Romanelli dimostrò l'accoglienza riservata dalla Conferenza all'interessante esposizione.

Fra le deliberazioni che adottò la Conferenza, a chiusura dei suoi lavori, va rilevata quella — su proposta di un rappresentante del Consorzio Italiano, il Dott. Smolensky — di un « Comitato Permanente » per lo studio delle questioni, riguardanti l'assicurazione dei rischi aggravati, per la raccolta e la elaborazione di elementi e materiale statistico, ecc.

L'Ing. Hrebik, presidente del Consorzio Cecoslovacco, prese infine la parola per rivolgere un saluto ai partecipanti e per rilevare l'importanza delle discussioni e dei risultati raggiunti, augurando che la prossima Conferenza, che si terrà a Parigi nel 1937, abbia ad essere, come quella di Praga, utile e vantaggiosa agli scopi della nostra attività nel campo specifico dei rischi aggravati.

Le giornate di Praga si sono svolte in una atmosfera di cordialità e cortesie che, per certo, non saranno facilmente dimenticate dai partecipanti alla Conferenza. Essi furono oggetto di costanti attenzioni da parte dei membri del Consorzio Cecoslovacco, attenzioni delicate estese anche alle signore e signorine che accompagnavano i delegati.

Era stata predisposta una interessante visita alla bellissima città di Praga e una gita a Pilsen, ed a Karsbad; un programma d'arte, costituito dalla rappresentazione di una delle più pregevoli opere del grande musicista ceco Dvorak e fu offerto infine un breve soggiorno nei magnifici stabilimenti costruiti dalla « Mahrischen Landes-Lebensversicherungsanstalt » a Tatra-Lommitz, sui Carpazi, per i propri assicurati vita, di cui approfittarono moltissimi delegati, riportando impressioni indimenticabili della superba bellezza di quei luoghi.

La signorilità dell'ospitalità cecoslovacca e le molteplici attenzioni usate ai partecipanti alla Conferenza, hanno destato in tutti sentimenti di ammirazione e di vivissima gratitudine. Di questi sentimenti fu interprete felicissimo il Dr. De Mori quando, al pranzo ufficiale, con calde ed ispirate parole porse il saluto ed il ringraziamento della Delegazione Italiana, all'Ing. Hrebik, al Dott. Kubicek e a quanti altri si adoperarono per la perfetta riuscita della Conferenza.

Dott. A. LAMBERTI BOCCONI.

Una riunione della Associazione Italiana di Medicina legale a Montecatini, dedicata all'assicurazione generale contro le malattie.

Montecatini, 30 settembre 1934 XII.

L'Associazione Italiana di Medicina Legale continua a svolgere attivamente il suo programma di studio e di discussione sui più importanti problemi attinenti non soltanto alla dottrina, ma altresì alla pratica della disciplina.

Molto opportunamente essa ha dedicato una delle sue « giornate » alla *assicurazione malattie*, la quale, come ognun sa, costituisce uno degli argomenti della massima attualità e della più alta importanza, trattandosi di provvidenza medico-sociale, preconizzata nella dichiarazione XXVII della Carta del Lavoro. I medici legali italiani riuniti oggi a Montecatini, hanno voluto pertanto portare il loro contributo di studio e di critica ai numerosissimi problemi di questa assicurazione, discutendone ampiamente e seriamente. Il Direttorio dell'Associazione aveva affidato l'incarico della Relazione generale al Prof. Oreste Bellucci di Roma, il quale ha assolto il suo compito con grande chiarezza e molta comprensione dei vari problemi che egli ha saputo impostare assai bene temperando le ragioni della dottrina con quelle della pratica, in ordine alla molteplicità delle esigenze d'indole sanitaria, giuridica, attuariale, amministrativa, ed organizzativa in genere. La Relazione ha dato luogo ad una vivace e proficua discussione ed ha raccolto l'unanime plauso degli intervenuti.

Nella seduta pomeridiana hanno seguito le Comunicazioni sui punti particolari. Molte di esse sono state assai apprezzate: segnaliamo in modo speciale quella del Prof. Cesare Biondi di Siena, sulla necessità di tenere ben distinto il concetto di malattia da quello di incapacità al lavoro; quella del Prof. Francesco Leoncini di Firenze, sui limiti della libertà lasciata all'assicurato circa le cure, e sul segreto professionale; quella del Prof. Domenico Macaggi di Cagliari, sopra i criteri per la ammissione a fruire dei benefici dell'assicurazione malattie degli affetti da sindromi di alterato ricambio;

quella del Prof. Giuseppe Annovazzi Direttore della Casa dell'Invalido di Milano, il quale ha prospettato peculiari esigenze della assistenza ortopedica e del suo inquadramento nell'assicurazione malattie; del Dr. Arnaldo Semeraro di Lucca, fiduciario della Cassa Nazionale Addebiti al Commercio, il quale ha fatto una chiara esposizione della organizzazione sanitaria e della statistica delle Casse Mutue paritetiche interprofessionali della industria e professionali dell'edilizia nella Provincia di Lucca; del Dr. Carlo Mangili, che ha esaminato acutamente il grave e delicato problema dello stato anteriore degli assicurati contro le malattie; del Prof. Gino Prosperi, Ispettore Compartimentale delle FF. SS. che ha trattato della carenza e di taluni problemi organizzativi; del Dr. Giovanni Judica che si è occupato della colpa dell'assicurato contro le malattie e della sua rilevanza nei riguardi assistenziali; del Prof. Giulio Menesini di Siena, che ha esposto importanti considerazioni in merito alla capacità al lavoro dei nevrosici da appetizione nei riguardi dell'assicurazione malattie; del Dr. Vincenzo Baisi, che ha trattato della capacità lavorativa e claudicazione; del Prof. Domenico Viola di Pavia, che ha sostenuto molto efficacemente e col manifesto consenso degli intervenuti, il principio della integralità dell'assicurazione malattie, cioè a dire, senza le esclusioni che in questa prima fase, che diremmo sperimentale, sono state adottate nei vari ordinamenti.

Meritano ancora di essere segnalate le comunicazioni del Prof. G. B. Maffei di Pavia, del Dr. Domenici pure di Pavia, del Professor Frigerio, del Dr. Betocchi, ecc.

Questi pochi cenni bastano a dare un'idea della importanza del Convegno, il quale, come ha fatto rilevare il suo organizzatore Prof. Antonio Cazzaniga di Milano, costituisce una prova di collaborazione diretta allo sviluppo delle nuove provvidenze assicurative, da parte dei medici legali italiani, i quali, seguendo una vecchia tradizione sempre conservata dal loro vetusto Sodalizio, hanno voluto essere presenti già nella fase elaborativa della Legge, così come lo saranno nella fase applicativa di essa, secondo le direttive del Regime Fascista.

F. M.

XI Congresso nazionale di medicina del lavoro

Nei giorni 29-30-31 del prossimo ottobre, avrà luogo in Torino l'XI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

I temi di relazione in ordine di disposizione nelle giornate del Congresso sono i seguenti:

prof. N. Castellino e prof. G. Quarelli: Il lavoro sul mare e sulle acque interne (con particolare riferimento alle malattie professionali dei pescatori);

prof. Ranelletti: Solfocarbonismo (patologia e clinica);

prof. G. B. Ando Giannotti: Solfocarbonismo: sistema neuro-vegetativo e ghiandole endocrine, con particolare riferimento alle ghiandole surrenali;

prof. Guglianetti: Malattie professionali dell'apparato visivo;

prof. Di Donna: Mezzi di prevenzione contro il solfocarbonismo.

Il nuovo testo unico delle leggi sanitarie.

Un supplemento della *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato il R. Decreto 27 luglio 1934 n. 1205 con cui viene approvato il testo unico delle Leggi sanitarie. Questo consta di 394 articoli distribuiti in 10 titoli riguardanti l'ordinamento e le attribuzioni dell'Amministrazione sanitaria; l'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie e di attività soggette a vigilanza sanitaria, l'igiene del suolo e dell'abitato; la tutela igienica dell'alimentazione dell'acqua potabile e degli oggetti di uso personale; i provvedimenti contro le malattie infettive e sociali, la polizia mortuaria, i regolamenti locali di igiene, sanità e polizia veterinaria e le disposizioni speciali per il Governatorato di Roma. Gli ultimi due titoli contengono le disposizioni generali e quelle transitorie.

Molto opportunamente «Le Forze Sanitarie» hanno pubblicato un numero doppio dedicato al detto Testo unico delle Leggi sanitarie, per farle pervenire così a tutti i medici italiani.

La Metropolitan di New York offre il beneficio di ospedalizzazione ai suoi assicurati con polizze per gruppi.

(*The Eastern Underwriter*, 20 aprile 1934).

In seguito ad uno studio proseguito per diversi anni la «Metropolitan Life» offre ora i benefici di ospedalizzazione ai suoi assicurati con polizze per gruppi. Il valore sociale di un beneficio di questo genere offerto da una impresa come la Metropolitan è evidente per sé stesso.

Il beneficio non sarà concesso in relazione a contratti individuali ma soltanto ad impiegati e salariati assicurati con polizze per gruppi a mezzo di contratto sottoscritto dal loro comune datore di lavoro e in connessione con assicurazioni vita e malattie. Il costo del beneficio potrà essere a carico del datore di lavoro o dei salariati o ripartito tra essi.

Il beneficio sarà liquidato in contanti al salariato in misura lievemente inferiore al costo minimo di una giornata di degenza in ospedale e con limitazioni circa il numero delle settimane indennizzabili per ciascun periodo di 12 mesi consecutivi. Per coprire l'onere di servizi speciali non rientranti propriamente nella cura — come: anestesie, analisi di laboratorio, fitto di sala operatoria, radiografie — è previsto un beneficio massimo di 15 dollari per ciascun periodo di 12 mesi.

Il beneficio sarà concesso soltanto ad impiegati o salariati coperti con regolare assicurazione per gruppi contro gli infortuni o le malattie; l'aggiunta del nuovo beneficio è facoltativa per le polizze già in corso, ma essa sarà concessa ad impiegati singoli soltanto se un'alta quota degli appartenenti al gruppo la chiederà.

Secondo il piano attuale il beneficio, è destinato a coprire soltanto le malattie e le conseguenze di infortuni extra lavoro. Non è previsto alcun indennizzo per il costo di operazioni chirurgiche e di visite né per il caso che la ospedalizzazione debba avvenire per autolesione o per stati connessi con la maternità. Il beneficio non è concesso ad assicurati che abbiano oltrepassato il 70° anno di età.

Il costo del beneficio è fissato per ora a 6 dollari all'anno per ciascun appartenente al gruppo; la quota di premio sarà un po' ele-

vata quando nel gruppo vi sia un'a'ta percentuale di donne e nel caso di industrie per le quali notoriamente si abbiano quote elevate di mortalità.

Dal *Bollettino dell'INA* n. 6 del 15 luglio 1934-XII.

Assicurazione degli apparecchi medici in Austria.

(*The Review*, 18 maggio 1934).

La « *Versicherungsanstalt der Oest. Bundesländer* », ha aperto un nuovo ramo per l'assicurazione contro la rottura degli apparecchi Roentgen e di altri istrumenti medici. Le condizioni di polizza prevedono una franchigia

di 50 Sch. per sinistro ed una quota di autoassicurazione del 20 %.

Dal *Bollettino dell'INA* n. 6, 15 luglio 1934-XII.

Nuova Società assicuratrice.

Sotto il nome di Hygie è stata fondata a Bordeaux, Corso Tournon 8, una Società di Assicurazione che ha lo scopo di garantire il pagamento degli onorari per operazioni chirurgiche, specie se di operazioni e di clinica. Presidente della Società è il Dott. Duffour, Direttore Generale il Sig. Valoè Carmine.

Dal *Giornale Previdenza*, dell'agosto 1934-XII, n. 7.

La pagina del Medico fiduciario

Una punizione esemplare.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è stato costretto nel Luglio scorso a denunciare al Sindacato Medico due dei suoi medici fiduciari.

La documentazione allegata alla denuncia dimostrava come i due medici avevano inviato all'Istituto vari rapporti di visite sui moduli dell'Istituto, nei quali erano trascritti dati anamnestici, misure somatiche, risultati di esame obiettivo e di esami di urine completamente arbitrari. Dei due medici infatti, l'uno aveva redatto i rapporti senza aver mai visitato gli assicurandi, l'altro per assicurazioni di capitali elevati per cui l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni chiede due visite mediche, aveva copiato i rapporti del collega senza aver neanche visto gli assicurandi.

Naturalmente i due medici avevano percepito, come di norma, gli onorari per le visite.

Il Sindacato e l'Ordine dei medici della Provincia, dopo aver ac-

certato i fatti, hanno inflitto ai due medici la sospensione dall'esercizio professionale per un mese ed il ritiro della tessera sindacale fino a nuovo ordine.

Danni che potevano essere evitati.

Un contratto di assicurazione per un forte capitale fu stipulato da un giovane di 27 anni che è venuto poi a morte per tubercolosi polmonare sette mesi dopo il perfezionamento della polizza.

Da una inchiesta eseguita è risultato che l'inizio della malattia si deve riportare a circa due mesi prima la stipulazione del contratto assicurativo e per tale infermità era stato ricoverato in ospedale per circa un mese. Inoltre l'inchiesta ha messo in evidenza che la professione denunciata all'ingresso era di molto differente da quella esercitata realmente.

Con l'occupazione denunciata al momento dell'entrata in assicurazione era facile presumere che potesse pagare la rilevante cifra per il premio annuale, con quella invece che è stata acclarata in sede di inchiesta l'individuo non solo era ben lungi dal sopportare un simile pagamento, ma non ne ritraeva neanche un sufficiente sostentamento, tanto che figurava iscritto nell'elenco dei poveri del comune.

M. C. B.

Dai Libri e dalle Riviste

Le due pubblicazioni di medicina preventiva dell'I. N. A.

Sono stati pubblicati i due volumi contenenti le norme di igiene atte al prolungamento della vita umana nelle migliori condizioni di salute.

Per questi libri l'Istituto Naz. delle Assicurazioni bandì tempo addietro un concorso a premi cospicui e che ha avuto un rilevante numero di concorrenti, permettendo alla Commissione, composta dalle più alte e significative personalità dell'igiene e della medicina, di scegliere due lavori veramente pregevoli e di larghe possibilità divulgative.

* *

Il libro del Dr. ESCHILO DELLA SETA « *Vivere sani* » è rivolto ai professionisti, agli impiegati, agli industriali, ai commercianti con intendimento non solo di medicina preventiva ma anche a scopo culturale essendo la materia trattata in maniera relativamente ampia per i profani.

La prima parte del libro parte dall'igiene preventiva e prende le mosse dai dati statistici sull'andamento della vita media dell'uomo nell'ultimo cinquantennio. Da essa l'A. rileva come il notevole miglioramento sia dovuto soprattutto all'igiene infantile e delle malattie infettive mentre non è affatto migliorata la mortalità degli uomini sui quaranta anni, la epoca di maggior attività professionale.

La tutela della salute individuale di tali individui se è un bene del singolo lo è non meno per lo Stato e per un Ente assicuratore a vasta base come è l'I. N. A. Il quale se consiglia la previdenza economica con l'assicurazione, consiglia non di meno ai suoi assicurati la prevenzione delle malattie secondo le più moderne acquisizioni della scienza medica.

Sebbene la medicina preventiva sia ancora una scienza bambina poichè essa è possibile solo a cognizione completa e profonda delle molteplici cause determinanti la malattia, essa era intuita già da epoca remota quando Ippocrate riconosceva che era più facile prevenire

anzichè curare e Seneca scriveva come l'uomo non muoia ma si uccida.

Il Dr. Della Seta ricordato come una saggia igiene preventiva renda anche l'aspetto esteriore della persona migliore, più giovane e meglio accetto agli altri, passa ad esporre l'igiene del corpo che dovrebbe essere canone di vita di ogni individuo. Dalla dentatura all'alimentazione, all'igiene del vestiario, all'abitazione molteplici consigli pratici sono esposti nel libro in forma piana ed accessibili a tutti.

Di notevole interesse i capitoli sulla vita attiva e sulla vita sedentaria, che è tanto frequente tra i professionisti e gli intellettuali, che troppo spesso dimenticano o trascurano, presi dai propri affari quelle norme di igiene, dimenticando che « l'affare » più importante di ognuno deve essere quello di aver cura della propria salute.

Nella seconda parte del libro viene esposta la medicina preventiva prendendo in speciale considerazione le malattie che mietono più gran numero di vittime nell'età media e presenile.

Tra queste tengono un triste primato le malattie cardio-vascolari tanto che giustamente vengono considerate come malattie sociali, raggiungendo percentuali veramente preoccupanti e crescenti con l'avanzare del progresso. Dalle statistiche inglesi esse determinano il 26,4 % della mortalità totale e in Italia sebbene minore è sempre notevole con il 20 %. Per prevenirle dobbiamo anzitutto curare energicamente ed a tempo le malattie che le provocano, soprattutto la sifilide e il reumatismo articolare, e varie malattie infettive, ma, inoltre, qualunque abuso di alcool, tabacco, caffè, ogni « surmenage » senza un congruo riposo contribuisce all'impiantarsi di una affezione cardio-vascolare.

L'importanza della misurazione della pressione sanguigna sulla quale abbiamo insistito in molte occasioni viene specialmente ricordata dall'A. ; per l'accertamento dell'arteriosclerosi e della presclerosi, che è uno stato di malattia latente. La prevenzione dell'arteriosclerosi sebbene fatta di piccoli sacrifici nel regime di vita è purtroppo oggi giorno trascu-

rata, e non ha ancora trovato quella diffusione e quel riconoscimento che merita.

Un'altra grave minaccia per l'età media è rappresentata dai tumori maligni la cui possibilità di guarigione è legata a una precoce diagnosi poichè questa affezione è insidiosa all'inizio, indolente e senza sintomi di gravità per il profano. Della Seta ricorda le sedi più importanti e i sintomi che l'accompagnano perchè il malato possa a tempo ricorrere al medico che potrà solo allora utilmente provvedere con tutti i mezzi chirurgici e fisici di cui la scienza moderna dispone.

Lo stesso si deve dire per un altro grave flagello dell'umanità: la tubercolosi. Questa malattia curata in tempo non è come ritengono ancora i profani una malattia inguaribile, una cura congrua e protratta per un conveniente periodo di tempo potrà ridonare alla vita attiva questi soggetti, mentre saranno vani tutti gli sforzi del medico a malattia avanzata.

Successivamente l'A. tratta delle malattie, così dette « della cinquantina » come il diabete, l'obesità, l'ipertrofia della prostata, e la diatesi uricemica; tutte quelle affezioni insomma che sono l'appannaggio dell'età e spesso il risultato di un regime di vita non regolare.

Molto giustamente un lungo capitolo è dedicato all'esposizione di alcuni sintomi segnali d'allarme di malattie di notevole gravità.

Un dolore di testa ostinato, ribelle a qualunque cachet può essere l'unico segno di una nefrite cronica, di uno stato di generale artritico o di una più grave affezione cerebrale, il parere e l'esame di un medico è in questo caso indispensabile. Lo stesso si deve dire per tanti altri sintomi che al profano possono sembrare incomodi passeggeri.

Chiude l'esposizione di medicina preventiva un breve quadro sulla fisiopatologia della donna. La sorveglianza delle funzioni della maternità e la prevenzione dei tumori degli organi genitali vanno ricordate in modo speciale, così pure le nozioni circa i rapporti tra la moda e la salute della donna completano l'interessante capitolo.

Nell'ultimo capitolo l'A. richiama l'attenzione sulla visita medica preventiva e la grande importanza che riveste per la profilassi delle malattie.

In appendice sono riportate le provvidenze

sanitarie a favore degli assicurati concesse dall'Ist. Naz. delle Assicurazioni.

L'altro volume « *Salute, tesoro della vita* » dedicato ad un giovane lavoratore esposto in forma epistolare è dovuto al Prof. ORESTE BELLUCCI. Sebbene esposto più brevemente del primo in esso sono contenuti tutti i canoni fondamentali d'igiene che devono essere tenuti ben presenti da tutti gli operai ed artigiani che vivono specialmente nei grandi centri cittadini.

La semplicità della forma, indispensabile per l'elemento a cui l'A. si rivolge, non va disgiunta da una grande efficacia di persuasione per il lettore che viene condotto attraverso i dubbi avanzati alle più razionali e moderne vedute nel campo dell'igiene sociale.

L'esposizione così stringata assume una robustezza che ricorda quella di un Decalogo e non è arida di soli precetti; ma questi, esposti in testa ad ogni capitolo, sono commentati in modo piano e piacevole nel testo che segue. Specialmente utile per lo scopo di persuasione che si promette l'A. è il notevole numero di tabelle e percentuali riportate. Perchè anche presso un operaio la forza di pochi numeri ha più efficacia di un lungo discorso infarcito di erudizione.

Il Bellucci ricordato che molte cose giunte tra noi come novità dalla America avevano dei precursori anche in Europa, come ad esempio è accaduto per l'Ist. per il prolungamento della vita umana, riconosce la grande efficienza e perfezione che ha raggiunto quel popolo nel campo della medicina preventiva. Per raggiungere però anche in Italia tale finalità occorre una maggior cooperazione cosciente dell'individuo per il bene proprio e della comunità; solo quando questa persuasione sarà ampiamente diffusa in ogni strato sociale, la medicina preventiva potrà raggiungere le sue altissime finalità.

Gli elementi di fisiologia esposti servono meglio che una disquisizione sulla etiopatogenesi delle malattie a dimostrare il lavoro che compie quella macchina meravigliosa che è il nostro corpo e quali cure dobbiamo avere di esso.

È soprattutto a mezzi semplici anzichè a complicate e non pratiche norme di vita che

il Bellucci indirizza il giovane lavoratore per la prevenzione di qualunque malattia. Il ritorno a quegli che sono gli elementi naturali della nostra vita, come il Sole, l'aria e la luce, è auspicato dall'A. per quanti vogliono vivere le ore libere dall'occupazione in un ambiente ristoratore per lo spirito e per il corpo.

L'A. richiama l'attenzione sopra le funzioni del ventre e sul cattivo uso che si fa dei purganti; si sofferma a parlare dei requisiti indispensabili alla moderna abitazione e tratta dell'indispensabile nettezza della persona. A proposito di questa spesso nel libro il Bellucci insiste sull'importanza profilattica che ha per molte malattie il largo uso dell'acqua e del modesto sapone.

Al sonno ed alla sua funzione riparatrice della stanchezza è dedicato un capitolo, come pure alla circolazione del sangue ed al bilancio dell'alimentazione. Degli argomenti di patologia sono ricordate solo le malattie sociali e le malattie infettive indispensabili a conoscersi da tutti per la grande frequenza che esse hanno assunto.

Viene poi trattata in modo speciale l'igiene dell'ambiente di lavoro, l'educazione fisica e l'igiene dello spirito, quest'ultimo soprattutto negletto ai giorni d'oggi quando un'ansia affannosa d'arrivare tormenta troppi. «Pensa al domani ma non fare del domani il tuo tormento di ogni giorno» è una massima che troviamo, tra le tante che ornano questo interessante libro divulgativo che consigliamo ai nostri assicurati operai sicuri di far loro cosa veramente utile.

Chiude il Bellucci il suo lavoro ricordando la grande importanza riconosciuta soprattutto in America delle visite periodiche mediche a scopo preventivo come anche saggiamente ha provveduto l'Ist. Naz. delle Assicurazioni per i propri Assicurati. A. STARNA.

I risultati definitivi dell'indagine sulle case rurali.

A cura dell'Istituto Centrale di Statistica è stato pubblicato un fascicolo che contiene i risultati definitivi dell'indagine sulle case rurali.

Il volume è preceduto dall'autografo del Capo del Governo che fissa le direttive dell'indagine statistica.

Seguono: le disposizioni esecutive dell'Istituto Centrale di Statistica; i risultati numerici, corredati da due interessanti diagrammi; le elaborate relazioni dei prefetti che illustrano le condizioni di abitabilità delle case rurali nelle 92 provincie.

Il totale delle abitazioni rurali, nel Regno, risulta di 3.646 migliaia, di cui 161 mila da demolire, 523 mila abbisognevole di grandi riparazioni e 1.008 mila abbisognevole di piccole riparazioni.

Le case ritenute abitabili senza riparazioni risultano di 1.954 mila.

In montagna le case rurali da demolire sono 55 mila, in collina 80 mila e in pianura 26 mila.

Tra le ripartizioni geografiche, l'Italia meridionale conta il maggior numero di case da demolire (58.000) e l'Italia centrale il minore (22 mila).

L'indagine rileva, inoltre, che il tipo di gran lunga prevalente di abitazione rurale è quello in muratura (94 per cento del totale delle case del Regno). Le grotte sono 6.000; le case in legno 22 mila; quelle di tipo misto, legno e muratura, 152 mila; 55 mila le case costruite in terra e foggiate.

(Dall'«Assistenza Sociale Agricola», n. 7-8 del Luglio-Agosto 1934-XII, pag. 319).

L'alluminio per gli utensili da cucina.

Il sospetto della tossicità dell'alluminio il cui uso si va sempre più diffondendo per la fabbricazione di utensili domestici è stato avanzato più volte specialmente da profani ma tutte le ricerche anche le più recenti smentiscono tali ipotesi.

Sono state a tal proposito or non è molto da Bertrand e Serbeson istituite delle ricerche sperimentali per stabilire le dosi di alluminio che occorre somministrare per endovena allo scopo di misurarne la tossicità nei conigli ed i risultati sono riusciti a tutto favore dell'alluminio in confronto a tutti gli altri metalli, solo il ferro ha una tossicità minima che si equivale a quella dell'alluminio.

Era stato anche avanzato il sospetto che il cancro poteva trovare più facile attecchimento quando si usano utensili di alluminio e gli stessi Bertrand e Serbeson hanno voluto sperimentare con altre ricerche l'attendibilità di tale ipotesi. (C. R. Accad. d. S. 19 marzo 1934 in *Annali di Igiene* N. 5, 1934, All.).

Questi autori hanno trattato con pennellature di catrame i conigli ai quali contemporaneamente hanno somministrato per os. 20 etgr. di alluminio quotidianamente. Dopo quaranta giorni dal trattamento hanno notato uno sviluppo di cancro

da catrame nel 50 % dei conigli; mentre nei controlli a cui non era stato somministrato alluminio questa cifra saliva al 78 %; ne hanno concluso quindi per una azione non già cancerogena dell'alluminio ma discretamente anticancerosa.

La scarsa tossicità dell'alluminio dimostrata da queste ricerche depone per l'utilità di una diffusione ancora maggiore di esso conveniente anche per l'igiene, l'economia e l'eleganza degli utensili domestici tanto più che ormai da noi questo metallo non è più merce di importazione ma si produce su vasta scala in stabilimenti italiani voluti e creati dalla volontà fascista.

St.

La profilassi dietetica contro il cancro del Dott. A. Lorand.

(Dalla *Medizinische Klinik*, Karlsbad, 3 agosto 1934).

L'autore, premessa l'importanza che hanno per la formazione del cancro, un agente irritativo locale, ed un agente di ordine generale rappresentato in special modo dalla diminuzione di funzione delle ghiandole svenenatrici, specie della tiroide, dimostra l'azione difensiva di quest'ultima nei riguardi del cancro. Cita a proposito come:

La cheratosi, che rappresenta uno stato precanceroso, può guarire con la terapia tiroidea.

Mentre l'estirpazione della tiroide eccita i tessuti ad una proliferazione irregolare, la somministrazione di tiroide invece facilita la guarigione delle ferite e delle piaghe.

Ad una degenerazione della tiroide nell'età avanzata dovrebbe attribuirsi la manifestazione dei cancri in tale età, e forse anche l'arterio sclerosi per poca produzione di jodio da parte della ghiandola.

Un'altra prova dimostrativa sarebbe data dalla constatazione che i cancri della stessa ghiandola si impiantano in tiroidi già alterate, come ad esempio nei gozzuti.

Altri fattori di ordine generale e che influiscono nello sviluppo del cancro, sarebbero la colesterinemia, la diminuzione della secrezione di acido cloridrico da parte dello stomaco, la putrefazione intestinale, ecc.

L'autore logicamente conclude che la dieta per prevenire e per arrestare lo sviluppo del cancro deve informarsi ai principi suesposti e perciò per risparmiare l'apparato digerente, il più frequentemente colpito specie nel sesso maschile, i cibi devono essere convenientemente masticati, non devono essere esageratamente conditi con troppi intingoli, la carne deve essere mangiata in moderata quantità poichè le grandi quantità affa-

ticano la tiroide, il fegato e i reni, e nelle persone anziane con scarsa secrezione gastrica non è facilmente digerita.

Delle varie specie di carne si deve dare la preferenza alla carne tenera, facilmente digeribile degli animali giovani.

Per quanto riguarda i grassi, bisogna evitare i grassi animali, specie di maiale, di agnello e castrato, che sono di difficile digestione, e si preferirà il burro fresco e non sofisticato, e l'olio di olivo che è ricco di vitamine.

Quest'ultimo esercita sull'intestino azione lassativa e, in certo senso, anche disinfettante e, a differenza degli altri grassi, non favorisce la colesterinemia.

Si eviteranno gli alimenti contenenti molte scorie e cellulosa, che irritano l'intestino, mentre si possono ingerire quelli che ne contengono piccola quantità come le verdure e le frutta che eccitano moderatamente la funzione intestinale. La digeribilità delle verdure può essere accresciuta mediante raschiatura e confezione in purée.

Consigliabili sono le cure di uva e di mele.

A proposito dei vegetali l'aglio pare possieda una certa azione preventiva contro il cancro, poichè per il suo contenuto di un olio etero promuove la secrezione dell'acido, stuzzica l'appetito, agisce come svenenatore della putrefazione intestinale ed abbassa anche l'ipertensione arteriosa.

I cibi non debbono essere troppo salati, poichè il sale irrita i tessuti non solo della pelle, ma anche delle mucose.

Si deve combattere la stitichezza: a tal uopo giova il solfato di sodio, la cui migliore somministrazione è sotto forma di acqua minerale.

Questi consigli dietetici vanno seguiti non solo a scopo profilattico specie nei discendenti dei cancerosi, ma anche come terapia prima e dopo l'asportazione chirurgica del cancro, allo scopo di prevenire la metastasi.

SUL.

Rapporti tra costituzione morfologica e tubercolosi.

Se l'Italia colla scuola di De Giovanni e di una folta schiera di cultori della medicina costituzionale occupò in passato un posto eminente, i continui progressi che oggi si fanno in tale branca in rapporto alle singole malattie, sono molto spesso determinati da continuatori e ricercatori nostri che hanno mantenuto la tradizione dei metodi italiani. In questi ultimi tempi sono gli specialisti nelle singole branche che hanno preso in considerazione la costituzione in rapporto alla disciplina esercitata.

Rileviamo in proposito un lavoro sull'argomento di Fegiz e Rimini presso la Clinica della t. b. c. e malattie respiratorie di Roma (Direttore prof. Morelli) pubblicato su « Minerva Medica » (N. 27 del c. a.).

Gli AA. rilevano anzitutto come anche gli antichi avessero notato la vulnerabilità dei longilinei alla tubercolosi, fino a costituire nei casi di speciale accentuazione per tale costituzione il cosiddetto abito tísico. Si ricorda l'alta percentuale di questi soggetti tra i tubercolotici. Più discutibile è invece il concetto che i longilinei presentino forme cliniche più gravi come appunto contestano Micheli, Menman Redecker, Omodei-Zurini. Un tale comportamento potrebbe spiegarsi con la nota teoria di Sanarelli circa l'eredo-immunità t. b. c., come potrebbero anche far ritenere la ricerche sul tipo morfologico eseguite recentemente da Barbara che negli eredo-tubercolosi ha trovato frequente il tipo micro-splancico.

Luzzatto, Fegiz e Rimini seguendo la classifica costituzionale del Viola hanno esaminato 112 malati del sanatorio « Benito Mussolini » di Roma ed hanno ottenuto risultati interessanti. Infatti nella t. b. c. ematogena hanno riscontrato i longitipi microsplancici notevolmente prevalenti e che raggiungono insieme ai paracentrali inferiori (forme costituzionali affini) il 76,9 % di tutte le forme ematogene. Invece nella t. b. c. essudativa maggior contributo è dato dai brachitipi megalosplancici e con i paracentrali superiori raggiungono il 50,3 % dei casi in esame.

Gli AA. successivamente cercano di trovare una interpretazione a tale prevalenza costituzionale. Così ad esempio l'abito longilineo microsplancico delle t. b. c. ematogene potrebbe essere determinato, almeno nei casi di modico grado, sia dal fattore ereditario sia dalla intossicazione cronica specifica glandolo-linfatica che colpirebbe l'organismo in periodo di sviluppo. Le forme essudative bronchiolari rappresentano invece una infezione esogena e proveniente da focolai obsoleti e quindi mancando la tossiemia t. b. c. cronica non imprimono alla costituzione la deviazione dalla norma.

St.

Dr. Ennio Ascarelli - Studi sulla IV derivazione. (« Cuore e Circolazione » Anno XVIII Nuova serie).

L'A. pubblica i risultati da lui ottenuti sulla IV derivazione, o derivazione toracica, in cinquanta soggetti normali, apportando così anche il suo contributo agli studi di Wolferth e Wood, che nel 1932 propugnarono l'introduzione di tale deriva-

zione, ottenuta mediante l'applicazione degli elettrodi in un piano antero-posteriore.

L'Ascarelli si propone:

1. Accertare la configurazione normale (se una ne esiste) della IV derivazione e porne i limiti e gli estremi a cui questi possono giungere.

2. Stabilire le deviazioni dal normale nei cardiopazienti.

Dopo aver descritto la tecnica da lui seguita per la registrazione della IV derivazione, elenca, ed in fine riassume in un quadro la direzione, la grandezza e la durata delle varie onde dell'Ecggramma.

I dati ricavati dall'esame accurato dei tracciati o da ogni loro particolarità, sono quasi identici ai risultati ottenuti dagli A.A. americani.

L'A. si augura che la IV derivazione entri nell'uso normale dei tracciati elettrocardiografici insieme alle altre tre derivazioni, perchè forse da essa nuovi problemi diagnostici e prognostici delle malattie di cuore potranno essere risolti.

Dott. A. SULT.

Il danno professionale nella perizia medica.

Con questo titolo il Prof. Ciampolini della R. Università di Milano pubblica per i tipi della « Spem » un poderoso volume di oltre 550 pagine nel quale viene trattato in modo diffuso ed esauriente il vasto campo per la perizia medica e il danno professionale nell'infortunistica.

Non è possibile in poche righe riassumere la vasta opera del Ciampolini, la cui competenza in proposito è a tutti ben nota. In questo lavoro egli ha trattato in una prima parte generale di un argomento ancora pochissimo svolto in Italia quale appunto quello della capacità professionale specifica in rapporto alla scelta del lavoro e alle leggi sugli infortuni.

Di speciale interesse dal punto di vista sociale è il capitolo sui vari requisiti psico-fisici per l'esercizio dei singoli mestieri.

Nella parte speciale l'A. espone le tare dei vari apparati corredate da note di semeiologia clinica.

Il Ciampolini chiude il volume con una trattazione ampia sull'incapacità ultra generica e sull'incapacità specifica; trattazione corredata dai rispettivi schemi indice sul danno personale alla capacità fisiologica in genere e sul danno lavorativo rispetto ai mestieri e alla professione.

Segnaliamo pertanto la pubblicazione a tutti gli studiosi di medicina sociale e specialmente di infortunistica ai quali ultimi l'opera risulterà di notevole ausilio nella pratica professionale.

A. STARNA.

Giurisprudenza medico-legale nelle controversie da infortuni sul lavoro.

Il Prof. Salvatore Diez, insegnante di infortunistica medico-chirurgica nella scuola di perfezionamento in Medicina del Lavoro della R. Università di Roma, ha riunito in un volume di circa 350 pagine le sentenze da lui redatte in seno alla Commissione Arbitrale Centrale per gli infortuni in Agricoltura della quale egli è membro autorevole sin dall'epoca della sua costituzione. Nel libro che può dirsi un vero manuale pratico di infortunistica, sono discusse e risolte le più importanti questioni medico-legali che si presentano nella pratica applicazione della legge sugli infortuni agricoli.

Sia dal lato patogenetico che clinico e medico-giuridico sono trattati gli infortuni derivanti dalle più svariate cause e circostanze del lavoro agricolo.

Il volume edito dalla Casa Editrice « Spess » di Milano può riuscire molto utile a tutti quelli che si occupano di infortunistica e soprattutto alla numerosa classe dei medici condotti. Questi che nei paesi rurali sono incaricati dell'accertamento e della denuncia degli infortuni agricoli, nel libro troveranno risolti importanti problemi medico-legali che loro si presentano nella pratica quotidiana.

F. M.

A proposito di denatalità.

Argomento di importanza nazionale da quando il Duce ha lanciato il suo grido d'allarme tra di noi, la denatalità è il triste flagello che imperversa soprattutto in Europa o per essere più esatti fra tutte le razze bianche.

Desfosses nella *Presse* (n. 38, 1934), con termine un po' drammatico ma efficace, si domanda se la razza bianca in questo modo non vada incontro al suicidio. Ricordato ciò che accadde all'opulenta Cartagine povera di uomini sebbene ricca di oro, portò dati statistici recenti sull'andamento della natalità delle principali nazioni e città d'Europa. Ma anche al di là degli oceani, gli Stati Uniti, l'Australia, la Nuova Zelanda presentano segni indubbi di famiglie sempre più insufficienti.

Nella tabella riportata tiene il triste primato la Germania che dal 1873 al 1932 cioè in 59 anni ha diminuito il tasso di natalità per 1000 abitanti del 62 ‰. Ultima viene invece la Spagna con una diminuzione del 27 ‰. La maggior parte

delle nazioni presentano una diminuzione dal 40 al 50 ‰. L'Italia ha visto scendere le sue calle da 39,3 nel 1876 a 23,6 nel 1932, con una diminuzione del 40 ‰.

Come si vede non c'è nazione che abbia saputo resistere al volontario inaridimento.

L'A, in un quadro dimostra come la denatalità imperversi soprattutto nelle città sebbene anche le campagne non siano indenni dal triste fenomeno. Così dal 1900 al 1925 e al 1931 vediamo Vienna scendere il proprio numero di nati dal 31,7 ‰ al 13,9 ‰ e a 8,8 ‰; Oslo da 36,4 nel 1900 scendere nel 1931 a 8,8; Parigi da 21,2 a 13,6; Milano da 25,6 a 14,8; Londra da 29,0 a 15,0.

Questi dati dimostrano come nelle grandi città in un tempo brevissimo, cioè nello spazio di una generazione, il numero delle nascite è precipitato in modo pauroso andando dal 50 ‰ fino al 75 ‰.

Fatalmente si cominciano a manifestare le diminuzioni dei matrimoni che s'aggraveranno sempre più nei prossimi decenni. Altro effetto di denatalità sarà la differente ripartizione della popolazione per gruppi di età che mentre ieri era rappresentata graficamente da una piramide alla cui base stavano i neonati e all'apice pochi ottuagenari in un non lontano domani la piramide sarà rovesciata avendosi maggior numero di uomini nell'età presenile e senile.

A questo punto Desfosses fa presente che quando tra 40 o 50 anni il numero dei vecchi sarà ingente le possibilità dei giovani avranno un grave peso economico da sopportare e il problema sarà di difficilissima soluzione.

A completare il quadro non lieto l'A. ricorda che alle porte di Europa e dell'America batte anche il pericolo economico. Le razze di colore e soprattutto il Giappone, esempio mirabile di tenacia e di operosità, avanzano alla conquista dei mercati mondiali. Nonostante i numerosi richiami l'uomo bianco è più preoccupato della situazione economica personale che di eternare se stesso mettendo al mondo dei figli e solo un gretto egoismo può spiegare un tale comportamento.

Per fortuna la storia delle nazioni è fatta come quella delle razze a grandi cicli ed una ripresa è ancora possibile; la decadenza può cedere il posto ad una nuova alba di fede e di grandezza purché i popoli lo vogliano.

St.

I suicidi in Germania.

Nel 1931 si sono avuti in Germania 18.625 suicidi, con un aumento di 745 casi rispetto all'anno precedente. Nel 1932 il numero dei suicidi

è disceso a 18.000. Negli otto anni compresi tra il 1925 al 1932 si sono avuti 134.933 suicidi!

Dalle statistiche risulta che il 70 % dei suicidi sono di sesso maschile. Nel 1931, anno in cui si è avuto il più gran numero dei suicidi, si rileva dalla statistica che in un gran numero di casi si trattava di uomini di età superiore ai 60 anni!

I suicidi sono più frequenti negli individui giovani: però con soddisfazione si rileva che in questi ultimi anni i suicidi tra i giovani vanno diminuendo.

(Dalla Rivista « *La Riforma Medica* », n. 33 del 18 agosto 1934, pag. 1292).

Atene.

Dai bollettini mensili di Statistica dei mesi di maggio e giugno per i mesi di gennaio e febbraio 1934 per la Grecia:

		Maggio	Giugno
Ad Atene . . .	Totale decessi	908	862
	tubercolosi . .	175	169
	f. tifoide . . .	4	2
	malaria	1	0
Al Pireo . . .	Totale decessi	397	595
	tubercolosi . .	44	43
	f. tifoide . . .	1	0
	malaria	1	2
A Salonicco . .	Totale decessi	456	422
	tubercolosi . .	61	42
	f. tifoide . . .	3	0
	malaria	5	3

Prof. BASILIADES.

Contributi del Laboratorio di statistica della Università Cattolica di Milano.

È di recente uscita per i tipi della Soc. Ed. « Vita e Pensiero » con questo titolo l'VIII volume della serie statistica, pubblicato dalla Università Cattolica del S. Cuore. Non possiamo non richiamare l'attenzione dei cultori di statistica su questo volume alla cui direzione ha, con la consueta competenza, presieduto il Prof. Boldrini.

Giustamente nella compilazione di essa il Direttore del Laboratorio di statistica ha voluto tenersi lontano sia dall'eccessiva specializzazione, sia da un superficiale ecletticismo. Sono perciò riportati i lavori con indirizzi diversi tra loro;

alcuni con indirizzo matematico, altri storico e numerosi a carattere demografico-biologico.

A Martinotti dobbiamo due saggi di statistica matematica, a Fanfani due altri di storia demografica ed economica, allo stesso Boldrini e ad una numerosa schiera di collaboratori della sua scuola, quali: Uggè, Giglio, Costanzo e Alberti quelli a carattere demografico e biologico.

Boldrini tratta ampiamente delle maggiori razze umane europee tentando una classificazione ad indirizzo generico e che per l'A. si può riportare a cinque gruppi fondamentali: Razza nordica, mediterranea, baltica orient. dinarica ed alpina.

Lo spazio non ci permette di parlare degli altri interessanti lavori dal punto di vista medico-sociale di Costanzo sui rapporti tra mortalità e costituzione, di Alberti sul rapporto tra mortalità e statura, di Uggè sulla rassomiglianza somatica dei coniugi. L'enunciato di tali problemi certamente spingerà alla lettura del testo gli appassionati di sociologia e la loro attesa non sarà delusa.

ST.

Tecnica dell'assicurazione sulla vita umana.

Com'è noto, gli elementi, variamente importanti, che costituiscono le basi tecniche delle normali assicurazioni sulla vita sono: il tasso di interesse, la mortalità, le spese di amministrazione e le decadenze anticipate dei contratti.

Tutti questi elementi sono singolarmente e minutamente esaminati nella prima parte dell'opera che possiamo dire classica per la scienza delle assicurazioni, *Tecnica dell'assicurazione sulla vita umana*, di ALFRED BERGER, che tratta dell'assicurazione dei rischi normali.

Tale opera vide la luce in Germania nel 1923, ma si attendevano ancora un tecnico e un editore italiani che unissero volontà, capacità e coraggio per offrire a una più larga schiera di studiosi italiani la possibilità di leggere e studiare l'opera, ridotta nella nostra lingua.

Questo legittimo desiderio dei nostri studiosi è ora egregiamente soddisfatto, per merito del Prof. Ruggero Conforto e dell'editore Licinio Cappelli.

La parte ora uscita di questo trattato non interessa in modo particolare la classe medica in generale, ma la segnaliamo egualmente a quei medici fiduciari dell'Istituto Nazionale i quali, essendo, sia pure saltuariamente, a contatto con gli ambienti assicurativi, possono essere presi dalla comprensibile e lodevole curiosità scientifica di

sapere quali sono i principi tecnici su cui si fonda l'assicurazione sulla vita.

Ove poi si pensi che una delle principali basi dell'assicurazione è proprio la mortalità, ben si comprende come non sia, anche per i medici in genere, uscire dal seminato l'occuparsi un po' di assicurazione.

Per quanto riguarda la mortalità, sono di fondamentale importanza la probabilità di morte, il suo complemento (probabilità di sopravvivenza), l'intensità della mortalità (tasso istantaneo di mortalità) ed il rapporto centrale di mortalità (*central mortality rate*).

Questi dati sono forniti dalle tavole demogra, fiche appositamente formate. Ma l'assicuratore ha bisogno di cautelarsi per coprire eventuali oscillazioni casuali di mortalità reale, nei confronti della mortalità prevista.

Le oscillazioni cicliche invece, come l'andamento secolare della mortalità, non hanno destato negli ultimi decenni, dice il Berger, particolari preoccupazioni: d'altro canto, il perfezionamento dei metodi adottati all'atto della assunzione dei rischi attraverso la selezione medica e il miglioramento delle condizioni generali di vita danno sufficiente garanzia per escludere un peggioramento delle condizioni oggi esistenti. Le statistiche future, continua sempre il Berger, dimostreranno poi in seguito se il ritmo presupposto non sia stato rallentato o eventualmente invertito dalla guerra e dalle crisi del periodo post-bellico; comunque non bisogna dimenticare che le tavole adottate dalle Compagnie sono, senza eccezione alcuna, più rigorose delle esperienze degli ultimi decenni; senza contare che le indagini statistiche si riferiscono a lunghi periodi di tempo ed offrono, appunto per questa loro proprietà, sufficienti garanzie contro eventuali inversioni. Ne deriva che particolari precauzioni riguardo alle variazioni secolari della mortalità non si presentano impellenti.

Interessante è l'osservazione che, entro determinati limiti, la mortalità, il saggio di interesse e le spese di amministrazione sono reciprocamente influenzabili; per cui una oscillazione della mortalità e delle spese di amministrazione può essere bilanciata da una contemporanea variazione del saggio d'interesse, in maniera che un determinato valore assicurativo rimanga costante o pressoché costante nonostante le oscillazioni delle basi tecniche.

È stato anche rilevato che epoche economicamente consolidate si distinguono in generale per bassi saggi di interesse; che a tale minore relativo rendimento dei capitali si contrappongono condizioni di lavoro e salari normali, attiva concorrenza, mano d'opera a buon mercato e quindi minori spese di amministrazione da un lato, e

dall'altro una economia familiare più tranquilla a più sana ed una conseguente diminuzione delle mortalità.

Sempre riguardo alla mortalità, un favorevole andamento di questa, o un successivo caricamento del premio, possono tradursi, e ordinariamente si traducono, in un utile che va particolarmente considerato.

La determinazione dell'utile proveniente dalla mortalità è, secondo il Berger, opportuna per una duplice ragione. In primo luogo, egli dice, essa rende possibile un esatto calcolo dei dividendi collegati con questa fonte di utile; in secondo luogo essa consente il continuo controllo delle basi tecniche adottate ed offre con ciò la possibilità del loro miglioramento.

* *

Come si è già detto, questa or ora pubblicata non è che la prima parte dell'opera del Berger, dedicata ai rischi normali. In essa sono singolarmente e minutamente esaminati tutti gli elementi atti a garantire:

1° la massima sicurezza dell'azienda assicuratrice;

2° la massima possibilità di sviluppo del portafoglio;

3° la massima giustizia verso gli assicurati.

Essa costituisce già di per sé stessa una utilissima opera di consultazione e di studio. Tuttavia, i medici attenderanno, certo con interesse anche maggiore, la seconda parte dell'opera, che è in corso di stampa, che li riguarda più da vicino. Essa tratterà dei rischi speciali e particolarmente dei rischi tarati. Questa parte della scienza dell'assicurazione è ancora in piena elaborazione: si attende che la statistica della mortalità dei rischi rifiutati e le indagini sulla mortalità di speciali classi di rischi tarati offrano elementi per giudizi definitivi, o almeno più fondati.

Mentre quindi il primo volume espone quanto è ormai definitivamente acquisito alla scienza dell'assicurazione, e può essere considerato la parte « statica » dell'opera, il volume annunciato può essere considerato la parte « dinamica », in quanto promette di fare il punto sullo stato attuale degli studi e delle ricerche intorno alla assicurazione dei rischi speciali, per potere più agevolmente proseguire nelle esperienze e nelle indagini, il cui fine ultimo è quello di poter accogliere *tutti* in assicurazione, mediante la corresponsione di quanto *esattamente* dovuto da ognuno in ragione delle proprie condizioni, di salute o professionali.

Dott. L. SIVIERI.

Dal bilancio 1933 della Compagnia d'Assicurazione « Le Monde ».

Tavola delle percentuali dei sinistri

CAUSES DE DÉCÈS	Nombres de sinistres rapportés à 100					
	1929	1930	1931	1932	1933	Années 1929 à 1933 réunies
Tuberculose	5,60	9,05	9,10	9,25	7,60	8,10
Affections Pulmonaires	17,75	15,95	12,30	12,75	16,80	15,10
Tube digestif	3,25	8,20	4,10	2,65	4,80	4,60
Coeur et vaisseaux	18,70	19,40	16,35	20,65	23,60	19,75
Foie	2,80	2,60	3,20	3,10	2	2,75
Reins et voies urinaires	7	4,75	8,20	8,30	10	7,65
Maladies du sang	1,40	1,30	1,35	—	2	1,20
Appareil génital	0,45	1,70	—	2,65	0,40	1,05
Système nerveux	0,95	3	0,90	2,25	0,80	1,60
Maladies mentales	0,95	3,45	5,45	3,50	1,60	3
Maladies infectieuses	10,30	5,15	7,30	7,05	8,40	7,65
Diabète	0,95	2,60	1,35	2,25	1,20	1,65
Goutte, Rhumatismes	0,95	0,40	—	—	—	0,25
Cancer	6,05	2,60	3,65	7,05	4,40	4,75
Sénilité	2,80	2,15	4,55	2,20	3,20	3
Causes diverses	1,40	1,30	2,25	0,90	1,60	1,50
Accidents	8,90	6,90	8,15	7,05	4,40	7,05
Suicides	3,25	3,45	5,45	4,40	2,40	3,80
Causes inconnues	6,55	6,05	6,35	4	4,80	5,55
	100	100	100	100	100	100

Dal Bilancio della « Compagnie d'Assurances sur la Vie ».

Tavola delle percentuali dei sinistri.

CAUSES DU DÉCÈS	Pourcentage par rapport aux nombre des sinistres	
	Année 1933	Années 1932 et 1933 réunies
	%	%
Tuberculose	4,90	5,99
Affections pulmonaires	12,09	12,93
Tube digestif	6,04	5,06
Coeur et Vaisseaux	24,97	27,32
Maladies du sang	0,91	1,45
Foie	3,53	3,56
Reins et Voies urinaires	7,41	7,55
Appareil génital	0,11	0,12
Système nerveux	5,48	3,86
Maladies mentales	0,23	0,24
Maladies infectieuses	2,63	2,74
Cancer	10,72	10,44
Goutte, Diabète	0,34	0,73
Vieillesse	10,83	8,77
Causes diverses	1,71	1,23
Accidents	5,25	4,36
Suicides	2,28	2,56
Causes inconnues	0,46	0,85
Invalidité	0,11	0,24
	100	100

En 1933, les observations ont porté sur 731 décès et, pour les deux années réunies, sur 1.407 décès et sur 38.398.670 francs de capitaux sinistrés

Les capitaux en monnaies étrangères ont été convertis en francs au cours du change au 31 décembre 1933.

Alcune attività del Servizio Sanitario Centrale***Rendiconto del gabinetto odontoiatrico dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.***

1° Luglio - 30 Settembre 1934 XII.

Affezioni constatate	Numero	Prestazioni eseguite	Numero
Carie dentaria	24	Otturazioni cavitare	24
Papilliti	6	» canalari	7
Periostiti	28	Raschiamenti	27
Piorree.	15	Estrazioni	32
Erosioni	2	Incisioni	5
Disodontiasi	3	Applicazioni di corone.	12
Ascessi	8	» di ponti	8
Fistole.	4		
Piaghe da decubito	4		
Gengiviti	19		

**Riunioni periodiche dei medici
del Servizio Sanitario
della Direzione Generale dell'I. N. A.**

*Indice delle relazioni e discussioni svoltesi
nei mesi di maggio e giugno 1934.*

- 7 V - 1934 — Relatore Dott. SULTANO — Esposizione pratica dell'elettrocardiografia e sua importanza nell'assicurazione vita.
- 15 - V - 1934 — Relatore Dott. MARSELLA — Segreto medico professionale nell'assicurazione vita.

- 21 - V - 1934 — Relatore Dott. MARSELLA — Il segreto medico professionale nell'assicurazione vita.
- 4 - VI - 1934 — Relatore Dott. FORTUNATI — L'appendicite cronica quale rischio assicurativo.
- 18 - VI - 1934 — Relatore Dott. TROTTARELLI — Le orchiepididimiti in rapporto alle assicurazioni-vita.
- 2 - VII - 1934 — Relatore Dott. BARNABEI — Sclerosi a placche e assicurazione vita.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Università Cattolica del S. Cuore - Milano, *Contributi del Laboratorio di Statistica*.

Dott. Ascarelli E., *Studi sulla IV derivazione o derivazione toracica nei soggetti normali*.

Dott. Gaspare Basile, *Diabete malattia sociale*. — Estratto dalla « Rivista Sanitaria » n. 7, 1934. Stabilimento Tipografico N. Jovene, Via Donalbina 14, Napoli.

Dott. Antonino Pio Gaeta, *Sull'Emosiderosi del midollo osseo*. — Estratto dalla rivista « La Medicina del Lavoro » n. 8, agosto 1934. — Tipografia Antonio Cordani S. A., Milano.

— *Sintomatologia e clinica dell'anilismo*: — Estratto dalla rivista « La Medicina del Lavoro » n. 6, giugno 1934. — Tipografia Antonio Cordani S. A., Milano.

— *Über einige besondere blutveränderungen durch anilinvergiftung*. — Estratto dal « Klinische Wochenschrift », 7 luglio 1934 n. 27, S 983/985. — Druck der Spamer A. G. in Leipzig.

— *Contributo allo studio dell'anilismo acuto e subacuto*. — Estratto dal n. 3, maggio 1934-XII della « Rassegna di Medicina Applicata al lavoro industriale », Tip. G. Vogliotti, Torino.

Prof. Dott. Francesco Laureati, *Un ventennio di attività professionale 1909-1916 e 1919-1930*. — Stab. Tipografico G. Campi, Foligno, 1933-XI.

— *Rilievi statistici, cause, norme di prevenzione e mezzi di assistenza degli infortuni sul lavoro durante il quinquennio 1928-1932*. — Estratto dal n. 3, aprile 1933-XI della « Rassegna di Medicina applicata al lavoro industriale », Tip. G. Vogliotti, Torino.

Dott. Eugen Dözs, *Nierenstein und Schwangerschaft*.

— *Über die Pathogenese, Diagnose und Therapie der Schwangerschaft-Pyelitis-Pyelonephritis und Nephritis apostematosa*.

— *Zur Klinik der Nieren- und Harnleitermibildungen*.

— *Über die indikation, diagnostische Bewertung und Gefahren der Pneumoradiographie*.

— *Nierentuberkulose und Gestation*.

— *Weitere Beiträge zur Kenntnis der Zottenschwülste des Nierenbeckens und Ureters*.

— *Klinische Beiträge zu den groben serösen Cysten der Niere*. — Estratti dal « Zeitschrift für Urologische Chirurgie ».

— *Über Schubverletzungen der Niere und deren Spätfolgen*.

— *Über die subcutanen Nierenverletzungen und deren Spätfolgen*. — Estratti da « Archiv für Klinische Chirurgie ».

— *Atti del Congresso di Medicina Legale Generale e di Medicina Legale delle Assicurazioni*.

— *Les cahiers de Gastro-enterologie*. — Supplémento della « Gazette medicale de France ».

Dott. Vincenzo Viglione, *Rara forma di pseudo-ipertrofia muscolare, in un caso di malattia di Erb-Goldfamn*.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Segnalazioni di articoli di medicina.

Policlinico (Sez. Pratica) — 1934, N. 36.

WINTERNITZ, *Contributo alla conoscenza dell'ittero epatico*.

Difesa sociale — 1934, N. 7.

RAVICINI, *Omicidio e suicidio*.

Fisiologia e medicina — 1934, N. 8.

MICHETTI, *Su di alcuni fenomeni osservati in corso di cura calcica*.

La Medicina Internazionale — 1934, N. 9.

CECONI, *Reumatismo muscolare*.

La Riforma Medica — 1934, N. 34.

FERROLUZZI, *Ricerche sperimentali sul significato della reazione di Donaggio nell'urina*.

— 1934, N. 35.

PENATI, *Le modifiche dell'elettrocardiogramma nelle crisi di angina di petto*.

— 1934, N. 36.

LO CASCIO, *Ulcera duodenale e focolai settici dentarii*.

Minerva Medica — 1934, N. 32.

BIANCALANA, *Valore opoterapico del sangue trasfuso*.

CIAMBELLATTI, *Contributo alla conoscenza della patogenesi e terapia cortico-surrenale del Morbo di Addison*.

La Presse Medicale - Parigi.

— 23 giugno 1934.

RAMOND, *Suppurazioni croniche nelle vie respiratorie*.

— 27 giugno.

LANGERON, VINCENT, DESORCHES, *Le possibilità di un trattamento chirurgico in alcune forme d'ipertensione arteriosa*.

CREPON, *Complicazioni venose ed orbitarie gravi nelle infezioni bucco-dentarie*.

- 30 giugno.
IUSTER e CAILLAU, *I dati attuali del problema del cancro.*
- 11 luglio.
PUECH e STUHL, *Adenoma dell'ipofisi; aspetti radiologici schematici della sella turcica.*
- 14 luglio.
LUTEMBACHER, *Aritmie, ritmo bigemino, disordinato e periodico.*
- 18 luglio.
LABBÉ ESCALIER e EBHRY, *L'ipoglicemia provocata mediante iniezione intra venosa d'insulina.*
COURTOIS, *Le azotemie d'origine nervosa.*
MORHARDT, *Gli effetti del lavoro nei diabetici.*
- 1 agosto.
MIRSCHY, *Reumatismo acuto e setticemia reumatica.*
COUSSE, *Semeiologia delle affezioni laringee croniche.*
- 4 agosto.
DELORE, *Miglioramenti spontanei della tubercolosi polmonare.*
- 15 agosto.
DELATER, *I motori dell'idraulica sanguigna.*
- 18 agosto.
MEUNIER, *L'uovo. Sua intolleranza alimentare.*
- 22 agosto.
STEPHANI e MOLLARD, *Ha sempre la tubercolosi un reperto patologico?*
- 29 agosto.
SICARD, *I fanghi termali nelle affezioni articolari croniche di origine infettiva.*
LEGENDRE, *Contributi alla demografia. - La popolazione del Giappone.*
- 1 settembre.
GOMEZ, *Azione terapeutica di alcune sostanze renali nel trattamento dell'ipertensione arteriosa.*
- 8 settembre.
BÉRARD e COLSON, *A proposito del cuore basedowiano.*
- 12 settembre.
SCHAEFFER, *Il segno d'Argyl Robertson. Suo valore semiologico. Sua concezione anatomo-fisiologica e sua patogenesi.*
- 15 settembre.
LABBÉ, *Della difficoltà di diagnosi di alcune forme anormali del coma diabetico.*
RAMOND, *Reumatismo articolare.*

Medizinische Klinik - Berlino.

- 13 luglio.
REDISH, *Stato odierno del trattamento del Basedow.*
- 20 luglio.
WUTH, *Sul morfinismo.*
VATERNAHM, *Metodi di statistica dei canceri riguardo ai sessi.*
- 3 agosto.
LORAND, *Profilassi dietetica del cancro.*
- 10 agosto.
HAUPTMANN, *Significato giuridico dell'epilessia.*
SCHMIDT, *Disensibilizzazione specifica nell'asma bronchiale.*
- 17 agosto.
KEMKES, *Questioni igieniche e sanitarie del campeggio.*
- 24 agosto.
NETER, *La circolazione sanguigna nel morbo di Basedow e nella tireotossicosi.*
- 31 agosto.
HENNING, *Sul problema delle gastriti.*
LEHR, *Ischialgia diabetica senza glicosuria.*
- 7 settembre.
KEMKES, *Importanza delle malattie ereditarie nella cura dei bambini.*
- 14 settembre.
ABDERHALDEN, *Sulle cause dei segni della vecchiaia.*
BESNHARDT, *La patogenesi dell'obesità.*
FEIST, *Gas di guerra e difesa dell'aria.*

The British Medical Journal - Londra.

- 31 luglio.
MAC CORNAC, *La sifilide nella pratica.*
NEALE e ALLAN, *Il reumatismo in relazione alle malattie delle arterie e alla periarterite nodosa.*
- 4 agosto.
FAIRBAIRN, BROWNE, CASSIE, *Sono soddisfacenti i risultati della cura antenatale.*
- 11 agosto.
WYLLIE, *L'encefalite.*
- 18 agosto.
GRIFFITH, *Gli occhi come causa della cefalea.*
MOLL, *L'asma riflessa. Sua patologia e cura.*

— 25 agosto.

GARLAND, *La diagnosi dei tumori intra-cranici.*

ALLEN, *La cefalea conseguente alla puntura lombare.*

— 1 settembre.

BRACKENBURY, *L'esercizio del medico pratico.*

— 8 settembre.

LYON, *Infezioni da C. coli: etiologia e trattamenti.*

WEBSTER, *Il valore della radiologia (Diagnosi e trattamento) come sussidio del medico pratico.*

— 15 settembre.

RIDDOCH, *Diagnosi differenziale dei disturbi nervosi organici e funzionali.*

PETRIE, *Diagnosi differenziale dei disturbi nervosi organici e funzionali.*

Medical Record - New-York.

— 20 giugno.

DIAMOND, *L'emierania: patogenesi e trattamento.*

— 18 luglio.

CASH, *Metodo diretto di diagnosi e trattamento dell'ulcera peptica.*

HIRSCH, *Diagnosi differenziale della tubercolosi, sifilide e cancro del laringe.*

— 1 agosto.

DRUECK, *I dolori di schiena.*

— 15 agosto.

SHUMAN, *L'ipertensione sanguigna.*

Rassegna di articoli d'igiene.

La salute e l'igiene nella famiglia - Roma.

— 1-15 agosto.

SANTANGELO, *Ghiaccio, ghiacciate e gelati.*

MONTELUCCI, *Cause frequenti d'infezione.*

— 1 settembre.

MONTELUCCI, *Caccia e cacciagione.*

BÜSSI, *Le piscine.*

SANTANGELO, *A proposito di frutta.*

— 15 settembre.

MONTELUCCI, *I raffreddori estivi.*

PUGLIESI, *Le sanguisughe.*

Vita - Zurigo.

GUIDE, *Febbraio 1934.*

LANENER, *Inverno e salute.*

HUG, *Si possono prevenire gli accidenti da ski?*

RATGEGER, *Aprile 1934.*

LANENER, *La lotta contro il gozzo.*

Gesundheitsdienst - Berlino.

— maggio 1934.

Quali segni debbono far sospettare il cancro?

Rimedi negli avvelenamenti da gas.

Sale, zucchero, pinguedine.

— agosto 1934.

L'enfisema polmonare.

Im Dienste Der Gesundheit - Basilea.

— settembre 1934.

SCHMIDT, *Le malattie da raffreddamento.*

BARTH, *L'affanno.*

ASSES, *Si devono curare i denti di latte.*

KOCH, *Fattori della formazione dei calcoli biliari e maniera di prevenirli.*

HEIM, *Temperatura e ventilazione dei locali abitati.*

BARTH, *Reumatismo.*

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, 1934-XII — Tipografia « Unione Arti Grafiche » — Telefono 37.