

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 | 4. Note di Medicina delle Assicurazioni Vita: | |
| 2. Consigli agli assicurati: | | Dott. A. STARNA, Le sindromi pseudo-tubercolari e loro prognosi. . . pag. | 209 |
| a) Dott. I. FORTUNATI, Le enteriti | 193 | Dott. PELLEGRINI, L'elettro-prognostico nel campo della medicina assicurativa . . . | 225 |
| b) Dott. G. GIANNELLI, Alcune norme di profilassi delle congiuntiviti | 195 | Dott. M. COSTABILE BARNABEI, Sintomatologia precoce della tabe dorsale | 229 |
| 3. Alcuni dati di statistica medica: Sinistri dei contratti in forma popolare esaminati dal Ser. San. nel 1933; Sinistri dei contratti senza visita medica all'ingresso esaminati dal Ser. San. nel 1933; Capitali dei contratti sinistrati del portafoglio diretto e preconstituito accettati con e senza visita medica all'ingresso ed esaminati nel 1° semestre 1934 | 199 | 5. Varie: Dott. A. LAMBERTI BOCCONI, Sulla valutazione dei rischi tarati vita in Italia | 233 |
| | | Dott. G. GIANNELLI, Saggio di statistica sanitaria in Italia | 239 |
| | | 6. La pagina del medico fiduciario | 255 |
| | | 7. Notiziario | 256 |
| | | 8. Dai libri e dalle riviste | 259 |
| | | 9. Necrologio - SALVATORE OTTOLENGHI | 264 |

Istituto Nazionale delle Assicurazioni

La partecipazione degli Assicurati agli utili aumentata
per il 1933 al 4 e mezzo per mille dei capitali assicurati

Il Bilancio dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per il 1933 si è chiuso con risultati così floridi, che il Consiglio di Amministrazione dell'Ente, pur avendo mandato a riserva un notevole numero di milioni in più che negli esercizi precedenti, ha potuto deliberare un nuovo aumento nella partecipazione degli Assicurati agli utili dell'Azienda, elevando l'incremento gratuito dei capitali assicurati al **4,50 per mille**.

E' questo il quarto aumento consecutivo nella partecipazione agli utili che l'Istituto Nazionale spontaneamente accorda ai suoi assicurati. Infatti le quote di aumento dei capitali assicurati concesse dall'Ente agli assicurati sono le seguenti:

Esercizio 1930	-	3. - -	per mille
• 1931	-	3.50	•
• 1932	-	4. - -	•
• 1933	-	4.50	•

In cifre assolute, i capitali che sono stati accantonati per gli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni in conseguenza delle predette attribuzioni di utili sono questi:

Esercizio 1930	-	Lire 18.152.917
• 1931	-	15.568.890
• 1932	-	18.904.350
• 1933	-	20.462.978

In quattro anni pertanto l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha chiamato i suoi assicurati a partecipare agli utili dell'Azienda per l'imponente cifra complessiva di **L. 68.089.130.**

Questo crescendo di benefici realizzati dalla grande Azienda di Stato, pur in un periodo di depressione mondiale, sono un'affermazione solenne della grande fiducia che in essa ripongono i cittadini previdenti. E l'Ente risponde a tale fiducia applicando da un lato i più rigidi criteri amministrativi, e dall'altro andando incontro ai suoi assicurati con una somma di provvidenze di alto significato morale e finanziario, fra le quali occupa il primo posto la partecipazione agli utili. Gli utili netti dell'Azienda vengono infatti divisi dall'Amministrazione in parti uguali fra gli Assicurati e il fondo di proprietà dello Stato, che costituisce uno dei tanti presidi finanziari dell'Istituto Nazionale.

Per intendere il valore e la portata pratica della partecipazione degli assicurati agli utili dell'Ente, basta tenere presente che, anche non volendo presumere ulteriori aumenti e prendendo invece per base la quota attuale di partecipazione del 4½ per mille, una persona che oggi si assicuri presso l'Istituto con un contratto della durata di 20 oppure di 25 o di 30 anni, vedrà, al termine del contratto stesso, il capitale della sua polizza maggiorato rispettivamente del 9, dell'11,25 o del 13,50 per cento.

Un tale beneficio non si verifica presso nessuna Impresa d'assicurazione italiana o estera ed è tanto più degno di rilievo in quanto esso è stato liberamente concesso agli Assicurati, mantenendo immutate le tariffe dei premi, tecnicamente calcolate, come è noto, senza partecipazione.

Il valore pratico del beneficio è spiegato da questi due esempi:

PRIMO ESEMPIO. — Un negoziante di anni 31 si assicura nella forma così detta «Mista» per la somma di L. 50.000 e stabilisce la durata del contratto in anni 29, durante i quali pagherà un premio annuo di L. 1.450.

Al termine del contratto l'Istituto verserà al contraente la somma convenuta di	L. 50.000
più gli utili che, nella percentuale base del 4½ per mille da noi presa ad esempio, sommeranno a	6.525
complessivamente quindi il nominato negoziante ritirerà.	<u>L. 56.525</u>

invece delle L. 50.000, assicurate, che risulteranno così aumentate di oltre il 12 per cento.

Ben s'intende che qualora il negoziante venisse a mancare prima della scadenza del contratto, nessun premio dovrebbe essere più pagato e la somma assicurata sarebbe immediatamente ed integralmente versata ai beneficiari insieme con gli utili accumulati durante gli anni di contratto trascorsi.

SECONDO ESEMPIO. — Un professionista di anni 32 si assicura nella forma così detta a «Termine fisso», per la somma di L. 50.000, stabilendo la durata del contratto in anni 28, durante i quali pagherà, se in vita, un premio annuo di L. 1.255.

Al termine del contratto l'Istituto verserà al contraente la somma di	L. 50.000
più gli utili di	6.300
complessivamente quindi.	<u>L. 56.300</u>

Se il professionista venisse a mancare durante il periodo contrattuale, cesserebbe immediatamente ogni obbligo di ulteriore pagamento di premi e, al compimento dei 28 anni di contratto, i beneficiari riceverebbero l'intera somma assicurata, nonché gli utili accumulati durante gli anni in cui il contraente fu in vita.

Anche gli assicurati con forme popolari partecipano agli utili dell'Istituto Nazionale. — Per informazioni e progetti rivolgersi alla Direzione Generale dell'Istituto o alle sue Agenzie in ogni Comune del Regno



L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

BOLOGNA.

Stabilimenti Termali di Porretta, agli assicurati in forma ordinaria e collettiva: riduzione del 50 % sull'importo dell'abbonamento ordinario d'ingresso agli Stabilimenti, e del 25 % sull'importo dell'abbonamento ordinario alle cure idrominerali.

CREMONA.

• **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, Roëntgendiagnostica 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.

Nel prossimo autunno saranno diffuse le due pubblicazioni di igiene che furono premiate nel Concorso indetto dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e giudicate dalla Commissione presieduta dal Sen. Ettore Marchiava. Di esse abbiamo dato notizia nei numeri precedenti di questa Rivista.

La pubblicazione destinata agli assicurati in « forma ordinaria », di cui è autore il Dr. Eschilo Della Seta porta il titolo *Vivere sani* e quella per gli assicurati in « forma popolare », di cui è autore il Prof. Dr. Oreste Bellucci porta il titolo *Salute, tesoro della Vita*.

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.*

- 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.

ELENCO PER PROVINCIA

AGRIGENTO.

Odontoiatri:

Dott. CUCURULLO Antonio.

CANICATTI - Dott. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

ALESSANDRIA.

Odontoiatri:

Dott. MOTTA Luigi, Piazzetta della Lega, 7.

Dott. OSIMO Guido, Via Mazzini, 1.

Dott. PICCINI Alessandro, Via Umberto, 25.

Dott. PICCIONE Antonio Giovanni, Via Venezia, 3.

ASTI - Dott. DEGIANI Attilio.

Dott. MAIOLO Giacomo.

Dott. MALAGOLI Lelio.

CASALE MONFERRATO - Dott. GAUDINA Umberto.

Dott. PINOLINI Giovanni.

Dott. REDOGLIA Agostino.

NOVI LIGURE - Dott. BELLONE Mario Luigi.

TORTONA - Dott. TORTI Carlo.

Oculisti:

ALESSANDRIA - Dott. ALTARA Eugenio, Via Milano, 19.

Prof. Dott. BIANCHI Benigno, Via Foà di Bruno, 12.

Dott. DURANDO Francesco, Via Legnano, 11.

CASALE MONFERRATO - Dott. GUASCHINO 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 suppli-
mentari). Inoltre gli assicurati pagheranno per
le tasse di ammissione il 50% in meno. La
Società esercente le Terme si riserva la fa-
coltà — qualora gli alberghi annessi alle Ter-
me fossero completi — di poter sistemare gli
assicurati in altri alberghi consociati della me-
desima categoria facendo loro usufruire dello
stesso trattamento dei primi.

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

Odontoiatri:

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

Oculisti:

Dott. BUSACCA Annibale.
Prof. Dott. SEGUINI Arminio.
Dott. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

Dott. CALDEROLI Innocente.
Dott. PALVIS Giuseppe.

BOLOGNA.

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

2. *Ospedale « Benito Mussolini »* della Cas-
sa Nazionale Infortuni, agli assicurati con po-
lizze ordinarie e collettive che facessero ricorso
a quell'Ospedale per cure chirurgiche, orto-
pediche ed oculistiche, oppure per applicazioni
sia ambulatorie che in degenza, di terapia
fisica, Raggi X e Radium, riduzione del 20%
se usufruiranno della 1^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. 103, agli assicurati con po-
lizze ordinarie e collettive riduzione del 30%
sulle tariffe in vigore sia per le rette che per
le competenze professionali e per applicazione
di terapia fisica, raggi X e radium.

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

Odontoiatri :

Dott. BIGNARDI Ferdinando, Via Saffi, 2.
 Dott. CAPUZZI Giuseppe, Piazza dei Mar-
 chi, 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 indipenden-
 za, 2.
 Dott. MARIOTTI Cesare, Via Castiglio-
 ni, 5.
 Dott. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.
 Dott. PALMIERI Domiziano, Via A. Ri-
 ghi, 34.
 Prof. Dott. RICCHI Gino, Via S. Stefa-
 no, 43.
 Prof. Dott. NAPOLEONE Xilo, Via Guer-
 razzi, 29.

Otorinolaringoiatri :

Prof. Dott. CANEPELE Adelson, Viale
 XII Giugno, 12.
 Dott. FACCHINI G. Battista, Via Carto-
 leria, 16.
 Prof. Dott. VIGI Ferruccio, Via d'Aze-
 glio, 21.

BRESCIA.

*Poliambulanza delle specialità medico chi-
 rurgiche, Casa di Cura in Brescia, Piazzale
 Garibaldi; a tutti gli assicurati saranno
 praticate le seguenti facilitazioni: riduzione
 del 30 % sulle tariffe minime fissate dall'Or-
 dine dei Medici, per le competenze professio-
 nali, per analisi e ricerche di chimica-clinica
 e microscopia, per applicazioni di terapia fisi-
 ca, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium
 Terapia che verranno praticate nella Casa di
 Cura; riduzione del 25 % sulle rette di de-
 genza 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, Gavar-
 do, Palazzolo sull'Oglio e Villanova, del-
 l'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 Ema-
 nuele, 58.
 Dott. RIETTI Giov. Battista, Via Maz-
 zini.
 Dott. RIETTI Giulio, Via Mazzini.

Dott. SALVAGNI Dino, Viale Stazione.

Dott. SCACHERI Domenico, Corso Pale-
 stro.

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

CAGLIARI.

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

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

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

CALTANISSETTA.

1. *Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Naz.
 Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli as-
 sicurati 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 median-
 te la corresponsione di un onorario di L. 5
 per ogni volta.*

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

Odontoiatri:

- Dott. GRECO Salvatore, Via Umberto, 8.
 Dott. MILONE Giuseppe, Via Umberto, 41.
 Dott. MUSUMECI GRASSI Raimondo, Via Vitt. Eman., 215.
 Dott. POLITI Francesco, Via Etnea, 208.

Oculisti:

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

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.
 SALUZZO - Dott. RACCA Ugo.

Oculisti:

ALBA - Dott. VARALDI Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

CUNEO - Prof. Dott. DONADEI Giovanni, Via Gallo, 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 Vinzenzo, 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 per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, elettrica e di idroterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

FOGGIA.

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

Odontoiatri:

Dott. ARBORE Giulio.

Dott. DI MAIO Enzo.

MANFREDONIA - Dott. MELUOCO Pasquale.

S. SEVERO - Dott. RECCA Pietro.

Oculisti:

FOGGIA - Dott. ALTAMURA Alfredo.

CARLANTINI - 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.

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. BUONSIGNORE Giuseppe, Via Roma, 7.

Dott. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti:

IMPERIA - Dott. ODISIO Mario, Via G. Berio, 9.

ONEGLIA - Dott. GRIVA Giuseppe.

SANREMO - Dott. BOBONE Tommaso, Villa Plinia.

Dott. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.

Dott. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 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 Emanuele, 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 Enrico 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 Marangoni, 4.

Dott. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.

Dott. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Ferenelli, 3.

Dott. PREDARI Maria.

Dott. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.

Dott. ZAGNI Giuseppe, Via B. Graziosi, 32.

Oculisti:

Prof. Dott. FERRI Dante, Via Graziosi, 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, 108.

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 Fa-

scista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

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

Dott. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

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

MODENA.

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

Otorinolaringoiatri:

Gr. Uff. Dott. SILLINGARDI Gino, Piazza Muratori, 31.

NAPOLI.

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

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

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

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

Odontoiatri:

Dott. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.

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

Dott. GIUFFRÉ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

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

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

Dott. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 36.

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

Dott. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio Emanuele, 460.

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

2. *Consultorio Materno in Novara*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate 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 Villafraanca, 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. Giberto 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. CARMi 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: ri-

duzione 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. 20,50 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 es-

sere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

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

Odontoiatri:

Dott. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.

Dott. BONCRISTIANI Agostino, Via Arenula, 53.

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

Dott. NEMES Arturo, Via Arenula, 53.

Oculisti:

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

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

Otorinolaringoiatri:

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

ROVIGO.**Odontoiatri:**

Dott. BENATTI Boris.

Dott. BORELLINI Alberto.

ADRIA - Dott. FERRONI Giuseppe.

Dott. GIORDANI Nazzareno.

SASSARI.**Odontoiatri:**

Dott. FENU Antonio, Vicolo Bartolinis.

Dott. NIEDDU Giovanni, Via Manno.

Dott. TOCCO Raffaele, Piazza Castello.

SAVONA.**Odontoiatri:**

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

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

Dott. VEIRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

Otorinolaringoiatri:

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

SIENA.

1. *Stabilimenti termali di Chianciano*, e tutti gli assicurati: riduzione del 10% sulla

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 Röntgendiagnostica che verranno praticate nella clinica, come pure per le consultazioni cliniche.

2. *Clinica delle malattie professionali della R. Università*: 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. 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, 3.

Dott. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

Oculisti:

Dott. CAFFARATTI C., Corso Oporto, 47.

Dott. CANTÙ Carlo, Via Madana Cristina, 6.

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

Dott. GARZINO M., Via Mazzini, 2.
 Prof. Dott. GRINGNOLO Federico, Corso Oporto, 21.
 Dott. LEVI M., Via Maria Vittoria, 21.
 Dott. MORINI Egidio, Via Carlo Alberto, 18.
 Prof. Dott. MOSO Giacinto, Via Cibrario, 1.
 Dott. ORSI Luigi, Via XX Settembre, 17.
 Prof. Dott. PECCHIO Teobaldo, Corso Vittorio Emanuele, 19.
 Prof. Dott. PICCUGA Siro, Via XX Settembre, 60.
 Prof. Dott. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.
 Dott. TOSO G., Via S. Secondo, 15.
 Dott. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.
 Dott. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.
 Prof. Dott. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 81-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 Plana, 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. SAMMARTANO M., Via Mercè.
 Dott. VASSI C., Via Santa Chiara, 20.

TRENTO.

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

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. CHIUMATTO 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, 18.

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 Quietè »*, 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. VERRONESE 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.

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 sulfuree calde, acque sulfuree clorurate sodiche calde, acque sulfuree 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.

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 sulfuree.

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 solfatocarboalcica a 52° C.

S. Pellegrino (Bergamo): Acqua bicarbonato sodicocalcicomagnesiaca 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 (Vicenza);

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).

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

LE ENTERITI

Dott. I. FORTUNATI

(Del Servizio Sanitario dell'I. N. A.)

Con il nome di enteriti od anche di entero-coliti si comprendono tutte le infiammazioni dell'intestino, varie per gravità, per localizzazione e per decorso.

La causa di tali affezioni va ricercata in una infezione o in una intossicazione proveniente dall'esterno o dall'interno dell'organismo od anche, ciò che avviene spesso, dall'azione combinata di questi due agenti morbigeni.

In alcuni casi esistono dei fattori che favoriscono lo sviluppo della malattia. Possono essere considerate cause predisponenti: l'età, (infanzia e vecchiaia), la debolezza costituzionale e quindi tutte quelle cause che agiscono sull'organismo diminuendone la resistenza, un particolare stato ereditario consistente in una speciale suscettibilità dell'apparato gastro-enterico, condizione che si può anche stabilire in seguito ad alterazioni dispeptiche ed a ripetuti attacchi flogistici.

Costituiscono cause occasionali gli strapazzi di ogni genere, in ispecie gli eccessi alimentari, la stagione calda, più nelle località a clima caldo umido ove esiste l'ambiente più favorevole alla moltiplicazione dei germi, gli sbalzi di temperatura con i conseguenti raffreddamenti.

L'infezione può essere esogena o endogena, ossia causata da germi che vengono ingeriti con gli alimenti, oppure dovuta alla virulentazione della flora batterica abituale. La manifestazione enteritica può rappresentare altresì soltanto una localizzazione secondaria nel decorso di alcune malattie infettive.

L'infezione di origine alimentare è dovuta all'ingestione di carni avariate specialmente se in conserva, o di acqua, latte o verdure inquinate, o di altre vivande comunque infette. In tali casi quasi costantemente al fattore microbico è associato il fattore tossico.

Nei casi ad origine endogena l'ambiente adatto alla virulentazione batterica viene preparato dagli errori alimentari ripetuti, dalla dispepsia, dalla stitichezza, dalla stasi cecale ecc.

Le intossicazioni possono essere causa di enterite per l'accumulo di sostanze usate a scopo medicamentoso (arsenico, sali di mercurio, colchico, ecc.) o ingerite accidentalmente in dose tossica o ripetutamente in piccole dosi (intossicazioni professionali). Spesso è l'abuso dei lassativi a base di drastici di cui la più usata è la fenol-ftaleina, che provoca nell'intestino uno stato di particolare sen-

sibilità al più piccolo stimolo morbigeno. Anche la minorata funzionalità del fegato costituisce un'altra importante causa predisponente.

Infine in questo gruppo si comprendono le diarree che si osservano periodicamente in alcune malattie ad andamento cronico (gotta, diabete, nefrite cronica) e che più che una vera enterite rappresentano il risultato di turbe funzionali che seguono alla eliminazione vicariante di sostanze tossiche attraverso il tubo digerente.

L'infestazione parassitaria ha invece scarsa importanza nel determinismo delle enteriti acute mentre occupa un posto principale come causa di enteriti croniche o sub acute.

Da quanto è stato succintamente esposto sulle cause delle enteriti derivano le norme profilattiche da attuare allo scopo di evitarne l'insorgenza.

Specialmente nella stagione calda, gli individui predisposti a causa dell'età, delle condizioni generali, dell'eredità o di affezioni intestinali pregresse, dispepsia, malattie del ricambio, nefriti croniche o altre cause debilitanti, occorre si guardino dagli strapazzi e dai raffreddamenti. Anche i bagni dovranno essere presi tiepidi o se si vorrà fare uso del bagno in luogo aperto converrà limitare convenientemente la durata dell'immersione che comunque sarà praticata solo al mattino e a stomaco vuoto.

Particolare attenzione dovrà porsi nella alimentazione, sia evitando gli eccessi sia scegliendo accuratamente i cibi. Sarà necessario limitare l'uso dei sughi e dei condimenti; non abusare dei grassi, curare che le carni o i pesci siano freschissimi e sufficientemente cotti, preferire le verdure bollite o i legumi passati se non danno fatti di intolleranza. Non sarà necessario abbandonare del tutto l'uso delle verdure crude, purchè queste siano preventivamente ben lavate, molto fresche e di facile masticazione. Sarà opportuno sostituire i formaggi freschi a quelli fermentati, usare il latte crudo solo se di provenienza sicura e munto di recente, diffidare delle uova di cui non si conosca il periodo di conservazione. Le frutta dovranno essere ben mature. Di queste è consigliabile l'uso delle arancie, mele, pere, banane, pesche, albicocche; mentre sono da evitare i fichi e le fragole.

Riuscirà utile bandire del tutto l'uso dei cibi conservati o piccanti, dei crostacei e dei molluschi se non si hanno garanzie sulla freschezza e la provenienza. Sarà prudente limitare molto l'uso dei gelati.

Le bevande migliori saranno l'acqua pura, le acque minerali alcaline e le spremute di frutta. L'uso limitato del vino o della birra non riesce nocivo, ma è anzi utile in sostituzione dell'acqua nel caso che questa non offra sufficienti garanzie di purezza.

Bisognerà evitare di aggiungere alle bevande del ghiaccio, poichè può essere inquinato o dare disturbi per il soverchio raffreddamento. Se sarà necessario i liquidi potranno essere rinfrescati moderatamente collocando il ghiaccio all'esterno del recipiente.

Durante tutta la stagione calda sarà opportuno interrompere l'uso dei medicamenti che possono riuscire tossici o, se necessari continuare la cura, interporre opportuni periodi di riposo allo scopo di evitare l'accumulo. Così pure non è consigliabile esagerare nell'uso dei purganti o dei lassativi, ma è bene invece limitarne l'impiego, preferendo quelli oleosi che vengono meglio tollerati dall'intestino.

Alcune norme di profilassi delle congiuntiviti

Dott. GIUSEPPE GIANNELLI

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

La congiuntiva è una membrana mucosa che tappezza la superficie interna delle palpebre e si riflette sul bulbo oculare formando il così detto sacco congiuntivale. In corrispondenza della periferia della cornea (in corrispondenza cioè del limbus) essa è aderentissima ai tessuti sottostanti (mentre la restante porzione bulbare della congiuntiva è lassamente unita alla sclerotica da tessuto connettivo) e porta le anse vascolari che circondano la cornea e provvedono alla sua nutrizione. Vedremo quale importanza può avere la imponente infiltrazione e l'edema della congiuntiva bulbare (chemosi), che, con l'impedire la normale irrorazione sanguigna nelle sopradette anse vascolari, può determinare gravi disturbi di nutrizione della cornea.

Ed ecco quindi la congiuntiva costituire una superficie mucosa analoga a quella di altri orifici naturali del nostro corpo, come la mucosa boccale, ecc., ma molto più delicata e, ciò che più conta, molto più esposta all'azione nociva degli innumerevoli agenti esterni. Essa è solamente difesa dal continuo ammiccamento palpebrale preposto ad umettare e ad asportare, con la secrezione lacrimale, tutto ciò che di estraneo si posi sulla superficie congiuntivale e corneale. Per cui da quando noi la mattina apriamo gli occhi alla luce, fino alla sera, quando ci concediamo il riposo notturno, abbiamo le nostre superfici congiuntivali esposte alle numerose insidie degli agenti esterni.

Ma non bisogna credere che tutte le congiuntiviti siano dovute all'azione di influenze fisiche o batteriche esterne, perchè molte affezioni possono essere essenzialmente dovute oppure facilitate da condizioni locali dell'apparecchio oculare o da speciali condizioni generali dell'organismo.

Le infiammazioni congiuntivali possono gradatamente andare dal semplice arrossamento (iperemia) fino alla formazione, su questa delicatissima mucosa, di pseudomembrane difteriche o crupali: quindi possiamo distinguere una semplice iperemia congiuntivale, una congiuntivite catarrale, una congiuntivite purulenta (con l'importante sottospecie della congiuntivite blenorragica), la congiuntivite membranosa difterica o cruposa, la congiuntivite tracomatosa e la congiuntivite flitturnolare.

È comune osservare persone con gli occhi arrossati che si lamentano di senso di secchezza, di bruciore e di prurito agli occhi, e che dichiarano di essere esposti per molte ore della giornata alla polvere od al sole, ovvero di lavorare per molto tempo con illuminazione artificiale, o di dimorare per ragioni di lavoro in ambienti sovraccarichi di fumo o di pulviscolo irritanti; altri invece riferiscono che, per leggere caratteri minuti sono costretti ad avvicinare molto o ad allontanare dagli occhi lo scritto, e, che dopo qualche ora di tale lavoro, gli occhi incominciano a bruciare e a lagrimare. Per liberare gli ammalati da queste noiose sofferenze basta ricorrere a semplicissime pratiche di profilassi: cioè nel primo gruppo di casi, allontanare o limitare la permanenza alla polvere, al sole, al lavoro con luce artificiale, al fumo etc.; nel secondo gruppo di casi, usare gli adatti occhiali che, correggendo convenientemente il difetto di vista esistente, dispenserà gli occhi da fare sforzi eccessivi nella visione vicina e lontana.

Quando si persista nell'esporsi alla luce eccessiva, alle polveri e al fumo irritanti ecc. dalla semplice iperemia si passa alla *congiuntivite catarrale*, che può avere un decorso acuto o cronico.

Nel primo caso la secrezione è più abbondante e mucosa e può divenire anche muco-purulenta; la congiuntiva palpebrale, oltre essere arrossata, è tumefatta e la bulbare si tumefà per chemosi. Vi è senso di bruciore e di pizzicore alle palpebre, che si fanno calde e pesanti; vi è fotofobia più o meno pronunciata. Per lo più contribuisce a questa sintomatologia l'impiantarsi sulla congiuntiva, ora divenuta un « *locus minoris resistentiae* », di taluni microrganismi come il bacillo di Koch-Weeks, il pneumococco, il bacillo dell'influenza, il micrococcus catarrhalis. Si comprende facilmente che, se si eliminano gli agenti nocivi esterni ledenti la congiuntiva, e si istituisce con sollecitudine una adatta cura, sempre prescritta dal sanitario competente, presto si vedranno questi disturbi sparire e gli occhi tornare al loro stato normale. Se, al contrario, gli agenti nocivi continuano ad agire sulla congiuntiva, la malattia può assumere un decorso cronico e durare per lungo tempo ed anche qualche anno.

Una speciale forma di congiuntivite catarrale a decorso subacuto o francamente cronico è la *congiuntivite angolare*, così chiamata perchè l'affezione si localizza specialmente agli angoli della congiuntiva palpebrale e dei margini palpebrali dando luogo ad un'affezione molto molesta, che ha come sintomi senso di bruciore, pizzicore e di corpi estranei negli occhi, secrezione scarsa, grigiastra, tenace che agglutina le ciglie specialmente al mattino. Questa congiuntivite è prodotta dal diplobacillo di Morax-Axenfeld.

La congiuntivite catarrale, come si è già accennato, quando assume una più accentuata gravità, può divenire *muco-purulenta*, ed allora la tumefazione ed il rossore delle palpebre aumentano, la congiuntiva palpebrale è arrossata ed edematosa, compare la chemosi e la secrezione diviene densa e giallastra.

Ma la congiuntivite purulenta che può portare a serie conseguenze per la funzione visiva è quella provocata, sia nel neonato che nell'adulto, dal *gonococco*.

Essa per lo più assume un andamento più grave nell'adulto che nel neonato, ma, ciò che è importante, è che può essere sicuramente evitata da semplici norme profilattiche e quando sia insorta efficacemente combattuta, da adatta terapia.

Le norme profilattiche per gli adulti, ed io mi rivolgo principalmente ai giovani, sono semplicissime e perciò facilmente attuabili. Basta, quando si sa di essere ammalati di uretrite blenorragica, usare la massima pulizia negli organi genitali ed eseguire accurata lavatura delle mani con acqua e sapone dopo ogni minzione, in modo da evitare che, in qualunque modo, giungano nella congiuntiva i germi della blenorragia.

Ed ora, rivolgendomi alle giovani madri, dico che non si dovrà mai essere restii a far praticare sul neonato, dalla levatrice o dal medico che assiste al parto, la profilassi alla Crédé: pratica semplicissima e che non può recare alcun danno al neonato. Essa consiste nel lavare gli occhi al bambino subito dopo la nascita e nell'istillarvi una o due gocce di una soluzione di nitrato d'argento all'uno per cento o meglio al due per cento, che ha il potere di distruggere i gonococchi eventualmente penetrati nel sacco congiuntivale. Questa istillazione produce un leggero arrossamento della mucosa congiuntivale che dura al massimo due o tre giorni e che sparisce completamente senza lasciare alcuna traccia. Utili saranno anche per le giovani madri, che abbiano il sospetto di essere affette da blenorragia, le irrigazioni antisettiche della vagina prima del parto.

Quando disgraziatamente la congiuntivite blenorragica sia insorta con quell'imponente corteo di sintomi, come ho già detto, spesso più gravi nell'adulto, costituiti da enorme tumefazione, edema e rossore delle palpebre e della congiuntiva palpebrale, da grave chemosi della congiuntiva bulbare (che può quasi totalmente nascondere la cornea e provocare in essa gravi disturbi di nutrizione fino alla distruzione e perforazione), da abbondantissima secrezione purulenta giallo verdastra, allora bisognerà istituire energica e pronta cura, disci-

plinata e sorvegliata dal medico specialista, in modo da tentare con tutti i mezzi di non far sopravvenire danni irreparabili all'organo visivo, che possono giungere fino alla completa cecità.

Accenno, solo per incidenza, al *catarro primaverile*, malattia non molto frequente della congiuntiva, che colpisce principalmente i bambini e che ha il carattere di manifestarsi nella stagione calda e di sparire o diminuire notevolmente in principio d'inverno.

È caratterizzata dalla formazione sulla congiuntiva tarsale di papille dure, appiattite e coperte da una sottile pellicola bianco-azzurrognola che possono anche comparire, molto più rare sulla congiuntiva bulbare in vicinanza del limbus.

Gli ammalati si lamentano di senso di calore e di pizzicore, di lagrimazione e fotofobia.

Non parlerò a lungo della *congiuntivite cruposa* che si può considerare una varietà della congiuntivite catarrale (di cui ha la stessa profilassi) caratterizzata dalla formazione sulla congiuntiva di una pseudo membrana fibrinosa, nè di quella *difterica* dovuta al bacillo della difterite, di cui la profilassi è quella delle altre localizzazioni del bacillo di Klebs Löffler.

Mi fermerò invece di più sulla congiuntivite flittenulare e la congiuntivite tracomatosa.

La *congiuntivite flittenulare* è comunissima e sembra dipendere da una malattia costituzionale; tanto è vero che la si trova spesso nei bambini indeboliti da lunghe malattie o convalescenti di qualche affezione esantematica, in ispecie il morbillo, e in quelli scrofolosi, entrando in gran numero di casi anche in causa la tubercolosi.

La congiuntivite flittenulare è particolarmente diffusa nelle classi sociali inferiori, in cui è favorita dal sudiciume, dalla cattiva nutrizione, dall'ambiente non igienico e spesso si accoppia ad altre manifestazioni della diatesi predisponente come la tumefazione delle glandole cervicali, l'eczema, la coriza, la blefarite, l'otorrea cronica, le vegetazioni adenoidi etc.

Essa è caratterizzata dalla comparsa di piccole efflorescenze o noduli grigiastri, della dimensione di un grano di miglio, in una parte qualsiasi della congiuntiva e della cornea e più sovente sul limbus, che possono spesso presentare una piccola ulcerazione al loro apice.

Si comprende come in questi casi la vita igienica all'aria aperta, la buona nutrizione, le cure ricostituenti, in una parola tutti i mezzi atti a curare e a modificare il fondo costituzionale, saranno ottimi mezzi profilattici per impedire l'insorgere di questa affezione della congiuntiva, e costituiranno principali mezzi curativi, uniti alle cure locali, quando la malattia sia in atto.

La *congiuntivite tracomatosa*, come si sa, ha assunto all'importanza di malattia sociale, sia per la sua notevole contagiosità, sia per la sua grande diffusione specialmente in alcune regioni dell'Italia, in Russia, in Polonia, in Ungheria, in Irlanda, nel Giappone, nella Cina, nell'Arabia e nell'Egitto, nel quale ultimo ne è affetta la maggior parte degli indigeni.

È una malattia dalla multiforme sintomatologia e dalle multiformi alterazioni anatomiche. Ma, ciò che è importante, è che essa produce delle complicazioni o lascia dei reliquati, che possono altamente menomare od addirittura abolire la funzione visiva. Intendo io qui parlare del panno corneale, della grave infiammazione dell'iride, delle ulcere della cornea, della direzione viziosa delle ciglia che si portano all'indietro a contatto del globo oculare per rovesciamento del margine palpebrale all'indentro (entropion), del rovesciamento delle palpebre (generalmente della palpebra inferiore) all'esterno (ectropion), dell'aderenza cicatriziale fra la congiuntiva palpebrale ed il globo oculare (simblefaro), delle gravi alterazioni della curvatura normale della cornea (stafiloma), della secchezza (xerosis) e opacità corneali (che possono essere il risultato del panno o delle ulcere della cornea etc.).

Si comprende come sia strenua la lotta che si combatte contro questa malattia e come gli studiosi si siano affannati per anni a ricercare il vero agente etiologico della malattia. Ed essendo la malattia notevolmente contagiosa, le ricerche sono state indirizzate nel cercare di individuare l'agente morbosissimo, che alcuni hanno segnalato come diplococchi estremamente piccoli, isolati dal secreto e dai follicoli tracomatosi, chiamati corpi del tracoma o clamidozoi, la cui natura, se di protozoi o di batteri è tuttora incerta.

Presentemente vigono due teorie etiologiche: la prima che si può chiamare parassitaria, che, pur ammettendo un agente specifico capace di annidarsi, di vivere e di provocare le reazioni croniche nei tessuti congiuntivali, ha bisogno dell'intervento di una infezione oculare intercorrente perchè insorgano le gravi manifestazioni cliniche acute. Tanto è vero che vi sarebbero casi di tracoma puro che evolverebbero con delle manifestazioni cliniche così leggere da passare inosservate e da essere in grado di guarire spontaneamente nel 30% dei casi. Questo germe specifico eserciterebbe quindi un'azione preparatoria nell'infezione tracomatosa, mentre l'azione determinante sarebbe dovuta alle sovrapposizioni batteriche.

La seconda teoria, che ammette e dà grande importanza ad un substratum costituzionale, è quella emessa e sostenuta dalla scuola italiana di Angelucci, e che anche a me sembra la più rispondente alla realtà perchè suffragata dall'osservazione clinica e dai risultati delle cure rivolte in questo senso.

Infatti nella quasi totalità dei tracomatosi (io l'ho potuto constatare nella mia modesta pratica clinica presso il Reparto Oculistico dell'Ospedale di S. Giacomo in Roma) si nota che essi non sono soltanto degli ammalati oculari, ma che presentano tare e disturbi del loro organismo che possono raggrupparsi così:

- 1° Abitus linfatico e specialmente abitus adenoideo;
- 2° Disturbi della funzione endocrina con prevalenza d'ipotiroidismo;
- 3° Disturbi del sistema nervoso vegetativo, con prevalenza di vagotonia;
- 4° Disturbi cronici o periodici delle funzioni gastro enteriche;
- 5° Carenze vitaminiche e deperimento organico.

Gli ammalati infatti, come spesso ho potuto constatare, sono pallidi, hanno i tessuti succulenti, le labbra tumide, respirano a bocca semiaperta, presentano le ghiandole latero cervicali palpabili, si lamentano di stitichezza alternata a diarrea, hanno l'intelligenza torpida.

Risulta chiaro come molto può la profilassi dando a questi soggetti predisposti l'allontanamento dal probabile contagio, l'abitazione sana, la vita all'aria libera, l'alimentazione abbondante e ricca di vitamine, insieme alle cure generali medicamentose, e molto può anche la terapia, nei casi di tracoma in atto curando la lesione locale con i numerosi mezzi medicamentosi, meccanici o fisici che solamente il medico specialista può convenientemente applicare, e cercando con tutti i mezzi di modificare l'abito costituzionale di questi infelici ammalati.

Concludendo si può dire che molto può la profilassi nel vasto campo delle congiuntiviti, sia rimuovendo sfavorevoli condizioni locali dell'apparato visivo, sia provvedendo alle buone condizioni generali dell'organismo; che la terapia in molti casi potrà avvantaggiarsi oltre che delle cure locali anche e forse più delle cure generali dell'organismo, specialmente nei bambini che, affetti da congiuntiviti croniche, pallidi e torpidi, rifioriranno con la vita all'aria libera, con l'alimentazione sana e ricca di frutta, con l'idro e balneo terapia convenientemente applicate.

Alcuni dati di Statistica Medica

Sinistri dei contratti accettati dall'I. N. A. in forma popolare ed esaminati dal « Servizio Sanitario » nell'anno 1933

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE														Totale
	0 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		oltre i 64		Età imprecisata		
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	
Ogni forma di t. b. c.	4	5	14	5	68	12	25	11	5	1	—	—	116	34	
Altre malattie infettive e parassitarie .	2	5	4	—	16	5	12	5	5	1	—	—	39	16	
Tumori (neoplasie)	—	—	1	—	16	11	13	17	4	4	1	—	35	32	
Emorragie, trombosì, embolie cerebrali	—	1	—	—	8	2	9	2	3	1	1	—	21	6	
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	1	1	—	—	6	—	3	2	1	—	—	—	11	3	
• Apparato circolatorio	4	1	6	1	16	6	21	9	4	2	—	—	51	19	
• Apparato respiratorio	6	2	9	2	25	9	21	10	4	1	—	—	65	24	
• Apparato digerente	3	1	7	2	25	8	17	5	3	3	—	—	55	19	
• Apparato genito-urinario	—	—	2	—	13	—	9	3	5	3	1	—	30	6	
Suicidi	—	—	1	—	4	1	3	1	—	—	—	—	8	2	
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	6	—	9	—	15	2	7	2	1	1	1	—	39	5	
Altre cause di morte	1	2	1	2	6	10	7	2	1	—	—	—	16	16	
Cause di morte non precisate	—	1	3	—	7	—	5	4	—	1	—	—	15	6	
Totale	27	19	57	12	225	66	152	73	36	18	4	—	501	188	

Sinistri dei contratti accettati dall'I. N. A. in forma « Popolare » ed esaminati dal « Servizio Sanitario »
nell'anno 1933

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI																		Totale	
	0-6 m.		6 m. - 1 a.		1 a. - 2 a.		2 - 3 a.		3 - 4 a.		4 - 5 a.		5 - 10 a.		10 - 15 a.		oltre 15			
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.
Ogni forma di t. b. c. . .	9	5	19	7	32	13	29	4	14	2	6	—	7	3	—	—	—	—	116	34
Altre malattie infettive e pa- rassitarie . . .	3	3	2	3	14	3	9	2	4	4	4	—	3	1	—	—	—	—	39	16
Tumori (neoplasie) . . .	5	2	7	5	9	15	4	5	3	2	5	2	2	1	—	—	—	—	35	32
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali . . .	1	—	1	2	8	1	2	1	5	1	1	1	2	—	—	—	1	—	21	6
Malattie del sistema nervoso e organi di senso .	4	—	2	1	2	—	3	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	11	3
• Apparato circolatorio	11	1	6	3	15	7	10	6	4	1	2	1	3	—	—	—	—	—	51	19
• Apparato respiratorio	10	6	14	5	16	8	10	3	4	1	8	—	3	1	—	—	—	—	65	24
• Apparato digerente .	8	—	8	4	14	7	9	1	7	4	3	—	6	3	—	—	—	—	55	19
• Apparato genito-urin.	2	2	2	—	11	3	3	—	5	—	1	—	6	1	—	—	—	—	30	6
Suicidi . . .	—	—	—	—	2	—	3	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	2
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	12	1	7	—	6	3	4	1	2	—	2	—	6	—	—	—	—	—	39	5
Altre cause di morte . .	3	1	3	2	5	5	4	2	1	3	—	3	—	—	—	—	—	—	16	16
Cause di morte non precisate	1	1	1	—	4	5	4	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	15	6
Totali . .	61	22	72	32	138	70	91	28	53	18	34	7	40	11	—	—	1	—	501	198

Sinistri dei contratti accettati dall'I. N. A. in forma « Popolare » ed esaminati dal « Servizio sanitario »
nell'anno 1933

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI																			Totali								
	Agricoltori ogni specie	Industriali e commercianti	Venditori in generale	Operai	Addetti ai servizi di trasporti ed affini	Persone di servizio e di fatica	Personale su- balimento 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 specificate	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.							
Ogni forma di t.b.c.	44	3	4	—	7	5	2	4	—	3	10	1	3	2	3	1	8	23	11	1	116	34						
Altre malattie infettive e parassitarie	11	1	—	1	2	1	—	3	—	6	2	—	2	11	2	—	2	11	2	2	39	16						
Tumori (neoplasie)	9	7	1	—	3	3	—	1	3	2	—	—	4	—	—	—	—	20	4	1	35	32						
Emorragie, trombosi, em- bolie cerebrali	6	1	—	—	2	3	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	5	4	—	21	6						
Malattie del Sistema nervoso e de- gli organi di senso	3	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	2	—	2	2	1	—	11	3						
• Apparato circolatorio	9	4	1	—	3	4	1	2	1	2	8	—	2	—	—	—	7	11	3	1	51	19						
• Apparato respiratorio	24	4	1	—	4	3	—	3	1	2	3	—	2	1	1	1	4	16	5	1	65	24						
• Apparato digerente	16	3	2	1	3	9	1	1	—	1	9	1	1	1	1	—	5	10	1	1	55	19						
• Apparato genito-uri- nario	6	2	5	—	1	2	—	1	—	1	5	—	5	1	—	—	—	3	2	—	30	6						
Suicidi	1	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	2	1	—	8	2						
Morti violente ed acciden- tali la cui causa è deter- minata	7	1	—	—	4	4	—	—	—	—	4	—	—	—	—	1	2	3	2	—	39	5						
Altre cause di morte	4	1	1	—	—	1	—	—	—	—	2	1	1	2	1	—	2	12	2	—	16	16						
Cause di morte non speci- ficate	4	1	—	—	2	1	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	4	1	—	15	6						
Totali	144	9	15	2	25	3	64	1	31	—	36	4	15	5	13	—	1	3	24	9	10	3	34	122	39	7	501	188

**Sinistri dei contratti accettati dall'I. N. A. senza visita medica all'ingresso ed esaminati dal « Servizio Sanitario »
nell'anno 1933**

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE														Totale
	0 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		oltre i 64		Età imprecisata		
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	
Ogni forma di t. b. c.	2	—	8	—	18	1	6	1	2	—	—	—	36	2	
Altre malattie infettive e parassitarie .	3	1	6	—	4	—	3	—	3	—	—	—	19	1	
Tumori (neoplasie)	—	—	—	—	7	3	2	1	3	—	1	—	13	4	
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	—	—	—	—	2	—	3	—	2	1	—	—	7	1	
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	3	—	
• Apparato circolatorio	—	—	—	—	7	—	8	—	2	—	—	—	17	—	
• Apparato respiratorio	1	—	3	—	5	—	9	—	6	—	—	—	24	—	
• Apparato digerente	—	—	3	1	3	2	5	—	6	2	—	—	17	5	
• Apparato genito-urinario	—	—	—	—	7	—	4	—	1	1	—	—	12	1	
Suicidi	2	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	9	—	
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	9	—	18	—	4	—	1	—	3	—	—	—	35	—	
Altre cause di morte	—	1	1	—	2	—	3	1	5	—	—	—	11	2	
Cause di morte non precisate	4	2	2	—	16	—	10	1	8	—	3	—	43	3	
<i>Totali</i>	21	4	42	1	78	6	60	4	41	4	4	—	246	19	

Sinistri dei contratti accettati dall'I. N. A. senza visita medica all'ingresso ed esaminati dal « Servizio Sanitario » nell'anno 1933

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.			
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.
Ogni forma di t. b. c. . .	1	—	—	—	7	—	4	—	8	2	5	—	11	—	—	—	36	2
Altre malattie infettive e pa- rassitarie	1	—	3	—	3	—	4	—	—	—	1	1	6	—	—	—	19	1
Tumori (neoplasie) . . .	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	4	—	6	—	—	1	13	4
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	5	—	—	—	7	1
Malattie del sistema nervoso e organi di senso .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—
• Apparato circolatorio	—	—	2	—	—	—	5	—	1	—	2	—	5	—	2	—	17	—
• Apparato respiratorio	1	—	2	—	3	—	2	—	2	—	2	—	9	—	—	1	24	—
• Apparato digerente .	—	—	—	—	5	—	2	—	—	2	4	—	5	1	2	—	17	5
• Apparato genito-urin.	—	—	1	—	—	—	3	—	2	1	3	—	3	—	—	—	12	1
Suicidi	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	4	—	—	—	9	—
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	5	—	4	—	5	—	9	—	6	—	1	—	5	—	—	—	35	—
Altre cause di morte . .	1	—	1	—	1	1	2	—	1	1	1	—	2	—	—	—	11	2
Cause di morte non precisate	3	—	2	—	3	1	6	—	5	—	6	1	13	—	3	—	43	3
<i>Totali</i>	14	—	16	—	32	2	39	—	25	8	29	2	76	1	11	2	246	19

Sinistri dei contratti accettati dall'I. N. A. senza visita medica all'ingresso ed esaminati dal « Servizio Sanitario »
nell'anno 1933

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI																			Totali		
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		
Ogni forma di t.b.c. . .	4	—	1	—	3	—	1	—	1	—	10	—	5	—	2	—	1	1	3	1	36	2
Altre malattie infettive e parassitarie . . .	3	—	—	—	—	—	5	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	2	1	19	1
Tumori (neoplasie) . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	3	—	—	1	1	—	—	—	13	4
Emorragie, trombosì, em- bolie cerebrali. . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	1	—	—	—	—	—	—	7	1
Malattie del Sistema nervoso e de- gli organi di senso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—
• Apparato circolatorio	1	—	1	—	1	—	—	—	3	—	4	—	6	—	—	—	—	—	1	—	17	—
• Apparato respiratorio	1	—	2	—	2	—	4	—	1	—	5	—	3	—	—	—	—	—	1	—	24	—
• Apparato digerente .	6	—	2	—	1	—	1	2	2	2	2	—	1	1	—	1	—	—	—	—	17	5
• Apparato genito-uri- nario.	3	—	—	—	2	—	—	1	—	—	2	—	3	1	—	—	—	—	—	—	12	1
Suicidi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	9	—
Morti violente ed acciden- tali la cui causa è deter- minata.	7	—	—	—	1	—	18	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—	35	—
Altre cause di morte .	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	1	1	—	11	2
Cause di morte non speci- ficate	4	—	2	—	1	—	5	—	—	—	7	—	5	—	1	—	2	2	10	1	43	3
Totali	31	—	9	—	14	—	11	—	12	1	13	2	34	—	55	3	36	3	20	5	246	19

Capitali dei contratti del portafoglio diretto e preconstituito sinistrati per morte esaminati nel 1° semestre 1934
(Assicurazioni con visita medica)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI									Totali
	0 - 6 m.	6 m. - 1 a.	1 - 2 a.	2 - 3 a.	3 - 4 a.	4 - 5 a.	5 - 10 a.	10 - 15 a.	oltre 15 a.	
T.b.c.	460	30.000	250.000	172.695	211.170	29.920	490.755	118.925	51.000	1.354.925
Altre malattie infettive e parassitarie	233.835	40.000	418.000	282.650	181.625	125.000	395.235	298.150	242.430	2.217.025
Tumori	168.500	40.585	270.220	64.665	143.830	233.000	924.945	242.790	533.554	2.622.089
Appl., trombosi, embolia cerebrale	40.000	63.500	80.000	136.455	195.000	75.990	710.985	559.055	550.816	2.411.801
Malattie sistema nervoso e organici di senso . . .	—	—	—	—	—	—	164.585	57.295	63.410	285.290
Mal. app. circolatorio . .	10.000	42.000	186.403	157.018	73.000	135.570	1.316.240	654.414	1.205.282	3.799.927
„ respiratorio . . .	155.000	108.010	239.200	180.775	174.435	155.220	939.105	209.200	512.305	2.673.250
„ digerente . . .	10.000	220.865	305.835	137.930	299.496	37.420	660.696	429.336	305.123	2.406.701
„ genito urinario . .	80.000	50.000	44.040	162.440	210.000	285.000	236.099	270.635	178.100	1.516.314
Suicidi	—	—	995	194.465	294.200	33.500	687.910	243.955	73.360	1.528.385
Morti violente ed accidentali	110.000	—	105.000	63.310	3.000	5.950	307.200	102.260	102.013	798.763
Altre cause	49.797	50.000	200.885	92.465	441.500	108.020	900.374	458.091	597.395	2.898.527
Totale	877.592	644.960	2.100.578	1.644.898	2.227.256	1.224.590	7.734.129	3.644.206	4.414.788	24.512.997

Capitali dei contratti del portafoglio *diretto* e *prestituito* sinistrati per morte esaminati nel 1° semestre 1934
(Assicurazioni con visita medica)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						Totale
	0 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 70	oltre 70	
T.b.c.	25.000	485.270	537.390	173.290	128.975	5.000	1.354.925
Altre malattie infettive e parassitarie .	62.585	227.050	593.600	819.680	342.110	172.000	2.217.025
Tumori	—	48.500	459.135	839.555	1.137.231	137.668	2.622.089
Apopl., trombosi, embolia cerebrale . .	—	70.000	143.950	520.600	1.441.040	236.211	2.411.801
Malattie sistema nervoso e organi di senso	—	975	61.485	151.350	71.480	—	285.290
Mal. app. circolatorio	10.000	63.403	732.533	1.149.385	1.234.670	609.936	3.799.927
, respiratorio	115.000	304.860	638.675	622.115	683.680	308.920	2.673.250
, digerente	—	284.135	555.589	1.072.544	451.783	42.650	2.406.701
, genito-urinario	—	35.000	408.400	344.190	577.389	151.335	1.516.314
Suicidi	—	22.750	489.925	414.355	601.355	—	1.528.385
Morti violente ed accidentali	10.000	145.550	227.940	282.000	131.260	2.013	798.763
Altre cause	60.000	88.500	949.552	833.835	815.720	150.920	2.898.527
<i>Totale</i>	282.585	1.777.993	5.798.174	7.222.899	7.616.693	1.816.653	24.512.997

Capitali dei contratti del portafoglio diretto e preconstituito sinistrati per morte esaminati nel 1° semestre 1934
(Assicurazioni senza visita medica)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI									Totali
	0 - 6 m.	6 m. - 1 a.	1 - 2 a.	2 - 3 a.	3 - 4 a.	4 - 5 a.	5 - 10 a.	10 - 15 a.	oltre 15	
T.b.c.	3.805	3.790	14.650	64.840	755	6.625	59.382	—	—	153.847
Altre malattie infettive e parasitarie	—	1.600	36.690	7.200	—	—	48.415	—	—	93.915
Tumori	2.570	—	275	735	1.735	3.690	35.835	4.835	—	49.675
Apopl., trombosi, embolia cerebrale	—	—	—	11.200	—	—	24.595	—	—	35.795
Malattie sistema nervoso e organi di senso . . .	—	—	—	6.465	—	—	11.345	—	—	17.810
Mal. app. circolatorio . .	4.000	—	—	21.950	2.500	19.325	91.330	—	20.000	159.105
„ respiratorio . .	2.500	—	—	15.450	—	12.725	55.240	—	6.500	92.415
„ digerente . .	—	—	120	5.360	26.485	3.635	48.185	—	—	83.785
„ genito-urinario .	—	—	—	3.515	3.635	2.315	32.731	—	5.000	47.199
Suicidi	—	51.000	44.345	—	—	—	18.080	—	—	113.425
Morti violente ed accidentali	2.500	92.700	101.250	76.000	20.300	—	2.000	—	—	294.750
Altre cause	1.350	—	19.000	16.945	1.855	16.560	201.130	8.645	1.900	267.415
Totale . .	16.725	149.090	216.330	229.670	57.265	64.875	628.271	13.480	33.340	1.409.136

Capitali dei contratti del portafoglio diretto e preconstituito sinistrati per morte saninati nel 1° semestre 1934
(Assicurazioni senza visita medica)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						Totali
	0 - 24 a.	25 - 34	35 - 44	45 - 54	65 - 70	oltre 70	
T. b. c.	28.300	60.310	28.642	30.090	6.475	—	153.847
Altre malattie infettive e parassitarie .	1.600	36.600	31.000	8.625	16.000	—	93.915
Tumori	15.000	—	2.700	27.885	4.000	—	49.675
Apopl., trombosi, embolia cerebrale .	—	—	2.000	18.795	15.000	—	35.795
Malattie sistema nervoso e organi di senso	—	—	4.000	9.810	4.000	—	17.810
Mal. app. circolatorio	10.000	—	15.450	68.040	50.615	15.000	159.105
" respiratorio	—	—	23.320	58.300	2.000	8.795	92.415
" digerente	—	2.685	44.490	28.960	7.650	—	83.785
" genito-urinario	5.000	—	14.465	7.734	20.000	—	47.199
Suicidi	74.475	20.870	10.000	8.080	—	—	113.425
Morti violente ed accidentali	107.650	182.600	—	—	4.500	—	294.750
Altre cause	41.795	30.000	46.100	62.965	86.465	—	267.415
<i>Totale</i>	283.800	333.185	222.347	329.284	216.705	23.795	1.409.186

Note di medicina dell'Assicurazione Vita

LE SINDROMI PSEUDO-TUBERCOLARI E LORO PROGNOSI

Dott. A. STARNA

del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

Nel progredire della scienza medica ogni epoca ha portato il suo contributo di nuovo e di vero che mentre in un primo momento assurge ad una importanza superiore alla reale entità, successivamente il controllo e quel grande giudice che è il tempo, riduce come tutte le cose umane in giusti limiti. Avviene cioè in queste conquiste una graduale revisione di tutte le scorie e di tutte le illusioni che si sono agglomerate intorno al nuovo nocciolo di verità il quale solo resterà conquista stabile della scienza. Anche nel campo medico ogni esagerato entusiasmo per il nuovo ha dato luogo sempre successivamente ad un parziale ritorno ai vecchi canoni.

Così nell'ultimo scorcio del secolo scorso dopo la scoperta del bacillo di Koch fu tutto un rifiorire di studi sulla t.b.c. polmonare e poichè in quel tempo la semeiotica era il fulcro della medicina e tenuta in gran conto, i virtuosi di tale branca passarono ad esaminare accuratamente il torace dei tubercolosi per scoprirne lesioni anche minime e valorizzarono con ingegnosi metodi modeste variazioni plessiche o acustiche. Sorsero in tal modo le sindromi tubercolari basate su elementi di semeiologia non sempre certi e costanti come il catarro dell'apice sulla cui natura non si ammettevano discussioni e tanti altri quadri clinici in cui la t.b.c. polmonare era ritenuta l'unico fattore etologico.

Queste facili illazioni hanno però trovato al tavolo anatomico e nel successivo decorso clinico varie contraddizioni che hanno richiesto una revisione del concetto troppo assoluto e semplicista con cui si era voluto estendere il dominio della t. b. c. polmonare.

Molte sindromi che si ritennero per il passato appartenere alle lesioni specifiche si sono in tal modo dimostrate non raramente di altra natura e di diversa prognosi.

Si aggiunga a questo i grandi progressi che la radiologia ha determinato nella diagnostica polmonare e il perfezionarsi delle ricerche batteriologiche e sierologiche che permettono di orientare il medico verso una più esatta valutazione sulla natura della malattia.

L'importanza di questo fatto è da rilevarsi sia dal punto di vista medico sociale che da quello diagnostico e prognostico. Basta pensare a tutte le ansie che si provocano nelle famiglie e agli speciali riguardi a cui viene sottoposto l'individuo cui sia comunicata la diagnosi di t.b.c. polmonare per comprenderne tutta la gravità.

Se perciò una volta il medico dalla sola sindrome clinica doveva giungere alla diagnosi della affezione oggi i vari sussidi di laboratorio e la lunga pratica del controllo anatomico hanno dimostrato inesatto il valore assoluto di certe affermazioni.

Si è visto che non tutte le emottisi sono tubercolari, non tutti i catarrhi dell'apice sono di natura Kochiana, ed ugualmente deve dirsi delle sindromi cavitari, delle febbricole e di qualche altro quadro che per vecchia consuetudine viene riferito alla stessa causa.

Sarebbe però errore ancora più grande del precedente orientare dall'inizio, di fronte ad una delle sindromi anzidette, il giudizio diagnostico verso

una affezione non specifica; invece dovremo pensare a tale possibilità solo quando i sintomi riscontrati non sono univoci e le ricerche eseguite per confermarne la natura specifica sono risultate negative.

Il monopolio della t.b.c. in tutte le sindromi suddette che si fondava sopra l'esperienza secolare e che si era accentuato dopo la scoperta del bacillo di Koch ha subito gradualmente nell'ultimo ventennio una revisione completa e vogliamo sperare definitiva. Si sono in tal modo isolati numerosi elementi etiologici di cui si ignorava l'esistenza e riscontrate forme cliniche speciali di malattie il cui quadro clinico era ben diverso da quello abitualmente noto.

Tutte queste forme che sono tra loro unite da un fattore puramente negativo cioè quello di simulare la t. b. c. polmonare vennero nel 1914 riunite da Devoto nella Relazione al XXV Congresso di Medicina Interna con il nome unico di *pseudotubercolosi*. Più esattamente Devoto in quell'epoca intendeva riferirsi ai soli processi catarrali non t.b.c. dell'apice ma in seguito si è visto utile comprendere in essa tutte le manifestazioni cliniche simulanti sotto qualunque sindrome la t.b.c. polmonare.

La frequenza delle pseudo-tubercolosi è del resto molto maggiore di quanto non si creda e senza volere accettare le statistiche americane che registrano circa il 50% di pseudo-tubercolosi nei sanatori, si osservano cifre molto alte nei sanatori militari a cui spesso fattori di asserita invalidità spingono il soggetto. In Germania Blumel registra il 30% di pseudo tubercolosi nei sanatori; in Italia si calcola che dal 5 al 10% dei ricoverati possano rientrare in questa categoria; l'accertamento degli assicurati di diritto presso l'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale fa riscontrare pure una tendenza a tale facilità di ricovero.

Ma indipendentemente da fattori economici che esulano dal nostro lavoro è indubbia la convenienza di mantenere il termine di pseudo-tubercolosi non dimenticando però di fare alcune riserve in proposito.

Anzitutto la qualifica puramente negativa quale è quella della parola pseudo-tubercolosi non può per ovvie ragioni che comprendere le più svariate affezioni non riunite tra loro da alcun legame né etiologico né clinico; inoltre dovremo mantenere catalogato in questo gruppo un caso in esame fino a che un accertamento ulteriore o il successivo decorso della malattia non ci permetta una vera diagnosi etiologica e non puramente sintomatica. Recentemente si è da vari A.A. cercato di eliminare dal campo medico le poco felici denominazioni di pseudo comparse in molte malattie; ma nel nostro caso l'utilità pratica e contingente ha fatto mantenere la denominazione nonostante Boeri e Jacono ne avessero nel 1929 proposta l'abolizione.

E' bene però avvertire per evitare confusioni che in patologia generale erano state chiamate in precedenza pseudo tubercolosi alcune reazioni cellulari simili al vero tubercolo che si stabiliscono intorno ad alcune sostanze estranee iniettate nei tessuti come il mercurio, la trementina, il licopodio, il carbone misto al bacillo subtilis o intorno ai bacilli della lebbra e della morva. Gli A.A. francesi da Calmette ad Arloing e a Courmont delimitano solo a questo gruppo le pseudo-tubercolosi. Barbier anzi insiste sulla denominazione e crede non si debba estenderne il significato ma limitarlo ad affezioni con neoplasia a tipo di tubercolo disseminato in tutto il tessuto linfoide e soprattutto alla milza ed al fegato. Tutte le altre, come osserva lo Jacono, si devono qualificare «sindromi pseudo-tubercolari» e su di esse brevemente ci soffermeremo. Esporremo quindi quale sarà la prognosi di esse soprattutto in rapporto al rischio nell'assicurazione vita.

*
* *

Sebbene, come dice Strumpell, la t.b.c. polmonare possa svilupparsi in qualunque individuo e niente garantisca l'immunità da essa perchè colpisce

anche soggetti di forme atletiche, vi sono indubbiamente delle costituzioni che hanno una speciale disposizione ad andarvi più soggette. Orbene la presenza dell'elemento costituzionale ha un peso non trascurabile per poter presumere la natura di una sindrome polmonare che ci capita da osservare. Non meno importante è il quesito a distanza di tempo allorchè chiamati in occasione di una successiva malattia dobbiamo dall'anamnesi desumere importanti elementi per l'affezione in atto come pure in occasione di una visita per l'assicurazione sulla vita il problema è d'importanza fondamentale nell'accettazione di un rischio di cui dobbiamo valutare l'entità.

È questo il quesito di tutti i giorni. La febbre che ha tormentato il soggetto per mesi ed anni, alcuni sputi ematici emessi tanti anni prima, un vecchio catarro esacerbantesi a periodi di che natura sono stati? La sindrome è scomparsa da molto tempo, l'individuo gode attualmente buona salute ma il problema che spesso non fu risolto dal medico curante è ancora più arduo a tanta distanza di tempo.

La costituzione, che rappresenta secondo Castellino il risultato morfologico e funzionale dell'individuo, può in tali casi essere un elemento di conforto per accertare la specificità della malattia, inoltre ci dirà nel contempo se un individuo può essere facile preda all'infezione t.b.c. oppure quanto possa resistere al male con speranza di successo.

Nei rapporti con la t.b.c. polmonare due costituzioni vanno prese in speciale considerazione: l'abito tifico e l'abito linfatico. Il primo è caratterizzato da una struttura longilinea con tronco inferiore agli arti e torace superiore all'addome (microsplenico). Il torace in questi soggetti è schiacciato in senso sagittale, l'ipocondrio è ristretto, lo sterno verticale, l'angolo epigastrico acuto, gli spazi intercostali sono larghi in direzione obliqua in basso e in avanti, risulta anche esagerata la normale curva cervico dorsale e le scapole sono alate.

Si avvicinano all'abito tifico la prima combinazione di Beneke, l'abito astenico di Stiller e la prima combinazione di De Giovanni.

L'abito linfatico invece è caratterizzato dalla iperplasia del sistema linfatico e legato a particolari aspetti somatici dell'organismo ed a sviluppi di alcune diatesi come la essudativa e la artritica.

Oltre le due suddette costituzioni preformate in natura ne esistono altre più spesso secondarie ad una intossicazione t.b.c. lentissima alla cui natura si devono riportare l'eritismo di Landouzy, lo stato ipoplasico e forse anche lo stato timicolinfatico.

*
* *

La sindrome più suggestiva per la t. b. c. polmonare è quella che si riferisce al *catarro dell'apice* e ad essa infatti Devoto si riferì allorchè insorse contro il monopolio della t.b.c. nelle lesioni di tale sede.

Noi qui riferiremo su quelle cause che possono indipendentemente da una t.b.c. polmonare presentare elementi semeiotici apicali di natura sospetta.

Nonostante la scuola anatomica tedesca abbia oggi spostato la zona di prima invasione verso la regione sottoclaveale, il concetto di intendere l'apice come zona di allarme nella pratica medica è ben lontano dall'essere abbandonato. La riduzione di suono, la minore espansibilità, il murmure respiratorio prolungato o interciso a cui Grancher dava grande valore, possono essere dovute a svariate cause; ma la mente del medico corre quasi istintivamente alla tubercolosi.

Si deve per prima cosa osservare che la semeiotica polmonare, utilissima perchè non richiede speciali mezzi od attrezzature, ha, nonostante le speranze che su di essa si riponevano, valore limitato in quanto indica lo stato fisico e non la natura della malattia ed inoltre perchè l'ascoltazione non permette se non l'esame della corteccia polmonare non potendo accertare i fatti che si manifestano al di sotto di quattro o cinque centimetri di profondità.

I numerosi, anche troppo numerosi sintomi, che sono stati descritti dagli AA. nella t. b. c. polmonare vanno perciò accolti con cautela e soprattutto non daremo mai ad uno solo di essi un eccessivo valore.

Cominciando l'esame dall'ispezione osserviamo come il reticolo venoso a livello della prominente può essere indice di un processo apicale ma qualunque altra causa che ostacoli la circolazione profonda lo può determinare. Così pure è per l'abbassamento della spalla; l'ipotrofia dei cucullari o dello sterno cleido-mastoideo che costituiscono rispettivamente i sintomi di Federci e di Concato possono ben essere dovuti a semplice ipotrofia da artrite della spalla. La dolenzia degli stessi muscoli (Borri) o in altre zone come nel cavo ascellare (Jacono), della regione carotidea nella fossa sopraclaveale (Maestrini), se sono talvolta piccoli segni preziosi della t.b.c. non devono far dimenticare al medico che una semplice mialgia può esserne una molto più modesta causa.

E' poi sufficiente una posizione difettosa dell'esaminando per modificare le caratteristiche plessiche di un apice. Frequentemente una scoliosi può determinare lo stesso fenomeno, un esame delle doccie paravertebrali potrà facilmente orientarci; più difficile è diagnosticare i casi di ipofonesi apicale da costole cervicali sopranumerarie; l'esame radiologico in questi soggetti è fondamentale.

L'ascoltazione però soprattutto rappresenta l'indagine più importante di un apice polmonare e se ad essa potremo dare maggior peso dei sintomi sopra accennati, le cause di errore a suo riguardo sono non di meno abbastanza frequenti. Certamente molte volte dobbiamo all'ascoltazione una diagnosi precoce di t.b.c. polmonare; la zona d'allarme di Chauvet-Sergent identificata in un punto circoscritto che cade sulla metà della linea riunente la prominente all'apofisi della cresta scapolare è la massima esattezza della ricerca semeiotica di un trentennio fa. Ma questa localizzazione col centimetro non deve farci sorridere oggi quando più comodamente ci rivolgiamo al radiologo per un accertamento un po' fine. L'ascoltazione apicale sia posteriormente nella fossa soprascapolare sia anteriormente nella fossa sottoclaveale (Rist) mantiene ancora nonostante i progressi radiologici e anatomo-patologici, una importanza di primo ordine nella diagnosi della t.b.c. polmonare.

Sono però soprattutto le piccole modificazioni della respirazione apicale quelle che ci inducono non raramente in errore durante l'ascoltazione. Il murmure debole, aspro, il respiro granuloso di Grancher, l'inspirazione prolungata o intercisa sono sintomi troppo delicati perchè si possa soltanto in base ad essi avanzare una diagnosi. Ci spieghiamo allora perchè, come lamenta Omodei-Zurini, vengano inviati ai sanatori un numero rilevante di individui che all'accertamento non presentano alcuna lesione specifica.

Gli è che si tratta di piccole variazioni nella normale ventilazione apicale le quali non devono essere confuse con la bronchiolite. Questi casi di ipofunzionalità respiratoria si verificano soprattutto in soggetti a gabbia toracica ristretta, con muscoli inspiratori astenici e con difettosa elasticità polmonare. L'errore diagnostico è poi facilitato dal fatto che queste modificazioni respiratorie si riscontrano spesso in soggetti quasi adolescenti, con mediocre sviluppo somatico, tachicardici, facili alla sudorazione e che anche radiologicamente possono presentare gli apici ristretti e abbassati.

Questa sindrome è stata anni or sono denominata da Breccia «ipocapacità respiratoria dinamica apicale» ed è caratterizzata da diminuzione della risonanza dell'apice, dalla modificazione del fremito vocale tattile e dalla già accennata riduzione di murmure che può giungere fino al silenzio completo. Spesso in varia misura questi fatti si rilevano bilateralmente. La causa di questa sindrome mentre per Breccia è da riportarsi a fattori morfologici strutturali e dinamici, per Sergent va ricercata invece nello scarso movimento del diaframma che nella fisiopatologia della ventilazione apicale ha grande importanza. Ciò sarebbe dimostrato radiologicamente nella frenicoeresi nella quale si rileva appunto ristrettezza e abbassamento omolaterale.

La difficoltà diagnóstica di una lesione specifica sarebbe per Sergent anche maggiore perchè in questi sospetti apicali si possono presentare sindromi anche molto più suggestive come l'inspirazione a timbro bronchiale, il reperto di qualche crepitio da dispiegamento ed uno o più dei segni radioscopici detti della t.b.c. incipiente.

Così può aversi radiologicamente: la velatura dell'apice, la lenta rischiarabilità dello stesso (segno di Dittorf), l'apice può non rischiararsi con la tosse (segno di Kreutzfuchs) come pure può non rischiararsi con il respiro (segno di Orten). Questa concordanza semeiotica e radiologica si spiega facilmente in quanto tali sintomi sono la prova non già di una lesione specifica ma di una notevole riduzione della ventilazione apicale che può bene aversi in soggetti sani.

Non meno arduo è il problema in casi nei quali si riesce a mettere in evidenza qualche rantolino incostante all'apice specie nella prima mattina allorchè appunto si va a ricercare la scarsa secrezione bronchiolare accumulatasi durante la notte. Devoto ha messo in guardia contro questi reperti acustici incostanti. Quando si rifletta che il crepitio alveolare è più l'espressione acustica del distacco delle singole vescicole tumefatte o congestionate anzichè della risonanza di una secrezione endoalveolare o interstiziale si può comprendere come una anomalia morfologica parziale dell'apice possa determinare questo tipo di rantolo.

Soprattutto è l'atelettasia dell'apice una delle sindromi che simulano frequentemente una forma specifica. Quando pensiamo come la 1^a costa possa determinare una stenosi tale all'apertura superiore del torace da giungere a dare il solco di Schmorl con conseguenti alterazioni dei rami bronchiali apicali, comprenderemo facilmente come possono benissimo aversi queste fini alterazioni di diminuita ventilazione regionale in polmoni indenni da lesioni catarrali e tanto meno specifiche.

Per ovviare a questo inconveniente Trepiccioni ha recentemente proposto di eseguire l'ascoltazione apicale nelle migliori condizioni di espansibilità che si determinano quando «l'individuo è in posizione distesa, prona leggermente inclinata in senso caudo cefalica».

Ma nel praticare l'esame dei polmoni bisogna anche evitare di scambiare per rantoli altri rumori di natura diversa. Così una posizione difettosa dello stetoscopio sulla cute; lo strofinio dei peli od anche rumori muscolari del trapezio o una artrite della spalla possono far cadere nell'equivoco. Si deve pure aver cura di non confondere con il rantolo quel rumore da stenosi detto «pseudo-rantolo» che si determina coll'entrata dell'aria attraverso vie respiratorie ristrette come in caso di adenoidi, di riniti, oppure determinato da faringo-tracheiti o da movimenti di deglutizione.

La sindrome di Kronig che tempo addietro ebbe una certa notorietà riconosce appunto come causa della stenosi apicale una ipertrofia timica, più raramente questo fenomeno si può verificare per ipertrofia della tiroide.

Esclusa dunque l'ipotesi di una difettosa ascoltazione e accertato un catarro dell'apice vediamo quali malattie al di fuori della t. b. c. polmonare lo determinino specialmente.

Possono provocare un simile quadro svariate affezioni, che possiamo schematicamente dividere in acute e croniche. Le prime per il decorso stesso solo raramente possono essere confuse con la t.b.c. ma se assumono un andamento sub acuto o cronico mettono in dubbio anche un medico esperto.

Tra queste ricordo la polmonite dell'apice che colpisce individui già deperiti o vecchi a scarsa reazione febbrile nei quali l'inizio improvviso non è sempre dimostrabile. Lo stesso deve dirsi per la febbre maltese che si accompagna a deperimento e febbrecola ed anche di alcune forme di asma a reperto ascoltatorio prevalente nel campo superiore del polmone.

Ma soprattutto merita di essere ricordata come insidiosa per il catarro dell'apice l'influenza il cui polimorfo quadro clinico è noto a tutti i medici; le resistenze individuali e il genio epidemico modificano in questa malattia il

decorso da caso a caso. Tanto più poi la cosa è ardua per la non facile successione morbosa tubercolare che si può impiantare in un soggetto influenzato. Ricordo a questo proposito di un giovane che ebbi occasione di visitare una sola volta per influenza con febbre e scarsi fatti secchi sparsi su tutto l'ambito. Dopo oltre venti giorni venne da me in condizioni d'animo particolarmente depresse raccontandomi come sebbene qualche giorno dopo la mia visita avesse sfiebrato lo stato di debolezza lo aveva spinto a farsi visitare in vari ambulatori. Orbene i medici consultati gli avevano riscontrato infiltrazione apicale destra specifica e gli avevano consigliato il ricovero in sanatorio. Il fatto obiettivo come potei controllare esisteva realmente anzi presentava i fatti di un vero blocco bronco pneumonico in quasi tutto il lobo superiore; ma il decorso successivo dimostrò come si trattasse di una influenza tardiva di focolai influenzali anzichè di una successione polmonare tubercolare.

Più facile è, come abbiamo detto, l'errore con lesioni polmonari croniche come l'actinomiosi o il carcinoma. Si tratta di affezioni che spesso oltre ai fatti catarrali presentano sputi ematici; se perciò la sede della lesione è sotto-apicale e s'accompagna a febbricole e deperimento lo scambio con la t.b.c. polmonare è tutt'altro che raro. Casi di questo genere sono anche occorsi alla mia osservazione.

Ricordo di una vecchia settantenne che presentava fatti di atelettasia apicale con scarsi segni umidi nella quale anche la radiografia non faceva rilevare che una infiltrazione mal definibile tanto che rimasi a lungo incerto tra una t.b.c. senile e un tumore pur propendendo in base a sintomi secondari per il tumore. Infatti una afonia ricorrente poco dopo confortò la diagnosi successivamente controllata anche alla autopsia.

Ugualmente l'actinomiosi può presentare le stesse difficoltà diagnostiche; se l'espettorato ripetutamente esaminato persiste negativo è nostro dovere estendere il campo delle ricerche e non ostinarsi nella diagnosi iniziale di tubercolosi; uno zaffo giallo nell'escreato potrà essere il filo conduttore della malattia.

Con un'altra affezione cronica, la sifilide, si presenta uguale quesito. Anzi l'azione reciproca della tubercolosi e della sifilide è un argomento sul quale non è stata detta ancora l'ultima parola. Nei casi di associazione delle due malattie i pareri sono discordi però già Landouzy affermava la gravità di una t.b.c. allorchè secondariamente si aggiunge una lue; Fournier anche iscriveva la sifilide tra le cause più attivanti della t. b. c. polmonare tantochè Pitter diceva come ogni adulto che contrae la sifilide sia un candidato alla tubercolosi.

Ma prove dell'antagonismo tra lue e t.b.c. polmonare o per lo meno dell'attenuazione di quest'ultima nei casi di coesistente sifilide polmonare non sono eccezionali. Non si può dimenticare che la lue polmonare determina non raramente un decorso lento nella tubercolosi forse perchè le lesioni sclerotiche interstiziali luetiche che ne conseguono sono piuttosto benefiche per l'ulteriore andamento della t.b.c.

Se è facile diagnosticare una forma selero gommosa luetica da una t.b.c. polmonare per la sede parailare o centrale del processo sifilitico, non ugualmente semplice è il quesito allorchè la gomma disfatta si è vuotata nei bronchi e si sono stabilite le caverne gommose.

*
* *

È questa un'altra sindrome, la *cavitaria*; che come il catarro dell'apice con molta facilità può essere scambiata con la t.b.c. ulcerosa. Pur riconoscendo che il maggior numero delle caverne siano specifiche, non dobbiamo in essa sempre identificarne la natura; sorprese ed eccezioni non mancano a questo riguardo.

Abbiamo infatti accennato ora ad esistenza di caverne luetiche; la radiologia a tal proposito ha fatto molto avanzare le nostre cognizioni sull'argomento. Con Letulle oggi distinguiamo quattro forme anatomo cliniche della sifilide polmonare: la gomma solitaria, l'ammasso sclerogommoso, la cicatrice stellare e l'isolotto di broncopolmonite luetica. Tra queste le gomme già ritenute eccezionali, sono di speciale interesse perchè recenti studi di Benda e di Sergent ne hanno dimostrato la frequenza molto maggiore di quanto non si credeva per l'innanzi. Esse danno presto luogo a caverne. Anche ultimamente Sergent con Piot e Imbert hanno richiamato l'attenzione su queste forme cavitari che erano state invece sospettate come cancri o ascessi polmonari, e che con una cura adeguata si sono rapidamente trasformate in cicatrici stellari.

Accanto alle caverne gommose che Sergent identifica con una immagine radiologica di forma caratteristica se ne devono ricordare altre di varia natura che saranno prese in considerazione allorché accanto ai sintomi cavitari gli altri elementi allontanano dalla sospettata tubercolosi. Le più frequenti sono le bronchiectasiche in cui i fenomeni classici dal timbro anforico del murmure ai rumori di pentola fessa nella percussione sono presenti, ma nella metà inferiore dell'ambito, in sede quindi non abituale per la forma Kochiana. Se la bronchiectasia è sacciforme si hanno espettorazioni abbondantissime a periodi con intervalli di quiescenza, l'espettorato inoltre non è nummulare ma tende a suddividersi nei tre strati della bronchite putrida.

Nondimeno le cause stesse determinanti le bronchiectasie quali la bronchite cronica e l'enfisema rendono spesso più oscuro il quadro clinico cui si aggiunge talvolta come sappiamo l'emottisi, sindrome suggestiva per il medico non meno che per il malato.

Caverne possono riscontrarsi semeioticamente anche negli ascessi specie subito dopo le vomiche e nella cangrena la cui diagnosi differenziale non occorre qui riportare.

Si possono comprendere in questa classe anche le cisti di echinococco il cui polimorfismo clinico è in relazione allo stadio in cui si trova al momento dell'esame, così prima della rottura possono essere confuse specie se localizzata nel lobo superiore con le infiltrazioni specifiche e dopo il vuotamento con una caverna della stessa natura.

Questo errore diagnostico non è raro; ho avuto occasione ad esempio di osservare il ricovero ad un sanatorio di una donna affetta da echinococco del lobo superiore nella quale come è frequente in tale malattia si erano ripetute piccole emottisi, l'accertamento radiologico e l'orientamento clinico precedettero di pochi giorni la rottura della cisti.

Vanno infine ricordate, oggi che la diagnosi di caverna è fatta abitualmente in base all'esame radiologico, le così dette pseudo-caverne radiologiche. Si tratta come è facile comprendere di vari elementi che risiedono nel sotto apice come costole, ombre di vasi, ispessimenti pleurici che formano un segno anulare simulante una cavità. Autorevoli radiologi hanno richiamato l'attenzione su questo fatto; elementi per differenziare queste immagini dalle vere caverne sono: il contorno liscio, uniforme, tondeggianti, l'assenza di contenuto, la variabilità della forma e della grandezza in esami successivi. Insomma anche l'accertamento radiografico a cui come elemento obiettivo giustamente si ricorre dagli Istituti assicuratori deve essere sempre visto al lume dell'esame obiettivo e delle altre ricerche.

Le cause sopra esposte sono le più frequenti determinanti il catarro dell'apice e delle caverne al di fuori della t.b.c. polmonare; ma come si comprende fatti catarrali possono aversi anche in altre affezioni di cui per brevità accenneremo nelle sindromi seguenti ricordandole sotto il quadro clinico pseudo-tubercolare in cui esse più abitualmente si manifestano.

*
t *

Se è arduo diagnosticare la natura di un catarro non tubercolare dell'apice forse ancora maggiore difficoltà presenta la sindrome *febricolare* che non raramente capita al medico di osservare. Si tratta spesso di adolescenti o di giovani che senza accusare disturbi di alcun genere si avvedono per caso di andare incontro ad elevazioni termiche vespertine. Il problema che viene posto al curante è appunto quello di ricercarne la causa.

Spesso pur essendo l'esame del polmone clinicamente negativo la radiografia letta con un po' di buona volontà fa vedere un aumento delle ombre dell'ilo ed allora ricordando che la più gran parte delle febbri criptogenetiche sono tubercolari si avvanza la comoda diagnosi di febricola specifica ghiandola. È questa della febricola sopra tutte le sindromi pseudo tubercolari la più insidiosa per il medico in quanto anche la cura ricostituente che si prescrive in questi malati non dà quasi mai risultati apprezzabili.

L'elevazione termica si mantiene per mesi e mesi, scompare, ritorna e poi definitivamente si esaurisce senza che si sia trovata la vera natura. Basta aver pratica ospedaliera per richiamare alla mente casi di pazienti ricoverati per questa febbretta ed al cui letto ogni mattina ci si ferma per constatare il risultato negativo delle varie ricerche orientate sempre in un nuovo senso per comprenderne le difficoltà. Ma per fortuna il più delle volte una ricerca sistematica ben condotta finisce col trovare la causa e ad iniziare un trattamento idoneo.

Esclusa in base all'esame clinico e radiografico una lesione specifica polmonare, si dovrà per prima cosa poter anche escludere una adenopatia dell'ilo polmonare o dei gangli mesenterici sempre della stessa natura. La cutireazione, la formula di Arneth o l'emogramma di Schilling non hanno utilità pratica in questi casi. Riesce meglio il senso clinico del medico che dalla costituzione del soggetto, dal deperimento continuo, da piccoli segni come la sudorazione acre, il cardiopalma la labilità termica, i disturbi mestruali nelle donne ed infine dell'anamnesi personale o familiare potrà concludere se veramente si tratta di una febricola t.b.c. senza localizzazione.

Nè dobbiamo mai trascurare questa sindrome solo perchè non riusciamo subito a mettere in evidenza la natura e la sede della malattia che sostengono tutte le febricole. E' vecchio canone di fisiologia ritenere che la febbre specifica sia l'indice del progredire lento ma irresistibile del processo tubercolare; solo l'apiressia, diceva Strumpell rappresenta una pausa del processo morboso.

Maragliano che ha specialmente studiato la tossiemia t. b. c. ricorda appunto questo fatto clinico febbrile non accompagnato da sintomi di localizzazione e che egli ha chiamato « morbo tubercolare ». Il decorso di questa malattia secondo lo stesso A. può essere:

1° lento, che si prolunga 5-6 mesi e in tal modo si avvia alla guarigione oppure può passare ad una delle forme seguenti;

2° sub acuto, con fatti generali più accentuati ma non tali da costringere il malato a lasciare le sue occupazioni, anche questa può regredire;

3° acuto, ed allora riveste la forma di tifo-bacilloso di Landouzy.

Oggi si tende ad ammettere con la Scuola francese che queste febricole t. b. c. siano l'esponente non già diretto del bacillo di Koch ma di una infezione da ultravirus a potere attenuata.

Nei casi in cui si può invece escludere la t. b. c. le ricerche dovranno essere continuate sistematicamente per tutte le affezioni che possono presentare un quadro clinico simile. Così se il deperimento è notevole penseremo ad una endocardite lenta e richiameremo la nostra attenzione sul cuore, sul rene, e procederemo ad una emocultura; in passato una notevole numero di tali malati erano confusi con i tubercolosi.

Relativamente frequente specie se nell'ambiente in cui vive il malato si sono verificati altri casi, è riscontrare la melitense il cui andamento subdolo è molto insidioso; una splenomegalia e soprattutto la sieroreazione ci potranno convalidare il sospetto di questa infezione. Lo stesso si deve dire del tifo e paratifo specie del paratifo B che si localizza frequentemente alla cistifellea e in essa può dare un processo subdolo che si trascina a lungo. Campanacci che già altre volte si è occupato delle febbricole da colecistite cronica recentemente è tornato sull'argomento ricordando che ottimo elemento per la diagnosi differenziale nelle donne tra la febbricola di natura t. b. c. e quella da colecistite cronica è la presenza di essa soprattutto nel periodo mestruale se si tratta di una febbre specifica, la scomparsa invece in tale epoca se si ha che fare con una colecistite cronica.

L'esame di questi soggetti portatori di colecistiti croniche non calcolose fa rilevare soltanto una dolenzia alla regione sottoepatica ove solo talvolta si riesce a palpare la cistifellea tumefatta. Qualunque setticemia può del resto dare questa localizzazione settica dall'infezione puerperale all'eresipela, dall'influenza alla scarlattina.

Altro organo ove si può indovare una infezione e rimanervi latente provocando solo febbricole è l'appendice; più raramente si tratta di sinusiti e di otiti purulente poichè di solito il dolore in questa affezione è avvertito dal paziente e sui rispettivi organi egli richiama l'attenzione del medico. Sono anche stati descritti casi di febbricole sostenute da una piorrea alveolare: nello stesso gruppo possono ascriversi le cistiti e le cisto-pieliti febbrili delle bambine.

Una affezione acuta che quando si trascina a lungo con febbrette serotine finisce per far rimanere incerto lo stesso medico è l'influenza; il protrarsi di questa al di là di un certo periodo deve ricordare al medico l'evenienza non rara del risvegliarsi di una vera infezione specifica latente fino allora.

Delle affezioni intestinali così frequentemente messe in causa dai profani per spiegare questa sindrome solo le coliti croniche possono essere prese in seria considerazione; molte, troppo autointossicazioni intestinali diagnosticate fino a qualche decennio fa, nascondevano una t. b. c. latente, fortunatamente oggi giorno questo pregiudizio è stato definitivamente vinto. E' invece molto diffusa tra i medici la persuasione della frequenza di una febbricola adenoidica nei ragazzi, diagnosi da accettare con molta cautela perchè nel campo della specialità si è dimostrato che il più delle volte si trattava di una tossiemia t. b. c.

Una malattia cui abitualmente non si pensa e che permette, allorchè il pensiero vi corra, non solo la conferma di una brillante diagnosi ma una rapida guarigione con la cura specifica è la sifilide terziaria. E questa può dare febbre sia nella lue ereditaria tardiva sia nella acquisita, in quest'ultimo caso si può presentare anche nel periodo secondario del quale l'eruzione roseolica era sfuggita allo stesso malato. Nelle donne, alle quali la nozione del contagio spesso non è nota, abbiamo riscontrato non rari casi di tali febbricole secondarie e terziarie che si protraevano da mesi: una cura idonea ha rapidamente avuto ragione di queste.

La sindrome di Glenard nella quale si possono avere elevazioni termiche può anche, come sappiamo, talvolta accompagnarsi ad una vera tossiemia t. b. c. quindi non ci adagieremo sulla diagnosi di morbo di Glenard senza tenere lo sguardo vigile continuamente ai polmoni. Non è purtroppo raro rinvenire dei soggetti t. b. c. tra individui portatori di ventriera ai quali era stato detto che tutti i loro disturbi dipendevano da una ptosi viscerale.

Infine chiuderemo questa elencazione di febbricole ricordando una malattia che si accompagna quasi costantemente ad essa ed è il morbo di Basedow; ma la sua sintomatologia è sufficientemente evidente da essere rimarcata solo che si veda il malato; l'ipertiroidismo al di fuori dell'ipertrofia della ghiandola presenterà sebbene meno accentuati gli stessi sintomi fondamentali.

A questo punto non possiamo tralasciare di ripetere quanto abbiamo detto all'inizio di questa sindrome come cioè le febbri talvolta non siano identificabili nella loro causa determinante ed allora ci dovremo contentare di qualificarle con il termine ad esse dato da Leube di setticemia criptogenetica. Bozzolo riconosceva come il quesito sia talvolta di una difficoltà veramente insuperabile al letto del malato ed esprimeva nei vari tipi clinici di queste febbri un gruppo in cui il focolaio di partenza della setticemia è nonostante le ricerche, restato ignoto. E' però errato il criterio di accettare con facilità una tale diagnosi e sarebbe troppo comodo qualificare ogni febbre di natura nascosta come setticemia criptogenetica richiedendosi per poterla ammettere una leucocitosi e nell'interno dei leucociti saranno spesso rilevabili i globuli sudanofili, indici rivelatori di processi suppurativi obsoleti.

*
* *

Una sindrome che impressiona fortemente l'individuo che ne sia colpito per la prima volta è l'emottisi. Ciò si giustifica perchè è convinzione popolare che gli sputi ematici siano la prova violenta e brutale di una t. b. c. polmonare conclamata; il soggetto resta terrorizzato dal fatto inaspettato ed è talvolta colpito da un vero choc nervoso. Egli ha la fobia dello sputo rosso, ma intanto uno stimolo invincibile gli provoca ogni istante una espettorazione salivare di cui guarda il colore, contemporaneamente questo stato d'animo s'accompagna ad un senso di oppressione e di eretismo cardiaco.

Solo un esame tranquillo del malato, esame che sarà praticato qualche giorno dopo, ci potrà dire se si tratta di semplice sputo ematico extra-polmonare o di una vera emottisi. In questo ultimo caso dovremo passare ad accertare se essa è stata determinata da un focolaio t. b. c. o da una delle svariate cause che brevemente ricorderemo.

Il medico non deve mai lasciarsi prendere dalla cieca convinzione aprioristica che ogni emottisi sia tubercolare ma procederà ad un esame sistematico dell'individuo emottico.

Certamente non dovremo nasconderci che questa probabilità è molto grande ma è nostro dovere praticare tutte le ricerche per completare la diagnosi. Le statistiche che variano a seconda del paese in cui sono state compilate, dal Reparto medico al chirurgico in cui sono stati presi i dati, e dalla estensione che si è dato al termine di emottisi facendo talvolta rientrare in esso gli sputi ematici, tale altra solo le emottisi abbondanti, presenteranno conseguentemente una variabilità grandissima di emottisi tubercolari e delle pseudo-tubercolari. Abbiamo in precedenza accennato alle statistiche straniere: in Italia Rabbino ha trovato il 13% di emottisi non t. b. c. e Omodei-Zorini sovra i malati dell'Istituto e del Dispensario Forlanini fa ascendere tale cifra al 10%, percentuale che deve ritenersi più corrispondente alla realtà delle cose.

Non si dovrà dimenticare di domandare al paziente i caratteri dell'emottisi e le condizioni nelle quali essa si è verificata. In occasione di visite di assicurazioni se il fatto è avvenuto vari anni prima e non è stato seguito da fatti clinici catarrali non ci lasceremo sedurre dalla facile illazione del malato: successivamente sono stato sempre bene dunque non era t. b. c. Cercheremo se il fatto è accaduto da poco di sapere oltre al carattere del sangue, se esso fu emesso con la tosse, se misto a catarro, se spumoso, roseo, rutilante ecc. In questo ultimo caso dovrà ritenersi con ogni certezza d'origine polmonare sebbene anche in caso contrario possa ristagnare e divenire nerastro e se abbondante non essere mescolato nemmeno con l'aria.

Ricercheremo invece le cause delle false emottisi in piccole emorragie boccali specie gengivali, nasali, faringee o laringee e nella rottura di piccoli vasetti ectasici che decorrono sulla mucosa ipertrofica. Sebbene raramente, si possono verificare piccole emorragie nell'aneurisma aortico allorchè la comunicazione

tra la trachea o il bronco con l'aneurisma è parziale o indiretto e questo si verifica specialmente all'inizio. Le emorragie esofagee e soprattutto del cardias si accompagnano ad una ematemesi anzichè ad una emottisi e quindi non rientrano nei casi che noi esaminiamo.

Accertato che si tratta di emottisi vera ed esclusa la natura t. b. c. ci dobbiamo domandare quale potrà esserne la causa per ordine di frequenza. Omodei-Zurini nella sua statistica riporta secondo l'importanza anzitutto l'emottisi da bronchiectasia e da bronchiti croniche a cui a grande distanza seguono le emottisi da vizi cardiaci e le emottisi da ascesso o cangrena, successivamente tutte le altre cause. Per quel che mi risulta dalla pratica ospedaliera e sanatoriale non confermerei tale graduatoria per il gruppo dato come il più frequente. Una bronchite cronica con emottisi nonostante radiografie negative ed uguale esito dell'esame nell'escreato lasciano un po' d'incertezza che solo il tavolo anatomico potrà dirimere.

Io propendo a credere che tra le emottisi pseudo-tubercolari prevalgano le cardiache che s'incontrano specie nella giovinezza. Nell'età media e senile esse sono dovute alla congestione attiva propria degli aortici e degli arteriosclerotici e se localizzate all'apice come osservava Huchard può ben simulare una t. b. c. polmonare. In tali soggetti il volto anzichè presentare i pomelli arrossati come negli specifici fa vedere un pallore accompagnato dalla cosiddetta dispnea bianca di Huchard che lo stesso descrisse in tale forma di asma cardiaca; il cuore ipertrofico e l'ipertensione confermeranno la diagnosi.

Invece la congestione passiva emottoica ha sede alle basi, si accompagna a fatti di iposistolia, di dilatazione del cuore e, ciò che contrasta con la forma precedente, dà asfissia bleu.

Ma è soprattutto la stenosi mitralica, malattia emottoizzante per eccellenza, una delle evenienze più comuni che capita di osservare negli emottoici inviati all'ospedale come specifici. Non è qui il caso di esporre come l'embolo partito dal cuore vada a occludere un settore del territorio polmonare terminale stabilendo l'infarto. Certamente però questa affezione ha indipendentemente dalla sintomatologia violenta e soggettiva, predilezione per la base destra e caratteri propri dell'espettorato che spesso permettono una diagnosi immediata.

L'espettorato emorragico è nerastro come il fegato di vitello non aereato e con scarso catarro. Talvolta però la cosa si complica per la eventuale coesistenza di una t. b. c. polmonare oltre la stenosi mitralica. Potain che si occupò ai suoi tempi di questa eventualità sosteneva che la malattia prima, t. b. c. apicale, determinava l'endocardite stenosante la quale a sua volta determinava un antagonismo colla t. b. c. per le variazioni che risultavano nel circolo polmonare. Anzi per lo stesso Potain in questi soggetti si stabiliva un grande rallentamento nel progredire dell'affezione polmonare che potrebbe anzi migliorare e giungere fino alla guarigione.

Anche l'insufficienza mitralica può determinare emottisi da congestione passiva a focolai, come pure talvolta la miocardite specie se si accompagna a mitralizzazione. Sempre emottisi del gruppo cardio-vascolare vanno considerate quelle che seguono ad una trombosi dell'arteria polmonare.

Seguono per importanza le affezioni polmonari croniche non specifiche soprattutto le bronchiectasie e le bronchiti croniche. Le prime, a cui vengono riferite un notevole numero di emottisi, possono però accompagnarsi ad una lesione specifica e queste naturalmente rientrano nelle emottisi tubercolari. Solo quando avremo con numerose ricerche dell'espettorato, praticato anche con il metodo dell'arricchimento, esclusa la natura Kochiana della malattia e se soprattutto si tratta di bronchiectasie a sede bassa si potrà avanzare la diagnosi di bronchiectasia semplice.

L'emorragia si ha specie nella bronchiectasia a pareti ipertrofiche ed è dovuta all'ispessimento della mucosa molto vascolarizzata e poliposa. Se la mucosa si ulcera l'emorragia può divenire imponente ed anche mortale per tra-

sformazione in caverna ulcerosa bronchiectasica. Avviene talvolta che anche all'autopsia, come rileva Kaufmann sia difficile distinguere quelle forme primitivamente o secondariamente t. b. c. dalle altre semplicemente purulente.

Malattie polmonari che possano per erosione dei vasi dare emorragia sono la gangrena e l'ascesso per le quali però, e soprattutto per la prima, non dobbiamo dimenticare, come per la bronchiectasia, la possibile complicità con una infezione tbc. Gerhartz ha recentemente descritto casi di emottisi da flogosi determinata dall'enterococco sul parenchima polmonare. Il processo spesso localizzato verso l'ilo determina una reazione pleurica e la diagnosi che di solito si avanza è quella di carcinoma o di tubercolosi polmonare. La emottisi rende più suggestiva la ipotesi specifica, però le condizioni permangono buone e l'espettorato presenta numerosi enterococchi.

Gerhartz ritiene che se si tenesse presente questa causa delle emottisi, esse si troverebbero molto più frequentemente di quanto non si creda. È da rilevare poi che nonostante la fissità del processo la prognosi è buona perchè a lungo andare il paziente migliora e si giunge ad una completa guarigione.

Il carcinoma polmonare colpisce persone di una certa età e determina emottisi che non raramente sono il primo segno della malattia, ma il dolore continuo a tipo pleurico, la frequente reazione essudativa emorragica della sierosa, orientano la diagnosi nel vero senso. La conferma ce la darà la radiografia e la caratteristica ben nota dell'espettorato ematico a gelatina di lampone alternato con le vere emottisi. Come abbiamo ricordato sopra a proposito delle pseudo tubercolosi con catarro apicale molti carcinomi polmonari possono però non dare mai emottisi e limitarsi a fatti puramente umidi e infiltrativi profondi come nel caso di cui ho riferito.

Esistono poi emottisi in rapporto a diatesi emorragica, esse non vanno qui ricordate che a scopo scolastico coesistendo sempre in questi soggetti altri elementi obiettivi come la splenomegalia, la stomatite emorragica, l'ecchimosi sottocutanea sufficienti per orientare subito il medico verso la diagnosi di leucemia, porpora od altra malattia ematica.

Lo stesso deve dirsi delle malattie infettive come il vaiolo, il morbillo, la scarlattina nelle quali si può all'inizio o durante il decorso notare qualche sputo ematico anziché una vera emottisi; tutto il restante quadro clinico renderà impossibile un errore diagnostico.

Anche le malattie tossiche possono determinare delle emottisi tanto se il fattore tossico è esogeno come l'alcool quanto se è endogeno come abbastanza frequentemente capita di osservare nella nefrite cronica, nel diabete e nelle malattie del fegato.

Trousseau aveva ammesso nelle donne l'evenienza di emottisi supplementari alla mestruazione, oggi però che si conosce meglio il polimorfismo della t. b. c. tali casi rientrano il più spesso tra le emottisi specifiche a prognosi relativamente benigne e ricorrenti in periodi di speciale congestione e fragilità vasale per la donna.

Da radiarsi anche dalle pseudotubercolosi di natura emottica sono quelle che Huchard chiamò emottisi artritiche perchè riteneva si impiantassero sopra una diatesi artritica; oggi i vasti mezzi di accertamento radiologico ci permettono di accertare in questi individui piccoli focolai specifici latenti clinicamente. Possiamo più semplicemente ammettere che l'artrismo, il cui antagonismo con la t. b. c. polmonare è noto, possa imprimere a questa malattia un decorso fibroso benigno con poussées congestizie alternantisi con le manifestazioni artritiche.

Devono invece essere mantenute nell'elenco delle emottisi pseudo-tubercolari altre forme più rare come la sifilide polmonare che abbiamo già ricordato a proposito della sindrome cavitaria. Anche la lue può, sia nelle forme gomose per erosione di vasi, sia nelle forme di polmonite cronica interstiziale con bronchiectasia, dare emottisi di lieve o medio grado.

Pure deve essere ricordata qui la pneumoconiosi che riconosce lo stesso fattore determinante dell'emottisi, come la lue polmonare, in un processo fibroso interstiziale con bronchiectasia; il genere di lavoro dell'individuo o lo espettorato nerastro, ocraceo o verdastro a seconda delle polveri inalate, ci eviteranno l'errore diagnostico di una lesione specifica.

Un gruppo molto importante invece di affezioni che possono simulare la emottisi t. b. c. sono quelle determinate da parassiti soprattutto miceti che possono invadere il polmone e costituiscono la classe delle pseudo tubercolosi. La loro importanza riguarda sia l'etiologia che il decorso clinico; esse però non appena saranno bene identificate nella causa determinante assumeranno il nome del parassita che li determina ed avremo allora una echinococcosi, una lambliasi, una distomatosi e così via. La varietà di tali parassiti è veramente notevole ed oggi giorno è forse più utile un quadro d'insieme secondo la classificazione parassitologica anzichè una semplice enumerazione.

Marno, che recentemente ha esposto con ricchezza l'argomento ed ha vasta esperienza personale in proposito, le inquadra in maniera che troviamo semplice e razionale: dal suo lavoro possiamo compilare la seguente divisione e catalogazione.

Pseudo tubercolosi polmonare da parassiti animali

Protozoi . . .	} Spirochetosi . . .	Sifilide polmonare (Trep. pallidum Schaudinnii)
		Broncospirochetosi del Castellani (Spir. bronchialis)
	} Amebiasi (Ent. Histolitica)	
		Flagellati (Giardia, Tricomonas) Sono infezioni secondarie delle cavità ascessuali
Metazoi (solo negli ordini dei vermi ed artropodi) . . .	}	Distomatosi (Paragonimus, Distomum)
		Schistosomiasi (Schistosoma Mansoni e schist. japonicum)
		Echinococcosi (Taenia echin. Taenia nana)
		Lombricosi (Ascaris lumbricoides)

Pseudo-tubercolosi polmonare da parassiti vegetali

Miceti	}	Fermento - simili (Tipo Blasto-micotoide, T. cripto-coccoide)
		Funghi filamentosi (Nocardia, aspergillus, penicillium, sporotrichi, oidi)
		Schizomiceti - rara (Streptococco, enterococco, bacillo di Pfeiffer)

Ricordiamo che sebbene la maggior parte dei parassiti sopra elencati siano propri dei paesi tropicali alcuni tra essi sono relativamente frequenti in Italia soprattutto l'echinococco e i miceti. Questi ultimi hanno una ricchezza di varietà notevolissima; basta pensare al genere monilia del tipo criptococcoide ed è merito del nostro Castellani l'averne completato lo studio. Il nome di questo scienziato italiano è poi specialmente legato nel campo della pseudo-tubercolosi alla spirocheta bronchialis da cui prende nome la malattia del Castellani.

Sebbene alcuni autori abbiano creduto di identificare anni or sono la spirocheta del Castellani come una varietà della spir. Vincentii, le ricerche di Fantham, di Bacicalupo, di Salmon e di numerosi altri, hanno dimostrato come si debba mantenere la divisione morfologica, clinica ed etiologica delle due affezioni. L'esposizione anche sommaria del quadro clinico della pseudo-tubercolosi parassitarie ci porterebbe troppo a lungo; diremo solo brevemente qualche cosa dal lato prognostico che è quello che più ci interessa.

*
* *

Quello che abbiamo detto all'inizio per ciò che riguarda la terminologia usata più o meno felicemente per qualificare tutte queste sindromi a tipo pseudo-tubercolare dobbiamo qui ripetere per la *prognosi*. Evidentemente poichè sotto questo termine non esiste una malattia come unica entità clinica e

anatomica ma comprendendosi in essa un aggregato di varie affezioni che hanno tra loro in comune soltanto la caratteristica di mentire la tubercolosi, la prognosi non sarà una ma tante per quante sono le malattie che si riscontrano.

Comunque forse meglio che nella t. b. c. polmonare sarà possibile dire una parola sul decorso ulteriore dell'affezione in quanto le resistenze individuali e la gravità della malattia possono esser meglio valutate nella pseudo tubercolosi anzichè nel campo della t. b. c. E questo non per fare del pessimismo sulla t. b. c. polmonare ma perchè è una constatazione frequente nei sanatori quella di veder resistere al male per anni individui in cui l'esito era stato previsto vicino; ed altri invece diagnosticati portatori di forme guaribili a un certo punto peggiorare ed evolvere in modo inaspettato.

Errore pregiudiziale nella prognosi della pseudo tubercolosi, in cui talora cade oltre che il malato anche il medico, è quello di ritenerla sempre fausta. Certamente esistono tra queste alcune affezioni relativamente benigne, ma malattie gravi e mortali a scadenza più o meno lontana non mancano davvero.

Basta ricordare le varie sindromi che abbiamo sopra esposto. Così non vi è dubbio che il *catarro dell'apice* quando è esponente di una atelettasia funzionale non è di per sè una vera malattia ma dimostra non di meno una speciale debilità locale a qualunque infezione che eventualmente vi si potesse impiantare. Si comprende come il contagio Kochiano in queste condizioni è facile a determinarsi in quanto la fisiomeccanica respiratoria è profondamente alterata.

Una uguale riserva si deve avanzare per i casi ben accertati di stenosi apicale da ipertrofia timica o della tiroide nella cosiddetta sindrome di Kronig.

Ma accanto alle capacità respiratorie dinamiche apicali esistono casi di catarro dell'apice con lievi fatti umidi e che son dovuti ad un fatto intercorrente acuto localizzato ai lobi superiori del polmone.

Certamente la discriminazione è molto più facile ad un medico curante che al medico assicuratore poichè quest'ultimo si trova in condizioni molto più difficili di giudizio. Infatti l'anamnesi raccolta in tale occasione può essere esposta in modo non rispondente alla verità o taciuta in parte o in parte travisata; per di più in una unica visita egli deve giungere ad un giudizio per il quale in clientela privata si sarebbe richiesto un esame successivo. Perciò il medico fiduciario dovrà dall'esame obbiettivo trarre i massimi elementi di giudizio da completare con accertamenti di laboratorio e soprattutto radiografici.

L'importanza di questi ultimi non può sfuggire a nessuno e nei casi sospetti è buona norma praticarli senza indugio. Il rinvio dell'accettazione ad un tempo successivo non è mai ben accolto dall'assicurato che riceve con un senso di disagio e di sfiducia questa proposta; e cercheremo perciò in tutti i casi in cui sarà possibile di giungere subito ad un giudizio definitivo ed esatto.

Molta importanza dovrà per questo criterio esser data alle condizioni generali e soprattutto alla costituzione del soggetto delle quali già abbiamo fatto cenno avanti. Una macrobronchite acuta con sibili diffusi su tutto l'ambito specie se contemporaneamente riscontreremo un arrossamento delle fauci andrà intesa con giusto criterio e non dovrà con troppa facilità emettersi un giudizio di lesione sospetta.

Norme fisse in questi apprezzamenti non se ne possono dare perchè come nella pratica quotidiana ci si imbatte nel malato e non nella malattia ugualmente in assicurazione noi incontreremo l'ectipo e non il tipo. E' appunto da tanti piccoli e grandi segni clinici che dovrà sorgere il giudizio critico del caso.

In complesso però non dimentichiamo che la prognosi è migliore in una

affezione acuta intercorrente con fatti bronchiali che in una deficienza di costituzione dell'albero respiratorio.

Ottimo invece è il decorso successivo di una influenza e della polmonite a localizzazioni apicali, naturalmente dopo che sarà superato il periodo acuto della malattia perchè tali malattie non lasciano deficit di sorta. Infausta invece è la prognosi del carcinoma polmonare e molto riservata anche nelle micosi. Quest'ultima malattia che i più ritengono si possa guarire in breve con un po' di joduro non ha il più spesso come ci si immagina questo decorso così benevolo. Sopra questo errato giudizio richiamai l'attenzione anni fa in una comunicazione all'Accademia Linceiana a proposito di un caso di actinomicosi occorsomi; ciò è forse dovuto ad una frequente confusione che si fa tra le micosi cutanee e quelle polmonari. Laederich in una statistica sull'argomento rileva infatti una mortalità dell'87 % nelle forme toraco polmonari di fronte 13 % delle cervico-facciali e nessun caso di morte nelle micosi cutanee. E' probabile che alla gravità del decorso contribuisca la tardività con cui viene accertata la diagnosi quando cioè la lesione è già diffusa e accompagnata da fatti suppurativi vasti; ne si può escludere che le varietà che si impiantano nel polmone siano resistenti allo joduro.

Anche per la bronchiectasia e per gli ascessi polmonari, se v'è notevole ristagno di pus la prognosi deve rimanere riservata; la trasformazione in cangrena polmonare non è rara e quest'ultima poi può presentare i temuti emboli settici specialmente cerebrali.

Più benigna è la prognosi delle cisti di echinococco fino a che esse sono chiuse, ma la suppurazione della pericisti o il ristagno del pus nell'interno di essa allorchè ha suppurato è di evenienza molto più incerta.

La sindrome di *febbre* pseudo-tubercolare ha una prognosi variabile perchè accanto a casi in cui essa si è esaurita dopo molti mesi e il malato è tornato in ottimo stato di salute; non è raro riscontrare soggetti in cui essa rappresenta la prima manifestazione di una colecistite cronica o di affezioni molto più gravi nell'esito quale è ad esempio l'endocardite lenta. In altre parole la prognosi della febbre pura esclusa la natura t. b. c. non sarà avanzata se non dopo avere accertato quale è la vera malattia che la determina.

Potremo invece rassicurare il malato quando si tratta di una febbre sifilitica non complicata o in un morbo di Basedow.

Quanto alla sindrome *emottisi* prevalgono le malattie a decorso grave tranne poche nettamente favorevoli come la bronchiectasia, la bronchite cronica, la pneumoconiosi, naturalmente purchè non presentino complicanze. Ugualmente sono di lieve entità i casi di pseudo-emottisi da rottura di vasi ectatici delle prime vie respiratorie e nei quali gli sputi ematici cessano senza lasciare alcun disturbo.

Invece le emottisi di origine cardiaca sono certamente gravi sia che ci si trovi di fronte ad una congestione attiva che ad una passiva. La prima frequente negli aortici è indice di imminente insufficienza cardiaca sinistra, la seconda prelude ad una crisi di insufficienza cardiaca destra.

L'infarto poi così frequente nella stenosi mitralica nonostante il decorso relativamente benigno del focolaio polmonare, dimostra con il ripetersi degli attacchi che il soggetto va incontro a continui emboli che un giorno certamente non lontanissimo finiranno con l'imboccare la silviana con esito che si può facilmente prevedere.

Per le emottisi di altra natura neoplastiche, da micosi, da ascesso, vale già quanto abbiamo detto in proposito nelle precedenti sindromi.

E' invece buono il decorso della broncospirochetosi di Castellani per la quale malattia una volta che si sia stabilita la diagnosi si praticherà con successo sicuro una cura di tartaro emetico.

Infine per le emottisi di origine tossica come la nefrite, il diabete, la cirrosi e per le malattie emorragiche quali la leucemia e la anemia perniziosa.

la prognosi è quella della malattia determinante e quindi fatalmente cattiva a scadenza più o meno prossima.

CONCLUSIONI

In questa rapida rassegna abbiamo visto che, al contrario di quanto alla leggiera si crede, anche allontanato lo spettro della t. b. c. polmonare queste sindromi che ne simulano il decorso sono molto spesso di prognosi riservata. Nel campo assicurativo specialmente l'argomento è delicato ed un medico fiduciario che trascurasse di riportare e di vagliare gli elementi anamnestici suesposti sarebbe molto deplorabile.

Purtroppo una parte notevole di queste sindromi sono diagnosticate solo in base alla dichiarazione dell'assicurato e talvolta possono essere taciute. Ma il caso è molto meno frequente di quanto si creda perchè l'assicurato denuncia questi disturbi sofferti in passato sia per la sua rettitudine sia perchè non ignora che le dichiarazioni reticenti lo esporrebbero alla contestazione della polizza.

D'altra parte il medico deve saper bene interrogare il soggetto con domande discrete e graduali riguardo ai disturbi presentati ponendo ben mente a quanto gli vien detto per riuscire a far la diagnosi dell'affezione pregressa; affezione del resto che anche allorchè era in atto poteva non essere stata ben classificata dal curante o dal consulente.

Si tenga presente che talvolta il soggetto alle domande rivoltegli può essere reticente o usare delle perifrasi sulle quali si deve fermare la attenzione del fiduciario.

In assicurazione vita si potranno accettare le sindromi pseudo tubercolari emottoiche o da febbricole purchè però dalla diagnosi generale sintomatologica si sia giunti alla vera diagnosi etiologica della malattia.

Solo in questo modo potremo accettare il rischio quando cioè in base ad elementi anamnestici, obbiettivi, al decorso ed agli esiti, sapremo realmente di quale forma morbosa ha sofferto e soffre ancora l'assicurando.

Ma v'è un gruppo di falsi tubercolosi forse il più importante, quello cioè del catarro dell'apice che qualora venisse esclusa la natura specifica, potrebbero essere acquisiti in assicurazione anzichè confusi con le bronco-alveoliti in atto e perciò destinato a un sicuro rifiuto. Non è infatti eccezionale in occasione di visite di controllo riscontrare come una macrobronchite influenzale con rantoli secchi nella metà superiore del torace abbia fatto equivocare il medico fiduciario che l'ha interpretato come una lesione specifica inesistente. Va però ricordato che quando i fatti umidi sono persistenti o si riscontrano le sindromi cavitare, di qualunque natura esse siano si dovrà essere molto cauti nel giudizio prognostico del rischio. Dobbiamo perciò concludere che solo il criterio clinico in questi casi potrà guidare il medico assicuratore nell'esame del soggetto.

RIASSUNTO.

Dopo aver ricordate le ragioni pratiche che consigliano di mantenere riunite molteplici malattie sotto l'unico termine di sindromi pseudo-tubercolari, distinte dalle pseudo-tubercolosi anatomiche, l'A. passa in rassegna le affezioni che possono dare le sindromi del catarro apicale, del tipo cavitario, della febbre e dell'emottisi.

Si sofferma poi sulla prognosi dei vari gruppi rilevando come in complesso essa sia meno favorevole di quanto abitualmente si creda e rileva la grande importanza delle dichiarazioni anamnestiche in queste malattie specie

per le sindromi emottoiche e della febricola e la non minore importanza delle ricerche di laboratorio.

In rapporto all'assicurazione vita l'A. ritiene che mentre non si devono rifiutare *a priori* tutti gli individui già portatori di un febricola, di un catarro o di una emottisi perchè ritenuti tubercolosi, dovremo esaminare il soggetto per accertarsi che non si tratti di una pseudo-tubercolosi. In questo ultimo caso si potrà accettare il rischio soltanto però quando avremo accertato la vera diagnosi etiologica della cosiddetta affezione pseudo tubercolare.

Si deve perciò procedere nell'assicurazione come nel campo clinico; non adagiarsi sulla diagnosi negativa della pseudo tubercolosi ma giungere a quella etiologica che ci dirà la giusta gravità del rischio.

L'elettro-prognostico nel campo della medicina assicurativa

Dott. PELLEGRINO PELLEGRINI

*Fid. del Sind. Obbl. Marittimo Infortuni in Stambul
Specialista delle Malattie di cuore.*

A chi abbia seguito il vasto movimento di ricerche che si sono svolte dalla scoperta di Einthoven fino ad oggi appare chiaramente che l'Elettrocardiografia, dopo i vari tentativi più o meno felici di gettare le basi di un Elettrodiagnostico, si orienta in questi ultimi tempi verso l'Elettroprognostico con lo studio dei *complessi atipici*.

Vogliamo dire che invano si è tentato di sovrapporre ai differenti quadri clinici dei vizi cardiaci i tracciati corrispondenti, invano (e questo era l'essenziale) si è cercato di individuare a mezzo dei tracciati il « fattore miocardico » dell'insufficienza cardiaca.

Ciò è dovuto senza dubbio alla natura stessa dell'Onda di Eccitazione che è completamente indipendente dalla forza della contrazione, il solo elemento che potrebbe misurare l'energia del miocardio.

Nello studio delle aritmie l'elettrocardiologia ha apportato veramente degli elementi nuovi, ma l'aritmia non è che un solo punto (e non il più importante) del problema dell'Asistolia. (L'aritmia perpetua con compensazione perfetta insegna!).

Questo per quanto riguarda l'Elettrodiagnostico.

Nel campo dell'Elettroprognostico invece notevole è stato il progresso che è stato apportato con lo studio dei *complessi atipici*.

E' indubitato che, anche qui, l'interpretazione dei tracciati lascia aperto il campo alle ipotesi, che nè i dati sperimentali nè le constatazioni anatomopatologiche hanno permesso sinora una spiegazione soddisfacente delle anomalie dei complessi in funzione delle diverse lesioni del miocardio... Siamo ancora lontani da una *localizzazione cardiaca*... ma è incontestabile d'altra parte che la sola *constatazione* delle differenti anomalie di forma dei tracciati può, già fin da ora, permetterci una valutazione, sufficientemente esatta in pratica, del *valore funzionale del miocardio*.

Questa valutazione è appunto quella che ci interessa dal punto di vista assicurativo, in quanto ci permette un giudizio sul *rischio*.

Recentemente Calvin Smith in America, il prof. Clerc in Francia, il Runk in Germania attiravano l'attenzione dei tecnici delle Assicurazioni sui vantaggi

dell'Elettrocardiologia per la valutazione del *rischio* nei cardiaci (ed io aggiungo: negli individui sani... apparentemente!...).

Negli Stati Uniti d'America è di già cosa fatta. In Germania si sta facendo. Noi Latini stiamo ancora sull'aspettativa.

Forse per uno spirito encomiabile di prudenza e di critica. Forse anche perchè l'Elettrocardiografia è una branca alquanto specializzata della Cardiologia... una lingua nuova (diremo con il Clerc) che ha il suo alfabeto, la sua grammatica e la sua sintassi..... che bisogna conoscere prima di potersi orientare.

E' perciò che abbiamo seguito con grande interesse, nel numero del mese scorso di questa nostra Rivista il tentativo di volgarizzazione che ha pubblicato di questo metodo il Dott. Sultano. Non esitiamo a qualificarlo una chiara sintesi, che potrà e dovrà invogliare molti dei nostri colleghi ad approfondire questa branca della Cardiologia.

In questo ordine di idee, e giovandoci delle premesse contenute nella pubblicazione del Dott. Sultano noi tenteremo, nelle poche righe che seguono, di esporre qualche caso di

Elettroprognostico in funzione del « rischio ».

Ci dispensiamo dai preliminari supponendo che il lettore abbia già fatto tesoro dell'articolo del Dott. Sultano. Anzi ci riferiamo ad esso.

Complessi tipici. — A pag. 15 della nostra Rivista è riportato un tracciato tipico.

Esaminiamolo: vi si notano le onde *P*, *Q*, *R*, *S*, *T*, separate da intervalli che corrispondono alla linea *isoelettrica*.

Prendiamo nota che in questa *Derivazione (II)*: *P* è positivo (+); *Q* è negativo (—); *R* è positivo (+); *T* è positivo (+).

Il valore degli *intervalli* tra queste onde si esprime in frazioni di secondi. E' facile notarlo calcolando che i films portano delle strie verticali che corrispondono al 25° o al 50° di secondo.

Prendiamo queste misure (fig. 1): troviamo:

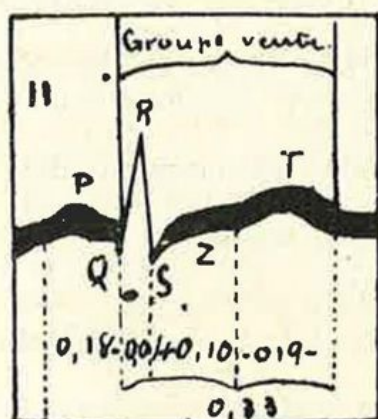


Fig. 1 (dal Bordet).

La durata dell'onda *R* è di 0.04;

L'intervallo isoelettrico tra *R* e *T* è di 0.10;

La durata dell'onda *T* è di 0.19;

La durata del gruppo ventricolare *Q.R.S.T.* è di 0.33.

Questo tracciato è tipico per la forma delle onde, per la direzione (positiva o negativa) delle medesime rispetto alla linea isoelettrica, per la durata delle onde e degli intervalli.

Tracciati atipici. — Da quanto è detto sopra risulta che: Atipici possono essere i tracciati: a) per la forma delle onde; b) per la direzione; c) per la durata.

L'*atipicità* può interessare 1°: *QRS* e *T* nello stesso tempo.

Ecco un esempio nella figura acclusa (fig. 2).

Osserviamo la forma delle onde:

R presenta un accidente in forma di uncino sulla branca montante in *D*₂.

S presenta un accidente simile sulla branca discendente in *D*₃.

Osserviamo la direzione:

T è negativo (—) in *DI*.

Osserviamo la durata:

La durata di *R* è maggiore di 0.7, le due branche di *R* appaiono divaricate.

Inoltre R è maggiore in D_1 e D_2 che in D_3 | Caratteristiche di preponderanza elettrica sinistra.
 S è minore in D_1 e D_2 che in D_3

Un tracciato che presenti queste anomalie dà una mortalità del 60 % in un periodo di tempo medio di dieci mesi. Vale a dire che il 60 % dei pazienti che presentavano queste atipicità dei tracciati sono morti nei sei mesi in media

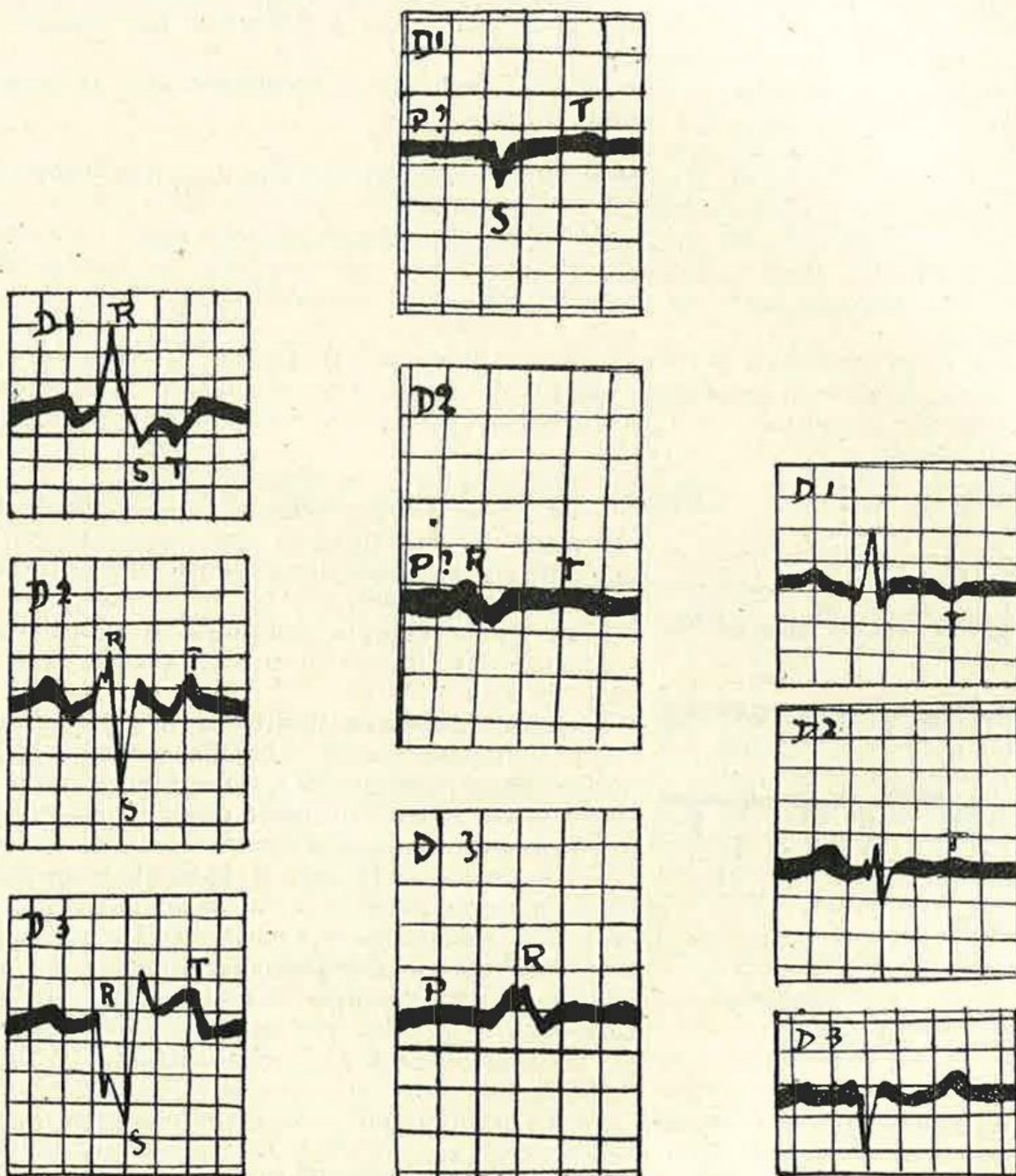


Fig. 2. - Secondo Clerc.
 Predominanza elettrica sinistra.
 Accidenti in R e in S .

Fig. 3.
 Tracciato di basso voltaggio
 (Collezione personale).

Fig. 4. - Dal Deschamps.
 Osservare la T negativa in D_1 .

che seguirono la presa del tracciato. (Statistica di R. Levy nel servizio del Prof. Clerc).

Atipicità di QRS isolata. — Osserviamo la figura 3.

QRS sono appena accennate ed appaiono come lievi oscillazioni intorno alla linea isoelettrica.

R è accidentato in D_3 .

Si tratta dei cosiddetti tracciati di *basso voltaggio*.

La morte in un periodo medio di 10 settimane si è verificata nell'80 per cento dei casi... (Statistica di R. Levy riportata dal Deschamps).

Notiamo che tali tracciati si riscontrano tutte le volte che il cuore è sottoposto ad una pressione dall'esterno (Ed. Cehlo).

Anche nel Pneumotorace (Pezzi?).

Atipicità isolata di T. — Pur restando tipici i tracciati per quanto riguarda QRS, T può presentarsi:

Negativa in D_1 e D_2 o solo in D_1 o solo in D_2 (Notiamo che T negativa soltanto in D_3 non ha alcun valore prognostico).

La fig. 4 acclusa mostra un T negativo in D_1 .

L'atipicità isolata di T si osserva particolarmente negli stati anginosi dove essa aggrava in modo speciale il prognostico.

La mortalità dei casi di Angor nei soggetti a complessi tipici è del 35% (Willius, Prusik). Essa si eleva al 70 per cento nei soggetti in cui lo stato anginoso è accompagnato da tracciati atipici e specialmente di *atipicità isolata di T*.

Nei nostri tracciati personali presi all'ospedale Gulhané di Stambul in 9 casi di anginosi con inversione isolata di T ben sette son morti in due anni!

Atipicità complesse. — Caratteristica è l'atipicità conosciuta col nome di *onda di Pardee*.

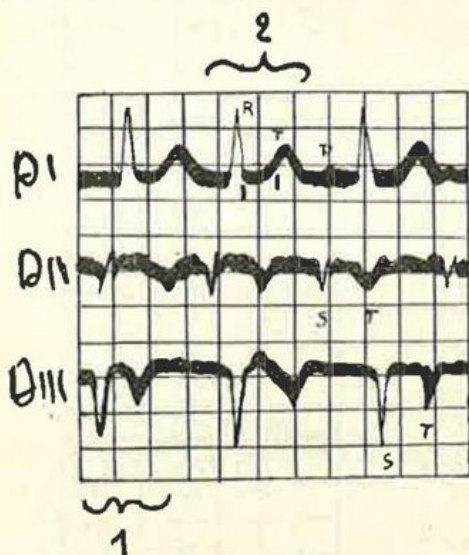


Fig. 5. - Onda coronarica
(secondo Pardee).

Osserviamo il tracciato fig. 5.

In D_3 nel complesso N. 1 osserviamo che lo spazio ST è soppresso, un segmento curvilineo unisce la branca ascendente di S ed il piede di T che è invertita.

In D_1 al secondo complesso si nota lo stesso segmento curvilineo che unisce la base di R alla base di T.

Questa anomalia ha un valore anche diagnostico. Tutti gli autori sono d'accordo su questo punto. Essa permette di diagnosticare una ostruzione acuta delle Coronarie quale si osserva nell'Infarto del Miocardio (Prof. Pezzi, *Il Cuore*).

Nei rari casi in cui il paziente sopravvive all'Infarto acuto si costituisce nella zona soggetta del miocardio una cicatrice. Da questo momento la morte minaccia il paziente ad ogni istante per fibrillazione ventricolare... In ogni caso essa si verifica per asistolia irreducibile nei due anni che seguono il primo attacco (Aubertin

e Lereboullet).

La sintomatologia durante questo periodo può essere completamente *negativa all'esame obbiettivo*. Solo l'esame cardiaco può svelare la lesione che fatalmente condurrà il paziente a morte in un periodo di tempo quasi definito...

Chiuderemo queste brevi note, che non hanno pretensione scientifica, con le parole testuali di Deschamps:

« L'atypie des complexes constitue dans ces cas chez un sujet apparemment peu atteint le seul signe révélateur de la meopraxie grave de l'organe. Et pourtant il s'agit en général, contrairement à ce qu'on pourra croire, de malades condamnés a plus ou moins brève échéance comme le démontre l'observation prolongée de ceux-ci ».

Della vastissima bibliografia faremo cenno solo ai lavori che si riferiscono all'argomento trattato nella presente nota: CLERC, *Preface a « Elettrocardiographie clinique »*; CLERC, *Maladies du coeur et vaisseaux*; P. N. DESCHAMPS, *Elettrocardiographie*; LUTEMBACHER, *Troubles fonctionnels du coeur*; RICORD,

Physiologie du coeur; R. LEVY, *Les anomalies du complexe ventr. electric*; T. LEWIS, *Heart*, 1919; H. PARDEE, *Amer. Journ. of the Med. Sc.*, 1925; C. PEZZI, *Il cuore*, 1929; VEIL, *Arch. des mal. du coeur*, 1923; PARDEE, *The Amer. heart Journ.*, 1927; PEZZI, *Sul significato dell'onda T*, consultare *Arch. Mal. du coeur*, 1922; ORSI e VILLA, *Sur l'Anarchie ventriculaire*, *id.*, 1928; ecc.

I più recenti lavori sull'argomento: E. GERAUDEL (*Bull. Med.*, 1933), V. LOMBARDINI (*Arch. du coeur*, 1933), C. PEZZI (*Arch. du coeur*, 1933), A. CLERC (*Congres de Prague*, 1933), LIAN e GABLIN (*id. id.*).

Stambul, 10 aprile 1934.

Dott. P. PELLEGRINI.

RIASSUNTO. — Lo scrivente espone in sintesi le forme più comuni dei *Tracciati atipici* in E. Cardiologia con il loro significato prognostico, e riporta esempi di tracciati nei quali il *rischio* può perfino essere tradotto in cifre. Da qui l'importanza dello studio dei *complessi atipici* in *medicina assicurativa*.

Sintomatologia precoce della tabe dorsale

Dott. MARIO COSTABILE BARNABEI

Ispettore Medico dell' I. N. A.

Le ricerche eseguite in questi ultimi tempi da moltissimi autori sulla tabe dorsale hanno dimostrato che questa malattia non presenta più un quadro clinico così imponente e fatalmente progressivo come per il passato. In molti tabetici la malattia subisce un arresto dando luogo ad una certa regressione dei fenomeni morbosi, rimanendo però sempre fermi e presenti i sintomi basilari dell'affezione.

La conclusione alla quale detti autori sono pervenuti è che oggi è possibile individuare subito con i moderni mezzi di indagine i primi segni dell'affezione morbosa, specie delle forme iniziali e fruste ed istituire di conseguenza la cura specifica che, se non riesce a guarire, è per lo meno in grado di arrestare il decorso della malattia.

Ma quali sono questi primi sintomi che permettono fare subito la diagnosi di tabe dorsale o per lo meno possono guidare verso una prima giusta orientazione diagnostica?

La sintomatologia della tabe dorsale, come è ben risaputo, viene suddivisa in tre distinti periodi: il periodo preatassico, il periodo atassico, il periodo terminale.

Se l'individuo che si esamina presenta tutte o quasi tutte le particolarità di uno di questi tre periodi, la diagnosi diviene relativamente facile. Ma se al contrario l'individuo dichiara di soffrire da qualche anno di un solo sintomo o caratteristica speciale e propria della sintomatologia tabetica, ed all'esame obiettivo infine non si riscontra alcun segno specifico di detta malattia, si è in grado e si può affermare che ci si trovi di fronte ad un caso di tabe o per lo meno di tabe monosintomatica?

La constatazione di un solo sintomo non può metterci in grado di emettere la diagnosi di tabe dorsale.

Quale è il « minimum » dei sintomi necessari e sufficienti per farci giudicare di essere dinanzi ad un caso di tabe dorsale?

Quali sono i sintomi premonitori che più spesso si riscontrano e propri di detta malattia?

Compaiono tutti nel medesimo tempo o si susseguono a distanza l'un dall'altro?

In medicina assicurativa è di somma importanza il conoscere questa sintomatologia precoce la quale fornisce al fiduciario il mezzo di mettere in giusta luce le alterazioni morbose che riscontra nell'individuo in esame. In tal maniera egli può fornire ai medici delle Direzioni Centrali tutti gli elementi necessari e sufficienti per l'esatta valutazione del rischio assicurativo.

Per poter arrivare a formare questo « minimum » è necessario che i sintomi abbiano quasi tutti un valore approssimativamente eguale e che si manifestino presso a poco nel medesimo tempo.

Per poter fissare questo « minimum » bisogna dunque ricercare nel complesso sintomatologico così vario e così ricco della malattia quei segni propri e caratteristici appartenenti alla tabe nei suoi differenti periodi.

Si possono allora prendere in esame quei sintomi che si rendono in special modo evidenti per la loro precocità, frequenza, persistenza e valore semiologico, riunendoli, secondo J. Abadie, tenuto conto della loro specifica qualità in tre gruppi: I. Sintomi funzionali; II. Sintomi fisici; III. Sintomo citologico.

Nei sintomi funzionali si possono includere: i dolori folgoranti, con i loro equivalenti dolorosi ed i disturbi dell'apparato genito-urinario.

Nei sintomi fisici: i disturbi propri della pupilla, dei tendini e della sensibilità profonda.

In quello citologico: il reperto del liquido cefalo rachidiano.

Passiamo, a questo punto, rapidamente in rassegna i vari raggruppamenti:

I. — *Sintomi funzionali.*

Sembra ormai fuori discussione che il

A) Fenomeno doloroso spontaneo rientri nel quadro semiologico il più ridotto della tabe dorsale.

I dolori folgoranti appaiono come uno dei sintomi più precoci e più frequenti della tabe. A tal proposito però è bene tener presente che la sintomatologia parossistica dolorifica, inizialmente può essere rara e leggera. Qualche volta avviene durante la raccolta anamnestica che l'individuo in esame denuncia queste crisi dolorose, definendole « dolori reumatici » ed ai quali si è già da tempo abituato.

B) Disturbi genito-urinari.

Si possono riscontrare o nei casi leggeri o all'inizio della malattia e comprendono disturbi a carico della sfera genitale (fenomeni di indebolimento sessuale fino all'impotenza, della defecazione e della minzione [incontinenza, iscuria paradossa]).

II. — *Sintomi fisici.*

A) Disturbi pupillari.

Fra tutti i fenomeni morbosi che possono « colpire » l'apparato visivo dei tabetici il più frequente ed il più importante nei casi di tabe incipiente o frusta è la rigidità riflessa pupillare (fenomeno d'Argyll-Roberston) e che consiste nel fatto che mentre le pupille non reagiscono più allo stimolo luminoso reagiscono ancora all'accomodazione.

Unitamente all'Argyll-Roberston notasi anche modificazioni dell'ampiezza e della forma della pupilla (miosi, midriasi, anisocoria).

B) Disturbi dei riflessi tendinei.

Il Babinski ha notato, a proposito di questi disturbi, che si ha la scomparsa precoce dei riflessi achillei, mentre sono ancora conservati i rotulei. (Questa osservazione ha portato un notevole contributo alla diagnosi di tabe iniziale e attenuata).

Il segno del Babinski (scomparsa degli achillei con permanenza dei rotulei) ha un valore semiologico molto più grande che non il solo segno del Westphal, (scomparsa dei riflessi rotulei). La mancanza del segno B o del W è da notarsi che può essere bilaterale ma spesso avviene di riscontrarlo da un solo lato.

C) Disturbi della sensibilità profonda.

Questi disturbi si riscontrano in tutti i casi di tabe dorsale e si può affermare che non esista tale malattia senza la presenza di questi specifici sintomi i quali per essere veramente considerati quali stigmati cliniche debbono rispondere a dei requisiti speciali e cioè: precocità, frequenza, facile costatazione.

Il Tardif, il Sicard, il Pitres, l'Abadie, il Carrez, hanno riscontrato particolarità speciali di comportamento di alcuni organi in individui colpiti da tabe dorsale. Infatti il Pitres ha notato che la pressione testicolare nei tabetici risveglia poca o nessuna reazione dolorifica, al contrario di quello che invece si riscontra normalmente nell'uomo sano.

La ricerca di questo sintomo è molto facile e il suo valore semiologico dovrebbe occupare uno dei primi posti tra quelli rivelatori della tabe dorsale.

Accanto all'analgesia testicolare (segno di Pitres) si può porre l'analgesia mammaria alla pressione (segno di Tardif) che si riscontra nella donna tabetica. Quest'ultimo sintomo non ricorre così frequentemente come quello del Pitres.

Il Sicard ha osservato che la compressione della trachea tra il pollice e l'indice ed al disotto dell'anello cricoideo non risveglia quella sensazione dolorosa che prova l'individuo sano il quale viene sottoposto a tale manovra.

L'Abadie a sua volta ha notato che la compressione dei globi oculari di un tabetico non produce quel senso di tensione dolorosa del tutto caratteristica e tale da costringere l'individuo sano a rigettare indietro la testa per sottrarsi a questa manovra. Infine l'analgesia linguale (segno di Carrez) o analgesia alla pressione della lingua, pressione che in un individuo sano provoca dolore vivo e persistente.

I disturbi della sensibilità dolorosa, specie nei casi di tabe frusta, non arrivano fino alla scomparsa completa della sensazione, ma si ha il più delle volte una diminuzione di detta sensibilità cioè non una analgesia, ma una ipoalgesia. Rare volte si riscontra una iperalgesia. Ma tanto l'una che l'altra hanno il medesimo significato clinico e lo stesso valore diagnostico.

Unitamente a questi disturbi della sensibilità profonda si debbono considerare altri disturbi sintomatologici, i quali sono pure importanti dal punto di vista diagnostico e che colpiscono altri organi profondi quali i tronchi nervosi, muscoli, ossa, tendini ecc. Però tra questi è bene mettere in evidenza alcuni che si riscontrano con relativa facilità nelle forme di tabe iniziale e nella quasi totalità di tabe confermata. Questi sono: l'analgesia o ipoalgesia dei muscoli della gamba, l'analgesia o ipoalgesia del tarso e del collo del piede; l'analgesia o ipoalgesia alla percussione delle ossa della gamba.

III. — Sintomo citologico.

Esame del liquido cefalo-rachidiano;

L'esame del liquido cefalo-rachidiano può mettere in evidenza lieve iperalbuminosi, iperglobulinosi, positività delle reazioni colloidali, positività della reazione Wassermann e modica linfocitosi.

Dopo quanto sopra è detto nei riguardi dei disturbi della sensibilità pro-

fonda si può agevolmente osservare che detti disturbi costituiscono uno dei gruppi semiologici più importanti nella diagnosi di tabe perchè si riscontrano e nei casi di tabe a ricca sintomatologia o in quelli a forma frusta ed infine nei casi iniziali a quadro sintomatologico ridotto.

*
* *

Dal complesso sintomatologico or ora descritto è possibile formare una specie di quadro o schema semiologico costituito da un « minimum » di sintomi nettamente caratterizzati e che l'Abadie ha così compilato:

A) Segni di presunzione :

Fenomeni dolorosi o parestesici a caratteri speciali ; disturbi della minzione e della sfera sessuale.

B) Segni rivelatori :

Segno di Argyll-Roberston, disturbi dei riflessi tendinei : rotulei, achillei ; disturbi della sensibilità profonda : visceri ed organi profondi.

C) Segni di controllo :

Esame del liquido cefalo-rachidiano.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita

Nel prossimo numero pubblicheremo :

Dott. F. MARSELLA - LA DISSIMULAZIONE

Varie

Sulla valutazione dei rischi tarati vita in Italia

Dott. ALESSANDRO LAMBERTI BOCCONI

Segretario del CIRT.

La possibilità di offrire un'assicurazione sulla vita anche a coloro che sono menomati nello stato di salute è una conquista degli ultimi decenni.

Quando nel VI Congresso Internazionale di Scienza Assicurativa, tenuto a Vienna, fu trattato l'argomento che riguardava l'assicurazione di persone non assicurabili a condizioni normali, non eravamo che nel 1909, ed i competenti di allora si espressero, sia pure con molte riserve, poichè fra essi erano più i tecnici che i pratici, in senso del tutto favorevole.

Da ciò si rileva che, circa un quarto di secolo fa, questo argomento, che poco dopo interesserà ed appassionerà vivamente, era in quasi tutti i Paesi ai primi passi negli studi e nella pratica. Venivano, allora, assicurati rischi tarati sì, ma tali da lasciar presumere mortalità contenute in limiti lievemente superiori a quelle offerte dai rischi normali. Rischi, per meglio intenderci, che oggi classificheremmo con sopramortalità del 50 o del 75%, al massimo, forse, in casi assolutamente sporadici, del 100%.

I primi elementi di una certa importanza ed utilità sono forniti agli studiosi da una pubblicazione americana venuta alla luce fra il 1912 ed il 1914, la « Medico Actuarial Mortality Investigation » e, successivamente, le ricerche promosse dai Paesi scandinavi, hanno dato notevole impulso alla formazione dei criteri per la valutazione dei rischi tarati.

Ma l'esperienza è lenta a formarsi e possiamo affermare che ancora oggi le basi per la valutazione dei rischi tarati poggiano su elementi e statistiche incompleti ed imperfetti, che soltanto attraverso molti anni di osservazione sarà possibile affinare e completare convenientemente.

Ma al servizio della propria esperienza è utile ed opportuno mettere quella già acquisita da altri, contribuendo con ciò ad accelerare la formazione di basi scientifiche e rigorose anche per l'assicurazione di rischi anormali e che oggi ancora non abbiamo.

Con questo scopo, i vari Consorzi che in Europa si occupano dell'assicurazione dei rischi tarati si sono, per così dire, federati e da qualche anno a questa parte provvedono a scambiarsi pareri sopra casi particolarmente interessanti, ciò che comporta la diffusione della conoscenza delle basi medico attuariali in uso presso ciascun organismo.

Il materiale raccolto è certamente di alto interesse seppure ancora non ricchissimo. Comunque, mi propongo di esaminarlo nella presente nota principalmente per stabilire se il Consorzio Italiano, cronologicamente ultimo fra quelli europei che trattano rischi tarati, non abbia già formato una propria buona esperienza, non abbia già fissati criteri ed indirizzi propri da giustificare ampiamente il diritto di poter ormai dire la sua opinione anche in questo difficile campo dell'attività assicurativa.

La preparazione e la passione di coloro che vollero il Consorzio e ne dettarono le prime norme di vita, l'interesse vivissimo con cui gli organi del Consorzio seguono il lavoro che vi affluisce dal 1928, primo anno di funzionamento, hanno consentito che rapidamente si costituissero buone basi per la valutazione dei rischi tarati, basi che, alla prova dei fatti, si dimostrarono ottime così come le direttive di lavoro tracciate.

Naturalmente i criteri con i quali il Consorzio iniziò la sua attività, data la delicatissima materia, non potevano essere nè rimanere rigidi, bensì subirono un benefico processo evolutivo, si perfezionarono, si modificarono a seconda che l'esperienza si formava o nuove cogni-

zioni si acquisivano. Ed anche in questo lento ma continuo adattamento delle direttive di lavoro al reale andamento degli eventi, è da vedere l'interesse altissimo con cui lo svolgimento dell'attività del Consorzio è seguita, è considerata, è studiata.

*
*
*

In Europa esistono parecchi Consorzi e Imprese che si occupano dell'assicurazione di rischi tarati. Ma quelli che vogliono dar risalto, più che al carattere commerciale, al lato, chiamiamolo pure, scientifico, sono i seguenti:

Consorzio Italiano per l'assicurazione vita dei rischi tarati (gestito dalla « Unione Italiana di Riassicurazione » - Roma).

Consorzio Austriaco per l'assicurazione dei rischi tarati (gestito dalla « Internationalen Unfall-Und Schadensversicherungs Gesellschaft » di Vienna).

Consorzio Cecoslovacco dei rischi tarati - Praga.

Consorzio Danese (gestito dalla « Dana » di Copenaghen).

Consorzio Norvegese (gestito dalla « Norske Folk » di Oslo).

Consorzio Finlandese (gestito dalla « Varma » di Helsinki).

Consorzio Svedese (gestito dalla « Sverige » di Stoccolma).

Per il passato, molto attivo è stato il Consorzio Olandese che faceva capo alla Compagnia « De Hoop » di Gravenhage.

Fra le più importanti Imprese private europee che si occupano della valutazione e tariffazione dei rischi tarati sono da ricordarsi:

la « Münchener Rückversicherungs Gesellschaft » di Monaco.

la « Compagnie Suisse de Réassurances » di Zurigo.

la « Union Rück. » di Zurigo.

la « Koelnische Rück » di Colonia.

e da poco tempo sono scese su questo terreno anche le « Compagnies d'Assurances Générales » di Parigi.

Questi organismi periodicamente si radunano in conferenze molto utili ed interessanti e reciprocamente si informano dei risultati raggiunti nei rispettivi Paesi. Tre anni fa a Copenaghen, quest'anno a Praga, fra tre anni forse a Roma, i rappresentanti dei singoli Consorzi o Compagnie, attuari e medici, tendono i loro studi, fra l'altro, verso uno scopo particolarmente importante: la uniformità, entro i limiti del possibile, della valutazione dei rischi tarati.

Non parleremo di tale argomento in queste note: esso presenta non pochi lati scabrosi, in quanto che al raggiungimento dell'uniformità rigorosa dei criteri di valutazione dei rischi tarati, si oppongono con tutto il loro peso, circostanze e situazioni che non è possibile non tenere nella più seria considerazione.

Diremo, invece, che nella prima Conferenza di Copenaghen del 1928, fu lanciata la proposta, da tutti accolta con entusiasmo, che ciascuno sottoponesse al giudizio dei vari Consorzi e/o Compagnie europei, quei rischi tarati che, per le circostanze che li avessero accompagnati, fossero tali da suscitare particolare interesse.

Uno dei Consorzi funge da centro di raccolta (fino al 1931 fu la « Dana » di Copenaghen; dal 1932 è il Consorzio Austriaco, dopo la Conferenza di Praga sarà il Consorzio Cecoslovacco; dal 1937, forse, sarà quello italiano), e ad esso fanno capo i giudizi espressi dai vari organismi aderenti a questa collaborazione e, successivamente, quello che funziona da Segreteria, dirama a tutti gli interessati i pareri ad esso pervenuti sul medesimo rischio.

Il Consorzio Italiano, ogni 6 mesi, raccoglie in fascicoli quei casi che, per avere i requisiti accennati, hanno formato oggetto di deferimento ai Consorzi esteri. Il giudizio che ciascuno di essi ha creduto di poter esprimere sul caso sottoposto è riassunto nei predetti fascicoli ed è molto istruttivo ed interessante il raffronto che, conseguentemente, se ne può fare.

Non mancano i casi in cui i pareri sono disparatissimi, ma si deve peraltro notare che

nella maggior parte i criteri di valutazione si avvicinano al punto da permettere di giungere alla formazione di qualche conclusione.

Ma il Consorzio Italiano recentemente, ha voluto fare qualche cosa di più, raccogliendo, in un unico volume a stampa, i primi cento casi « italiani » di assicurazioni proposte sopra individui non assicurabili a condizioni normali per le menomate condizioni di salute. In questa raccolta, naturalmente, è indicato, per ogni rischio, il parere espresso dai vari Consorzi europei, e scopo di queste note è appunto il raffronto dei pareri espressi — per lo stesso caso — dal nostro Consorzio con quelli emessi da confratelli europei più vecchi e forniti di maggior esperienza di noi. Da questa indagine apparirà nella sua vera luce la direttiva di lavoro che segue il Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati, nell'esame a cui sottopone le proposte che gli provengono, direttiva che comprende valutazione e tariffazione dei rischi.

I pareri su ciascun caso vengono espressi rispondendo ad un questionario che per ovvie ragioni non può essere che breve e sintetico, e cioè:

1° Può concedersi l'assicurazione nella forma « Vita Intera » ?

2° Durata massima dell'assicurazione « Mista » quando non può concedersi la « Vita Intera » ;

3° Premio normale per un'assicurazione « Mista » di durata 20 anni ;

4° Premio aumentato ;

5° Percentuale di aumento del premio ;

6° Tavola di mortalità usata ;

7° Supramortalità attribuita al rischio ;

8° Tasso di interesse usato per la costruzione delle tariffe ;

9° Esiste la possibilità di migliorare le condizioni ora stabilite? Eventualmente fra quanto tempo ?

10° Può concedersi l'assicurazione del rischio di invalidità ?

11° Clausole speciali (carenze ecc.).

Il Consorzio Italiano non risponde mai alle domande sub 9 e 10), perchè non è nelle sue direttive il riesame del rischio (salvo espressa richiesta dell'assicurato), come la concessione dell'assicurazione del rischio di invalidità.

A quest'ultimo riguardo, infatti, fra le norme che presiedono l'attività del CIRT si legge: « I Consorziati (fra i quali si ripartiscono i rischi ceduti al Consorzio) non assumono la garanzia per il rischio di invalidità che fosse stato coperto dalla Società contraente in base alle proprie condizioni di polizza ».

Dopo queste note di premessa necessaria, passiamo all'esame del materiale di cui disponiamo.

I 100 rischi sottoposti al parere degli Enti stranieri si possono raggruppare in 9 classi, e cioè :

A) Malattie del sistema nervoso	17 casi
B) Tumori	2 »
C) Malattie della pelle	2 »
D) Disturbi del ricambio	26 »
E) Malattie dell'apparato cardio vascolare.	29 »
F) » del sistema emopoietico	1 »
G) » dell'apparato digerente	1 »
H) » » urinario	13 »
I) » » respiratorio.	9 »

Nei 17 casi riguardanti malattie del sistema nervoso troviamo che il parere manifestato dal CIRT è in 15 casi lo stesso di quello espresso dalla maggioranza dei Consorzi esteri. Esaminando però quelli in cui v'è disaccordo, si deve rilevare che un caso di sonnambulismo (che rimonta al 1930) se oggi fosse ripreso in considerazione non sarebbe più rifiutato, bensì

accettato e con una sopramortalità nemmeno elevata. L'altro è un caso di encefalite letargica con parkinsonismo in atto; il caso specifico può prestarsi benissimo anche ad una valutazione severa come ha fatto il nostro Consorzio il quale, in altri 3 casi di encefalite letargica, per le diverse circostanze in cui si sono presentati, ha espresso parere favorevole per l'accettazione. Non è quindi il caso di trarre nessuna conclusione dall'unico caso di disaccordo bensì, dal fatto che quasi tutti i rischi di questo gruppo sono stati valutati con criterio analogo a quelli dei Consorzi esteri, si deve ammettere che il nostro Consorzio, malgrado la non lunga esperienza, ha già raggiunto quella sensibilità ed esatta percezione della « misura » di gravità di un rischio, da far ritenere il nostro giudizio sufficientemente esatto. I casi che seguono confermeranno questa affermazione.

Per i rischi per i quali il CIRT ha espresso l'avviso di accertarli, il soprapremio richiesto è stato di 29% del premio base normale. Per gli stessi affari accettati dai Consorzi esteri, questi hanno richiesto un soprapremio medio di 31%.

Si potrebbe subito dedurre che anche in sede di « tariffazione » il CIRT non è più severo nella richiesta di soprapremi di quello che non sono i Consorzi esteri. Vedremo nelle note che seguono che anche questa constatazione sarà quasi sempre riconfermata.

Un caso di osteosarcoma alla coscia operato, è stato accettato da sei Enti, tra cui il nostro, mentre tre lo hanno giudicato rifiutabile. Il CIRT ha chiesto un soprapremio di 11%; gli esteri di 13%.

Un altro caso, invece, di sarcoma polmonare operato, è ritenuto dal nostro Consorzio grave al punto da rifiutarne l'assicurazione e tale opinione è parzialmente condivisa da una Impresa tedesca che chiederebbe particolari accertamenti ed indagini, mentre i restanti 7 Consorzi sono per l'accettazione, con un incremento dell'11% del premio normale.

Richiamano particolare attenzione due casi di lupus facciale in atto, entrambi in persone di 40/44 anni di età e buono stato di nutrizione, con polmoni indenni.

Il primo caso si presentava nei primi mesi del 1931 ed il nostro Consorzio lo rifiutava perchè non era stato possibile ottenere una dichiarazione di un specialista dermatologo che assumesse la responsabilità della diagnosi.

Del nostro parere erano anche due Consorzi esteri, mentre gli altri 5 si sono dichiarati senz'altro favorevoli all'accettazione con soprapremio di 11%.

L'altro caso di lupus è stato accettato da tutti i Consorzi, compreso il nostro, con soprapremio di 16%, noi, e di 14% gli esteri. Esso si è presentato in circostanze perfettamente identiche al primo caso, ed è molto interessante perchè mette in chiara luce il processo di evoluzione che si compie nei criteri di valutazione praticati dal nostro Consorzio.

Se prendiamo le prime Tabelle di sopramortalità adottate dal CIRT vediamo che del lupus in atto, non solo non si parla, ma deve essere guarito da almeno 5 anni per essere preso in considerazione ai fini di una possibile accettazione in assicurazione.

Oggi, dopo poco più di 6 anni di esperienza, nella stessa classe di presumibile sopramortalità in cui era collocato un lupus guarito, si pone un lupus in atto.

Di questo processo evolutivo a cui ho accennato, si trovano i primi segni nel 1929 quando il Consiglio del CIRT rivede per la prima volta le Tabelle di sopramortalità, per attenuare la severità dei criteri di valutazione dei rischi tarati. Ma è poca cosa, e si potrebbe affermare che la buona volontà non si traduce in atto con passi evidenti e decisivi di liberalità, ma resta prigioniera delle prudenti opinioni che consigliano di andar piano, anzi pianissimo.

Fino a tutto il 1930 il Consorzio Italiano non dispone che di propri elementi, e la esperienza si forma soltanto con la osservazione di essi.

Col 1931 le cose sembrano cambiare decisamente. Il Consorzio Italiano stringe rapporti con i Consorzi esteri, si scambiano pareri, dapprima — quasi — timidamente, poi con ritmo ognor crescente, tanto che la casistica di cui dispone ora il CIRT è ricca, interessante, piena di ammaestramenti e superiore a quella di qualsiasi altro organismo consimile straniero. Di essa appunto il Consorzio si è particolarmente valso per modificare, là dove se ne è ravvisata l'opportunità, i criteri di valutazione.

Ma riprendiamo l'analisi dei vari gruppi di rischi per i quali conosciamo il giudizio espresso da tutti i Consorzi europei.

Sei casi di glicosuria. Il parere manifestato dal nostro Consorzio in 5 è lo stesso di quello della maggioranza. Il soprapremio richiesto dal CIRT è del 50%, mentre quello medio richiesto dagli stranieri è del 60% del premio normale. Per il 6° caso il CIRT si è espresso favorevolmente per l'accettazione, e con esso un Consorzio estero, mentre gli altri rifiutano decisamente o rinviando l'esame del rischio ad epoca lontana.

Due casi di glicosuria con albuminuria. — Il Consorzio Italiano è con la maggioranza degli interpellati in un caso, accettato soltanto da due e rifiutato dagli altri. Il 2° caso è accettato da tre Consorzi fra cui il nostro, e rifiutato dagli altri sei. Il CIRT richiede un soprapremio di 48%, gli altri di 27% del premio normale. Ma mi sembra, in questa occasione, che la severità del nostro organismo sia più giustificata che non la liberalità degli altri, considerando che la maggioranza degli interpellati si è manifestata contro l'accettazione del rischio.

Due rischi tarati per obesità ed albuminuria sono accettati dal nostro Consorzio, l'uno con soprapremio di 58%, l'altro con quello di 22%. Per l'accettazione si sono dichiarati favorevoli 5 Consorzi esteri nel primo caso, richiedendo un soprapremio medio di 44%, e tre nel secondo caso, fissando il soprapremio medio in 25%. Conseguentemente i Consorzi che si dichiararono per il rifiuto furono 3 e rispettivamente 5, nel primo e nel secondo caso.

In tre casi di obesità ed ipertensione, il parere del Consorzio Italiano è come quello della maggioranza in uno, che risulta accettabile dal CIRT con un soprapremio di 33%, dai gruppi esteri con un soprapremio di 29%. Un secondo rischio è accettato dal CIRT e da altri 3 Consorzi e rifiutato dai restanti 5. Il soprapremio del CIRT è di 18%, quello degli altri di 16%. Il terzo caso, infine, è rifiutato da 4 Consorzi e fra essi il nostro ed accettato da 5, ma con soprapremio che varia da un minimo di 37 ad un massimo di 87%, e vi è anche chi richiede lo scaglionamento del capitale assicurato, in caso di sinistro, nei primi 5 anni.

Tredici casi di obesità: Il parere del Consorzio Italiano è conforme a quello della maggioranza in 9 casi; per uno vi è stata parità di opinioni favorevoli e contrarie, negli altri tre, il Consorzio Italiano rifiuta contro il parere favorevole di tutti gli altri Consorzi. Ma è bene aggiungere subito che si tratta di tre rischi relativi a soggetti in età avanzatissima (oltre 60 anni) o enormemente obesi (sovrappesi fra i 45 ed i 60 Kg.!) e di piccola statura, casi, insomma, per i quali il rifiuto opposto dal CIRT è giustificabilissimo.

Comunque, nei casi in cui il CIRT dichiara accettabili i rischi, richiede un soprapremio di 38%, mentre per gli stessi affari i Consorzi esteri domandano il 42% di soprapremio.

Vediamo, ora, 29 casi di cardiopatici. Qualche sottogruppo o singolo caso potrebbe essere interessante esaminare più da vicino; ma per ora voglio considerare il gruppo nel suo complesso allo scopo di avere un'idea generale di quello che sono i giudizi che esprime il Consorzio Italiano rispetto a quelli emessi dagli esteri, perchè è questo principalmente che intendo illustrare.

Ebbene, si giunge alla conclusione che su 29 pareri espressi dal Consorzio Italiano, rispetto a quelli emessi dalla maggioranza, 26 collimano, due sono più severi, e uno più favorevole.

Ed i soprapremi richiesti sono:

per il 1° gruppo:	dal CIRT	33%	- dagli esteri	32%
» » 2° »	» »	42%	- » »	31%
» » 3° »	» »	32%	- » »	59%

Per un caso di emofilia, accettato da tutti, il CIRT domanda un soprapremio di 21%, mentre quello medio richiesto dagli esteri risulta di 30%.

Un'appendicite cronica ha riscosso 6 accettazioni — fra cui la nostra — 2 rinvii ed un rifiuto. Giova però rilevare che due delle sei risposte favorevoli prevedono la condizione restrittiva dello scaglionamento del capitale assicurato nei primi 5 anni (in caso di sinistro

nel 1° anno si pagherà 1/5 del capitale assicurato e così via) mentre quella del nostro Consorzio prevede addirittura una decrescenza del soprapremio che da 18%, quale è all'ingresso si riduce al 6% dopo 10 anni di assicurazione, per poi restar costante fino alla scadenza. Il soprapremio richiesto dagli altri Consorzi è dell'8% per l'intera durata del contratto.

Tredici casi di malattie delle vie urinarie (rene, vescica ecc.). Anche qui potrei ripetere ciò che ho detto per le cardiopatie e dallo sguardo complessivo si rileva che in 9 casi il parere del Consorzio è lo stesso di quello emesso dalla maggioranza degli interpellati, in 2 è più severo, ed in altri 2 più favorevole. Nei casi di responso favorevole il soprapremio richiesto è del 27% dal CIRT e del 42% dagli esteri. Non poche però delle accettazioni estere sono aggravate con lo scaglionamento del capitale assicurato nei primi 5 anni; mentre nessuno delle accettazioni del nostro Consorzio — per quanto riguarda questo gruppo — prevede questi tipo di carenza. In esso v'è anche un caso di piuria accettato dal CIRT con soprapremio di 37%, mentre fra gli altri uno degli esteri avrebbe chiesto nientemeno che un soprapremio di 139%!

La raccolta dei primi 100 casi di rischi italiani per i quali è stato chiesto il parere degli altri Consorzi europei (7 nei primi tempi, 8 poi e tuttora), finisce con 9 rischi concernenti affezioni dell'apparato respiratorio. Soltanto un caso si presenta in cui il parere del CIRT non è quello della maggioranza (un tbc. di 23 anni, che ebbe pneumotorace spontaneo alcuni anni fa, fu riformato alla leva per gracilità, con 10 Kg. di sottopeso e gentilizio taratissimo per tbc. polmonare nella madre ed in un fratello che ne morirono), ma per i restanti, la identità di vedute si ripresenta come nei gruppi che abbiamo precedentemente osservato.

Il soprapremio medio fissato dal CIRT per i casi dichiarati accettabili è del 28%; quello fissato dai Consorzi esteri del 22%.

* * *

Dalle note che precedono appare evidente che il Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati sa ormai valutare la entità dei rischi stessi con assoluta conoscenza di causa, e se una preoccupazione sussiste nell'opera che svolge, essa riflette la impossibilità di poter maggiormente andare verso un più largo accoglimento delle proposte a condizioni meno restrittive al fine di agevolare il soddisfacimento dell'atto di previdenza. D'altro canto anche i criteri di valutazione dei rischi hanno un limite oltre al quale i medici del CIRT non possono andare senza compromettere l'equilibrio futuro degli impegni che assume il Consorzio stesso.

La valutazione della mortalità in una determinata classe di rischi tarati non può variare da un anno all'altro, senza che prima cifre e statistiche abbiano dimostrato che i criteri seguiti non concordano col reale andamento degli eventi. Soltanto dopo un sufficiente periodo di anni di osservazione è possibile trarre conclusioni ed ammaestramenti per l'avvenire; ma nel frattempo è necessario, anzi indispensabile, che i criteri di valutazione dei rischi tarati siano influenzati da una giusta dose di prudenza.

Malgrado ciò, però, il Consorzio Italiano, considerati i lusinghieri risultati raggiunti nel primo quinquennio di lavoro ha voluto, parallelamente al metodico e lento adattamento dei criteri di valutazione di cui già abbiamo detto, rivedere anche le tariffe.

Poco più di un paio d'anni fa, il Consorzio introduceva il criterio della fissazione del soprapremio sanitario in rapporto col presumibile andamento delle tare, raggruppandole in crescenti (cardiopatie ecc.), costanti (magrezza, otite, malaria, ecc.) e decrescenti (pleuriti, tbc. ossee e o polmonari, calcolosi, ecc.); nella primavera del 1934 deliberava di abbandonare la tariffa base usata nei sei anni, e che rispetto a quelle usate dalle Imprese nazionali era alquanto superiore, per adottarne un'altra già in vigore dal 1° giugno 1934-XII che, leggermente mitigata rispetto alla precedente, permetterà di esser confrontata con tutte le altre praticate in Italia senza possibilità di rilevare differenze sensibili.

Per il passato, il soprapremio richiesto dal Consorzio in rapporto con la classe di sopra-mortalità attribuita al rischio veniva praticamente incrementato dalla differenza fra il premio della tariffa CIRT e quello delle tariffe per rischi normali usate dalle Imprese Consorziate. Per l'avvenire ciò non si verificherà più, cosicchè i futuri assicurandi godranno in un reale beneficio rispetto a chi li ha preceduti.

Peraltro, anche questi potranno sempre fruire di un miglioramento di tariffa in conseguenza ad un migliorato stato delle loro condizioni di salute, perchè lo Statuto del Consorzio riconosce esplicitamente questa facoltà. Esso, all'art. 17 così recita: « quando, durante il periodo di assicurazione, l'assicurato richieda per le sue migliorate condizioni di salute, un alligierimento delle condizioni di accettazione, la Compagnia consorziata dovrà ricorrere in proposito al Consorzio ».

Il Consorzio, infine, ha recentemente anche introdotto tariffe che consentono all'assicurato di riscuotere i soprapremi sanitari versati durante tutto il periodo di assicurazione, qualora, giunta la scadenza e vivendo ancora, avrà dato la migliore dimostrazione che.... poteva anche esser considerato come non tarato, quando fu accettato in assicurazione.

Concludendo: in Italia il Consorzio Italiano per l'assicurazione Vita dei Rischi Tarati ha allargato le possibilità di assicurarsi anche a coloro, se non tutti certo la maggior parte, a cui per il passato era preclusa inesorabilmente la via della previdenza. Il Consorzio Italiano ha dimostrato in sei anni e mezzo di vita, di saper ormai valutare per quel che valgono i rischi tarati ad esso deferiti, e che non tralascia occasione per andare incontro alla massa degli assicurandi, sia attraverso criteri di valutazione in costante evoluzione e sempre aperti ai miglioramenti che la esperienza propria e di altri consiglia, o le indagini e gli studi indicano, sia con ritocchi di tariffe e riduzioni di soprapremi.

Maggio 1934-XII.

SAGGIO DI STATISTICA SANITARIA IN ITALIA

Dott. GIUSEPPE GIANNELLI

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

Cenni storici.

La statistica ufficiale delle cause di morte fu iniziata in Italia coll'anno 1881 e fino a tutto il 1886 fu eseguita per i soli comuni capoluoghi di provincia e di circondario o distretto. Dal principio del 1887 essa venne estesa a tutti i comuni del Regno.

Fonti essenziali e principali per la statistica della morbidità e mortalità sono la denuncia obbligatoria dei casi di alcune malattie infettive e la denuncia obbligatoria delle cause della morte.

Le notizie riguardanti le morti vengono raccolte mediante schede nominative in cui sono richiesti anche altri dati da mettere in relazione con la causa della morte, come: età, legittimità (per i bambini morti nel primo anno di vita), stato civile, professione, località in cui avvenne la morte (domicilio, ospedale, ecc.).

La scheda di morte si è venuta man mano ampliando e perfezionando, e, per quanto riguarda la causa della morte, nell'ultima edizione del 1933, sono richieste le seguenti notizie: per i casi di morte naturale è richiesta la malattia iniziale, le successioni morbose o compli-

canze, la malattia terminale; per i casi di morte per causa violenta, se essa è stata accidentale o è avvenuta per suicidio, od omicidio, o per infortunio sul lavoro. Per i bambini poi morti nel primo mese di vita, si domanda se essi sono frutti di parto multiplo. Inoltre per le femmine, in cui la morte è avvenuta per infezione puerperale, si domanda se essa è primipara o pluripara e se si tratta di parto multiplo.

Queste notizie riguardanti le cause della morte sono in Italia, e nei paesi più progrediti, fornite dal Medico curante o necroscopo: solamente in poche nazioni, e per lo più nelle campagne, questo compito è affidato a persone estranee alla medicina.

Problema importante da risolvere era quello di formare un elenco di malattie sotto cui rubricare tutte le cause di morte denunciate dai medici e perciò dal 1881 fino al 1923 fu adottato un elenco di cause di morte preparato, nel 1881, da apposita commissione medica, e alquanto ritoccato una prima volta nel 1888 e una seconda volta nel 1889.

Nel 1920 la Commissione internazionale per la revisione decennale delle nomenclature nosologiche da usarsi nelle statistiche sanitarie, riunitasi a Parigi, approvò un nuovo elenco delle cause di morte (formato da 206 soci, di cui alcune suddivise in due o più malattie), che dall'Istituto Centrale di Statistica in Italia fu, nell'adottarlo per la prima volta nell'anno 1924, lievemente modificato in modo da poter ottenere la comparabilità sia con le statistiche precedenti, sia con quelle degli altri paesi, che avessero integralmente adottato l'elenco suddetto.

Nell'ottobre del 1929 la Commissione Internazionale suddetta, riunitasi a Parigi, con l'intervento di rappresentanti del Governo Italiano, stabilì una nomenclatura nosologica, costituita da una nomenclatura dettagliata di 200 voci, da una nomenclatura intermedia di 85 voci e da una nomenclatura abbreviata di 43 voci (1). L'Istituto Centrale di Statistica ha incominciato ad usare nel 1931, nella statistica delle cause di morte la nomenclatura nosologica dettagliata stabilita dalla Commissione Internazionale nel 1929.

Le schede di morte che giungono all'Istituto Centrale di Statistica dai singoli comuni, per il tramite della Prefettura, dopo essere state accuratamente revisionate acciocchè non manchi nessuna delle notizie richieste, vengono esaminate da un medico, che contrassegna ciascuna dichiarazione sulla causa della morte con un numero corrispondente alla voce analoga della nomenclatura nosologica. Successivamente le schede passano allo spoglio ed alla intavolazione dei dati.

Morbilità e letalità.

Difficoltoso è ottenere una misura esatta e completa della morbidità di una data nazione o popolazione. Infatti è necessario conoscere il numero esatto dei soggetti ammalati ed il numero dei componenti la popolazione dai quali questi ammalati provengono: si avrebbe così un coefficiente generico di morbidità. Volendo poi avere i coefficienti di morbosità specifica di una data malattia, bisognerebbe conoscere il numero degli affetti da questa malattia ed il numero dei componenti della popolazione da cui essi provengono: cioè, specialmente per alcune malattie molto frequenti o addirittura caratteristiche di una data età, sesso o professione, la classificazione degli ammalati distinti per età, sesso e professione ed il numero dei componenti la popolazione, anch'essi distinti, per età, sesso e professione. Utile è anche, per giudicare della gravità e dei danni che può arrecare una malattia, calcolare i coefficienti di letalità, che si ottengono mettendo in rapporto il numero dei casi di morte al numero dei casi di malattia.

Diamo nei prospetti seguenti i coefficienti di morbidità e letalità per alcune delle malattie che in Italia sono soggette a denuncia obbligatoria; però è bene premettere che queste cifre non possono ritenersi scrupolosamente esatte, tenendo conto del fatto che il numero delle denunce che perviene al Ministero dell'Interno deve essere, specialmente per alcune malattie,

(1) Vedasi: ISTITUTO CENTRALE DI STATISTICA, *Nomenclature nosologiche per la statistica delle cause di morte e Dizionario delle malattie*. — 4ª Edizione, Roma, Istituto poligrafico dello Stato, 1933-XI.

PROSPETTO I.

Coefficienti di morbidità e letalità, nel Regno, negli anni dal 1896 al 1931.

ANNI	Morbillo		Scarlattina		Febbre tifoidea ed infezioni paratifiche		Difterite e croup		Pertosse		Influenza epidemica		Febbre puerperale		Malaria (in tutte le sue forme)	
	Casi denunziati per 10.000 abitanti	Morti per 100 casi	Casi denunziati per 10.000 abitanti	Morti per 100 casi	Casi denunziati per 10.000 abitanti	Morti per 100 casi	Casi denunziati per 10.000 abitanti	Morti per 100 casi	Casi denunziati per 10.000 abitanti	Morti per 100 casi	Casi denunziati per 10.000 abitanti	Morti per 100 casi	Casi denunziati per 10.000 parti	Morti per 100 casi	Casi denunziati per 10.000 abitanti	Morti per 100 casi
1896	45.6	8.0	4.2	24.7	15.1	34.4	6.8	43.4	?	?	?	?	22.1	51.9	?	?
1897	27.9	6.9	4.2	29.5	13.9	35.3	7.2	38.7	?	?	?	?	22.2	47.6	?	?
1898	25.8	6.6	4.5	31.3	13.9	27.4	6.5	37.8	?	?	?	?	22.5	49.0	?	?
1899	42.7	5.4	5.8	24.1	14.8	31.5	6.2	34.5	?	?	?	?	23.2	50.0	?	?
1900	43.0	6.3	2.8	16.6	15.3	30.5	5.6	31.8	?	?	?	?	19.6	47.9	?	?
1901	31.0	5.5	2.4	15.1	12.1	29.9	5.6	29.9	?	?	?	?	19.4	46.9	?	?
1902	52.8	5.8	3.0	13.6	11.9	29.1	5.6	24.8	?	?	?	?	25.5	36.1	54.4	5.6
1903	34.2	6.5	4.3	14.1	13.4	26.6	5.4	22.8	?	?	?	?	28.1	36.8	56.0	4.6
1904	29.7	5.4	3.8	12.8	13.9	26.7	6.0	22.9	?	?	?	?	26.8	36.0	80.9	3.2
1905	40.2	5.1	3.2	15.8	13.8	23.8	5.5	23.4	?	?	?	?	22.3	37.4	97.4	2.4
1906	56.0	5.2	4.8	17.1	13.4	21.0	5.2	24.4	?	?	?	?	22.1	41.8	69.3	2.1
1907	34.4	7.1	6.4	13.6	10.3	24.9	6.5	25.7	?	?	?	?	23.2	45.1	59.0	2.1
1908	49.8	7.0	9.1	11.3	9.3	29.6	7.6	23.1	?	?	?	?	23.2	45.5	51.2	2.0
1909	46.6	6.9	9.4	8.4	10.3	27.9	7.4	22.9	?	?	?	?	21.8	49.3	52.2	2.0
1910	41.8	6.9	7.0	12.1	9.8	26.6	5.7	24.4	?	?	?	?	17.8	48.2	58.5	1.8
1911	35.8	6.9	4.9	14.7	10.8	25.4	4.5	23.8	?	?	?	?	15.8	52.1	53.6	2.4
1912	39.8	5.2	5.8	14.5	8.7	25.3	4.5	22.9	?	?	?	?	16.4	47.0	47.7	1.9
1913	50.7	5.8	8.6	18.1	9.6	23.3	4.5	22.0	?	?	?	?	16.3	54.9	44.4	1.7
1914	34.6	5.1	6.6	15.5	8.1	23.9	5.4	20.8	?	?	?	?	16.9	53.5	36.1	1.6
1921	26.2	4.5	3.0	15.9	9.6	28.5	3.3	25.1	?	?	?	?	14.3	68.9	72.6	1.8
1922	12.7	6.5	3.3	21.1	6.9	32.9	3.1	23.8	?	?	?	?	13.3	70.5	64.2	1.7
1923	20.3	6.9	3.6	17.6	7.5	29.9	3.0	24.6	?	?	?	?	15.9	64.3	51.2	1.8
1924	25.3	5.6	4.9	14.5	7.2	27.2	4.1	20.4	?	?	?	?	18.5	63.6	64.7	1.6
1925	42.1	5.3	4.3	16.4	7.5	25.5	3.9	18.8	6.1	13.4	16.6	13.6	18.4	53.7	72.4	1.3
1926	24.9	6.1	4.1	16.5	10.7	20.5	3.8	18.4	7.9	13.0	46.8	7.4	14.9	54.9	55.9	1.2
1927	25.2	4.0	5.0	13.5	11.2	19.5	4.7	16.1	8.7	10.1	30.0	7.5	16.7	53.2	48.4	1.3
1928	28.6	4.5	4.4	13.3	9.3	21.2	4.8	16.3	7.7	12.7	19.1	13.3	17.1	53.6	60.9	1.2
1929	24.6	4.6	5.2	8.2	9.0	19.1	5.9	13.8	4.8	15.0	68.9	7.0	18.7	48.1	50.9	1.3
1930	32.7	4.4	5.2	8.6	8.0	19.4	7.3	11.6	5.7	9.9	6.7	25.7	17.8	48.5	49.8	1.4
1931	20.5	4.0	4.6	10.0	7.1	21.1	6.0	12.8	6.2	11.7	34.1	9.5	16.7	52.6	49.2	1.5

PROSPETTO II.

Coefficients di morbilità e letalità, negli anni 1930 e 1931, nei singoli Compartimenti e nel Regno

COMPARTIMENTI																						
Morbillo		Scarlattina		Febbre tifoidea ed infezioni paratifiche		Difterite e croup		Pertosse		Influenza epidemica		Febbre puerperale*		Malaria (in tutte le sue forme)								
1930	1931	1930	1931	1930	1931	1930	1931	1930	1931	1930	1931	1930	1931	1930	1931							
Piemonte	16.8	14.4	3.1	2.7	5.0	4.7	4.2	3.6	4.8	4.6	8.5	82.2	11.4	13.7	0.1	0.1						
Morti per 100 casi	2.2	1.5	2.1	1.9	22.0	22.9	10.8	12.5	7.7	11.1	37.5	14.2	86.8	98.8	19.6	47.4						
Liguria	35.0	10.9	3.1	3.6	10.7	9.4	6.7	5.4	1.8	4.3	2.8	25.6	18.9	17.0	0.2	0.5						
Morti per 100 casi	0.7	1.7	1.4	1.9	13.8	14.2	8.0	8.2	2.7	11.5	28.9	9.8	81.9	48.7	26.9	18.3						
Lombardia	45.5	16.6	4.2	3.4	9.6	8.9	8.2	7.2	5.5	11.5	6.0	58.5	17.5	11.5	8.2	5.4						
Morti per 100 casi	3.6	8.5	1.6	1.9	20.6	22.0	11.8	12.5	10.4	10.9	81.1	6.5	61.5	71.7	0.7	1.0						
Venezia Tridentina	35.6	69.8	9.1	7.7	5.6	7.2	12.4	14.3	34.0	27.2	2.8	146.8	26.5	25.9	0.2	0.2						
Morti per 100 casi	1.2	0.4	4.0	4.1	17.3	13.5	6.8	7.4	2.6	4.0	45.0	2.3	47.6	52.6	15.4	18.9						
Veneto	23.8	15.5	3.8	3.3	10.1	8.4	15.1	11.8	4.8	6.0	1.3	15.0	17.1	14.6	20.8	19.7						
Morti per 100 casi	2.9	2.9	2.2	3.2	17.0	16.6	7.3	7.6	19.9	17.2	90.1	15.9	42.6	40.1	1.8	0.9						
Venezia Giulia e Zara	46.5	21.0	11.2	9.9	10.9	6.6	18.6	11.3	6.9	6.7	8.4	84.7	18.9	19.7	16.4	7.9						
Morti per 100 casi	2.7	1.8	2.4	2.6	11.6	11.9	8.8	9.2	10.7	8.8	5.6	2.0	68.3	48.7	0.4	0.5						
Emilia	25.2	50.9	5.7	3.0	8.4	7.4	11.5	8.2	4.4	6.8	8.9	22.4	19.1	14.3	12.0	7.1						
Morti per 100 casi	1.6	2.0	2.3	2.2	16.4	18.0	7.2	9.1	9.1	10.1	28.9	10.4	53.1	64.4	0.4	0.5						
Toscana	23.4	27.0	3.9	5.6	7.7	4.9	11.0	8.1	4.0	5.9	15.7	27.4	31.1	16.9	8.4	4.6						
Morti per 100 casi	1.5	0.8	2.2	1.2	16.8	19.9	6.6	6.9	10.9	10.4	11.5	9.0	26.6	28.4	2.4	2.4						
Marche	56.5	81.0	6.4	2.4	10.8	9.9	10.1	7.8	11.6	8.2	9.5	47.2	20.8	28.1	0.5	0.5						
Morti per 100 casi	1.3	1.7	3.4	5.7	13.5	15.2	14.0	14.4	3.0	7.9	15.9	6.4	29.0	35.1	15.8	0.1						
Umbria	26.1	9.4	3.6	1.3	15.3	13.0	8.0	6.2	3.0	8.9	10.8	61.2	25.1	58.0	0.1	0.1						
Morti per 100 casi	1.6	2.2	2.8	10.3	14.0	18.1	14.9	14.4	22.1	12.2	16.8	4.9	42.6	50.0	40.0	10.7						
Lazio	29.2	31.0	13.7	13.1	9.2	6.8	8.8	8.2	8.6	4.0	6.8	18.0	38.2	17.0	48.5	38.8						
Morti per 100 casi	3.4	4.8	10.5	10.8	15.0	19.9	13.9	13.5	8.9	13.2	23.6	13.8	45.7	77.1	2.2	2.2						
Abruzzi e Molise	28.4	18.4	8.7	2.4	14.5	11.0	5.0	4.0	10.7	5.5	21.3	45.8	17.8	18.5	82.2	35.7						
Morti per 100 casi	2.7	7.6	12.6	12.3	17.4	21.0	20.6	28.0	5.7	11.5	9.2	7.9	48.9	39.5	1.7	1.9						
Campania	27.4	11.7	2.6	1.7	6.6	7.2	3.2	2.9	8.4	8.2	2.1	5.8	18.0	15.9	20.0	22.3						
Morti per 100 casi	7.1	8.8	15.8	18.4	22.2	23.4	30.8	27.9	11.7	20.8	(1)	66.7	56.1	63.8	2.9	2.4						
Puglie	74.7	9.6	8.4	1.6	6.2	5.1	1.3	1.1	2.3	1.1	7.1	52.1	16.1	16.5	177.9	208.0						
Morti per 100 casi	7.9	18.4	25.6	21.1	92.3	34.5	87.3	88.6	19.0	39.6	57.0	11.9	37.3	37.4	1.1	1.4						
Lucania	65.5	80.2	9.8	8.2	5.6	4.4	4.8	1.8	1.0	1.1	16.9	52.1	14.1	16.7	217.4	424.8						
Morti per 100 casi	10.0	10.7	16.6	84.1	40.4	46.6	19.8	87.4	42.9	55.4	14.1	12.0	60.7	79.3	1.8	1.9						
Catabria	14.1	10.8	8.6	12.9	2.9	4.1	2.2	2.4	10.8	6.8	14.9	44.5	15.2	18.7	124.5	186.4						
Morti per 100 casi	6.9	11.2	20.5	28.6	44.3	40.6	37.4	36.9	12.2	13.2	18.8	8.4	70.8	44.2	1.7	1.8						
Sicilia	20.5	10.8	6.0	4.5	5.5	6.5	2.7	2.6	1.4	1.1	3.7	9.4	16.6	17.8	95.7	49.0						
Morti per 100 casi	12.4	13.1	14.8	15.9	25.6	24.7	23.8	24.4	26.7	20.8	42.5	20.2	44.8	44.0	2.9	2.5						
Sardegna	58.9	27.5	4.7	12.0	4.0	4.2	2.6	2.2	20.3	16.0	25.8	49.5	17.0	19.6	789.4	529.9						
Morti per 100 casi	1.7	4.0	21.0	17.9	26.1	34.1	19.8	39.2	5.0	8.6	5.1	4.8	42.3	62.5	0.7	0.8						
Regno	82.7	20.5	5.2	4.6	8.0	7.1	7.3	6.0	5.7	6.2	6.7	34.1	17.8	16.7	49.8	49.2						
Morti per 100 casi	4.4	4.0	8.6	10.0	19.4	21.1	11.6	12.8	9.9	11.7	25.7	9.5	48.5	52.6	1.4	1.5						

* I coefficienti di morbilità per febbre puerperale sono stati ottenuti rapportando il numero dei casi denunziati al numero dei parti semplici e multipli.

(1) Non è possibile calcolare il coefficiente di letalità, perchè il numero dei morti per influenza supera il numero dei casi di malattia denunziati.

minore o diverso della realtà. E varie sono le cause di questa inesattezza: in primo luogo molti casi di malattie soggette a denuncia (come il morbillo, la difterite, la pertosse, l'influenza epidemica), in alcuni casi, per la loro non grave sintomatologia e per il loro breve decorso, non cadono sotto l'osservazione del medico e non sono da questi denunciate; si comprende però come questo errore viene in parte neutralizzato dalla sempre maggiore diffusione dei moderni mezzi batteriologici e sierologici di accertamento diagnostico. In secondo luogo non bisogna dimenticare, che qualche omissione può accadere anche per incuria dei medici.

Tuttavia dai seguenti due prospetti si può avere una idea dell'andamento nel tempo della morbidità e letalità delle malattie prese in considerazione.

Dal prospetto I si nota come la morbidità in quasi tutte le malattie considerate, dimostra nel tempo un andamento altamente inconstante ed oscillante; e ciò sembra collimi con le nozioni acquisite dalla scienza che insegnano come il sorgere, il decorrere, l'estendersi di un focolaio endemico ed epidemico sia influenzato, variato, deformato da numerose e delle volte imponderabili condizioni ambientali ed individuali, la cui somma contribuisce a formare ed a caratterizzare il genio epidemico della malattia.

Una relativa regolarità nell'andamento della morbidità si nota per alcune malattie (come la febbre tifoidea ed infezioni paratifiche, la difterite, la febbre puerperale), su cui, conoscendosi bene l'agente etiologico e il suo modo di penetrare e di agire nell'organismo umano, possono avere più efficacia i mezzi di profilassi. La morbidità per febbri tifoidee è discesa, con una relativa regolarità dal 1896 al 1931 segnando in questi due anni rispettivamente 15,1 e 7,1 casi su 10.000 abitanti; lo stesso può dirsi per la difterite fino al 1926, dopo il quale anno fino al 1931 si nota un aumento non considerevole della morbidità.

Anche la morbidità per febbre puerperale è in diminuzione perchè discesa da 22,1 casi su 10.000 parti nel 1896 a 16,7 nel 1931. La morbidità del morbillo, della scarlattina e specialmente della malaria ha subito nel corso degli anni ampie oscillazioni, quantunque anche per queste malattie, esclusa la scarlattina, si noti una diminuzione più o meno notevole nell'anno 1931 rispetto all'anno 1896 per il morbillo, e rispetto all'anno 1902, per la malaria.

Fatta eccezione per la febbre puerperale, per la quale si è avuto nel 1931 un leggero aumento della letalità rispetto al quoziente segnato nel 1896, nel morbillo, nella scarlattina, nella febbre tifoidea, nella difterite e croup e nella malaria si nota nel 1931 una accentuata diminuzione della letalità, che è stata notevolissima nella malaria, nella difterite e croup e nella scarlattina (rispettivamente del 73 %, del 71 % e del 60 %).

Nel prospetto II sono date la morbidità e la letalità per gli anni 1930 e 1931 nei singoli compartimenti. In generale può dirsi che la letalità risulta maggiore, per la maggior parte delle malattie considerate, nei compartimenti dell'Italia Meridionale ed Insulare, eccettuato la pertosse, l'influenza epidemica, la febbre puerperale e la malaria, per le quali malattie, una accentuata letalità riscontrasi anche o principalmente in compartimenti dell'Italia Centrale e Settentrionale.

La morbidità invece non ha un andamento costante e per es. nel 1930 notasi una morbidità maggiore per morbillo nell'Italia Meridionale ed Insulare e nel 1931 in compartimenti dell'Italia Settentrionale e Centrale; la scarlattina e l'influenza epidemica, sia nel 1930 che nel 1931, presentano focolai di alta morbidità sparsi per tutta la penisola; mentre più nettamente e costantemente alti coefficienti di morbidità tendono a concentrarsi, sia nel 1930 che nel 1931, per la difterite in compartimenti dell'Italia Settentrionale (Venizia Tridentina, Veneto, Venezia Giulia e Zara ed Emilia) e per la malaria in compartimenti dell'Italia Meridionale ed Insulare (Puglie, Lucania, Calabria e Sardegna).

Mortalità.

È possibile invece per la mortalità ottenere una misura più esatta di essa inquantochè, come abbiamo già detto, con maggiore accuratezza e precisione sono raccolte le notizie ad

essa inerenti, cioè il numero dei morti, distinti per cause, per sesso, per età ecc. e l'ammontare della popolazione: i due termini necessari il cui rapporto indica con notevole precisione l'andamento di questo fenomeno.

Anche in questo caso possono ottenersi coefficienti generici e specifici, coefficiente generico, rapportando il numero totale dei morti con la popolazione, specifici, rapportando il numero dei morti per una data causa con la intera popolazione o con la parte di essa, da cui questi decessi derivano. È noto infatti come alcune malattie sono strettamente legate al sesso (malattia della gravidanza, parto e puerperio) ed altre caratteristiche di una data età o professione (malattie della infanzia, tumori maligni, intossicazioni od infezioni professionali): in questi casi anzi per ottenere coefficienti maggiormente significativi si usa rapportare per es. il numero delle donne morte per malattie della gravidanza, parto e puerperio al numero dei parti, il numero dei bambini morti per malattie speciali dei neonati al numero dei nati vivi. Si comprende come coefficienti specifici possono più facilmente ottenersi in occasione dei censimenti, per mezzo dei quali, si conoscono con grande precisione caratteristiche qualitative della popolazione, che nei periodi intervallari non è possibile ottenere: cioè la popolazione distinta per sesso, per età o classi di età, professione, stato civile ecc.

Se si vuole inoltre studiare la misura con cui una data malattia incide sulla mortalità generale si possono istituire dei rapporti di composizione, esprimenti la cifra percentuale dei morti per questa malattia sul totale dei morti: questo rapporto può riuscire particolarmente utile per quelle malattie che hanno un'importanza sociale e di cui si voglia studiare la frequenza come causa di morte, ma può essere infirmato da un grave errore, che può falsare notevolmente le deduzioni che il ricercatore ne ricava: cioè questo rapporto non varia solo secondo il variare del numero dei morti della causa in esame, ma anche secondo il variare del numero dei morti per le altre cause o per una sola causa, che in un dato momento subisca una forte oscillazione in più o in meno: ciò è dimostrabile per es. per la tubercolosi di cui riportiamo i dati nel prospetto III.

PROSPETTO III.

*Cifre proporzionali dei morti per malattie tubercolari
sul totale dei morti, nel Regno, dal 1887 al 1931*

PERIODI	Morti per tubercolosi su 1.000 del totale	PERIODI	Morti per tubercolosi su 1.000 del totale
1887 - 89	78.8	1910 - 14	80.8
1890 - 94	76.1	1915 - 19	79.4
1895 - 99	79.0	1920 - 23	83.0
1900 - 04	75.9	1924 - 27	87.7
1905 - 09	78.3	1928 - 31	76.7

Dall'esame di tali rapporti si desume facilmente che la leggera diminuzione del numero dei morti per malattie tubercolari verificatasi nel quinquennio 1915-1919, è dovuta al forte numero dei morti per la pandemia influenzale verificatosi nel 1918, mentre la forte diminuzione verificatasi nel quadriennio 1928-31, non essendo avvenuti in questo periodo fatti anormali, è dovuta solamente all'aumentata diminuzione dei decessi per tubercolosi.

Ritornando quindi al più usato coefficiente di mortalità, che si ottiene mettendo in rapporto il numero dei morti con la popolazione, riportiamo nel prospetto IV seguente l'andamento della mortalità generale nel Regno dal 1887 al 1931 (tradotta graficamente nella figura 1).

Mortalità generale del Regno, dal 1887 al 1931

PERIODI	Cifre proporzionali a 1.000.000 di abitanti	Numeri indici fatta uguale a 100 la mortalità nel 1887-89
1887 - 89	27.024	100
1890 - 92	26.203	97
1893 - 95	25.059	93
1896 - 98	22.974	85
1899 - 01	22.546	83
1902 - 04	21.939	81
1905 - 07	21.270	79
1908 - 10	21.429	79
1911 - 13	19.428	72
1914 - 17	19.292	71
1918	32.949	122
1919 - 23	17.993	67
1924 - 26	17.156	63
1927 - 29	16.196	60
1930	14.106	52
1931	14.800	55

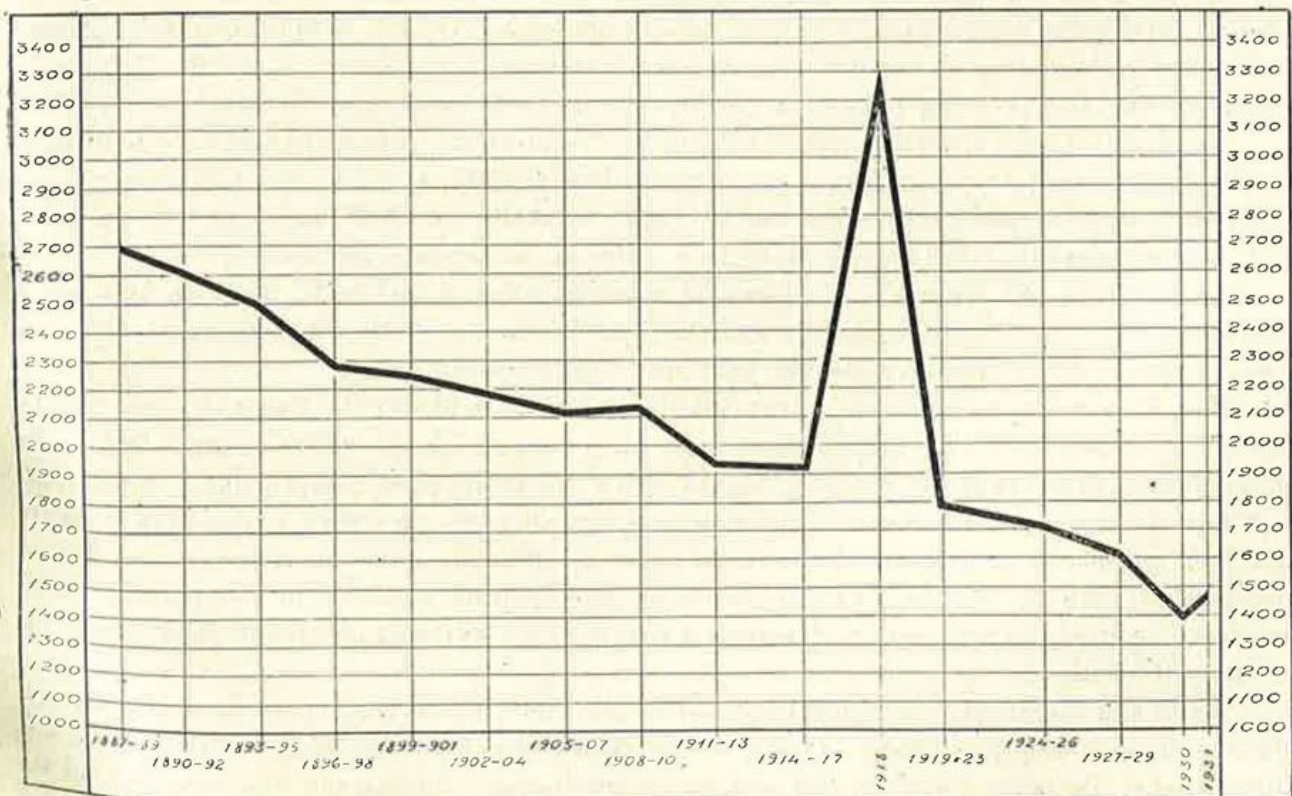


Fig. 1. - Mortalità generale del Regno, dal 1887 al 1931.

Essa si dimostra nettamente all'incirca regolarmente decrescente fino al 1930, eccetto un accentuato rialzo nel 1918 (in cui il numero indice ha superato di ben 22 punti quello del periodo base) dovuto alla grave pandemia influenzale; nel 1931 il numero indice ha superato di soli tre punti quello dell'anno precedente.

Nel prospetto V sono riportati i coefficienti di mortalità per alcune cause di morte, importanti dal punto di vista sociale ed assistenziale, con i relativi numeri indici assumendo come base la mortalità del triennio 1887-89. Sia i coefficienti di mortalità che i numeri indici sono stati tradotti graficamente nelle fig. 2 e 3, per avere per i primi una chiara visione dell'andamento della mortalità, e per i secondi studiare più agevolmente quale causa di morte ha avuto maggiore tendenza alla diminuzione od all'aumento a partire dal triennio 1887-1889. Non si è studiata particolarmente la mortalità per tumori maligni, considerando, che da quasi tutti gli autori, l'aumento di essa verificatosi in questi ultimi anni, sia in una certa misura dovuto a varie cause di errore, che prima esistenti, sono venute con l'andare degli anni ad eliminarsi: si comprende infatti come il maggior numero dei morti per tumori maligni sia in parte dovuto alla maggiore accuratezza e precisione che la scienza moderna ha ottenuto nella diagnosi nelle neoplasie.

La mortalità per tubercolosi polmonare, in questo lungo periodo di anni esaminato, si è dimostrato in generale stazionaria (salvo un aumento sensibile verificatosi nel triennio 1899-901 e l'accentuata cuspide verificatasi nel 1918 in coincidenza con la pandemia influenzale) fino all'anno 1926, dopo il quale la mortalità per tubercolosi polmonare mostra una netta tendenza alla diminuzione. La mortalità invece per le altre forme tubercolari ha avuto un andamento tendente sempre alla diminuzione che si è maggiormente accentuato dopo la non rilevante recrudescenza verificatasi nel 1918: ciò è spiegabile col fatto che le altre localizzazioni tubercolari sono maggiormente influenzate dalle cure fisiche ed elioterapiche e sono anche più facilmente o con più successo aggredibili dallo intervento chirurgico.

La mortalità per malattie del cuore e del pericardio fino all'anno 1918, in cui si è avuta una netta recrudescenza in rapporto alla pandemia influenzale, dimostra un andamento crescente e nel periodo dal 1919 al 1931, un andamento oscillante.

La mortalità per malattie infettive ha dimostrato una notevole diminuzione dal 1887 al 1898 e, dopo quest'ultimo anno, è andata sempre pressochè gradualmente decrescendo, presentando però un'accentuatissima cuspide, la più accentuata, in confronto a quella degli altri gruppi di malattie prese in esame, in corrispondenza della pandemia influenzale nel 1918.

La mortalità per malattie acute dell'apparato respiratorio (polmonite crupale e broncopolmonite acuta) dopo aver dimostrato un aumento fino al 1895, si è dimostrata stazionaria fino al 1904, e leggermente decrescente fino al 1917, ha subito un eccezionale aumento nel 1918, per la grave pandemia influenzale, e dopo il 1918 un andamento oscillante.

La mortalità per malaria e cachessia palustre ha avuto a partire dal 1887 un andamento decrescente e, dopo un non notevole aumento verificatosi nel 1918, ha continuato nella sua discesa fino al 1930, dimostrando nel 1931 un leggero aumento.

Non sono molto significativi i tracciati della fig. 2 indicanti la mortalità per sifilide, omicidi e suicidi, dato che essi tendono a sovrapporsi per i bassi valori assunti dalle cifre proporzionali e per la scala che si è dovuta usare nel grafico per comprendervi in esso tutti i gruppi di cause prese in esame: tuttavia possiamo dire che la sifilide si dimostra a partire dal 1898 pressochè in costante diminuzione; che gli omicidi, salvo un aumento verificatosi nel periodo 1919-23, dovuto presumibilmente ai moti politici avvenuti in quel periodo, si dimostrano in diminuzione, mentre i suicidi dimostrano un aumento specialmente a partire dal triennio 1924-26.

Molto più significativi si dimostrano i tracciati della fig. 3 che, come ho già detto, traducono chiaramente quali delle cause prese in esame mostrano tendenza all'aumento o alla diminuzione. Pertanto i suicidi, pur con ampie oscillazioni, dimostrano una tendenza all'aumento cosicchè nessun numero indice dei periodi di anni presi in esame è stato inferiore a quello del periodo base 1887-89.

PROSPETTO V.

*Mortalità per alcune cause, nel Regno
dal 1887 al 1931.*

PERIODI	Cifre proporzionali a 1.000.000 di abitanti									Numeri indici fatta uguale a 100 la mortalità nel 1887-89								
	Tubercolosi polmonare	Altre forme tubercolari	Malattia del cuore e del pericardio	Sifilide	Malattie infettive	Polmonite cronica e broncopolmonite acuta	Malaria e cachessia palustre	Omioidi	Suicidi	Tubercolosi polmonare	Altre forme tubercolari	Malattia del cuore e del pericardio	Sifilide	Malattie infettive	Polmonite cronica e broncopolmonite acuta	Malaria e cachessia palustre	Omioidi	Suicidi
1887 - 89	1.070	1.058	1.514	66	4.145	2.233	595	52	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1890 - 92	1.028	967	1.584	72	2.945	2.467	541	47	56	96	91	105	109	71	110	91	90	112
1893 - 95	999	910	1.644	76	2.351	2.521	505	49	57	93	86	109	115	57	113	85	94	114
1896 - 98	997	812	1.642	71	1.793	2.305	393	49	63	93	77	108	108	43	103	66	94	126
1899 - 01	1.141	655	1.782	66	1.587	2.297	415	41	63	107	62	118	100	38	103	70	79	126
1902 - 04	1.033	597	1.821	58	1.394	2.302	373	40	62	97	56	120	88	34	103	63	77	124
1905 - 07	1.042	664	1.810	55	1.291	2.272	169	41	72	97	63	120	83	31	102	28	79	144
1908 - 10	1.053	602	1.897	49	1.321	2.207	104	40	84	98	57	125	74	32	99	17	77	168
1911 - 13	978	589	1.828	51	1.291	2.168	97	33	84	91	56	121	77	31	97	16	63	168
1914 - 17	1.017	593	1.910	51	1.111	2.166	134	32	78	95	56	126	77	27	97	23	62	156
1918	1.995	695	2.413	45	8.693	5.015	324	28	75	130	66	159	68	210	225	54	54	150
1919 - 23	1.067	460	1.837	39	1.350	2.050	127	62	79	100	43	121	59	33	92	21	119	158
1924 - 26	1.128	392	1.561	41	1.067	2.335	88	41	96	105	37	103	62	26	105	15	79	192
1927 - 29	954	339	1.789	40	1.039	2.251	68	26	98	89	32	118	61	25	101	11	50	196
1930	821	294	1.631	31	855	1.789	68	27	96	77	28	103	47	21	80	11	52	192
1931	803	279	1.705	33	937	1.971	75	26	101	75	26	113	50	23	88	13	50	202

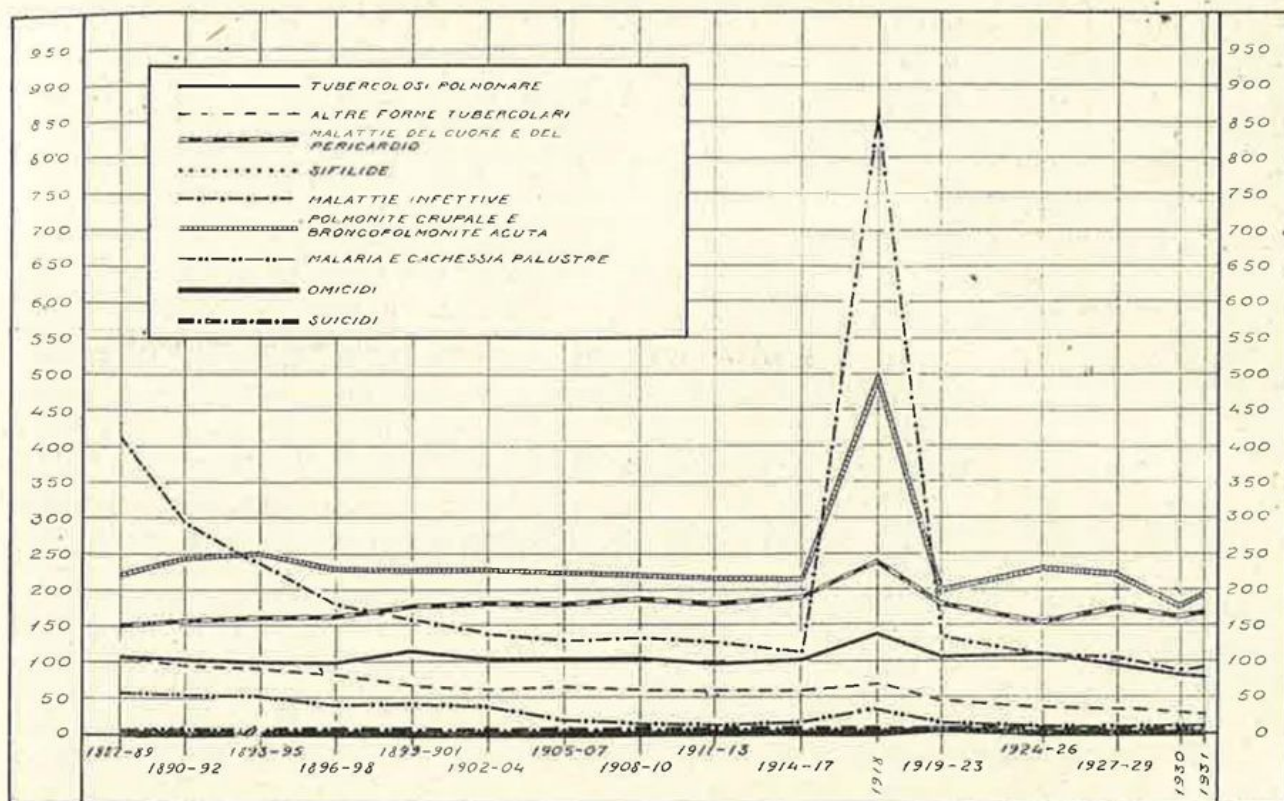


Fig. 2. - Mortalità per alcune cause, nel Regno, dal 1887 al 1931.

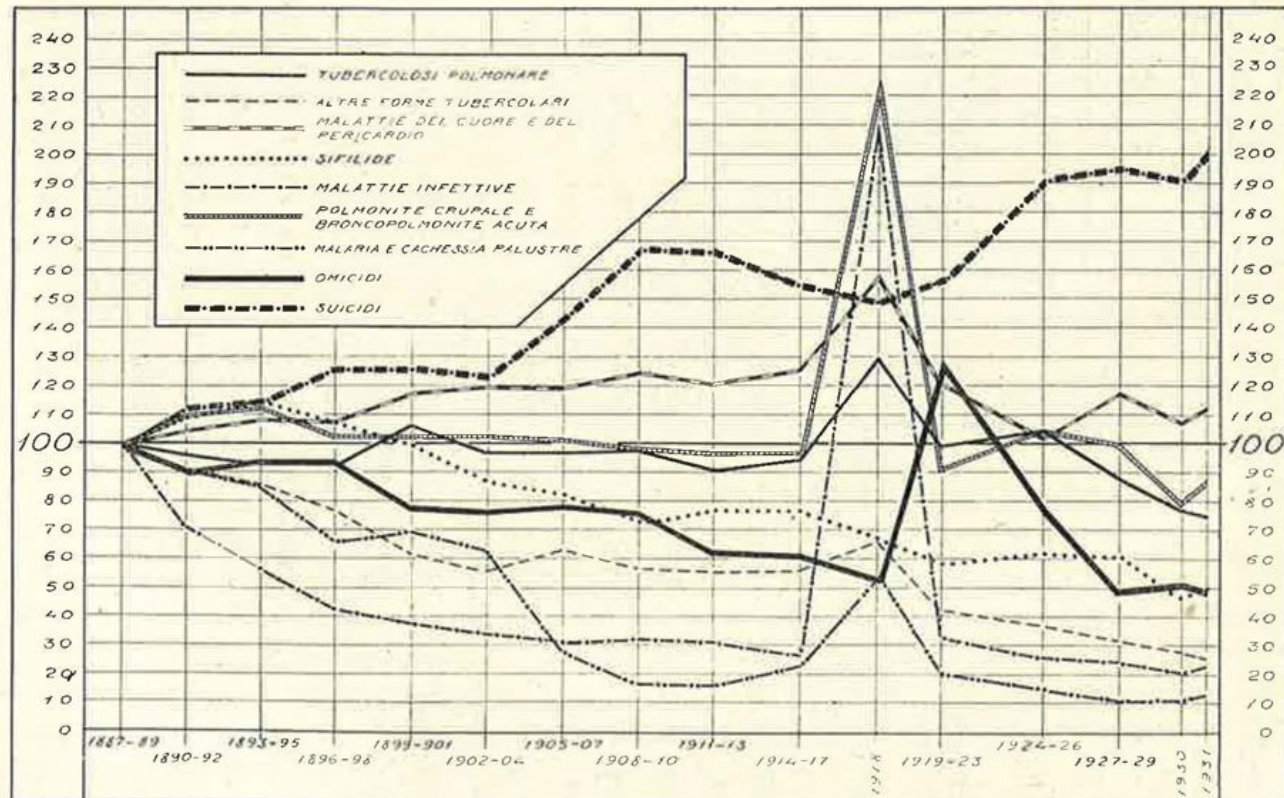


Fig. 3. - Numeri indici della mortalità per alcune cause, nel Regno, dal 1887 al 1931, fatta uguale a 100 la mortalità del triennio 1887-89.

Anche le malattie del cuore e del pericardio dimostrano una presocchè costante tendenza all'aumento fino al 1917, e dopo la cuspide del 1918, un andamento oscillante e che non giunge mai al disotto del periodo base 1887-89.

Invece la mortalità per le altre forme tubercolari e per la malaria e cachessia palustre si dimostrano fin dal periodo 1887-89 in diminuzione nettissima e presenta in corrispondenza della pandemia influenzale del 1918 cuspidi non rilevanti e che non superano e neanche si avvicinano al valore del periodo base 1887-89.

Anche la mortalità per malattie infettive dimostra una netta tendenza alla diminuzione a partire dal periodo 1887-89; però essa dimostra la più alta cuspide in corrispondenza del 1918 che supera di ben 110 punti il periodo base, e che dimostra la grave mortalità provocata in quell'anno dalla febbre influenzale; dopo il 1918 la tendenza alla diminuzione della mortalità per questo ampio gruppo di malattie riprende il suo andamento normale, dimostrando soltanto un lieve aumento nel 1931.

La sifilide dopo aver dimostrato un aumento fino al 1895 dimostra una tendenza alla diminuzione, pur dimostrando nell'andamento generale oscillazioni di piccola entità.

La tubercolosi polmonare dopo il periodo 1924-26 e la polmonite crupale e broncopolmonite acuta dopo il periodo 1927-29 dimostrano una tendenza alla diminuzione.

La tendenza della mortalità per omicidi alla diminuzione si dimostra costante e, dopo l'aumento verificatosi nel quinquennio 1919-23, in cui il numero indice ha superato di 19 punti il periodo base, essa riprende il suo andamento decrescente.

Diamo nei prospetti VI e VII la mortalità regionale per tubercolosi in tutte le varie forme e sedi, e per malaria e cachessia palustre, considerando come l'andamento della mortalità per queste cause può essere grandemente influenzata da speciali condizioni locali di ambiente e di igiene.

Studiando il prospetto VI notiamo che, nei trienni considerati 1887-89, 1912-14, e 1929-31, in generale la mortalità per tubercolosi in tutte le sue varie forme e sedi incide maggiormente in compartimenti dell'Italia Settentrionale e Centrale e nella Sardegna, tanto che il massimo della mortalità nel triennio 1887-89 è stato segnato nel Lazio ed il minimo nelle Calabrie, nel triennio 1912-14 il massimo nella Sardegna ed il minimo nelle Calabrie e nel triennio 1929-31, non tenendo conto della Venezia Tridentina e della Venezia Giulia e Zara (nei quali si sono avuti alti coefficienti di mortalità), il massimo nella Sardegna ed il minimo nella Lucania. Considerando i numeri indici dell'ultima colonna del suddetto prospetto rileviamo che la mortalità per tubercolosi in tutte le sue varie forme e sedi ha subito una forte diminuzione nella Campania subito seguita dal Lazio, dagli Abruzzi e Molise, dalla Lucania, dalle Puglie e dall'Emilia, nei quali compartimenti la mortalità è diminuita in misura maggiore del 50% a confronto di quella del triennio 1887-89.

Dal prospetto VII, in cui è data la mortalità media annua del triennio 1929-31 per malaria e cachessia palustre nei singoli compartimenti, si nota come la mortalità per questa causa, pur segnando una cifra abbastanza alta nel Lazio, è più rilevante nell'Italia meridionale e nella Sardegna, mentre nella maggioranza dei compartimenti dell'Italia settentrionale e centrale risulta inferiore ad 1 morto per ogni 100.000 abitanti: il massimo della mortalità è segnato nella Sardegna con 47,8 su 100.000 abitanti ed il minimo nella Venezia Tridentina con 0,2.

La mortalità per ogni causa nel complesso dei capoluoghi di provincia risulta inferiore nel 1931, come nel 1929 e 1930, a quella del complesso degli altri comuni, e cioè 1149 morti per 100.000 abitanti nei capoluoghi di provincia e 1491 negli altri comuni.

In quanto alla mortalità per ogni causa nei grandi centri urbani, hanno segnato un'alta mortalità, nel 1931, Brescia (199,5 su 100 000 abitanti) Napoli, (173,8), Catania (172,1); una bassa mortalità la Spezia (99,8), Milano (117,4), Roma (122,2), e Genova (128,8).

Il massimo della mortalità infantile, come risulta dal prospetto VIII si è verificato nel

PROSPETTO VI.

**Mortalità per tubercolosi in tutte le sue varie forme
e sedi nei Compartimenti e nel Regno nei periodi sottoindicati**
(per 100.000 abitanti)

COMPARTIMENTI	Periodi (medie annue)			Numeri indici del triennio 1929 - 31 Periodo (1887-89 = 100)
	1887 - 89	1912 - 14	1929 - 31	
Piemonte	197	148	118	60
Liguria	248	198	132	53
Lombardia	257	172	133	52
Venezia Tridentina	?	?	163	?
Veneto	219	178	139	63
Venezia Giulia e Zara	?	?	188	?
Emilia	240	153	114	48
Toscana	242	177	130	54
Marche	172	117	99	58
Umbria	187	130	103	55
Lazio	269	162	105	39
Abruzzi e Molise	199	115	83	42
Campania	221	118	81	37
Puglie	227	147	110	48
Lucania	145	95	65	45
Calabria	133	92	71	53
Sicilia	156	104	82	53
Sardegna	188	212	176	94
Regno	213	148	114	54

PROSPETTO VII.

Mortalità per malaria e cachessia palustre
Cifre proporzionali a 100.000 abitanti (media annua del triennio 1929-31)

Piemonte	0.3	Umbria	0.7
Liguria	0.5	Lazio	9.3
Lombardia	0.6	Abruzzi e Molise	5.7
Venezia Tridentina	0.2	Campania	5.0
Veneto	3.4	Puglie	22.2
Venezia Giulia e Zara	0.7	Lucania	47.3
Emilia	0.5	Calabria	23.1
Toscana	1.4	Sicilia	12.7
Marche	0.7	Sardegna	47.8

Regno 7.0

**Mortalità infantile e quote di illegittimità
in ciascun Compartimento e nel Regno nell'anno 1931**

COMPARTIMENTI	Morti da 0 a meno di 1 anno ‰ nati vivi	Quote d'illegittimità ‰ nati vivi di qualsiasi filiazione
Piemonte	92.6	47.8
Liguria	73.4	64.8
Lombardia	133.2	45.6
Venezia Tridentina.	112.7	80.4
Veneto	87.4	64.6
Venezia Giulia e Zara	115.7	116.7
Emilia	92.8	110.4
Toscana	69.3	41.0
Marche	87.7	35.8
Umbria	88.0	58.2
Lazio.	91.1	64.5
Abruzzi e Molise	126.1	30.6
Campania.	120.5	35.4
Puglie	142.8	29.2
Lucania	174.9	22.7
Calabria	120.8	53.1
Sicilia	141.3	35.8
Sardegna	117.1	43.7
Regno	112.9	51.0

1931 nella Lucania (174,9 morti al di sotto di un anno di età, su 1000 nati vivi) ed il minimo nella Toscana (69,3). In generale poi si nota che la mortalità infantile è meno accentuata nei compartimenti dell'Italia Centrale e Settentrionale (eccettuata la Lombardia, la Venezia Tridentina, la Venezia Giulia e Zara) e ciò non può mettersi in relazione alla maggiore quota di illegittimità nei compartimenti dell'Italia Meridionale ed Insulare in quanto la illegittimità tende, in generale, a sensibilmente diminuire nell'Italia Meridionale ed Insulare, ma ciò deve avvenire presumibilmente per speciali condizioni di clima e di alimentazione infantile.

Per mezzo di dati sommari, pubblicati nel Bollettino Mensile di Statistica del marzo 1934, dei risultati del censimento della popolazione del 21 aprile 1931, abbiamo potuto calcolare quozienti specifici di mortalità secondo lo stato civile, il sesso e l'età.

Istituito coefficienti di mortalità per ciascun sesso secondo lo stato civile, abbiamo che, nel 1931,

Su 1000 maschi celibi	da 15 anni in su	ne sono morti	7,5
» » » coniugati	» » » »	» » » »	15.3
» » » vedovi	» » » »	» » » »	71.8
» » » divorziati	» » » »	» » » »	5,4

Su 1000 femm.	nubili	da 15 anni in su	ne sono morte	7,1
> > >	coniugate	> > >	> > >	9,8
> > >	vedove	> > >	> > >	47,4
> > >	divorziate	> > >	> > >	8,9

Sembrerebbe da questi rapporti che una maggiore mortalità si verifichi tra i coniugati e vedovi a confronto dei celibi o nubili e divorziati; ma bisogna tener conto che, nell'ampia classe di età scelta, fra i coniugati ed i vedovi ci sono maggior numero di individui di età avanzata e quindi più esposti a morire e che le cifre assolute su cui sono state calcolate i coefficienti dei divorziati sono troppo piccole per essere rappresentative del fenomeno.

Perciò abbiamo calcolato per ambedue i sessi coefficienti di mortalità, secondo lo stato civile, in due gruppi scelti di età, cioè da 20 a 39 anni e da 50 a 59 anni, considerando, con il Pearson ed il Raseri, che la complessa curva della mortalità di Lexis sia derivante dalla fusione di più curve campanulari semplici le cui ordinate massime cadrebbero in alcuni periodi della vita in cui predominano talune particolari infermità (da 20 a 39 anni la tubercolosi polmonare, le polmoniti, le febbri malariche e, per le donne coniugate, le malattie da gravidanza, parto e puerperio; all'età di 50-59 anni le epatiti le nefriti, le malattie del ricambio ecc.).

E così abbiamo ottenute le seguenti cifre:

Su 1000 maschi celibi	da 20 a 39 anni	ne sono morti	5,3
> > >	coniugati	> > >	4,1
> > >	vedovi	> > >	8,5
> > >	divorziati	> > >	2,6

Su 1000 donne nubili	da 20 a 39 anni	ne sono morte	4,7
> > >	coniugate	> > >	4,4
> > >	vedove	> > >	5,6
> > >	divorziate	> > >	3,3

poi

Su 1000 maschi celibi	da 50 a 59 anni	ne sono morti	21,9
> > >	coniugati	> > >	13,6
> > >	vedovi	> > >	19,3
> > >	divorziati	> > >	2,4
Su 1000 femm.	nubili	da 50 a 59 anni	ne sono morte 13,5
> > >	coniugate	> > >	11,0
> > >	vedove	> > >	12,6
> > >	divorziate	> > >	7,1

Non tenendo conto dei coefficienti di mortalità dei divorziati e delle divorziate, perchè ottenute con cifre assolutamente esigue, si nota quanto segue: che nelle donne i coefficienti di mortalità nelle due classi di età considerate, sono inferiori a quelle corrispondenti del sesso maschile, eccetto nelle coniugate, nella classe di età da 20 a 39 anni in cui il coefficiente è leggermente superiore a quello corrispondente dei maschi, presumibilmente in rapporto alle maggiori probabilità di morte per le donne coniugate in questa classe di età per malattie della gravidanza, parto e puerperio; che nei coniugati e nelle coniugate, d'ambedue le classi di età considerate, il coefficiente di mortalità è inferiore a quello corrispondente dei celibi o nubili, e dei vedovi e vedove; che se la differenza in meno della mortalità per le coniugate da 20 a 39 a confronto delle nubili della stessa età è esigua, a confronto di ciò che si verifica nei maschi, ciò è dovuto presumibilmente alle malattie della gravidanza e del puerperio che mietono proprio in questa età numerose vittime fra le donne coniugate.

Concludendo si può dire che in condizione di coniugato o coniugata la mortalità è infe-

Durata della vita media in Italia

ETÀ — anni	1881						1901						1911						1921					
	M		F		MF		M		F		MF		M		F		MF		M		F		MF	
	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi
0	35	2	35	8	35	5	42	7	43	0	42	9	46	7	47	4	46	11	49	3	50	9	50	0
4	50	1	49	5	49	10	54	11	54	6	54	8	56	7	56	8	56	7	58	0	58	7	58	3
15	44	3	43	11	44	1	47	0	46	11	46	11	48	2	48	6	48	4	49	2	49	11	49	6
25	37	6	37	0	37	2	39	5	39	7	39	6	40	6	41	0	40	9	41	6	42	2	41	10
55	16	3	16	2	16	2	16	11	17	3	17	1	17	7	18	1	17	10	18	0	18	7	18	4
70	7	2	7	9	8	0	7	9	7	8	7	8	8	2	8	2	8	2	8	5	8	6	8	5
100	2	1	2	3	2	2	1	4	1	6	1	5	1	4	1	6	1	5	5	5	1	9	1	8

riore che in condizione di celibe o nubile o di vedovo o vedova e che, in generale, la mortalità nel sesso maschile è maggiore che nel sesso femminile.

In quanto alla mortalità nelle diverse età, nel 1931 si ha che:

su 1000 nati vivi ne sono morti, a meno di anno uno di età	112,9
» » abitanti da 1 a 14 anni di età ne sono morti	6,8
» » » » 15 a 39 anni » » »	4,3
» » » » 40 a 64 anni » » »	11,9
» » » » 65 oltre » » »	77,8

nel 1921:

su 1000 nati vivi ne sono morti a meno di 1 anno di età	129,3
» » abitanti da 1 a 14 anni di età ne sono morti	9,1
» » » » 15 a 39 anni » » »	5,3
» » » » 40 a 64 anni » » »	12,2
» » » » 65 e oltre » » »	78,2

Confrontando queste cifre si rileva come, in tutti i gruppi di età considerati, vi sia stata nel 1931, rispetto al 1921, una più o meno accentuata diminuzione della mortalità, il cui decremento va da un massimo del 25 % nella popolazione da 1 a 14 anni ad un minimo dell'1 % nella popolazione di 65 anni e oltre, subito seguiti rispettivamente dalla popolazione da 15 a 39 anni di età col 19 % di decremento e dalla popolazione da 40 a 64 anni di età col decremento del 20 %.

Durata della vita media in Italia.

(vedi prospetto IX)

Sono state prese in considerazione alcune età perchè caratterizzate dal fatto che in esse incidono maggiormente speciali condizioni o cause di morte, e cioè: l'età al di sotto di un anno (gastro- enteriti, malattie speciali dei neonati), 4 anni (malattie esantematiche, malattie speciali dell'infanzia), 15 anni (pubertà, crescita), 25 anni (tubercolosi, polmonare, polmoniti, malattie da gravidanza, parto e puerperio), 55 anni (malattie del ricambio, epatiti e nefriti croniche), 70 anni (senilità, tumori maligni), 100 anni (decrepitezza).

La durata della vita media, complessivamente nei due sessi, dimostra nel tempo una costante tendenza all'aumento nell'età 0, 4, 15, 25 e 55 e diminuisce soltanto nell'età 70 nel 1901 e nell'età 100 nel 1901 e 1911.

La durata della vita media nei maschi in confronto di quella delle femmine, dimostra un andamento incostante nel 1881 e nel 1901, ma essa è superiore nelle femmine nel 1911 (eccetto nel 70° anno di età in cui risulta eguale nei due sessi) e nel 1921, ciò che viene a consolidare la constatazione della maggiore longevità del sesso femminile.

BIBLIOGRAFIA.

L. DE BERARDINIS, *Statistica delle cause di morte*. — Ed. Antonino Giuffrè, Milano, 1933-XI.

L. DE BERARDINIS, *Malattie sociali*. — Ed. Antonino Giuffrè, Milano, 1933-XI.

Statistica delle cause di morte negli anni 1887 al 1930. — Pubblicazioni ufficiali.

Movimento della popolazione secondo gli atti dello stato civile nell'anno 1931. — Pubblicazione ufficiale dell'Istituto Centrale di statistica. — Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1934-XII.

Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia — Compendio Statistico dell'anno 1929. — Provveditorato Generale dello Stato, Roma, 1929 VIII.

L. LIVI, *Elementi di statistica*. — C.E.D.A.M., Padova, 1929-VIII.

La pagina del Medico fiduciario

A proposito dell'esame dell'apparato Cardio-Vascolare.

Richiamiamo l'attenzione dei colleghi sulla necessità di procedere sempre nella visita degli assicurandi, ad un esame sistematico dell'apparato cardio-vascolare come è esposto nelle istruzioni ai Medici Fiduciari (Mod. S. S. 45).

Non raramente vediamo tralasciati nei rapporti medici due elementi di importanza capitale. Il primo è la misurazione della pressione arteriosa, di essa si deve indicare la Mx e la Mn, l'ora di esame e l'apparecchio adoperato. E' indispensabile che tutte queste indicazioni siano complete, altrimenti dalla lettura del rapporto medico non sarà possibile avere un criterio su questo fattore.

Altro elemento importante, che a torto vediamo tralasciato nei rapporti, è la prova funzionale con le variazioni del numero delle pulsazioni dopo lo sforzo e il tempo impiegato per il suo ritorno al normale.

Si tratta di una ricerca così semplice e rapida a cui non dobbiamo assolutamente rinunciare.

Ricordiamoci che i tratti di linea e le risposte lasciate in bianco non depongono per una diligenza eccessiva del medico e per l'accuratezza dell'esame!

St.

L'opera dell'Ispettore Medico.

Recentemente è stato sottoposto a visita medica per un contratto di assicurazione vita un individuo di 62 anni.

Il medico visitatore nel rapporto ha segnalato le seguenti misure somatiche: Altezza cm. 180, Peso Kg. 93, Collo cm. 46, Torace cm. 108-105, addome cm. 100, normali tutti gli organi e sistemi, pressione arteriosa Mx. 115 Mn. 65 (Riva-Rocci) ed ha giudicato il rischio: Normale.

Da una visita di controllo è risultato: Altezza cm. 174, Peso Kg. 110, Collo cm. 47, Torace 118-113, Addome cm. 123, rinforzo del II Aortico, polso alla radiale teso, duro.

Arterie temporali ben visibili, serpiginose. Pressione Arteriosa Mx. 180, Mn. 95 Korkow.

M. C. B.

* *

Per dubbi sorti circa l'attendibilità delle misure somatiche di un assicurando viene eseguita nel luglio 1934 una visita di controllo dall'Ispettore Medico che rileva: altezza metri 1,67, peso verificato alla bilancia Kg. 114, collo cm. 44, torace m. 1,14-1,09, addome 1,29.

In precedenti visite eseguite per altre assicurazioni i medici avevano segnato nel 1931: altezza m. 1,67, peso Kg. 99, collo cm. 37, torace cm. 90, addome 100-97. Nello stesso anno 1931: peso Kg. 94, collo cm. 38, torace 100-97, addome 98. Nel 1932: Peso kg. 96, collo cm. 42, torace 106-103, addome 115. Nel 1933: Kg. 87, collo cm. 40, torace 97-94, addome 96. Nel maggio 1934; Peso kg. 99, collo cm. 45, torace 103-101, addome 119.

L'assicurando stesso ha dichiarato che il suo peso è stazionario da cinque anni.

Nonostante le vive raccomandazioni rivolte ai medici fiduciari perchè procedano al rilievo esatto delle misure somatiche, dobbiamo constatare talora notevole discordanza tra i dati forniti dai vari fiduciari.

Tale discordanza risulta spesso più evidente dal controllo dell'Ispettore Medico.

Siamo quindi costretti a richiamare ancora una volta l'attenzione dei medici fiduciari sulla necessità che le misure somatiche vengano sempre rilevate e segnate con esattezza.

F. M.

* *

Abbiamo parecchie volte segnalato le inesattezze di molti rapporti medici per quanto riguarda le misure somatiche.

Sembrerebbe a prima vista che se un dubbio può sorgere circa la presenza di un soffio cardiaco, di una lesione a carico dell'apparato respiratorio o digerente, circa l'interpretazione di una gonartrite etc. etc., questi dubbi do-

vrebbero non esistere di fronte al . . . sistema metrico decimale!

Eppure non è così!!!

Sono infatti di tutti i giorni i rilievi di questo genere, rilievi che importano ritardi notevoli nei perfezionamenti dei contratti e che con un po' di buona volontà potrebbero essere evitati.

Ancora un esempio più degli altri istruttivo.

Da un contratto di due anni or sono, risultavano a carico di un assicurato i seguenti dati somatici:

Altezza	Peso	Collo	Torace	Addome
1.75	100	42	1.12-1.02	110

In occasione di una nuova assicurazione lo stesso fiduciario segnalò i seguenti dati:

Altezza	Peso	Collo	Torace	Addome
1.70	80	40	1.10-1	112

Venne allora fatto il rilievo e pregato il fiduciario di riprendere con esattezza le misure ed a segnalare i motivi di un così notevole dimagrimento in appena due anni.

I nuovi dati ritornarono così formulati e con l'annotazione che essi dovevano ritenersi della massima esattezza:

Altezza	Peso	Collo	Torace	Addome
1.65	110	42	110 99	115

Dal lato scientifico sarebbe interessante osservare questo assicurando che si distende e si accorcia, si dilata e si restringe quasi fosse di gomma elastica anziché di carne ed ossa! . . .

P. T.

* *

Un medico ha inviato alla Direzione Generale un rapporto dal quale risultava che l'assicurando era in perfette condizioni di salute e che il rischio doveva giudicarsi, normale.

Una visita di controllo ha fatto constatare

che l'assicurando è affetto da vizio organico di cuore e da sclerosi a placche.

M. C. B.

Danni

che potevano essere evitati.

Nel gennaio 1934 venne emessa una polizza di assicurazione per una discreta somma sulla testa di un uomo dichiarato perfettamente sano, dal medico incaricato della visita sanitaria.

L'assicurato morì nel marzo 1934 e da un'inchiesta eseguita e risultato che la morte fu dovuta ad un carcinoma gastrico, diagnosticato nell'autunno del 1933, da vari medici, anche con ripetuti esami radiologici.

F. M.

* *

Nell'agosto 1933 venne emessa una polizza di assicurazione per un discreto capitale sulla testa di una donna di 50 anni.

Sia sulla proposta che in occasione della visita medica l'assicuranda dichiarò di avere sempre goduto buona salute e trovarsi in perfette condizioni di salute, negando di avere mai fatto ricorso all'opera di alcun sanitario.

Dopo 8 mesi l'assicurata decedette per broncopneumonia, giusta il certificato di morte.

Da un'inchiesta eseguita è risultato che la donna era sofferente da vari mesi prima dell'ingresso in assicurazione di carcinoma dell'utero e che per tale motivo nel dicembre 1932 era stata ricoverata nell'Ospedale locale e quindi nel gennaio 1933 in un Ospedale della Capitale, dove, essendosi dichiarato il tumore inoperabile — epiteloma del collo uterino con invasione dei fornici, — fu sottoposta alla radioterapia.

Tale cura si dovette sospendere per presenza di glucosio nelle urine e fu poi ripresa dopo l'insulina-terapia.

Tutto ciò era stato taciuto dalla paziente.

M. C. B.

Notiziario

La partecipazione degli assicurati agli utili dell'I. N. A.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nell'approvare il bilancio

dell'esercizio 1933, ha deliberato di elevare al 4,50 % la misura della partecipazione degli assicurati agli utili dell'azienda per detto anno. Tali utili si sommano con quelli dei precedenti esercizi.

Terza conferenza internazionale sui problemi delle assicurazioni dei rischi tarati

Praga, dal 5 al 7 settembre 1934 XII

PROGRAMMA

Mercoledì, 5 settembre 1934.

Ore 9.30 — Apertura della conferenza nel palazzo Kaunitz, Praga II, Panská ul. Nr. 7.

Ore 10 — I Parte:

1. Discussione sullo scopo ed i metodi delle progettate ricerche statistiche - Relatore sig. Lavoslav Cvetnic (Cecoslovacchia).
2. Discussione sul modo di ottenere il desiderato accordo nel fissare le singole caratteristiche - Relatore Sig. Lavoslav Cvetnic (Cecoslovacchia).

Ore 14:

3. Discussione sulla redazione della carta statistica - Relatore Sig. Dr. Jaroslav Janko (Cecoslovacchia) e Sig. Dr. Bruno de Mori (Italia).

Giovedì, 6 settembre 1934.

Ore 9.30 — II Parte:

1. Relazione e discussione sui pareri circolari « Zirkulargutachten » degli ultimi anni - Relatori i Sigg. Dr. Prof. Carlo De Gregorio (Italia), Dr. Osias Gruder (Austria) e Dr. Josef Klouzek (Cecoslovacchia).
2. Discussione sulle misure che hanno lo scopo di limitare l'obbligo dell'assicuratore nei primi anni d'assicurazione - Relatori i Sigg. Ing. Václav Chodera (Cecoslovacchia) ed il Dr. Josef Sebor (Cecoslovacchia).
3. Discussione sulla coassicurazione del rischio d'invalidità nel senso della liberazione del pagamento dei premi in caso di invalidità totale - Relatori i Sigg. Olav Aabakken (Norvegia) e Lavoslav Cvetenic (Cecoslovacchia).

Ore 14.30:

4. Discussione sui casi limiti fra l'accettazione ad un premio fortemente aumentato ed il rifiuto - Relatore Sig. Björn Drachmann (Danimarca).
5. Discussione sulle misure atte ad aumentare l'interesse dei proponenti per l'ac-

cettazione delle polizze per ottenere un miglioramento della percentuale di accettazione delle assicurazioni emesse ad un premio aumentato - Relatore Sig. Paul Bergholm (Svezia).

Venerdì, 7 settembre 1934.

Ore 9.30 — III Parte:

La medicina e l'assicurazione dei rischi tarati.

- « Applicazione di brevi attestati per l'assicurazione di rischi tarati » - Relatore Sig. Dr. Emil Jahoda (Austria).
- « Sul problema dell'obesità » - Relatore Sig. Dr. Jan Jilek (Cecoslovacchia).
- « Pressione di sangue ed assicurazioni sulla vita in Svezia » - Relatore Sig. Dr. Folke Lindstedt (Svezia).
- « Cancro ed assicurazione sulla vita » - Relatore Sig. Dr. Jaromir Necas (Cecoslovacchia).
- « Considerazione dell'obesità e del minore peso nell'assicurazione vita » - Relatore Sig. Prof. Dr. Ilario Romanelli (Italia).
- « Adipositas » - Relatore Sig. Dr. Knud Secher (Danimarca).
- « Giudizio clinico sul cuore » - Relatore Sig. Dr. Josef Sebor (Cecoslovacchia).

Ore 14.30 — IV Parte:

Libere proposte e discussioni - Relatore Sig. Dr. Fr. Kubicek (Cecoslovacchia).

Ore 18:

Chiusura ufficiale della Conferenza e disposizioni in merito alla prossima Conferenza.

Mortalità di assicurati negli Stati Uniti.

La « Metropolitan Life Insurance Company », che opera negli Stati Uniti e nel Canada, ha pubblicato la relazione per il 1933, la quale documenta come la mortalità tra i propri assicurati sia stata, in detto anno, la più bassa avutasi fin'ora. Questa quota infima viene ascritta alle visite mediche periodiche ed all'attiva propaganda igienica fra gli assicurati. Sono aumentate lievemente le morti da influenza in gennaio, a causa di una pandemia; sono pure aumentate le morti da automobilismo, da cancro, da cardiopatie; sono in diminuzione le morti da altre cause.

(*Annali di igiene*, 1934, N. 5, pag. 520).

Utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica distribuiti dall'I. N. A.

Anno 1931	33,50 %	dei buoni distribuiti
» 1932	36,70 »	» »
» 1933	53,60 »	» »
» 1934 1° semestre	56,40 »	» »

Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell'I.N.A. che hanno dovuto sottoporsi ad operazioni chirurgiche.

	I M P O R T O				
	1931	1932	1933	1934 1° sem.	Totale
Interventi per :					
1) Cancro ed altri tumori.	2.405	—	4.508	11.408	18.321
2) Malattie delle ghiandole endocrine .	—	12.000	—	—	12.000
3) Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.	9.910	11.100	17.035	6.551	44.596
4) Malattie apparato circolatorio . .	—	—	16.788	—	16.788
5) Malattie apparato digerente . . .	20.793	20.640	97.904	28.072	167.409
6) Malattie apparato urinario e genitali	1.815	43.958	64.640	30.434	140.847
7) Malattie della gravidanza e del parto	—	—	4.910	—	4.910
8) Malattie della pelle e tessuto cellulare	—	—	4.515	—	4.515
9) Malattie delle ossa e degli organi della locomozione	4.500	—	3.918	1.005	9.423
TOTALE L.	39.423	87.698	214.218	77.470	418.809

Contratti sinistrati per morte esaminati del Servizio Sanitario nel 2° trimestre 1934

Antidurata dei contratti	Assicurazioni ordinarie		Assicurazioni popolari	Cessioni Legali e Riassicurazioni	Totali
	con visita medica	senza visita medica			
Inferiore a 5 anni	211	121	246	131	709
Superiore a 5 anni	581	75	74	198	928
Totali	792	196	320	329	1.637

Dai Libri e dalle Riviste

L'esame radiologico degli adolescenti per la diagnosi precoce della t.b.c. polmonare.

L'importanza di questo metodo per il sollecito «depistage» dei casi di t.b.c. polmonare e per la profilassi sociale è ben nota a tutti i medici. In Italia l'istituzione della cartella clinica-radiologica negli alunni delle scuole preconizzata da Maragliano, Busi e Tandola ha già avuto in alcuni centri rurali delle pratiche attuazioni dando lo spunto ad interessanti lavori (Arcelli e Salotti-Arcelli).

In Germania si è proceduto tra gli studenti universitari ad un esame radiologico per l'accertamento di lesioni polmonari specifiche. Si è in tal modo riscontrata t.b.c. polmonare aperta nel 0,48 % dei casi esaminati, in stato subevolutivo nell'1,92 %, forme inattive sono risultate nel 16,60 % ed infine sono risultati sospetti di lesioni t.b.c. nell'1,80 %.

Successivamente Kattentidt in uno studio che troviamo riportato nel notiziario del n. 4 della *Difesa Sociale* del c. a. ha esaminato oltre 10.000 studenti appartenenti alle Scuole Superiori di Monaco e vi ha riscontrato le seguenti forme cliniche-radiologiche:

t.b.c. aperta.	0,37 %
» chiusa ma in istato di evoluzione	0,19 %
» in stato subevolutivo	0,79 %
» inattiva	21,72 %

L'importanza di queste ricerche statistiche che per ora tra gli studenti sono facoltative si è resa sempre più manifesta ed utile per la profilassi sociale tanto che il Ministro bavarese della P. I. l'ha resa obbligatoria per i nuovi iscritti ed a Zurigo il Consigliere di Stato della P. I. ha emanato un uguale decreto a richiesta degli stessi studenti.

Str.

Gli adolescenti bacilliferi.

Mentre si è abituati a ritenere come pericolosi disseminatori dei bacilli di Koch solo i vecchi tossicologici e bronchitici Faure e Matinier in uno studio praticato tra gli allievi di una scuola militare (*Presse Medicale*, 1934, n. 41) hanno riscontrato alcuni casi di adolescenti bacilliferi con condizioni generali assolutamente buone. Interessante è rilevare che in tutti e tre i casi descritti né clinicamente né radiologicamente vi fossero elementi indici di una lesione polmonare; però tutti

avevano un genitore convivente affetto da t.b.c. polmonare conclamata.

Il reperto bacillare si ebbe di solito per un breve periodo di tempo (uno, due mesi) e solo dopo somministrazione di joduro di potassio. Soltanto in un caso si è protratto oltre gli otto mesi. Nonostante la possibilità dell'espettorato i giovani non hanno presentato alcun sintomo di una lesione polmonare specifica e sono aumentati di peso in modo non inferiore ai loro coetanei sani.

Faure e Maginier sono di opinione che questi soggetti non debbano considerarsi malati, ma riferendosi alle ricerche di Strauss che ha trovato numerosi bacilli di Koch nella mucosa nasale di persone sane, ritengono che nelle alte vie respiratorie e perfino nell'alveolo polmonare possano tali bacilli vivere saprofiticamente o incistate in lesioni minime ed essere emessi con la somministrazione di joduro.

Certamente la facilità del contatto familiare con persone malate ha grande importanza in questi casi, ma vi devono anche agire speciali resistenze immunitarie del soggetto perchè si possa spiegare un tale comportamento indifferente del parenchima polmonare.

Comunque dal punto di vista sociale nella lotta contro la tubercolosi non si dovrà più limitare le ricerche, specie in casi di giovani viventi in comunità e provenienti da famiglie t.b.c. all'esame clinico ma procedere anche ad accertamenti dell'esame dell'espettorato con i soliti metodi di arricchimento e di riattivazione. Un allontanamento temporaneo del soggetto bacillifero potrà evitare un contagio a giovani molto più vulnerabili.

Str.

Lo Sport e la Tubercolosi.

Wiese in un articolo recensito in «Difesa Sociale» n. 4, 1934, su questo argomento ha esposto alcuni quesiti che l'esperienza dell'attiva partecipazione di vaste masse giovanili allo sport invalse nel dopoguerra ha reso di maggiore importanza e di attualità.

Possano anzitutto, l'A. si domanda, «gli esercizi fisici in soggetti portatori di t.b.c. latente determinare un aggravamento della malattia»? Wiese risponde che la cosa è non solo possibile ma anche non rara essendosi tra gli studenti riscontrati casi di t.b.c. aperta da 0,5 al 0,8 % e di t.b.c. chiusa dall'1,6 al 2,2 %.

Egli perciò propone che tutti i giovani che

entrano a far parte di società sportive debbano subire preventivamente un esame medico con controllo radioscopico che permettano di eliminare questi malati latenti affetti non solo di t.b.c. polmonare ma anche di forme specifiche osteoarticolari.

Richiama infine Wiese l'attenzione dell'antirità tedesca proponendo come esempio i provvedimenti adottati per lo stesso scopo dall'O. N. B. in Italia.

St.

Le polveri di alluminio nella patologia delle vie respiratorie.

La « Rassegna di Medicina applicata al lavoro industriale », che ha già pubblicato le interessanti documentazioni del « Bureau International du Travail » sulla silicosi nei risultati delle comunicazioni internazionali sanitarie, nel n. 2 del c. a. presenta su questo argomento uno studio praticato a Roma da Filippo assistente della R. Clinica Otorinolaringoiatrica (Dir. Prof. Bilancioni).

L'A. ha fatto uno studio sistematico dell'apparato respiratorio di circa 100 operai addetti alla lavorazione dell'alluminio e quasi in tutti ha trovato alterazioni delle alte vie respiratorie, di 12 soggetti che presentano le lesioni tipiche riporta per esteso l'esame obiettivo con risultati delle radiografie e numerose microfotografie dei frammenti dei turbinati inferiori asportati per la biopsia. Infatti Filippo ha potuto dimostrare come la lesione più frequente nei lavoratori dell'alluminio siano i processi infiammatori a carico della mucosa nasale e soprattutto dei turbinati con caduta dell'epitelio cilindrico vibratile e sottomucosa infiltrata da elementi parvicellulari con sclerosi del connettivo periglandolare.

La radiografia del torace ha fatto rilevare, sebbene solo in alcuni soggetti, la presenza di ombre nodulari linfatiche molto accentuate di probabile natura metallica.

Nella conclusione Filippo richiama l'attenzione dei medici di fabbrica sulla opportunità di visite periodiche specie delle cavità nasali agli operai che lavorano in stabilimenti di metallurgia con alluminio.

Sarà in tal modo possibile evitare altre secondarie condizioni morbose come anemie, cefalee, stati asmatici, afonie che compaiono a lungo andare in questi soggetti.

St.

Dott. G. ALBERTI, *Consigli ai diabetici*. — II Edizione, Arti Grafiche « Panetto e Petrelli », Spoleto, 1934-XII.

In forma succinta, ma chiara, sono esposti in

questa pubblicazione, che ha fine esclusivamente pratico, le nozioni essenziali sul diabete e sui problemi dell'alimentazione e dell'igiene connessi con tale malattia.

Seguono tabelle della composizione media dei principali alimenti e schemi dietetici opportuni.

I. F.

Spunti epidemiologici e demografici della regione pugliese.

Il Prof. Sangiorgi direttore dell'Istituto di Igiene di Bari tratta l'argomento nel n. 3 del c. a negli « Annali di Igiene ».

L'A. ricordato come questa regione per motivi geografici, climatici, etnici dovesse presumersi focolaio di numerose forme microparassitarie rileva come le ricerche abbiano confermato questa supposizione. Infatti su 335 esami coprologici esaminati, in 77 sono state trovate forme parassitarie quali l'*Entamoeba dysenteriae*, l'*Ent. coli*, la *Lambli*, il *Tetraminus*, il *Trichomonas*.

Inoltre le ricerche compiute all'Istituto di Igiene di Bari confermano il valore patogeno della *Blastocystis hominis* che è uno stretto parassita dell'uomo. In numero di casi notevole l'infezione parassitaria riscontrata è stata duplice: 11,7 % rispetto al 14,3 % delle forme pure, nè rare sono state le forme triple raggiungendo il 2,68 %; eccezionali sono invece i casi di infezione quadrupla. La distribuzione geografica dei casi osservati fa rilevare come questi parassiti prevalgano nei piccoli centri della provincia di Lecce forse per il difettoso rifornimento di acque potabili.

Lo studio della brucellosi negli animali ha fatto riscontrare la *br. melitense* soprattutto nelle capre e tra le pecore, la *br. abortus* tra i bovini; è pure stata accertata la presenza delle paramelitensi e del *parabortus* nella febbre ondulante.

Il Sangiorgi chiude il lavoro con alcuni rilievi demografici nella città di Bari che ha il primato assoluto della natalità tra i capoluoghi di provincia e con l'immigrazione in 50 anni la popolazione è triplicata. Il primo di questi due fattori è un vero titolo di fierezza della « più grande Bari » raggiungendo all'incirca il coefficiente di natalità l'alta cifra del 37 ‰. Devesi però rilevare come i punti neri della demografia di Bari una lenta diminuzione della mortalità che però proporzionalmente agli altri centri è notevolmente alta e soprattutto una mortalità infantile del 48 % sulla mortalità totale. L'opera associata del legislatore, del sociologo e dell'igienista potrà migliorare questa zona grigia della nuova Bari fascista.

St.

La trasmissione del raffreddore con gli alimenti.

L'eventualità di questa trasmissione già sospettata è stata sperimentalmente dimostrata nelle scimmie da Bliss a Long (*Jour. of Am. med. Ass.*, vol. CI, n. 26,23 dicembre 1933). Isolati 15 scimpanzè e dopo due mesi di osservazione durante i quali gli animali non presentarono disturbi delle vie respiratorie, furono fatti preparare i cibi da persone affette da raffreddore e poi lo stesso vitto fu portato alle scimmie da persone sane, orbene cinque animali presentarono entro 48 ore i sintomi del comune raffreddore ed in due di queste si ebbe anche tosse insistente.

St.

La natalità e l'eccedenza dei nati negli Stati europei.

La potenza di una nazione e il suo avvenire soprattutto è rappresentato dalle culle che ogni anno sorgono nel proprio popolo, ed il regime fascista ha sempre insistito sull'importanza della battaglia demografica.

L'esame dei dati sotto esposti che troviamo

nel n. 1 del c. a. del « Le Assicurazioni Sociali » dimostrano come nonostante i richiami di sociologi, l'Europa si vada avviando verso un fatale decadimento numerico. Noto è soprattutto rilevare come quasi tutte le grandi nazioni occupino gli ultimi posti nella classifica che si riferisce al movimento demografico del 1932.

	Nati p/1000 abitanti	Ecced. n. sui morti		Nati p/1000 abitanti	Ecced. n. sui morti
Romania	85,9	14,2	Lettonia	19,8	5,7
Bulgaria	81,8	15,1	Irlanda (S. L.)	18,9	4,5
Portogallo	80,6	—	Danimarca	18	7
Polonia	28,7	13,7	Belgio	17,6	4,4
Spagna	28,8	11,9	Francia	17,8	1,5
Grecia	28,2	10,3	Svizzera	16,7	4,5
Lituania	27,8	12	Norvegia	16,8	5,6
Italia	28,8	9,2	Inghilterra	15,9	3,3
Ungheria	28	5,2	Austria	15,2	1,8
Olanda	22	18	Germania	15,1	4,3
Cecoslovacch.	21	6,9	Svezia	14,1	2,9
Irlanda Sett.	20	5,8			

In confronto con il 1931 la natalità del 1932 è diminuita in ben 27 Stati ed aumentata solo in 8 rimanendo invariata in 4.

St.

Tasso di mortalità maschile per gruppi di età in alcuni Stati di Europa (Triennio 1929-1931).

Anno	Morti per 1000 persone di ogni gruppo di età													
	0-19 a.	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e ol.
1929														
Francia	37,1	5,5	6,2	7,3	8,1	10,4	13,2	17,7	24,4	35,5	53,0	82,2	139,0	276,6
Norvegia	86,1	5,3	5,7	5,7	5,8	6,6	7,9	10,6	14,5	22,2	30,4	51,9	83,7	192,5
1930														
Francia	31,0	5,0	5,5	7,4	7,9	9,8	12,7	16,6	22,9	33	48,5	90,4	139,0	233,6
Norvegia	63,1	5,3	5,5	5,3	5,5	5,8	7,4	9,5	12,7	21,3	30,5	45,8	75,5	164,8
1931														
Francia	29,1	4,9	5,2	7,1	7,8	9,5	12,2	16,4	23,9	32,4	50,4	96,9	139,0	255,2
Norvegia	62,7	4,8	5,2	4,7	5,4	5,6	7,4	9,1	14,8	19,8	32,8	50,6	86,3	182,1

Riassunto dall'Office International d'Hygiene Publique. 1934, n. 4

(St.)

Arquivos de Medicina Legal e Identificação, diretti dai Professori LEONIDIO RIBEIRO e MIGUEL SALLES, Rio de Janeiro.

Il Prof. Leonido Ribeira, direttore dell'Istituto di identificazione, e Miguel Salles, direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Rio de Janeiro hanno pubblicato un interessante volume nel quale vengono riportati importanti lavori di medi-

cina legale, psicopatologia forense ed antropologia criminale. Assieme ai lavori originali di valorosi cultori di dette branche della medicina di tutto il mondo figura anche un capitolo del nostro Prof. Sante De Sanctis su « La dinamica criminale ».

Nella parte bibliografica sono riportate recensioni su pubblicazioni di nostri autori: « La costituzione individuale » di G. Viola; « Costituzione e

fecondità» di P. Benedetti; «I fondamenti della craniologia costituzionalista» di M. Barbera; «Trattato di medicina legale» di Borri, Cevidalli e Leonecini.

F. M.

Atene, 18 giugno 1934-XII.

Dal bollettino mensile della statistica del mese di aprile per il mese di dicembre 1933 per la Grecia:

Ad Atene	Totale decessi	903
	f. tifoide	4
	tubercolosi	180
	malaria	2
Al Pireo.	Totale decessi	396
	f. tifoide	3
	tubercolosi	65
	malaria	2
A Saloniceo	Totale decessi	432
	f. tifoide	3
	tubercolosi	53
	malaria	4

Prof. BASILIADES.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Prof. Nicolò Castellino, *Il Cuore da sforzo*. — Soc. Editrice Italia, Roma, 1932-X.

Dott. Domenico Filipo, *Influenza delle polveri di alluminio sulla patologia delle vie respiratorie*. — Estratto dal n. 2, maggio 1934-XII della «Rassegna di Medicina applicata al lavoro industriale», Tip. Vogliotti, Torino.

Prof. Piero Benedetti, *Sul valore di alcuni rapporti antropometrici come indici della costituzione nelle indagini collettive*. — Nota I e II, Estratto da «Endocrinologia e Patologia Costituzionale», 1933, Casa Editrice L. Cappelli, Bologna.

Dott. Giuseppe Orsini, *Note sulla costituzione di Casse di Previdenza per gli impiegati privati*. — Editore Felice Le Monnier, Firenze, 1934-XII.

Relazioni e bilanci per l'esercizio 1933 della Società Cattolica di Assicurazione. — Verona, Via S. Eufemia, 43.

Ufficio Stampa medica, *Elenchi aggiornati dei periodici medici italiani*. — Tipografia Antonio Cordani S. A., Milano, 1934-XII.

Prof. Dott. Arnolfo Ciampolini, *Il danno professionale nella perizia medica*. — Società Palermitana Editrice Medica, Milano, 1934.

ESTERO.

Compagnia di Assicurazioni «Daugava», di Riga, *Bilancio per l'anno 1933*.

Prof. Dott. G. Vebschuer, *Prognosi delle malattie ereditarie*. — Estratto dalla «Deutsche Medizinische Wochenschrift», Leipzig, n. 3, 19 gennaio 1934.

L. Ribeiro e M. Salles, *Arquivos de Medicina Legal e identificação*. — Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1934.

Compagnia di Assicurazioni «Moravia», *Provvidenze per la salute dei propri assicurati*. — Moravia (Boemia).

— *Lotta contro l'influenza*.

— » *Alcoolismo*.

Driml-Vesely. Bacilinek. — Praga.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Segnalazioni di articoli di medicina.

Riforma Medica — 1934, N. 24.

SCHUPFER, *Sulle sindromi emorragiche della leucemia acuta*.

— 1933, N. 1-6-10; 1934, N. 1-5.

NICEFORO, *Scienza della vita e metodo statistico. Profilo di una statistica biologica*.

Difesa Sociale — 1934, N. 5.

MUGGIA, *Origine, sviluppo e contenuto dell'igiene mentale*.

Il Policlinico (Sez. Pratica) — 1934, N. 24.

GASBARRINI, *Pancreatite cronica*.

— 1934, N. 27.

SERRA, *Direttive moderne nella terapia delle nefropatie*.

— 1934, N. 6.

RUBEGNI, *Contributo allo studio della filassi*.

— 1934, N. 6.

M. ASCOLI e R. GRASSO, *Studi clinico-statistici e sperimentali sulle suppurazioni del polmone*.

Minerva Medica — 1934, N. 22.

ZOIA, *Sulla cura ambulatoria dei diabetici*.

N. 23 — BATTISTINI, *Sulla terapia della glomerulonefrite embolica*.

Cuore e Circolazione — 1934, N. 6.

PRIORE, *Angina di petto e reperto elettrocardiografico*.

FRATES, *L'elettrocardiogramma nel Morbo di Addison*.

Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini

— 1934, N. 5-6.

STEFANELLI, *Il problema dell'appendicite*.

La Presse Medicale - Parigi.

— 4 aprile 1934.

RATHERY e FROMENT, *Un saggio di classificazione delle nefriti*.

SEZARY e LEVY, *Il valore comparativo delle siero-reazioni*.

- 11 aprile.
JACQUET, *La crisi enteralgica e l'appendicite cronica a forma enteralgica.*
- OLMER e CARBONEL, *Dell'importanza del sistema neuro-vegetativo nell'ipertensione arteriosa permanente.*
- 25 aprile.
DEGRAIS, *Stati precancerosi del collo uterino. Loro trattamento col radio.*
- 2 maggio.
WEIL, *L'eredità dei gottosi.*
- 5 maggio.
VAQUEZ-MOUQUIN-GLEY, *La forma « a plateau » delle curve oscillografiche.*
- DE BECO, *L'ulcera gastro-duodenale. Il suo trattamento.*
- 9 maggio.
BEZANCON-BRAUN MEYER, *Soggetti che emettono con l'espettorato bacilli di Koch senza lesioni evidenti.*
- 16 maggio.
LIAN-GOLBLIN BARAIGE, *Diagnosi e valore semeiotico dell'allungamento e dell'accorciamento della sistole ventricolare.*
- 19 maggio.
GERAUDEL, *Una concezione nuova della dissociazione auricolo ventricolare. Il doppio comando.*
- 23 maggio.
MAX-ARON, *Presenza di un principio specifico nell'urina degli individui colpiti da cancro.*
- 30 maggio.
CARBOGNIN, *La tubercolosi è veramente contagiosa?*
- 9 giugno.
ROUZAUD e SOULA, *La curva della glicemia post-prandiale prova dell'equilibrio glicemico.*
- 13 giugno.
L'HIRONDEL, *Nozioni elementari sulla carie dentaria: suoi sintomi.*
- 20 giugno.
GERAUD, *La sclerosi a placche.*
- 23 giugno.
RAMOND, *Suppurazione cronica delle vie respiratorie.*
- 20 giugno.
JUSTER e CAILLAU, *I dati attuali del problema del cancro.*
- Medizinische Klinik** - Berlino.
- 18 maggio.
SINGER, *La patogenesi del reumatismo acuto.*
- 25 maggio.
PAL, *Tono vasale e ghiandole endocrine.*

- 8 giugno.
ROEMHILD, *Sulla ginnastica dell'aorta.*
- 15 giugno.
JANSON, *Il medico di famiglia e l'eugenica.*
- 29 giugno.
RISAK, *Encefalite letargica e mixedema.*
- 6 luglio.
ASCHOFF, *Le questioni del cancro.*
- The British Medical Journal** - Londra.
- 19 maggio.
WARD, *Il cancro: con speciale riguardo alla diagnosi precoce.*
- 2 giugno.
LAVRENCE e MC CANCE, *La glicosuria renale. Errori con il diabete mellito.*
- 9 giugno.
PAGEL, *Importanza dei fattori locali nell'insorgenza della tubercolosi polmonare.*
- SCOTSON, *Tumori maligni del rene e del testicolo.*
- 23 giugno.
CAMERON, *Malattie parassitarie comuni all'uomo e agli animali.*
- 30 giugno.
GRUNDY, *Deficienza psichica ed eredità.*
- 14 luglio.
FOWWEATHER, *L'esame della funzione renale.*
- Medical Record** - New York.
- 2 maggio.
BUCHANAN, *Il trattamento dietetico dell'obesità.*
- 6 giugno.
ESSENSON, *Gigantismo e tubercolosi.*
- Blatter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung** - Berlino.
- luglio 1934.
FLORSCHÜTZ, *Il metodo di ricerca numerico e la patologia costituzionale.*

Rassegna di articoli di igiene.

- La salute e l'igiene nella famiglia** - Roma.
- 1 giugno 1934.
BOLSI, *Il succo di limoni.*
- BRECCIA, *Il pneumotorace artificiale.*
- 15 giugno.
DARETTI, *Segnali di allarme. Dimagrimento rapido.*
- TALLARICO, *L'aria notturna e diurna.*
- 1 luglio.
VIALE, *L'arte di prolungare la vita.*
- MONTELUCCI, *I malefici della moda.*
- In Dienste der Gesundheit** - Basilea.
- giugno 1934.
WOLZ, *Dolori ai piedi ed igiene dei piedi.*

SALVATORE OTTOLENGHI

(Nato ad Asti nel maggio 1861 - † a Roma il 28 giugno 1934-XII)

Chi ha conosciuto il Prof. Ottolenghi, scienziato di attività instancabile, uomo di grande fede nelle proprie idee ed in quelle del suo grande Maestro il Lombroso, non potrà non rammaricarsi della Sua improvvisa scomparsa avvenuta il 28 giugno u. s. quando ancora la multiforme opera fattiva dell'Uomo si esplicava nei vari campi della Medicina Legale e Sociale.

La Sua attività, il numero ingente di pubblicazioni frutto di oltre 45 anni di studio e di insegnamento di cui ben 31 trascorsi dirigendo la Cattedra di Medicina Legale della R. Università di Roma, testimoniano una vita tutta dedicata ai progressi della Sua scienza preferita, ponendo l'Italia in prima fila tra le nazioni soprattutto nel progresso della Antropologia criminale.

A Salvatore Ottolenghi dobbiamo la fondazione della Scuola di Polizia Scientifica in Roma nel 1902 nella quale il criminale venne studiato non solo secondo i metodi tecnici di Bertillon e di Grossi, ma con concetto veramente scientifico.

Dai suoi studi sistematici sull'uomo che delinque, sorse la « Cartella biografica del pregiudicato » la quale ha trovato la più ampia approvazione e diffusione non solo Italia ma anche all'Estero.

L'indirizzo biologico e sociale dell'Ottolenghi dato allo studio della personalità ha costituito il criterio antropo-psico-biografico come Egli stesso ha qualificato tale metodo.

Dall'« uomo delinquente » scritto oltre quaranta anni fa, vastissima è stata la sua produzione prediligendo però sempre l'Antropologia criminale, ai cui progressi resta legato il Suo nome. Meritano soprattutto di essere segnalati: *Polizia scientifica*, *Identificazione fisica e psichica*, *Investigazione giudiziaria*, ed il *Trattato di Psichiatria forense* redatto in collaborazione con il Prof. De Sanctis.

Membro di numerose Accademie italiane e straniere, Presidente del 2° Congresso Medico Internazionale per gli infortuni sul lavoro e di quello di Medicina Legale Generale e Medicina Legale delle Assicurazioni, tenute nello scorso anno e di cui non è ancora spenta l'eco tra noi, ha sempre diffuso con entusiasmo e fervida fede le sue idee, mosso dal più alto spirito di etica sociale.

A. STARNA.

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 87.