

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 | b) Dott. J. STURM, Ultimi risultati dell'assicurazione delle vite minorate (Dal Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung) Trad. Dott. A. SULTANO | pag. 141 |
| 2. Consigli agli assicurati: | | 5. Medicina legale delle Assicurazioni Vita: | |
| a) Dott. A. STARNA, La voce rauca | 121 | Dott. F. MARSELLA, Sul segreto professionale medico nella legge penale nella legislazione sociale e nella assicurazione vita | 151 |
| b) Dott. I. FORTUNATI, Consigli ai gastro-pazienti | 124 | 6. La pagina del medico fiduciario | 181 |
| 3. Alcuni dati di statistica medica: Contratti delle Cessioni Legali e delle Riassicurazioni sinistrati per morte nel triennio 1930-1932 | 125 | 7. Notiziario | 182 |
| 4. Note di Medicina dell'Assicurazioni Vita: | | 8. Dai libri e dalle riviste | 185 |
| a) Dott. I. FORTUNATI, La prognosi dell'ulcera gastrica e duodenale | 128 | 9. Varie | 190 |

Istituto Nazionale delle Assicurazioni

L'« ASSICURAZIONE SULLA VITA » offre le più vaste possibilità previdenziali per le masse e per i singoli. L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che, adeguandosi alle nuove esigenze sociali, ha adottato in questi ultimi anni le più moderne forme assicurative adatte ad ogni categoria di cittadini, non ha trascurato tutte quelle speciali assicurazioni che rispondono a particolari interessi personali e familiari.

Già altre volte abbiamo illustrato alcune di tali assicurazioni; oggi riteniamo utile ricordare la forma

MISTA CRESCENTE A CAPITALE RADDOPPIATO

la quale provvede alla costituzione di un capitale, di cui l'assicurato potrà liberamente disporre dopo trascorso il periodo di tempo convenuto e offre inoltre speciali garanzie nel caso di morte dell'assicurato dopo il periodo di pagamento dei premi o prima della scadenza di tale periodo.

Un esempio

pub, meglio di ogni chiarimento, far risaltare l'utilità pratica di tale forma assicurativa:

Un commerciante dell'età di 30 anni desidera disporre al suo 55° anno, di L. 25.000 e intende inoltre che i suoi eredi ricevano una somma pari almeno a L. 25.000 dopo la sua morte, in qualunque momento essa avvenga.

A tale scopo stipula con

L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

un contratto in forma « *Mista crescente a capitale raddoppiato* », impegnandosi a pagare, al massimo per 25 anni, un premio annuo di L. 1280. Egli acquista con ciò la sicurezza

1° — di riscuotere L. 25.000 se sarà in vita alla scadenza del contratto;

2° — di garantire agli eredi, in caso di sua morte dopo il periodo di pagamento dei premi, la immediata riscossione di L. 25.000;

3° — di garantire agli eredi, in caso di sua morte prima del termine di pagamento dei premi, l'incasso immediato di una somma base di L. 25.000, aumentata di tante volte L. 1.000, quanti risulteranno gli anni trascorsi dalla data di effetto del contratto, considerando per intero l'anno incominciato.

Se, ad esempio, nel caso considerato, l'assicurato venisse a mancare dopo 14 anni e sei mesi di durata del contratto, gli eredi riscuoterebbero L. 25.000 più L. 15.000 e cioè complessivamente la somma di

Lire 40.000

insieme con gli utili accumulatisi durante gli anni di contratto trascorsi.

Ricordiamo che, oltre alla partecipazione agli utili, gli assicurati

dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

godono di speciali provvidenze sanitarie e cioè di facilitazioni e riduzioni di tariffe presso molti stabilimenti termali, ospedali, case di salute, sanatori, convalescenziari, consultori materni. Buoni gratuiti per visite e analisi mediche (vedi pag. I-XVI).

TUTTI GLI AGENTI GENERALI E LOCALI DELL'ISTITUTO FORNISCONO GRATUITAMENTE INFORMAZIONI E PREVENTIVI



L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Esami di Laboratorio. — Allo scopo di indurre tutti gli assicurati a sorvegliare la propria salute, la concessione degli esami di Laboratorio viene estesa anche agli assicurati in forma ordinaria e collettiva per capitali inferiori a L. 20.000, tanto se con visita medica all'ingresso quanto senza visita medica, e in forma popolare.

Gli esami di Laboratorio comprendono:

- 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.

essi vengono eseguiti presso il Laboratorio Centrale in Roma, Via Sallustiana, 51 e vengono concessi:

OGNI DUE ANNI

agli assicurati in forma ordinaria con visita medica per un capitale superiore alle L. 20.000;

OGNI TRE ANNI

a) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva con visita medica per un capitale inferiore alle L. 20.000;

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 inferiore alle L. 20.000;

b) agli assicurati con polizza di Rendita Vitalizia con una rendita annua inferiore a L. 5000;

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

Cure Odontoiatriche. — Nello intento di diffondere largamente le cure Odontoiatriche, funzionerà dal 1° Luglio p. v., presso la Direzione Generale dell'I. N. A., Roma Via Sallustiana, n. 51, un Gabinetto Odontoiatrico diretto dal Prof. BENIAMINO DE VECCHIS ove tutti gli assicurati potranno essere visitati e curati, pagando un onorario minimo. La prima visita consultiva sarà effettuata gratuitamente.

Casa di Cura - Malattie Orecchio Naso e Gola già del Prof. TOMMASO MANCIOLI in Roma, Via Ferruccio 7, concede: una riduzione del 50% agli assicurati con polizza scolastica popolare, e una riduzione 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, che ivi si praticano.

Stabilimenti Termali di Chianciano (Siena); concede a tutti gli assicurati, la riduzione del 10% sulle normali tariffe di abbonamento al Parco delle Fonti (bibita) e ai bagni 1° e 2° classe. Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3° classe.

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 inferiore alle L. 20.000, 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 inferiore alle L. 20.000.

b) agli assicurati con polizza di Rendita Vitalizia con una rendita annua inferiore a L. 5000;

c) agli assicurati con polizze popolari di qualsiasi forma e 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'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, qualora l'assicurato debba 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.

ALESSANDRIA.

Odontoiatri :

Dott. MOTTA Luigi, Piazzetta della Lega, 7.

Dott. OSIMO Guido, Via Mazzini, 1.

Dott. PICCINI Alessandro, Via Umberto, 25.

Dott. PICCIONE Antonio Giovanni, Via Venezia, 3.

ASTI - Dott. DEGANI Attilio.

Dott. MAIOLO Giacomo.

Dott. MALAGOLI Lelio.

CASALE MONFERRATO - Dott. GAUDINA Umberto.

Dott. PINOLINI Giovanni.

Dott. REDOGLIA Agostino.

NOVI LIGURE - Dott. BELLONE Mario Luigi.

TORTONA - Dott. TORTI Carlo.

Oculisti :

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

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

Dott. DURANDO Francesco, Via Legnano, 11.

CASALE MONFERRATO - Dott. GUASCHINO Angelo.

Otorinolaringoiatri :

ALESSANDRIA - Dott. BADINO Francesco, Via Voschieri, 3.

Dott. BORTOLOTTI Lorenzo, Via S. Giacomo della Vittoria, 25.

Dott. MODESTO Ajmone, Via Foà di Bruno, 24.

CASALE MONFERRATO - Dott. GUASCHINO Giovanni.

ANCONA.

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

AOSTA.

Odontoiatri :

AOSTA - Dott. CHIAMPO Arnaldo.

Dott. SPIRITO Tito.

IVREA - Dott. MAUTINO Giuseppe.

Dott. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti :

IVREA - Dott. GARZINO Mario Casimiro, Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri :

IVREA - Dott. MAGGIOROTTI Ugo.

ASCOLI PICENO.

Odontoiatri :

Dott. MONDOZZI Andrea, Via Benedetto Cairoli.

Dott. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dott. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri :

FERMO - Dott. LODOVICI Amilcare, Via Sapienza, 4.

BARI.

1. *Clinica privata del prof. Florenzo d'Erchia*, via M. Signorile, n. 2, a tutti gli assicurati : riduzione del 30 %, sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica Röntgen radium terapia che verranno praticate 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 Balneario* : 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 supplementari). Inoltre gli assicurati pagheranno per le tasse di ammissione il 50% in meno. La Società esercente le Terme si riserva la facoltà — qualora gli alberghi annessi alle Terme fossero completi — di poter sistemare gli assicurati in altri alberghi consociati della medesima categoria facendo loro usufruire dello stesso trattamento dei primi.

3. *Consultorio materno in Bergamo*, dell'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. CAVAZZERI 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. *Ospedale « Benito Mussolini »* della Cassa Nazionale Infortuni, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che facessero ricorso a quell'Ospedale per cure chirurgiche, ortopediche 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 rette che per gli onorari medici.

2. *Casa di salute « Policlínica »*, Piazza Umberto I, n. 9 a tutti gli assicurati — « Villa Verde », Via Mamolo, n. 45 — « Villa Rosa », Via Castiglione, n. 103, agli assicurati con polizze 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.

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

Odontoiatri:

Dott. BIGNARDI Ferdinando, Via Saffi, 2.
Dott. CAPUZZI Giuseppe, Piazza dei Mar-
chi, 6.

Dott. CARAMITTI Aldo, Via Innerio, 17.
Dott. DI MENTO Spiro, Via Zamboli, 3.
Dott. FRANCESCONI Alberto, Via Saffi, 2.
Dott. GIANNOTTI Manfredi, 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, Piazz-
zale Garibaldi*; a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 30% sulle tariffe minime fissate dall'Ordine dei Medici, per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura; riduzione del 25% sulle rette di degenza per la 1^a classe, riduzione del 20% sulle tariffe di degenza per la 2^a e 3^a 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-
nuale, 58.
Dott. RIETTI Giov. Battista, Via Maz-
zini.
Dott. RIETTI Giulio, Via Mazzini.
Dott. SALVAGNI Dino, Viale Stazione.

Dott. SOACHERI Domenico, Corso Palestro.

GARDONE RIVIERA - Dott. Goro Giuseppe.

SALO' - Dott. SIMONI Giuseppe.

CAGLIARI.

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

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

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

CALTANISSETTA.

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

Oculisti:

Prof. Dott. CAVALLARO Erminio.
Prof. Dott. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri:

Dott. RESTIVO Pietro.

CAMPOBASSO.

Odontoiatri:

Dott. MARTINO Angelo.
Dott. SANTORO Manfredi.
AGNONE - Dott. LABANCA Federico.

Oculisti:

CAMPOBASSO - Dott. BARBATO Nunzio.
Comm. Dott. GRIMALDI Eugenio.
AGNONE - Dott. SALVASTANO Silvio.

CATANIA.

1. *Istituto Medico del Lavoro* - Via De Felice, 37: gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una

visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di L. 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni dell'Istituto Medico mediante la corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

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

Odontoiatri:

Dott. GRECO Salvatore, Via Umberto, 8.
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 Fagnolo*, 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, Röntgen diagnostica 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.

Odontoiatri:

Dott. BERLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.
Dott. IRITZ Giuseppe.
Dott. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.
Dott. ZANNINI Roberto.
CASALMAGGIORE - Dott. BOLES Oreste.

Oculisti:

Dott. COSSÙ Alberto, Via Damiano Chiesa, 9.

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 le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, elettrica e di idroterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

FOGGIA.

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

Odontoiatri:

Dott. ARBORE Giulio.
Dott. DI MAIO Enzo.
MANFREDONIA - Dott. MELUCCO Pasquale.
S. SEVERO - Dott. RECCA Pietro.

Oculisti :

FOGGIA - Dott. ALTAMURA Alfredo.
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. MAROHINI 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 Emano, 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. ODISIO 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:

Prof. Dott. BAQUIS Elia, Via Marra-
di, 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, 103.

MATERA.

Odontoiatri:

Dott. MARINARO Domenico.

Oculisti:

Dott. LO RUSSO Stefano.

MILANO.

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

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

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

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

Odontoiatri:

MONZA - Dott. BONAGLIO Elia, Via Vittorio Emanuele, 1.
Dott. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 18.
Dott. SAVIO Piero, Via B. Luini, 1.

MODENA.

1. *Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti*, Via Giardini, 20, a tutti gli assicurati: riduzione del 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 Ra-

dium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

Otorinolaringoiatri:

Gr. Uff. Dott. SILLINGARDI Giono, 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 Miazina*, 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. SOENDRATI Daniele.

Oculisti:

Dott. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale Maggiore.

Dott. MARGARITELLA Riccardo.

PADOVA.

1. *Stabilimento Hôtel Trieste e Vittorio 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, vit'ò (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'Isti-

tuto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

PALERMO.

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

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

Odontoiatri:

Dott. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.

Dott. CIMINO Giuseppe, Via Villaermosa, 6.

Dott. DI CARLO Giovanni, Via Roma.

Dott. GALLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.

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

Dott. NICOSIA Antonio, Piazza Aragona, 4.

Dott. PEZZOLI Renato, Piazza Castelnuovo, 11.

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

Dott. PIZZUTO Francesco, Via Villareale, 32.

Dott. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, 12.

Dott. TEMPESTINI Elio, Via Maqueda, 200.

Oculisti:

Dott. BELLINA Gregorio, Via Celso, 14.

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

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

Dott. LA PLACA Gaetano, Via Stabile, 155.

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

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

Otorinolaringoiatri:

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

Dott. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.

Dott. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.

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

PARMA.

1. *Stabilimenti termali di Salsomaggiore*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 20 % sulla tariffa generale in vigore sia per l'ammissione alle cure che per qualsiasi cura ivi si pratici. Inoltre gli alberghi « Porro » e « Valentini » di Salsomaggiore praticheranno 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.

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

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. CARMÌ Alberto, Via San Biagio, 1.

Otorinolaringoiatri:

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

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

PAVIA.

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

2. *Casa di cura chirurgica prof. Masnata in Stradella*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette

che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica clinica e microscopica, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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

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

PIACENZA.

Odontoiatri:

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

Dott. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

CASTELSANGIOVANNI - Dott. PATRIOLI Giuseppe.

PISA.

1. *Stabilimenti termali di S. Giuliano*, agli assicurati con potizze 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 potizze 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. DELLE SEDIE Francesco, Piazza S. Frediano, 5.

Dott. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

Dott. SERRI Scipione, Via Vittorio Emanuele, 4.

BIENTINA - Dott. MAROHIANI 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. LAGANÀ Domenico.

Dott. STILO Antonio.

Otorinolaringoiatri:

Dott. SALVADORI G., Via Lazio, 9.

ROMA.

1. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori), tutti gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Röntgen terapia, anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operativi o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35, — per l'Istituto Regina Elena e di L. 30,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e Röntgenterapia, ecc. ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50% dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e Röntgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50% va applicata alla tariffa più bassa.

2. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio al 31 dicembre 1934 potranno usufruire gratuitamente, per una volta nell'anno, di una visita completa, ivi compresi tutti gli esami clinici e di laboratorio che dai medici saranno ritenuti opportuni; potranno inoltre usufruire gratuitamente in ogni tempo, durante il periodo suddetto delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro.

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

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

5. *Casa di cura 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. BONORISTIANI Agostino, Via Arenula, 53.

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

Dott. NEMES Arturo, Via Arenula, 53.

Oculisti:

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

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

Otorinolaringoiatri:

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

ROVIGO.

Odontoiatri:

Dott. BENATTI Boris.

Dott. BORELLINI Alberto.

ADRIA - Dott. FERRONI Giuseppe.

Dott. GIORDANI Nazzareno.

SASSARI.

Odontoiatri:

Dott. FENU Antonio, Vicolo Bartolinis.

Dott. NIEDDU Giovanni, Via Manno.

Dott. TOCCO Raffaele, Piazza Castello.

SAVONA.

Odontoiatri:

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

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

Dott. VEIRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

Otorinolaringoiatri:

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

SIENA.

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

2. *Stabilimenti termali di S. Casciano (Stena)*, 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. MOSSO Giacinto, Via Cibrario, 1.
 Dott. ORSI Luigi, Via XX Settembre, 17.
 Prof. Dott. PECCHIO Teobaldo, Corso Vittorio Emanuele, 19.
 Prof. Dott. PICALUGA Siro, Via XX Settembre, 60.
 Prof. Dott. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.
 Dott. TOSO G., Via S. Secondo, 15.
 Dott. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.
 Dott. VAUDETTE S., Via Cernaia, 18.
 Prof. Dott. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 31 bis.

Otorinolaringoiatri :

Dott. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.
 Prof. Dott. BRUZZONE Carlo, Via Davide Bertolotti, 2.
 Dott. CARBONE Agostino, Corso Vittorio Emanuele, 76.
 Prof. Dott. CASASSA Adolfo, Via Principe Amedeo, 52.
 Prof. Dott. DIONISIO Ignazio, Corso Vinzaglio, 10.
 Prof. Dott. DONADEI Giovanni, Via Cavour, 6.
 Dott. FERRERO A., Via Goito, 6.
 Dott. LEALE G., Corso Oporto, 5.
 Prof. Dott. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.
 Dott. MANCINI Pietro Teobaldo, Via 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 mi-

croscopia, 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. METT Odoardo, Via Macchiavel-
 li, 19.
 Dott. MINAS Alberto, Via A. Diaz, 10.
 Dott. CHIUMATTO Luisa, Via S. Fran-
 cesco, 20.
 Dott. OTTOCHIAN Giuseppe, Via S. Laz-
 zaro, 10.
 Dott. REBEZ B., Corso Garibaldi, 28.
 Dott. ROSATO Giuseppe, Via Trenta Ot-
 tobre, 13.

Oculisti :

Dott. MANZUTTO G., Via Roma, 22.
 Dott. OBLATH O., Via Rossini, 26.

Otorinolaringoiatri :

Dott. ROCCO Antonio, Via Mercato Vec-
 chio, 3.

UDINE.**Odontoiatri :**

Dott. DAMIANI Domenico.
 Dott. CLONFERO Erminio.

VARESE.

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

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

Odontoiatri :

Dott. BERTOLI Alessandro.
 Dott. BERTOLI Romeo.
 Dott. FRANZI Cesare.
 Dott. GUSOETTI Severo.

Dott. MINGARELLI Lido.
Dott. RIVA Gian Pietro.
BUSTO ARSIZIO - Dott. 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.

VENEZIA.

1. *Ospedale al Mare* (Lido), accetta gli assicurati con polizze popolari sia nella Sezione profilattica che in quella curativa facendo loro lo stesso trattamento economico che vien praticato agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.

VERCELLI.

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

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

VERONA.

Odontoiatri :

Dott. BRIVIO Giano, Via Marsala.
Dott. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.
Dott. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza
Duomo.
Dott. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio
Emanuele, 9.
Dott. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa
Chiara, 13.
BARDOLINO - Dott. PEDUZZI P.
LEGNAGO - Dott. BONFANTE Ugo.

VICENZA.

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

Odontoiatri :

Dott. CARLE Luciano, Corso Principe
Umberto, 53.

Dott. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.
Dott. MARTINELLI L., S. Corona.
ARZIGNANO - Dott. VERONESE Giuseppe.

Oculisti :

Dott. ANTUZZI C., Piazza Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri :

Dott. BASSO E., Via Racchetta, 5.
Dott. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

VITERBO.

Odontoiatri :

Dott. BAGEDDA Baingio.
Dott. PIERLUIGI Antonio.

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

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

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, 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.
- 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) — S. Giuliano (Pisa) Acqua del Pozzetto — S. Casciano Bagni (Siena) Acqua della Ficoncella — Trescore Balneario (Bergamo);
- c) artritisismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.
Salsomaggiore (acqua per bagni e fanghi) — S. Giuliano di Pisa (bagni) — Sirmione sul Garda (bagni) — Agnano di Napoli (bagni e fanghi) — Battaglia (Padova) (bagni e fanghi) — Abano e S. Pietro in Montagnon di Padova (bagni e fanghi) — S. Casciano Bagni (Siena) (fanghi e bagni) — Santa Cesarea di Lecce (bagni e fanghi);
- 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).

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

R O M A — Via Sallustiana, 51 — R O M A

Consigli agli assicurati

LA VOCE RAUCA

Dott. A. STARNA

del Servizio Sanitario dell' I. N. A.

Mentre oggigiorno non vi è alcuno che non abbia cura della propria persona e non si preoccupi di vivere secondo alcuni principi di igiene ormai entrati nella pratica, v'è un organo squisitamente umano, il laringe che ben pochi curano, anzi non raramente viene sottoposto a sforzi irrazionali e anche quando la sua funzione è alterata viene trascurato ugualmente come cosa di lieve entità. Le donne si preoccupano del loro «maquillage» che deve nascondere i piccoli difetti del volto e mettere in vista la profondità di uno sguardo scintillante, così gli uomini dediti allo sport hanno cura con la ginnastica mattutina di mantenere ben sodi i muscoli delle braccia ed i polpacci; ma chi mai pensa alla propria voce, a preoccuparsi delle sue alterazioni e ad evitarle un eccessivo lavoro? Pochissimi, il più spesso non si fa caso alla alterazione della propria voce e si rinvia la visita da uno specialista di mese in mese decidendosi ad essa solo quando l'affezione è inveterata e non più suscettibile di miglioramenti apprezzabili.

Ma la voce rauca oltre ad essere, come vedremo, un prezioso sintomo di malattie svariate e curabili se ricercate all'inizio, va curata sollecitamente anche per quei canoni generali di igiene e di armonia che dovrebbero informare tutta la nostra persona.

Il corpo umano che è stato creato mirabilmente come un insieme inscindibile delle varie parti e funzioni euritmicamente concordanti tra loro viene ad essere danneggiato fortemente allorchè una di esse, qualunque sia, venga ad essere patologicamente modificata.

Vi è, come avevano rilevato gli antichi greci, esteti per natura e il nostro Leonardo aveva messo in speciale rilievo, una consonanza tale tra la estetica corporea, i suoi atteggiamenti e le sue funzioni, che un turbamento di essa modifica fortemente il complesso armonico quale ne deve derivare. Non c'è così niente di più disdicevole per una donna dal corpo esile e grazioso come un ricamo in cristallo di Murano quale il presentarsi con una voce chioccia e rauca; come pure se un giovane aitante dalla persona di complessa costituzione fa sentire una vocina bitonale o disfona, anzichè una robusta voce magari baritonale un senso di fastidio involontario invade chi lo deve ascoltare. Gli è che la natura ha posto dei rapporti stabili tra i vari organi e le varie funzioni che non impunemente possono essere alterati.

L'importanza della voce è quindi grandissima e dobbiamo averne cura come del nostro volto perchè essa si diffonde intorno a noi durante tutta la nostra giornata nei rapporti continui che abbiamo con gli altri che ci giudicano un po' anche dal modo con cui risuonano le nostre parole. Facciamo perciò in modo che se la nostra voce non è stata dotata delle virtù fascinatrici come quella di un oratore o suadente come quella di una donna « fatale » sia almeno rispondente alla nostra natura fisica e non riesca sgradevole a chi ci debba ascoltare.

*
* *

La voce come viene emessa è la risultante funzionale di tre parti che tutte insieme compongono l'apparecchio vocale. Queste parti sono le seguenti: una parte vibrante, il laringe propriamente detto; un apparecchio di soffiaggio formato dai polmoni, dai bronchi e dalla trachea; ed infine una cassa di risonanza cui si prestano il faringe la bocca ed il naso. Si comprende a priori che l'alterazione di una delle parti porterà una variazione nel timbro, nella intensità vocale.

Un esempio fisiologico l'abbiamo nelle modificazioni della voce verso il periodo della pubertà allorchè la voce del maschio abbandona l'acutezza infantile per assumere la voce propria dell'uomo adulto con l'allungamento delle corde, e l'ingrandimento del laringe che quasi raddoppia tutte le sue dimensioni per lo sviluppo del così detto pomo di Adamo. Così pure verso i 50 anni la modificazione delle articolazioni fa diminuire l'agilità delle corde e la voce comincia a perdere l'intensità giovanile. Questi fenomeni costituiscono come ben s'intende l'evoluzione normale della voce umana; vediamo ora in rapida sintesi quali siano le malattie che alterano in tutto od in parte il funzionamento dell'apparecchio vocale.

Potremo per dare un quadro breve ma chiaro dell'argomento distinguere le voci rauche in tre gruppi: il primo che si accompagna ad alterazioni anatomiche delle corde per lesione primitiva di queste, il secondo con lesioni del laringe secondarie ad alterazioni degli organi finitimi, ed il terzo dovuto ad alterazioni puramente funzionali dei muscoli fonatori.

La disfonia, che tale è il nome medico con cui viene abitualmente chiamata la voce rauca, o più esattamente secondo il nome tecnico la xerofonia, è corredo costante di tutte le flogosi che colpiscono le corde del laringe. Tra queste per frequenza primeggiano le *laringiti catarrali acute* aventi una sintologia che possiamo riassumere in pochi elementi.

Dapprima si ha senso di bruciore alla regione del laringe specie nelle inspirazioni, qualche colpo di tosse stizzosa tormenta il malato e si accompagna talvolta ad un po' di espettorato vischioso non raramente con striature di sangue. Si può avere contemporaneamente un po' di dolore di testa e di febbre; poi gradualmente la voce si fa rauca e spesso giunge all'afonia completa.

Il decorso dell'affezione è da una a due settimane non raramente recidiva. Molte sono le cause della laringite catarrale soprattutto le perfrigerazioni, il sovraffaticamento della voce, i vapori chimici irritanti, e la diffusione di flogosi per contiguità dell'albero respiratorio. Altre forme di laringiti acute ma molto più rare sebbene con quadro più minaccioso sono la laringite ipoglottica acuta e la emorragica che si accompagnano la prima con stenosi respiratoria imponente, la seconda con fenomeni emorragici.

Più insidiose per i profani sono però le *laringiti croniche* che per la scarsità dei sintomi sono troppo trascurate dai pazienti. Esse si impiantano spesso come complicanza di una forma acuta mal curata specie se l'individuo sovraffatica l'organo vocale, se fuma o beve esageratamente e se le alte vie respiratorie sono infiammate. I disturbi soggettivi si riducono ad un senso di corpo estraneo e a scarsa tosse. La mattina il malato nota qualche sputo di muco grigio

biancastro; la voce è disfona specie la mattina e la sera poi la raucedine si fa col tempo più spiccata. Questo fatto è dovuto alle varie fasi anatomiche che attraversa la mucosa irritata cronicamente, dapprima essa è catarrale semplice poi si fa ipertrofica infine va incontro ad un processo di atrofia.

Degli altri processi primitivi delle corde i *noduli dei cantanti* che sotto forma di grani di miglio biancastri di solito simmetrici, si impiantano sui margini delle corde; e come dice il loro nome sono frequenti nei cantanti che forzano o maltrattano il proprio laringe. Non confonderemo con essi i papillomi del laringe o i polipi i cui disturbi sono variabili con la posizione del polipo stesso e con il suo volume.

Ma il gruppo più temibile delle raucedini croniche è dato da tre malattie che diagnosticate a tempo possono essere con una energica cura vinte, se come spesso accade sono trascurate dal paziente quando vengono diagnosticate non si è più in tempo a tentare qualche cosa di utile. Il timore di queste malattie che corrispondono a processi di natura sifilitica, tumorale o tubercolare deve spingerci sempre, allorchè una laringite tende a permanere a non contentarci più della visita del nostro curante ma di recarci da uno specialista che ha modo di vedere bene e di apprestare le cure del caso.

Nel secondo gruppo quello cioè delle alterazioni anatomiche delle alte vie respiratorie possiamo distinguere due classi, in una comprendiamo lesioni che solo in un secondo tempo si diffondono al laringe come l'ozena o le rino-bronchiti acute, nell'altra lesioni che modificano soltanto la risonanza vocale del faringe e del naso. Delle prime ci ricorderemo di accennare che la prognosi di esse è legata a quella della malattia del faringe; benigna nelle *faringo-laringiti acute*, incerta nelle *catarrali croniche*, è nettamente cattiva in quelle *ozenatose*. Le seconde, sebbene non siano vere raucedini vengono spesso confuse con esse dai profani, le cause più comuni vanno ascritte specialmente alle vegetazioni adenoidi ed ai polipi nasali. Più correttamente queste disfonie sono rinolalie chiuse in quanto determinano ostruzione delle fosse nasali nel cavo e nelle parti profonde, facendo perdere alla pronuncia le sillabe nasali.

Contrapposta a questa è l'altra detta rinolalia aperta perchè rimanendo aperto il naso e il faringe tutte le parole sembrano nasali, essa è dovuta alla paralisi del velo pendolo.

Per completare lo schema accenneremo brevemente al terzo gruppo delle disfonie di evenienza molto più rara dei precedenti. Ad esso ascriveremo la fonastenia consistente in una spiccata debolezza di voce oltrechè in una discesa dei toni verso il basso, si osserva nei nevrastenici, nei cachettici e nei sovrastancati della voce. E' un difetto tonale legato non a lesione organica ma al sistema circolatorio e muscolare; sembra sia dovuto al fatto che l'impulso volitivo sulla muscolatura delle corde non determina più le normali reazioni.

Una certa affinità con questa affezione in quanto si tratta sempre di nevrosi laringea, presenta l'*afonia isterica* che non fa rilevare allo specchio laringeo una vera paralisi degli adduttori come ci si aspetterebbe; un artificio qualunque è sufficiente a determinare la normale adduzione e il ritorno della voce. E' classico il caso della soprano che ricopriva la parte della protagonista nella prima rappresentazione della *Semiramide*, la forte emozione le tolse poco prima dello spettacolo la voce; la notizia che la parte sarebbe stata sostenuta da un'altra attrice gliela ridonò di colpo! Così pure tra le nevrosi deve ascriversi il disturbo opposto, cioè l'*afonia spastica* caratterizzata da uno spasmo dei muscoli laringei che non permette la normale vibrazione dei muscoli stessi; il crampo degli oratori è appunto una di queste nevrosi.

Chiuderemo questo quadro ricordando come le paralisi dei muscoli laringei possano anzichè semplice nevrosi essere indice di una lesione del nervo ricorrente ed allora sono prezioso esponente di una lesione profonda endotoracica od al collo, lesione decorsa fino allora in modo latente. La collaborazione del laringoiatra e dell'internista potranno far luce in questi casi di difficile diagnosi.

*
* *

Ricapitolando quanto abbiamo sopra voluto soltanto accennare, ricordiamo che l'organo della voce è da tenere in gran cura per la proprietà e per l'armonia della nostra persona; esso plasma e riveste le nostre parole di un timbro personale che sarà non solo il veicolo del nostro pensiero ma insieme ad esso resterà nell'impressione di chi ci ascolta. Facciamo dunque di non rendere sgradevole la nostra voce non soprafaticandola troppo e curandola appena diviene rauca. Questa poi può essere anche indice utilissimo di una malattia che ha covata latente nel nostro organismo; una sollecita cura da uno specialista ce la potrà rendere sana, e magari in tempo troncata un'affezione che ci minacciava addirittura la vita.

CONSIGLI AI GASTRO-PAZIENTI

(Affetti da ulcere gastro-duodenali, gastrite cronica, ipercloridria)

Dott. I. FORTUNATI

del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

Mangiate spesso (4-5 volte al giorno), poco, adagio, masticando accuratamente.

Due pasti principali siano costituiti da zuppe di verdura molto cotte o passate allo staccio, brodo di legumi, riso o paste fini, comuni o glutinate, semolino o tapioca bolliti nel latte o conditi con burro, purea di patate, verdure bollite e tagliuzzate condite con olio crudo, pesce o carni bianche bolliti, carni gelatinose, uova al guscio, burro, panna e formaggi freschi, frutta ben matura sbucciata (da evitare l'uva, i fichi, le noci), marmellate o gelatine di frutta, torte al latte, crema all'Italiana.

Poco pane, raffermo o leggermente abbrustolito.

Come bevanda, oltre l'acqua comune, usare il latte, le acque alcaline, piccole quantità di tè chiaro o succo di arancio in acqua neutralizzato con bicarbonato di sodio. Evitare il vino od usarne con grande limitazione, bianco, leggero, diluito con acqua.

Due o tre pasti intermedi siano composti di latte puro o zuccherato, o con pochissimo caffè o tè, con o senza aggiunta di un panino con burro o panna e di un uovo al guscio.

Usate per i vostri cibi poco sale. Evitate pepe od altre spezie, aceto, succo di limone, salse, mostarde, cibi conservati (secchi, salati, insaccati, in scatola, o sottoaceto), carni dure o di maiale, selvaggina, verdure crude, cibi fritti, formaggi fermentati, pasticcerie, cioccolato.

Non ingerite cibi troppo caldi o freddi.

Evitate tutte le bevande alcoliche ed effervescenti, il caffè, il tè carico, le spremute di limone.

Non fumate o per lo meno limitate al minimo possibile l'uso del tabacco.

Curate al massimo la pulizia del cavo orale e ricorrete all'opera dello specialista nel caso che i vostri denti non siano sani.

Alcuni dati di Statistica Medica

Contratti delle Cessione Legali e delle riassicurazioni sinistrati per morte nel triennio 1930 32 con e senza visita medica all'ingresso

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.	23	5	120	24	117	5	65	—	11	—	—	—	2	—	398	34
Altre malattie infettive e parassitarie	9	2	64	4	100	5	93	3	47	3	9	—	3	—	325	17
Tumori (neoplasie)	2	—	24	—	71	6	125	10	59	3	12	1	4	—	297	20
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali . . .	1	—	8	1	30	2	83	4	45	7	5	—	—	1	177	15
Malattie del sistema nervoso e organi di senso .	1	—	12	1	50	—	21	1	14	—	1	—	—	—	79	2
» Apparato circolatorio	1	—	27	—	87	3	127	4	80	6	23	—	4	—	349	13
» Apparato respiratorio	7	3	43	10	102	9	113	9	43	3	11	—	1	1	325	95
» Apparato digerente	1	2	45	1	117	8	87	8	41	1	1	1	4	—	296	21
» Apparato genito-urinario	4	—	20	4	44	13	38	7	30	7	11	—	1	—	143	31
Suicidi	7	—	36	2	70	1	58	—	28	—	1	—	2	—	202	3
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	14	—	69	3	89	3	55	1	13	—	1	—	1	—	242	7
Altre cause di morte	1	—	20	7	40	8	33	3	25	—	4	1	—	—	123	19
Cause di morte non precisate	54	94	54	9	69	10	103	12	50	5	20	13	2	6	352	149
Totale . . .	125	106	547	63	936	73	1.006	62	456	35	99	16	24	8	3.253	366

Contratti delle Cessioni Legali e delle riassicurazioni sinistrati per morte nel triennio 1930-32 con e senza visita medica all'ingresso

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.
Ogni forma di t.b.c.		10	4	20	4	48	8	54	6	44	2	35	6	99	4	19	—	10	—
Altre malattie infettive e parassitarie		19	1	30	2	40	3	28	5	29	4	38	1	34	1	36	—	16	—
Tumori (neoplasie)		9	2	9	—	26	3	43	2	19	4	39	1	90	4	41	4	21	—
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali		7	1	16	2	12	3	14	2	24	1	16	2	47	3	31	1	10	—
Malattie del sistema nervoso e organi di senso		3	—	3	—	7	1	7	1	9	—	8	—	24	—	—	—	6	—
• Apparato circolatorio		16	—	8	1	25	4	27	2	28	—	29	1	117	2	55	3	44	—
• Apparato respiratorio		17	5	40	5	39	3	33	4	47	1	32	4	91	9	23	2	18	2
• Apparato digerente		17	1	22	3	39	3	35	1	22	2	24	1	92	8	23	2	22	—
• Apparato genito-urinario		2	5	8	8	19	8	16	5	13	1	19	—	45	6	15	3	11	—
Suicidi		11	1	16	1	37	—	25	—	16	1	13	—	63	—	14	—	7	—
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata		25	1	27	—	27	1	41	2	27	—	25	—	43	8	17	—	10	—
Altre cause di morte		13	8	3	2	16	1	11	4	9	2	11	2	35	5	20	—	5	—
Cause di morte non precisate		39	25	41	33	39	28	38	12	86	6	18	8	71	25	40	13	80	4
		188	49	248	56	374	61	373	46	313	24	302	26	310	70	346	28	205	6
																		3.253	366

Contratti delle Cessioni Legali e delle riassicurazioni sinistrati per morte nel triennio 1930-32 con e senza visita medica all'ingresso

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.								
Ogni forma di t.b.c.	11	—	58	—	48	—	8	—	5	2	8	—	2	—	77	5	50	3	16	—	13	22	15	2	888	34
Altre malattie infettive e parasitarie	12	—	80	—	88	2	5	—	2	1	6	—	4	—	51	—	76	2	18	1	15	10	13	1	925	17
Tumori neoplasie)	12	—	78	1	51	1	2	—	2	—	3	—	1	—	41	1	63	2	11	2	11	10	7	3	237	20
Emorragie, trombose, embolie cerebrali	9	1	52	—	25	—	1	—	3	—	—	—	—	—	28	—	80	2	15	3	4	9	6	—	177	15
Malattie del																										
Sistema nervoso e degli organi di senso	1	—	11	—	12	—	2	—	1	—	—	—	—	—	19	—	22	—	5	—	3	2	1	—	79	2
• Apparato circolatorio	11	—	80	—	49	—	3	—	6	1	1	1	4	—	66	—	85	1	19	2	10	8	6	—	849	13
• Apparato respiratorio	21	2	71	—	42	3	11	—	3	—	—	—	3	—	55	1	59	2	19	2	8	22	11	2	825	85
• Apparato digerente	11	—	76	—	40	1	4	—	1	—	4	1	3	—	47	2	60	—	10	1	20	13	7	3	236	21
• Apparato genito-urinario	5	2	48	1	24	1	—	—	3	—	—	—	3	—	26	—	27	2	3	5	6	20	2	—	148	31
Suicidi	2	—	79	—	32	—	2	—	—	—	2	—	—	—	39	—	20	1	14	—	4	1	6	1	202	3
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata.	14	—	68	—	81	—	3	—	1	—	1	—	2	—	28	—	38	3	12	1	9	8	12	—	242	7
Altre cause di morte	2	—	26	1	21	1	3	—	3	1	1	—	2	—	23	—	26	1	9	1	4	13	—	1	123	19
Cause di morte non specificate.	15	—	70	1	32	1	3	—	4	—	2	—	1	—	43	3	54	2	19	9	14	26	85	107	352	149
Totali	123	5	795	4	440	10	140	1	84	5	28	2	25	—	543	12	609	21	170	27	121	159	171	120	8.253	866

Note di medicina dell'Assicurazione Vita**LA PROGNOSI DELL'ULCERA GASTRICA E DUODENALE**

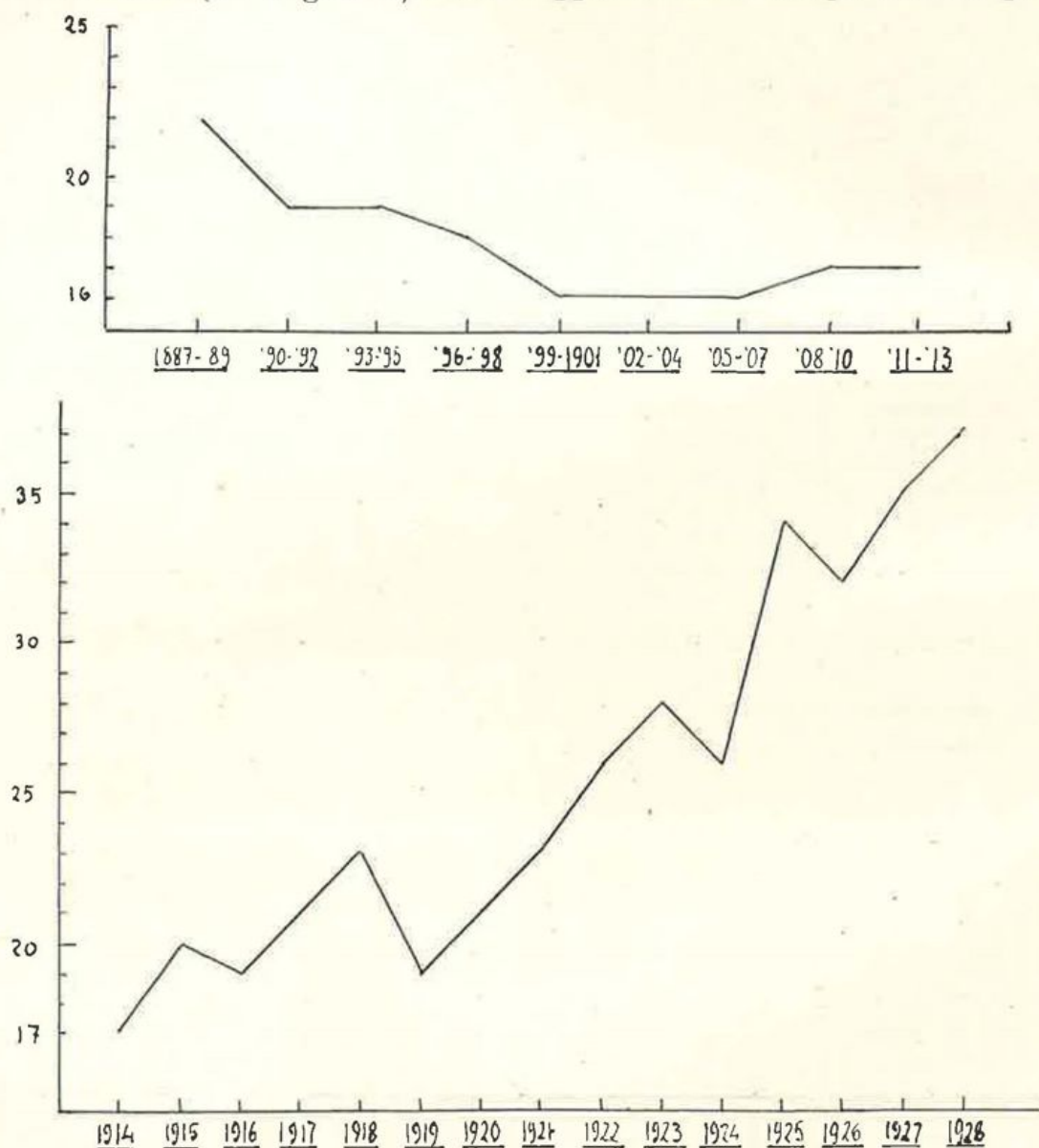
(Contributo statistico)

Dott. I. FORTUNATI

del Servizio Sanitario dell' I. N. A.

Un'ingente mole di lavori è venuta ad arricchire in questi ultimi anni il patrimonio scientifico riguardante i problemi etio-patogenetici e curativi inerenti alle ulcere gastro-duodenali. Pochi Autori invece si sono occupati della prognosi di tali affezioni, e ciò è di facile spiegazione poichè tale argomento ai fini della comune pratica medica deve per necessità porsi in seconda linea di fronte agli altri più impellenti problemi.

L'aumento della mortalità nel Regno per ulcere gastriche o duodenali, posta in evidenza nel II grafico, indica l'opportunità di occuparsi dell'argomento.



Morti avvenute nel Regno per ulcera gastrica dal 1887 al 1928
(cifre proporzionali a 1.000.000 di abitanti)

Si rileva infatti dai dati sull'andamento della mortalità dal 1887 al 1928 che il numero di morti per ulcera gastrica che erano all'inizio 22 per un milione di abitanti, nel 1928 sono ascesi alla percentuale di 37 per un milione. La mortalità generale annua nello stesso periodo di tempo è discesa da 28.024 a 15.757 per un milione di abitanti.

Se la maggiore frequenza può in parte giustificarsi con il perfezionamento dei mezzi diagnostici che attualmente permettono di porre la giusta diagnosi in affezioni che per il passato venivano attribuite ad altre cause, è tuttavia necessario ammettere anche un effettivo aumento della morbidità. I casi accertati sia radiologicamente che chirurgicamente sono in continuo aumento, tanto che in alcune statistiche di grandi cliniche l'ulcera gastrica figura per 1/5 di tutto il materiale chirurgico; tuttavia ancora molti casi sospetti rimangono spesso senza conferma, ed un buon numero costituiscono accidentali reperti di autopsia. Secondo il Brinton si osserverebbero ulcere nel 50 % delle dissezioni. A tal proposito è interessante riportare i risultati di una indagine di H. Lehmann eseguita mediante un esame accurato dello stomaco e del duodeno di 1000 cadaveri.

Tale Autore notò reperti positivi per ulceri dei vari segmenti nel 20,2 % dei casi, con maggiore frequenza nel sesso femminile e con un rapporto fra ulceri gastriche e duodenali di 2,4 : 1. Furono riscontrate molto più frequentemente cicatrici da lesioni progresse che ulceri in atto, con un rapporto di 9 : 1.

L'Hart ha rilevato che nei cadaveri di individui adulti si notano ulcerazioni o cicatrici di ulceri nell'8-13 % dei casi, con una uguale frequenza della localizzazione gastrica e duodenale.

Molto importanti sono le osservazioni del Lehmann sulla varia evoluzione delle lesioni in rapporto alla sede. La massima frequenza delle ulceri in atto fu constatata per lo stomaco sulla piccola curvatura in prossimità del piloro; per il duodeno sulla parete posteriore a una certa distanza dal piloro. Le cicatrici invece furono notate lontano dal piloro sia sulla piccola curvatura che sulla parete posteriore, nel duodeno immediatamente vicino al piloro sulla piccola curvatura.

*
**

Dai risultati di tale ricerca dovrebbero trarsi delle deduzioni ottimistiche per la prognosi delle ulceri gastro-duodenali. Del resto la maggior parte degli anatomo-patologi condividono questo parere. Grüber e Hart sono propugnatori della tendenza spontanea verso la guarigione della maggior parte delle ulceri.

Secondo Grath l'esito favorevole avverrebbe nel 75 % dei casi.

Ma non tutti gli AA. hanno una uguale opinione; in special modo è diversa quella di gran parte dei chirurghi.

Mayo-Doerfler e molti altri escludono la possibilità di una cicatrizzazione spontanea, che potrebbe avvenire solo in un numero ristrettissimo di casi in cui, forse per i caratteri iniziali dell'ulcera, vi sarebbe una certa tendenza verso la guarigione. In tutti gli altri casi la scomparsa della sintomatologia non segnerebbe l'esito definitivo dell'affezione, ma solo un periodo di remissione con una latenza del dolore che può perdurare solo per un certo periodo di tempo.

Questo fenomeno, cioè l'alternarsi di periodi di esacerbazione e di remissione dei sintomi, costituisce uno dei segni più caratteristici delle ulceri gastriche e duodenali, osservabile nel maggior numero dei casi come manifestazione spontanea od anche come conseguenza dell'attuazione di opportune norme nel regime di vita o di cure medicamentose.

Le argomentazioni elaborate a spiegare la genesi delle esacerbazioni del

dolore sono varie, alcune in rapporto alle modificazioni umorali che coincidono con il variare delle stagioni, e che sarebbero causa della perdita del normale equilibrio del sistema nervoso vegetativo (Kauffmann, Goldscheider e Grozt, Schmidt, ecc.), altre riferentisi a variazioni dello stato locale (Schmiden, Schütze, Strauss, Leotta, ecc.).

Per contro altri Autori sono favorevoli ad ammettere che le guarigioni cliniche di lunga osservazione possano considerarsi come guarigioni anatomiche.

Moynihan non esclude la possibilità di guarigione spontanea delle ulcere gastro-duodenali, anzi ammette che ciò possa avvenire con una certa frequenza nelle ulcere acute che seguono a malattie infettive, ad infezioni focali o ad ustioni estese. Tali lesioni per la loro superficialità tendono a cicatrizzarsi, ma possono anche provocare complicazioni letali o passare allo stato di cronicità.

Donati ha potuto constatare al tavolo operatorio la rapida cicatrizzazione di ulcere a pochi giorni di distanza da forti emorragie.

La disparità di vedute che esiste fra gli anatomo-patologi ed i chirurghi deve essere di certo dipendente dalla diversità del materiale di osservazione che per gli uni è costituito da individui morti per malattie varie, mentre per gli altri è formato da individui che giungono al tavolo operatorio in seguito ad una precisa indicazione.

Comunque, anche ammettendo la rarità dell'evenienza, non si può escludere la possibilità della guarigione spontanea di quelle ulcere che si manifestano con tutti i segni clinici e radiologici. Per le altre, quelle che spesso sono scoperte al tavolo anatomico solo occasionalmente, poichè non richiamano durante la vita l'attenzione del paziente per la esiguità o l'assenza totale di disturbi, è lecito ammettere che la cicatrizzazione spontanea ne rappresenti l'esito più frequente.

*
* *

Altra questione controversa è quella che verte sulla prognosi delle ulcere sottoposte alla terapia medica o a quella chirurgica. Per l'uno e l'altro metodo di cura vi sono partigiani ferventi ed esclusivisti e naturalmente ognuno avvalora la sua opinione con cifre statistiche.

I metodi di cura medica sono notevolmente aumentati negli ultimi anni e, riuniti, costituiscono un ricco stuolo di mezzi terapeutici ritenuti più o meno efficaci dai diversi sperimentatori. L'imponenza del numero e le notevoli differenze che esistono fra i vari metodi non depongono favorevolmente per le singole qualità di ciascuno.

Diete speciali, riposo, somministrazione di alcalini o di sostanze protettive della mucosa gastrica, farmaci antispasmodici ed antisecretici, vitamine, protei-noterapia, autoemoterapia, insulina, estratti paratiroidei, ipofisari, pancreatici, iniezioni ipodermiche di pepsina ed endovenose di borato o di benzoato di sodio, alimentazione extragastrica-digiunale, alimentazione continua goccia a goccia con latte alcalinizzato ed altri, sono i mezzi terapeutici usati dai vari Autori con varie modalità e più vari risultati. Da coloro che affermano che in realtà le cure mediche agiscono esclusivamente per quella naturale tendenza a rendersi latente che si osserva nell'evoluzione dell'ulcera e che quindi negano qualsiasi efficacia terapeutica ai mezzi impiegati, si va agli entusiasti, che, per alcuni metodi, producono statistiche con il 90-95 % di guarigioni.

E' pertanto molto difficile poter stabilire con una certa approssimazione in quali e quanti casi sia lecito sperare dei buoni risultati dalla cura medica. Ma anche volendo ammettere che tali effetti possano prodursi relativamente spesso è opinione comune che il trattamento medico, per riuscire efficace, do-

vrebbe essere rigorosissimo e di molto lunga durata, ciò che è assai difficile ottenere in pratica.

Moynihan ritiene che il trattamento medico per poter ottenere dei risultati debba essere severissimo e prolungato per un periodo sempre superiore a sette mesi, periodo che rappresenta il minimo necessario a permettere la cicatrizzazione dell'ulcera.

Inoltre l'A. ritiene indispensabile per il successo associare il trattamento delle possibili fonti di infezioni costituite dai denti, dalle tonsille, da focolai flogistici addominali ecc. L'A. afferma che se tali precetti venissero rigorosamente seguiti solo pochi casi dovrebbero essere affidati al chirurgo.

Einhorn crede nell'efficacia della cura medica anche nei casi che presentino evidente immagine radiologica di nicchia, ma è del parere che sia necessario un trattamento rigoroso e prolungato che, secondo l'A., andrebbe sempre tentato prima di affidare il malato al chirurgo, salvo i casi in cui per sospetto di malignità dell'affezione o per altre indicazioni sia indispensabile un sollecito intervento.

L'Hurst è convinto che le ulcere sia gastriche che duodenali a carattere cronico richiedano un trattamento prolungato che, condotto opportunamente, porterebbe sempre a guarigione. Anche le ulcere peptiche post-operatorie secondo l'A. guarirebbero con la cura medica nel 50 % dei casi.

Il Boas sostiene che le cure attualmente praticate sono troppo brevi e non permettono la cicatrizzazione completa dell'ulcera, facendo sì che si abbiano di frequente delle riattivazioni del processo ulcerativo che vengono di solito scambiate per recidive.

*
* *

Allo stato attuale difettano ancora i mezzi atti ad accertare la guarigione anatomica dell'ulcera. Non è certamente un criterio sufficiente basarsi sulla scomparsa delle sofferenze e sul miglioramento dello stato generale che possono verificarsi per cause diverse, prima fra queste l'attuazione di un appropriato regime di vita, per poter affermare senza tema di errore l'avvenuta cicatrizzazione; necessitano invece dati più probativi. Tali possono fino ad un certo punto considerarsi la ricerca delle emorragie latenti, l'esame radiologico e la gastroscopia. Ma nessuna di tali ricerche può fornire criteri di certezza assoluta.

Secondo il Boas la scomparsa delle emorragie latenti pur non potendo avere un valore assoluto, costituisce l'unico elemento probativo di guarigione. D'altra parte però l'Alessandrini ha dimostrato in alcuni casi di ulcere accertate radiologicamente e chirurgicamente la costante negatività della ricerca del sangue nelle feci. Scavo studiando il comportamento delle emorragie latenti in ulcerosi messi a dieta latte ha rilevato un andamento incerto ed in alcuni casi una scomparsa definitiva delle emorragie pur persistendo invariati il dolore alla pressione ed il reperto radiologico.

Il Boas ritiene che sia necessario usare nella ricerca delle emorragie latenti un metodo che sveli la presenza nelle feci di prodotti ematici estremamente piccoli e crede che lo scopo venga raggiunto mediante la ricerca della deuteroporfirina.

Anche agli elementi forniti dall'esame radiologico non può essere attribuito un valore assolutamente probativo. Secondo alcuni Autori la scomparsa della nicchia di Haudek starebbe a testimoniare la guarigione anatomica dell'ulcera. Ma la persistenza delle emorragie e la constatazione gastroscopica di ulcere in periodo di piena attività osservata da vari ricercatori ad onta del reperto radiologico negativo stanno a testimoniare la fallacia di tale asserzione.

Del resto la temporanea scomparsa della nicchia si può bene spiegare per alcuni casi con la cessazione dello spasmo della « muscularis mucosae » nelle

ulceri superficiali o con la mancata penetrazione del mezzo di contrasto dovuta a particolari condizioni locali.

Secondo Busi depone per uno stato evolutivo del processo il reperto radiologico di un cerchione rilevato sul contorno dell'ulcera, per quanto esistano lesioni in atto che per infiltrazione flogistica o per adattamento plastico di difesa della mucosa circostante, non presentino tale bordo. L'avvenuta cicatrizzazione si manifesta invece con una disposizione raggiata stabile delle pliche della mucosa gastrica.

Migliore mezzo di indagine per constatare la cicatrizzazione dell'ulcera dovrebbe ritenersi l'esplorazione diretta mediante la gastroscopia. Ma sebbene gli apparecchi in uso nella pratica gastro-endoscopica, come il tipo di gastroscopio flessibile di Wolf-Schindler, siano stati molto perfezionati, le difficoltà tecniche e le sofferenze che si provocano nel paziente non hanno ancora consentito una applicazione larga del metodo. D'altra parte poi, anche questo mezzo di indagine presenta degli inconvenienti che diminuiscono il valore dei risultati e che sono dati dal fatto che l'endoscopia gastrica permette di vedere quasi esclusivamente le ulcere gastriche, mentre sfuggono all'esame le ulcere iuxta-piloriche e duodenali. Del resto anche le stesse ulcere gastriche, se molto piccole, possono sfuggire frequentemente alla ricerca.

*
* *

I problemi connessi al trattamento chirurgico delle ulcere gastro-duodenali non hanno meno interessato gli studiosi di tutto il mondo, dando luogo ad appassionati dibattiti anche in Congressi internazionali. Su questo argomento vi è un enorme numero di cifre statistiche pubblicate dai vari Autori a sostegno dei vari tipi di intervento. Ma la questione, anziché essere risolta, è tutt'ora aperta, poichè i risultati di ogni tipo di operazione variano notevolmente in rapporto all'operatore.

Finney su un complesso di 737 casi accerta l'85 % di buoni risultati nelle gastro-enterostomie e nelle piloroplastiche; di quasi il 90 % nella resezione.

Balfour ha rilevato buoni risultati lontani nel 96 % dei casi in un gruppo di 500 gastro-enterostomizzati.

Judd ha notato risultati equivalenti sia dopo gastro-enterostomia che dopo resezione.

Moynihan ritiene che nell'ulcera gastrica l'operazione di scelta sia la gastrectomia, mentre nell'ulcera duodenale il trattamento chirurgico d'elezione consista nella gastro-duodenostomia o nella gastro-enterostomia sempre associate alla distruzione dell'ulcera ed alla chiusura temporanea del piloro. Questo A. ritiene che la resezione praticata nell'ulcera duodenale sia non solo inutile, ma anche dannosa.

Il Puccinelli, attraverso l'esperienza personale, ha osservato che l'escissione semplice dell'ulcera dà quasi la certezza della recidiva, mentre la resezione gastro-duodenale, pur non mettendo al sicuro dalla recidiva che, secondo l'A., quando avviene si verifica subito, dà le massime garanzie per la durata della guarigione.

Per gli altri interventi l'A. ha osservato per la gastro-enterostomia, piloroplastica e derivati, una percentuale alta di recidive, molto più alta che negli interventi demolitivi ed assai maggiore di quella rilevabile dalle casistiche pubblicate.

Sembra che attualmente a placare il dissidio esistente fra i fautori ad oltranza della gastro-enterostomia e quelli della resezione ampia, vada man mano, aprendosi il varco per opera di numerosi chirurghi la tendenza intermedia della resezione limitata associata alla gastro-entero-anastomosi (Uffreduzzi).

Allo stato attuale non si può disconoscere che la terapia chirurgica vanti al suo attivo un grande numero di guarigioni sicuramente accertate, sia in

vita in occasione di interventi praticati per altre indicazioni, sia al tavolo anatomico negli individui deceduti per altre malattie.

Ma di fronte a tale attivo sta il passivo non indifferente costituito dalla mortalità in dipendenza dell'intervento e dalle ulcere post-operatorie.

Le cifre della mortalità post-operatoria variano a seconda dell'operatore, ma sono sempre discretamente alte specie dopo resezione e per complicanze bronco-polmonari.

Però alcuni dati statistici pubblicati negli ultimi anni contribuiscono a formare la convinzione che si possano ottenere con una minuziosa osservanza di tutti gli elementi che possono influire sul successo, una notevole diminuzione della mortalità post operatoria. Moynihan ha registrato nel 1932 una mortalità del 2% nella resezione gastrica. Su 1000 ulcere duodenali operate di gastro-duodenostomia o di gastro-enterostomia, associate sempre a distruzione dell'ulcera e a temporanea esclusione pilorica, ha avuto un solo morto, e l'1,8% di ulcere gastro-digiunali secondarie.

Judd su varie migliaia di casi operati, riporta una mortalità inferiore al 1/2%.

Da noi il Puccinelli ha comunicato di aver operato fino al 1933, 623 casi di ulcera duodenale e gastrica e rioperato 48 casi, con una mortalità globale del 4 1/2% compresi i casi di urgenza.

Il Donati ha recentemente comunicato i risultati immediati ottenuti durante il 1933 negli interventi per ulcere gastro-duodenali: un morto su 52 resecati e nessun morto su 45 gastro-enterostomizzati. L'individuo morto dopo resezione era un alcolista con iperazotemia, morto in V giornata per degenerazione grassa acuta del fegato.

Altri AA. però riportano tuttora delle cifre molto alte di mortalità post-operatoria. Così il De-Beco di Liegi afferma che la gastrectomia centrale ampia comporta una mortalità operatoria che va dall'8 al 15%, e pur ammettendo che conduce al 60-70% di guarigioni ne sconsiglia l'applicazione salvo casi eccezionali.

Per ciò che riguarda la frequenza delle ulcere gastro-digiunali seguenti a gastro-enterostomia il Gosset riporta i seguenti dati forniti da alcuni dei più noti chirurghi:

Balfour	3,26 %
Bastianelli R.	25 »
Berg-Lewison	34 »
Finney	5 »
Finsterer	17 »
Gosset.	2,5 »
Haberer	16 »
Hochenegg	22 »
Hortolomei	4 »
Luff	10 »
Mac Donald	5 »
Moynihan	4 »
Pauchet	5 »
Payr	10 »
Strauss	10 »
Walton	2,5 »

A tali cifre possono aggiungersi quelle fornite da altri operatori:

G. G. Schmieden	3,5 %
Schwarz	8,9 »
Flörcken	3,5 »
Brutt	2,2 »
Oliani	6 »
Alessandri	5 »

Traendo una media delle percentuali dei vari A.A. si otterrebbe una frequenza del 9,43 % di ulcere del neo-piloro. Cifra considerevolmente elevata, che sommata a quella della mortalità post-operatoria ed al numero dei cattivi risultati lontani della gastro-enteroanastomosi, viene ad infirmare in maniera non trascurabile il valore terapeutico di tale intervento.

L'ulcera digiunale post-operatoria sarebbe meno frequente dopo gastro-enterostomia posteriore ad ansa corta, verrebbe invece favorita dalla esclusione pilorica. Molto meno frequenti risultano le ulcere del neo piloro dopo resezione.

Molto incoraggianti sono i risultati recentemente comunicati dal Leotta ottenuti con il suo metodo in alcune centinaia di casi di ulcere duodenali operate negli ultimi quattro anni. Il Leotta è guidato nell'indirizzo terapeutico dal suo concetto patogenetico sulle ulcere gastroduodenali, secondo il quale tali lesioni sarebbero costantemente secondarie alle affezioni croniche della metà destra dell'addome, da questo A. comprese con il nome di S. A. D., e si verificherebbero per una localizzazione flogistica secondaria in un tratto del tubo intestinale funzionalmente predisposto e costituzionalmente più vulnerabile. L'A. non limita l'intervento alla sola gastro enterostomia o resezione, ma vi aggiunge costantemente il trattamento della S. A. D. che consiste nel maggior numero dei casi nell'appendicectomia e nella viscerolisi del colon destro. Con tale metodo l'A. asserisce di non avere più avuto a lamentare alcuna ulcera post-operatoria.

Su altri recenti tentativi di cura chirurgica praticati allo scopo di modificare l'innervazione gastrica non è dato trarre conclusioni a causa della ancora troppo scarsa esperienza.

*
* *

A proposito della frequenza delle recidive è interessante porre in rilievo quanto è stato osservato da numerosi A.A. sulla esistenza di una speciale diatesi che coincide con un determinato tipo costituzionale. Infatti oltre alla nota osservazione della speciale tendenza all'ulcera gastrica che hanno alcuni individui morfologicamente caratteristici (longilinei, astenici, a sistema neuro-vegetativo labile, spesso con tare ereditarie) rilevata già dal Viola parecchi anni or sono e più recentemente dall'Hurst e dal Pende, e di un tipo predisposto all'ulcera duodenale (iperstenici, con stomaco piccolo, alto, ipercinetico e con succo gastrico notevolmente acido-Moynihan), numerosi dati di fatto condurrebbero ad ammettere l'esistenza di una vera «diatesi ulcerosa», per cui si avrebbe una estrema tendenza alla formazione di ulcere per qualsiasi anche minima causa. Secondo alcuni A.A. tali individui non dovrebbero essere operati, salvo il caso di assoluta necessità, perchè molto esposti al pericolo della recidiva.

*
* *

Passate in rapida rassegna le varie modalità di evoluzione delle ulcere gastro-duodenali nei riguardi della possibilità di guarigione, occorre esaminare le varie complicanze che intervengono ad aggravare il decorso dell'affezione.

Una distinzione va fatta fra i fenomeni complicanti le ulcerazioni in periodo florido e quelli che intervengono come esito.

Al primo gruppo appartengono le emorragie e le perforazioni.

Le emorragie possono prodursi acutamente in proporzione rilevante tale da mettere in breve a repentaglio la vita, oppure decorrere cronicamente, cioè con il manifestarsi di piccole emissioni di sangue che si ripetono a brevi intervalli e che si rendono causa di una anemizzazione progressiva. Più rare le prime, si osservano invece le altre con una certa frequenza. Talora una grave ematemesi costituisce il primo segno di un'ulcera che non ha mai manifestato la sua presenza. Più frequenti nelle ulcere duodenali, le emorragie sarebbero in queste presenti nel 25 % dei casi secondo Mayo, nel 38 % secondo Moynihan.

Tale A. riferisce che a Leeds sono state osservate emorragie fatali nel 7 % dei casi di ulcere gastriche in individui giunti alla necropsia e nell'8,3 % delle duodenali.

L'emorragia, anche se grave, per lo più tende ad arrestarsi con le semplici cure mediche. L'intervento in questi casi comporta degli effetti sfavorevoli: 66 % di mortalità (Savariand), 64,2 % (Mayo-Robson), 63 % (Hartmann).

Il Finsterer però attribuisce i cattivi risultati del trattamento chirurgico delle emorragie profuse acute dello stomaco al fatto che i malati vengono operati tardivamente soltanto dopo che la terapia medica si è dimostrata impotente. L'A. ritiene che la cura sia esclusivamente chirurgica e debba essere intrapresa al più presto, praticando la resezione nelle ulcere gastriche e la gastro-enterostomia con esclusione pilorica nelle duodenali, dopo che si sia ottenuta l'emostasi per compressione. L'operazione immediata dà secondo l'A. il 2½ % di mortalità.

La perforazione dell'ulcera gastrica si produrrebbe con una frequenza che varia a seconda degli AA. dal 3 fino al 25 % dei casi. La frequenza, in relazione con la sede dell'ulcera, darebbe un massimo dell'85 % per la parete anteriore ed un minimo del 2 % per la posteriore, del 40 % per la porzione cardiaca, del 18 % per quella della piccola curvatura, del 10 % per la porzione pilorica (Debove e Renault).

Nelle ulcere duodenali che per comune parere sono più gravi e pericolose delle gastriche, anche per una minore tendenza a guarigione, si avrebbero perforazioni nel 25 % dei casi secondo Mayo, nel 40 % secondo Pans.

E' di comune osservazione il fatto che la perforazione si osserva relativamente spesso in individui senza precedenti gastrici. Promptowa fa ascendere tale frequenza al 26 % dei casi esaminati.

E' ovvio che la perforazione ha un esito meno sfavorevole se si produce in un territorio già circoscritto da aderenze, chè in tal caso si limita a provocare un ascesso od una fistola suscettibili di guarigione. Ciò si verifica specialmente nelle ulcere della parete posteriore.

Una prognosi fatale quasi senza eccezione comporta la perforazione nella cavo peritoneale libero se non si interviene chirurgicamente.

L'eccezione in questi casi è costituita da alcune rare evenienze descritte dal Brunner e dallo Schottmuller di casi guariti senza operazione.

Come esito dell'intervento nelle ulcere perforate è stata calcolata una mortalità globale del 62 % da Naumann, del 50 % da Palk, del 62,9 % prima del 1914 e del 37,2 % dal 1914 al 1928 dal Petrusevskaja; Barbera dall'esame di 100 casi di perforazione curati in 15 anni nel Policlinico di Roma ha osservato il 44 % di mortalità.

Però per concorde constatazione la prognosi migliora notevolmente se lo intervento viene praticato fra la 5ª e la 12ª ora: Kreuter ha avuto prima della 12ª ora il 7,5 % di morti, dopo la 12ª il 71 %.

Anche in questo caso i chirurghi si dividono in gruppi fautori di vari interventi: sutura e affondamento della perforazione con o senza omentoplastica, seguita o non da gastro-enterostomia, resezione eseguita con i vari metodi.

Alcuni Autori producono dati molto confortanti: Richard raccogliendo una statistica di 710 casi, trattati con la resezione ha calcolato il 17 % di mortalità; Rieder su 113 resezioni ha avuto il 18,5 % di mortalità e su 52 trattati con altri metodi il 38,8 % di risultati sfavorevoli. Olini in 59 ulcere perforate operate in due anni (sutura ed affondamento dell'ulcera per la quasi totalità) ha avuto una mortalità del 13,8 %.

*
* *

Fra le altre complicanze che possono presentarsi ad alterare il normale decorso dell'ulcera sia in periodo florido, che in via di cicatrizzazione o a gua-

rigione già avvenuta, possono annoverarsi rispettivamente le flogosi periviscerali, le stenosi, le neoplasie cancerigne.

Le formazioni da perigastrite e periduodenite possono variamente influenzare la funzionalità gastrica fino a rendere necessario l'intervento chirurgico.

Le stenosi, più frequenti al piloro, possono essere causate sia dalla produzione callosa circostante all'ulcera e dallo spasmo, sia più frequentemente dalla retrazione cicatriziale. La prognosi è legata alla gravità delle alterazioni funzionali ed alla precocità dell'intervento. Hartmann registra, nelle stenosi non neoplastiche del piloro, in seguito alla gastro-enterostomia una mortalità dell'8 %.

La questione imperniata sulla possibilità che il cancro possa aver origine da un'ulcera gastrica o dalla sua cicatrice ha dato luogo a molte discussioni. Dagli assertori della grande frequenza dello sviluppo della neoplasia da una ulcera o dalla cicatrice di essa (Hauser, Zenker, Fütterer) si va a coloro che l'ammettono come un'evenienza rara (Aschoff, Hartmann, Eving, Stromeyer, Kongetzny).

Nielsen in più di 200 casi di ulcera seguiti per lungo tempo non ha mai potuto constatare la comparsa di un cancro.

D'altra parte invece Moynihan sostiene che molti cancri dello stomaco si impiantano su ulcere abbandonate alla propria sorte.

Mayo e Mc. Carthy credono che si possa stabilire una frequenza superiore al 70 %.

Donati ritiene per certo che moltissimi carcinomi della piccola curvatura si sviluppino su ulcere.

Sanguinetti e Votta in uno studio critico, senza escludere le possibilità dell'evenienza, credono di poter concludere con Hartmann e Renaud che lo studio minuzioso delle lesioni gastriche conduce ad affermare che la grande maggioranza delle ulcere cancri sono cancri ulcerati.

Comunque è fuori di dubbio che in una certa percentuale di casi il cancro si impianti su una ulcera preesistente.

Ai fini della profilassi deve pertanto ritenere la resezione come il mezzo più efficace.

*
* *

Allo scopo di portare un nostro contributo alla questione della prognosi *quo ad vitam* delle ulcere gastriche e duodenali, abbiamo proceduto ad una indagine su parte del materiale statistico di cui disponiamo. Esso è costituito dai dati riguardanti un primo gruppo di assicurati sulla vita presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nel triennio 1928-1929-1930 che hanno dichiarato all'epoca dell'ingresso in assicurazione di essere o di essere stati affetti da ulcere dello stomaco o del duodeno, un secondo gruppo di individui che non sono stati ammessi a fruire dell'assicurazione a causa dell'affezione suddetta e un terzo gruppo composto dai sinistri di morte verificatisi nel quadriennio 1929-1930-1931-1932 per ulcera gastro-duodenale.

Ne espongo brevemente i risultati:

I GRUPPO. — Casi 62 (Ulceri gastriche 45, Duodenali 17).

Età, all'insorgenza dei primi sintomi.

Età: anni	13-20	21-30	31-40	41-50	51 ed oltre
Numero dei casi	3	28	20	9	2

Casi non operati: 4. Sopravvenienza media ad oggi (Dicembre 1933): anni 13. Morti: 0.

Casi operati: 58. Morti ad oggi: 4 (2 per malattie intercorrenti, uno dopo due anni per tumore del fegato, uno dopo 3 anni per stenosi post-operatoria).

La sopravvivenza ad oggi è di 3-5 anni in 7 casi, di 6-8 in 18; di 9-11 in 15; di 12-14 in 3; di 15-17 in 5; di 18-20 in 2; di oltre 20 anni in 4 casi.

II. GRUPPO. — Casi 51 (Ulceri gastriche 34, duodenali 17).

Sono stati esclusi dalla ricerca 3 casi in cui la diagnosi non era certa ed altri 11 sui quali non si sono avute informazioni dello stato attuale.

In sei casi l'età all'inizio dell'affezione non risulta precisata.

Per gli altri l'età all'epoca dell'insorgenza è per 12 casi compresa fra i 21 e i 30, per 15 fra i 31 e i 40, per 14 fra i 41 e i 50, per 4 è di oltre 50 anni.

Dei 51 individui 3 sono morti per malattie intercorrenti, 3 (non operati) per complicazioni inerenti all'ulcera, rispettivamente dopo anni 15-17-9, dall'epoca di insorgenza. Due degli individui sottoposti ad intervento chirurgico sono morti per carcinoma gastrico rispettivamente dopo anni 5 ed 1 dall'epoca dell'operazione. In questi l'affezione era insorta prima dei 40 anni.

Il seguente quadro illustra la durata della sopravvivenza ad oggi.

Sopravvivenza all'epoca attuale: anni .	3-6	7-10	11-14	15-18	19-22	23-26	27-30	31 ed oltre
Non operati	2	5	—	7	2	4	3	2
Operati	3	2	4	5	3	—	1	—

III GRUPPO. — Casi 158 (Ulceri gastriche 85, duodenali 73).

Età alla morte.

Età: anni.	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71 ed oltre
Numero dei casi	12	57	52	29	7	1

La diagnosi risulta posta, in confronto con la data di morte: in 32 casi alcuni mesi avanti, in 41 da 1 a 3 anni prima, in 5 da 4 a 6 anni, in 5 casi da oltre 6 anni. Per gli altri 75 casi non è precisata l'epoca.

Dalle dichiarazioni degli assicurati all'ingresso in assicurazione risultano precedenti gastrici in 4 casi; appendicite in 5, colecistite in 3 casi, lues in 2. In un caso risulta che due fratelli erano affetti da ulcera duodenale.

Cause determinanti della morte sono state:

Perforazione.	in 51 casi
Emorragie	» 41 »
Complicanze post-operatorie	» 31 »
Stenosi o cachessia	» 8 »
Pancreatite suppurativa	» 1 caso
Non precisata	» 26 casi

*
* *

Nel riportare i dati su esposti non è stata fatta una distinzione dei casi a seconda del sesso a causa della esiguità del numero delle donne che figurano nelle nostre statistiche.

Dalla valutazione dei risultati dell'indagine emergono dei dati di una certa importanza che meritano di essere singolarmente considerati.

Nel primo gruppo risulta evidente che l'epoca di insorgenza delle affezioni predilige l'età media, dai 21 ai 40 anni. Nel 2° gruppo invece il periodo di età in cui è più frequente l'inizio si prolunga dai 21 sino ai 50 anni.

Nei casi che non sono stati sottoposti ad intervento chirurgico, 31 in tutto, troviamo tre casi di morte, per complicità inerenti all'affezione e tre morti per malattie intercorrenti.

Tra i 76 individui operati, rileviamo 6 morti, dei quali due per malattie intercorrenti, uno deceduto dopo tre anni per stenosi post-operatoria, uno per tumore del fegato dopo due anni, altri due per neoplasma gastrico rispettivamente dopo 1 e 5 anni dall'intervento. Per il caso di morte avvenuto dopo un anno, crediamo lecito ammettere la preesistenza del carcinoma, all'epoca dell'intervento.

Riassumendo: su un totale di 113 individui affetti da ulcere gastriche o duodenali, operati e non, 4 sono morti per affezioni complicanti e 3 per neoplasmi, 2 dello stomaco e 1 del fegato; 5 per altre malattie intercorrenti.

Nei 158 casi di morte del quadriennio 1929-1932 notiamo una frequenza massima di mortalità nell'età che intercorre fra i 31 ed i 50 anni. Questi dati concordano con quelli della mortalità generale.

Tale andamento può porsi in rapporto con l'epoca dell'inizio della malattia, che si nota con maggior frequenza dai 21 ai 40 anni di età, e che abbiamo riscontrata anche nel I gruppo dei nostri casi.

Nell'ultimo gruppo di casi si possono tenere in una considerazione molto relativa i dati riportati sulla data di inizio dell'affezione, desunti dai certificati medici di morte in mancanza di elementi nelle dichiarazioni degli assicurati.

Tra le cause che hanno condotto a morte gli individui in esame compare come terza in ordine di frequenza la mortalità post-operatoria con una cifra non indifferente che rappresenta il 19,62 % della mortalità globale.

*
* *

Entrando nel campo dell'applicazione dei criteri prognostici sulle ulcere gastro-duodenali all'assicurazione sulla vita, è necessario considerare singolarmente i diversi casi che possono presentarsi all'esame del medico revisore che è chiamato a dare il suo parere sulle possibilità di accettazione dei rischi.

Premettiamo di non ritenere opportuno lo stabilire differenze di giudizio in base alla sede dell'ulcera, poichè, per quanto in effetti la diversa localizzazione comporti delle variazioni nella prognosi, non è possibile in pratica stabilire un criterio di giudizio basato sull'esperienza a causa della insufficienza delle osservazioni in proposito.

Pure di discutibile utilità possono riuscire le considerazioni relative alla età, all'epoca di insorgenza della affezione ed all'atto della stipulazione del contratto, poichè una contrazione della mortalità si osserva solo oltre i 50 anni, età che rappresenta quella di un esiguo numero degli assicurati all'epoca dell'ammissione.

Il sesso non ha in questi casi gran valore, a meno che non si voglia considerare dal punto di vista delle abitudini di vita più sobrie e delle attività professionali meno gravose del sesso femminile. Tale stato di cose deve sicuramente apportare un notevole contributo ad impedire lo stabilirsi di quelle

condizioni che favoriscono l'insorgere delle ulcere nell'altro sesso, poichè si verifica nelle donne una morbidità notevolmente inferiore, ma, pur non potendo affermarlo, riteniamo giustificato presumere che tali condizioni abbiano ad esercitare una influenza minore sul decorso della lesione, una volta stabilitasi.

I diversi casi che possono occorrere nella pratica assicurativa come del resto nel comune esercizio della medicina sono i seguenti:

- | | | | |
|----|--------|------------------|---|
| 1° | Ulcera | gastro-duodenale | in periodo florido ; |
| 2° | » | » | in periodo di latenza ; |
| 3° | » | » | in periodo florido o di latenza con complicanze in atto ; |
| 4° | » | » | operata di gastro-enterostomia, gastro-duodenostomia, piloplastica ed interventi affini ; |
| 5° | » | » | operata di escissione semplice ; |
| 6° | » | » | operata di resezione ampia ; |
| 7° | » | » | operata con complicanze in atto. |

Anzitutto crediamo necessario precisare il concetto di floridezza o di latenza dell'ulcera. Vogliamo intendere con ulcera in periodo florido la lesione gastrica o duodenale che dia segni subiettivi od obbiettivi clinici o radiologici, o che li abbia dati da meno di un anno.

In linea di massima non siamo alieni dall'idea che si possano accettare in assicurazione gli individui che presentino un'ulcera in atto senza speciali caratteri di gravità.

Intendiamo con ciò di escludere le ulcere multiple o penetranti o con fenomeni di intensa reazione periviscerale, stenosanti o con segni di trasformazione neoplastica. Da non comprendervi sono pure gli individui deperiti in modo notevole o con note di spiccata anemizzazione. In tutti questi casi sarà prudente opporre un rifiuto all'accettazione.

E' ovvio che gli individui nelle condizioni di accettabilità saranno gravati di un certo soprapremio ad andamento costante, salvo riesame dopo un certo numero di anni.

Riteniamo infatti molto utile, a cautelare gli interessi dell'assicurato senza danneggiare quelli dell'assicuratore, inserire nelle condizioni di accettazione del rischio la possibilità di un nuovo esame quando sia trascorso un periodo di osservazione sufficiente, poichè non sembra a noi giusto che l'assicurato resti gravato dall'onere del soprapremio sanitario quando si siano prodotte delle modificazioni favorevoli nel decorso della malattia che è stata causa del gravame.

Nel caso in ispecie dell'ulcera in periodo florido, che dopo un certo tempo entri in fase di latenza, o sia sottoposta ad intervento chirurgico, si verrà a determinare una prognosi più favorevole che permetterà uno sgravio non indifferente dopo un nuovo accertamento. A tal fine non riteniamo soddisfacente ai fini pratici fissare preventivamente il periodo di tempo che dovrà trascorrere prima del riesame, ma consideriamo invece più rispondente il criterio di lasciare l'assicurato stesso arbitro di richiedere la visita di revisione quando potrà dimostrare l'effettivo miglioramento delle sue condizioni di salute.

Un analogo criterio, salvo il diverso calcolo del soprapremio potrà valere per le ulcere in periodo di latenza da meno di 5 anni, concedendo in questo caso la possibilità di un riesame quando sia trascorso il detto periodo, epoca in cui con reperto favorevole potrà applicarsi un soprapremio ridotto ad andamento decrescente.

I pareri internazionali sull'accettazione di questi rischi sono piuttosto discordi. Ad esempio in un caso di sospetto di ulcera gastrica, latente da un anno, ma con fenomeni di periviscerite ed appendicite sub-acuta (S. A. D.), una Compagnia straniera proponeva il rinvio di un anno mentre un'altra avrebbe accettato il rischio nella forma « Mista a 25 anni » con una sopramortalità del 100 % e scaglionamento del capitale assicurato in 5 anni o soprapre-

mio del 5 per mille nei primi quattro anni. In altro caso di sospetta ulcera gastrica in atto la stessa Compagnia proponeva nella forma « Mista o Vita Intera a 20 premi » un identico trattamento.

Per un assicurando con sospetto di ulcera gastrica latente da un anno in individuo sano con soprappeso di kg. 10, da tre Compagnie veniva proposto il rinvio di un anno, da una il rifiuto, da due, propense all'accettazione nella forma « Vita Intera », veniva proposta per la « Mista-20 anni » una sopramortalità del 50 %.

Per un altro caso di ulcera gastrica latente da un anno in individuo con lieve sottopeso che aveva precedentemente sofferto di coliche renali, da quattro Compagnie era concessa e da due rifiutata la forma « Vita Intera ». Per la « Mista-20 anni » la presumibile sopramortalità variava rispettivamente dal 50 al 150 %.

In un caso di ulcera duodenale latente da un anno, si sono ottenuti due rifiuti, due rinvii, due risposte favorevoli alla forma « Vita Intera » ed una contraria. Per la « Mista 20 anni » una Compagnia calcolava una sopramortalità del 50 % e un'altra del 150 %.

A noi sembra che la disparità notevole dei pareri internazionali in questi casi riduca fortemente l'utilità pratica.

Analoga differenza di vedute osserviamo in casi di ulcere sottoposte ad intervento. Su due individui operati di gastro-enterostomia per ulcera duodenale vediamo in uno applicare una sopramortalità del 50 %, con scala obbligatoria di 1/5 del capitale assicurato nei primi cinque anni o il rinvio di un anno, mentre nell'altro, in cui è stata aggiunta nell'intervento l'esclusione pilorica, proporre solo il rinvio di un anno. Ci sembra che un eguale periodo di tempo nel rinvio non possa essere applicato in ambedue i casi, poichè la esclusione pilorica anche volendo ammettere che favorisca la cicatrizzazione dell'ulcera, sembra che predisponda alle ulcere del neo-piloro. Comunque il rinvio di un anno è insufficiente in ogni caso di gastro-enteroanastomosi ed a noi sembrerebbe miglior criterio quello dell'accettazione a pochi mesi dall'intervento, con un soprapremio che verrebbe poi diminuito ed applicato in forma decrescente dopo un'osservazione favorevole continuata per cinque anni.

Appare invece equo il trattamento proposto per un individuo gastro enterostomizzato per stenosi pilorica cicatriziale in cui si vorrebbe applicare lo scaglionamento del capitale assicurato in quattro anni, od un soprapremio del 5 % nei primi tre anni.

Mancano fra queste osservazioni casi di escissione semplice dell'ulcera. A nostro parere in tali evenienze dovrebbero applicarsi criteri analoghi a quelli usati per i casi di gastro-enteroanastomosi, salvo lieve aumento del soprapremio.

In casi di resezione ampia notiamo in tre osservazioni di pareri internazionali un calcolo di sopramortalità del 50 %, con scaglionamento del capitale assicurato in tre o quattro anni. Tale trattamento è perfettamente equivalente a quello descritto più sopra in un caso di gastro-enterostomia. Ciò non appare aderente alla reale prognosi lontana della resezione gastrica che per comune parere è più vantaggiosa della gastro-enterostomia. In tali casi sembrerebbe a noi giusta l'accettazione con soprapremio minore di quello applicabile agli individui sottoposti ad altri interventi, riducibile in caso favorevole dopo cinque anni, in forma rapidamente decrescente.

Riteniamo prudente la non accettazione in assicurazione di quegli individui che abbiano sofferto o presentino in atto delle complicanze relative all'ulcera od all'intervento praticato come ulcere penetranti o con segni di flogosi periviscerali causa di gravi alterazioni della funzione, stenosi ed altri disturbi di canalizzazione, ulcere del neo-piloro, sindromi complesse in cui coesistano l'ulcera gastrica o duodenale e gravi alterazioni o di altri organi dell'apparato digerente.

RIASSUNTO.

L'A. esamina le varie modalità di evoluzione delle ulcere gastro duodenali, anche in rapporto ai diversi metodi di cura, sulla base dei dati statistici riportati dai vari Autori.

Riferisce su i risultati di un'indagine eseguita, allo scopo di stabilire la sopravvivenza dall'inizio dell'affezione, su alcuni gruppi di assicurati dell'I.N.A. affetti da ulcere gastro-duodenali all'epoca dell'ingresso in assicurazione, e su un gruppo di assicurati venuti a morte per tali affezioni.

Enumera le diverse possibilità che possono presentarsi al medico incaricato di dare il giudizio prognostico su tali rischi e discute le varie condizioni per l'accettazione in assicurazione vita.

(La Bibliografia è pubblicata negli estratti).

Ultimi risultati dell'assicurazione delle vite minorate

(dalla compagnia di riassicurazione di Monaco)

Dott. JOSEF STURM

Dal Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung

Già da lungo tempo l'assicurazione vita si è occupata del problema di assicurare persone non completamente di sana salute. In vero la maggioranza delle persone che si presentano all'assicurazione, è, come noi diciamo, *normale*; in questo caso il nostro giudizio medico è relativamente semplice: noi abbiamo solo da esaminare i singoli elementi di giudizio dell'assicurando, paragonarlo con gli assicurati normali e stabilire s'egli rientra nel loro gruppo, o è ad essi simile. In tal caso i rischi normali della medicina assicurativa corrispondono alle persone sane della medicina clinica.

Oltre a questi casi ve ne sono degli altri, nei quali il medico clinico trova qualche *obiezione* nello stato di salute dell'assicurando, mentre il medico assicuratore trova che la presunzione della mortalità della stessa persona si mantiene nei limiti stabiliti dalle tabelle di mortalità: in questa seconda evenienza quindi esiste una divergenza tra la medicina clinica, che giudica il caso non perfettamente sano, e la medicina assicurativa che lo giudica come rischio normale.

Ma accanto a questi rischi normali, ve ne sono molti altri che non si possono ritenere normali, e che, secondo le proposte di Florschütz, possiamo dividere in rischi ancora *accettabili* (angepassten Risiken) ed in rischi tarati (wirklich mindervertigten Risiken).

Il primo gruppo abbraccia quella gran quantità di *rischi incerti* che da alcune compagnie sono ritenuti ancora normali, mentre da altre compagnie sono considerati come anormali, ed abbraccia pure quei rischi, i quali, secondo la tecnica assicurativa, presentano solo una lievissima deficienza (ganz geringe

Minderwertigkeit), e che sebbene non si possano più assicurare con le stesse condizioni dei rischi normali, tuttavia si possono fare rientrare nel gruppo di questi mediante l'aggiunta di un certo sovrappremio.

Per questi rischi *accettabili* la medicina dovrebbe escogitare mezzi e vie per esprimere e calcolare in cifre gli aggravi, stabilendo delle tabelle di mortalità, simili a quelle dei rischi normali.

A questo proposito, si pensò in primo tempo, di poter giudicare se una persona aveva o no la prospettiva di raggiungere un'età avanzata; e principalmente si ritenne di poter concludere da determinate alterazioni dello stato di salute, che il pericolo di morte divenisse superiore a quello presunto dalla tavola di mortalità, a cominciare da una determinata età. Per premunirsi quindi da questo pericolo si faceva scadere l'assicurazione prima di questa età, sperando con l'abbreviazione della durata dell'assicurazione di eliminare la gravità del rischio, il quale appunto si rendeva più grave dopo un determinato periodo di tempo. Logicamente doveva il rischio sottostare fino al termine stabilito, allo stesso *pericolo* di morte, come al momento dell'ingresso in assicurazione. L'esperienza però apportò presto delle disillusioni: poichè si notò che le persone assicurate con abbreviazione della durata dell'assicurazione, presentavano un'elevata mortalità non solo dopo il termine presunto, ma persino durante il periodo di assicurazione, e per giunta questa elevata mortalità si rendeva notevole nei primi cinque anni dell'assicurazione. Il metodo fino allora adottato era quindi falso.

Si doveva *eguagliare* il rischio, superiore al normale, con un supplemento di tariffe, da pagare durante *tutta la durata* dell'assicurazione. Dal punto di vista tecnico-assicurativo è facile equilibrare il maggior pericolo con un premio più elevato: dal lato medico-assicurativo il più delle volte si può giudicare la gravità del pericolo, però in molti casi è veramente difficile stabilire se il pericolo si mantiene eguale durante tutta la durata dell'assicurazione, o se nel corso di questa, aumenta o diminuisce, e principalmente a qual epoca esso si rivela. Ci si dovrebbe quindi limitare a mettere in evidenza il pericolo esistente e proporzionare ad esso il sovrappremio da pagare durante l'assicurazione in modo da equilibrare il rischio.

Per il calcolo del sovrappremio si possono seguire varie vie: io sono in grado di descrivere dettagliatamente solo il metodo della banca assicuratrice Gotha, che mi sembra non solo il migliore ed il più accessibile ma anche il più ragionevole dal lato assicurativo sia tecnico che medico. Con questo sistema il maggior rischio viene compensato con una elevazione dell'età, per cui il contraente non viene assicurato secondo la sua età reale, sibbene secondo un'età maggiore, cui comporta relativamente il rischio per il suo più facile pericolo di morte. Così la Gotha controbilancia una sovramortalità del 7% mediante la elevazione di un anno di età, una sovramortalità del 15% mediante l'elevazione di due anni di età, e così via. Basta perciò conoscere la sovramortalità per cento dei singoli gruppi per controbilanciarla numericamente con l'elevazione dell'età al momento dell'ingresso. Un esempio dimostrerà la semplicità di questo metodo: se noi dalle nostre indagini sappiamo che un dato gruppo di assicurati presenta una sovramortalità del 15% noi eleveremo di due anni l'età degli assicurandi appartenenti a tale gruppo, allo scopo di fronteggiare la loro sovramortalità.

In questa maniera la medicina assicurativa è riuscita a trovare una via accessibile per l'assicurazione dei rischi ancora *accettabili*.

Diversamente stanno le cose per le vite notevolmente minorate cioè tarate (wirklich minderwertigen Leben). Con le esperienze fatte a loro riguardo s'incontravano serie difficoltà per l'elaborazione di regole assicurative, ed a tutti i paesi che si occupavano di questo problema, sarebbe occorso lungo tempo per venirne a capo: quand'ecco finalmente si trovò l'unica via rispondente allo scopo.

Il primo paese che si interessò con tutte le sue energie dello studio dei rischi tarati, fu l'America. Già nel 1890 il benemerito medico-capo della compagnia assicuratrice New York, Dottor Rogers s'industriò di elaborare un metodo che permettesse la misurazione e la valutazione dei rischi anormali. Egli, non avendo raggiunto alcun fine con l'indagine dei casi di morte, elaborò un metodo che permettesse di indagare la mortalità delle singole persone, divise in gruppi isolati a seconda della costituzione fisica, l'eredità, l'anamnesi ecc. Egli studiò sia i casi accettati dalla compagnia come pure i casi rifiutati.

Con l'indagine dell'immenso materiale (tra cui 25.000 rifiuti) dai risultati ottenuti cercò sistematicamente la regola per la valutazione esatta di ogni rischio. Dopo sei anni di lavoro fu in grado di poter stabilire determinati valori sia per i casi limite, come pure per i casi *rifiutati*: allora nel 1896 la compagnia accettò l'assicurazione dei rischi anormali. L'esperienza dei 7 anni seguenti, associata ad una scrupolosa indagine di tutti gli assicurati dalla compagnia, creò nel 1903 la compilazione delle misure, *standards*, che dovevano essere adoperate per la regolare scelta di tutti i rischi, normali ed anormali.

Dal 1° gennaio 1904 si lavorò secondo queste misure *standard* per cui il medico revisore segnava, ogni rischio, corrispondente allo *standard*, con un determinato valore, in modo ch'egli esprimeva con le cifre della misura normale tutti i singoli fattori (costituzione fisica, eredità, anamnesi, reperto dell'esame medico, professione, genere di vita) e poscia facendo la somma otteneva il valore del rischio in relazione alla misura normale.

Però per l'assicurazione di *persone fortemente anormali* non era più sufficiente alla compagnia New York questo calcolo basato sulla tavola di mortalità normale sia per la poca attendibilità delle dichiarazioni dell'assicurando, sia pure per l'incertezza dei metodi di esame e di calcolo.

Furono allora introdotti come elementi sicuri:

- 1° La limitazione della scadenza della somma assicurata;
- 2° L'impiego di parte degli utili per l'equilibrio della sovramortalità.

Rogers già notava nel 1901 in questa possibilità di assicurazione dei rifiuti, un gran progresso sia dal lato sociale per i numerosi minorati nella salute, sia anche dal lato economico per la compagnia assicuratrice.

Le statistiche americane si continuano tuttora ed abbracciano un esteso materiale. Della loro importanza nei nostri rapporti europei si terrà parola in altra parte.

Anche in Europa ci si è occupati poco a poco e a tentoni dell'argomento: ma quivi mancavano quasi completamente le basi per il calcolo della valutazione del rischio. In vero pochi rischi anormali venivano assicurati da singole compagnie, poichè a tal uopo queste imponevano speciali sistemi di dividendi, tariffe speciali o altre gravi condizioni. Si tentò pure l'assicurazione dei rischi tarati, fondandosi sulla medicina clinica, ma senza alcun risultato: poichè questa non poteva rispondere al quesito, di quanto è maggiore il rischio anormale in confronto a quello normale, e se lo stesso rischio peggiora o migliora col passare degli anni, ed a cominciare da qual'epoca.

Blaschke e Petersen s'industriarono di risolvere il problema costruendo delle tavole di mortalità derivate dalle statistiche delle cause di morte, dalle quali tentavano di calcolare il rischio; ma non pervennero a nulla, essendo le basi ed il materiale per lo più incerti e quindi solo in rari casi era dimostrabile un nesso reale tra la causa di morte e il reperto dell'esame medico all'accettazione.

Poscia il Buchheim, quale collaboratore di Blaschke, cercò di ridurre il sistema in una forma utilizzabile per il medico assicuratore; credendo di ovviare alquanto al ricordato difetto delle basi incerte, mediante la divisione delle cause di alterazioni (anomalie, minorazione) in *tre grandi gruppi* di rischi, di

cui ognuno doveva presentare entro estesi limiti un quasi simile decorso di mortalità.

Il primo gruppo di rischi abbracciava quelle persone, in cui egli fondandosi sull'eredità, precedenti malattie o altre influenze esterne, riteneva una disposizione alle malattie; a questo gruppo egli assegnava i *tarati* per tbc ereditaria, ma del resto sani, le persone con reumatismo articolare, con sifilide con scrofolosi o con altre affezioni sospette di tubercolosi lenta.

Il secondo gruppo abbracciava quegli stati abnormi, che non dimostrano ancora chiari segni di malattie, come ad es. anemia o grave incurvamento della colonna vertebrale; e quelle persone che presentarono in passato malattie ma in forma lieve, senza pericolo di vita per sè stesse, come ad es. l'ulcera gastrica guarita ecc.

Il terzo gruppo abbracciava le persone con malattie in atto, che presumibilmente saranno la causa di morte, ma che presentano un lungo decorso cronico: tali ad es. l'enfisema, la glicosuria, la calcolosi biliare ecc.

Ma nemmeno questo metodo apportava risultati pratici: poichè i rischi compresi nel 1° e 2° gruppo sono solo poco più gravi dei rischi normali per cui si possono accettare in assicurazione come rischi accettabili; dei rischi poi del terzo gruppo furono accettati così pochi casi da non rendere possibile la raccolta di sufficienti e soddisfacenti esperienze statistiche; le quali ultime sono assolutamente indispensabili.

La soluzione del problema di assicurazione delle vite minorate, come nell'assicurazione delle vite normali, si fonda egualmente su basi statistiche. Occorre quindi prima raccogliere osservazioni su un esteso materiale di mortalità di vite anormali fondato su un unico e preciso criterio medico, per poscia poter dedurne le statistiche. Solo un saldo criterio può condurre ad una pratica di accettazione unitaria e con questa ottenere un materiale-base identico, indispensabile per l'esattezza di ulteriori lavori.

E questa via batterono anche, dopo aver impiegato i più diversi metodi, le compagnie europee della Danimarca, della Finlandia, dell'Olanda, dell'Italia, dell'Austria, della Svizzera, della Cecoslovacchia e della Germania.

Le compagnie dei vari paesi, a tal uopo, si sono riunite in unioni per così coordinare il vantaggio di un più copioso materiale con una tariffa unica e con la possibilità di una elaborazione statistica. Inoltre, sempre per lo stesso scopo, negli ultimi anni queste unioni si sono riunite in una lega internazionale per «l'organizzazione dei rischi tarati». L'attività principale della lega consiste anzitutto nel tenere ogni tre anni conferenze, in cui vengono ampiamente discussi argomenti rispondenti allo scopo, ed inoltre nell'invio delle cosiddette circolari di giudizio (*Zirkulargutachten*). Queste circolari consistono in questionari riguardanti speciali ed importanti casi di rischi tarati: l'unione di ogni paese ha la facoltà d'invviare alle unioni degli altri paesi per il tramite dell'unione presidenziale, la quale varia con lo scadere degli anni, simili questionari: le singole unioni rispondono al questionario, in cui si richiede principalmente un parere e un giudizio di sovramortalità; quindi le risposte vengono raccolte nella centrale e da qui nuovamente rinviate a tutte le singole unioni. Si ha ora intenzione di estendere simili circolari anche per rischi importanti che si presentano con frequenza — ad es. vizi valvolari, nefriti e simili, per formulare così pareri uniformi su ogni specie di rischio tarato. Questi pareri debbono condurre col volgere degli anni alla formazione di una tariffa comune.

Mi si permetta di ricordare a mo' d'esempio, la «Hilfe» tedesca, fondata col contributo delle varie compagnie della nazione, allo scopo di trovare un sistema pratico per l'assicurazione dei rischi tarati: pur troppo essa dovette esser sciolta nella primavera del 1923 in seguito all'inflazione, che non permetteva alle varie compagnie, di sostenere le spese dell'istituzione; cosicchè le singole compagnie assunsero loro i rischi già «tariffati» della Hilfe. Con la stabilizzazione della valuta, nel 1924 fu ripresa l'assicurazione dei rifiutati

«erhöhten Risiken» da parte di compagnie di riassicurazione, che allo scopo istituirono reparti adatti: A questo proposito è da menzionare la riassicurazione di Monaco, presso cui è accumulato gran parte del materiale tedesco e di paesi stranieri, e precisamente di 101 compagnie. La riassicurazione di Monaco ha di molto ampliato e migliorato per rispondere allo scopo il reparto dei rischi tarati, già esistente fin dal 1916: installando accanto ad un esteso studio statistico anche un reparto clinico, in cui vengono esaminate le moderne esperienze cliniche nei riguardi della medicina assicurativa e la statistica assicurativa.

Voglio qui accennare alcune osservazioni per pervenire ad una statistica corretta. La nostra statistica assicurativa viene anzitutto derivata dal decorso della mortalità, cioè si stabilisce la mortalità dei singoli rischi tarati, desunta da un quantitativo di persone possibilmente esteso. Le affezioni dei rischi tarati possono, nei casi di morte, apparire sia come causa della morte, sia come malattie manifestatesi durante il tempo di assicurazione, sia infine come malattie contratte prima dell'ingresso in assicurazione: di esse quelle che più ci interessano sono quelle che si presentano come causa di morte. Inoltre noi distinguiamo cause di morte immediate (dirette), cause di morte mediate (indirette) e complicazioni eventuali. Per es.: una persona con vizio composto delle valvole cardiache, viene colpita da una polmonite e muore durante un accesso di angina di petto. La causa di morte diretta sarebbe l'angina di petto, la causa indiretta o malattia fondamentale sarebbe il vizio valvolare e la complicazione sarebbe data dalla polmonite.

Di quale causa bisogna ora tener conto nella statistica?

Da noi in Germania il medico redattore del certificato di morte segna tutte e tre le cause della morte, e l'ufficio statistico del Reich elabora su questi dati secondo speciali direttive. Volendo quindi paragonare la mortalità degli assicurati con quella della popolazione bisognerà uniformarsi, a seconda dei casi, alle direttive dell'ufficio sanitario del rispettivo paese.

Studiando in questa guisa per le singole affezioni, che ci fanno giudicare il rischio tarato, la loro influenza sulla mortalità, si rendono evidenti due constatazioni: in primo luogo la loro frequenza come causa di morte nel seguente ordine: anzitutto malattie di cuore, poscia cancro, affezioni polmonari, psicopatie con esito in suicidio, malattie renali; la tubercolosi e il diabete presentano una mortalità favorevole.

In secondo luogo la loro frequenza nelle persone assicurate corrisponde a quella della popolazione. Questa presenta parimenti le seguenti diagnosi di morte nel seguente ordine: anzitutto malattie di cuore, poscia cancro, infiammazioni polmonari, tubercolosi, apoplezia cerebrale, suicidio, ed infine affezioni renali. Si rileva quindi una lieve differenza.

Tutte le statistiche fin'ora pubblicate non hanno certamente la presunzione di una perfetta precisione: per raggiungere la quale occorre un più lungo periodo di osservazione, in base al quale si possono poi fare dei paragoni tra la mortalità presunta e quella vera, nelle singole affezioni debilitanti.

Tuttavia le ricerche finora eseguite fanno rilevare che la mortalità delle persone tarate, non solo non è superiore a quella delle persone normali, ma persino inferiore. Naturalmente ciò non può rispondere a verità e l'assurdità è da attribuirsi al fatto che le persone con affezioni debilitanti, le quali dichiarano le loro vere condizioni di salute, vengono esaminate con maggiore attenzione e quindi accettate con selezione, mentre non così avviene per le cosiddette persone normali, le quali facendo talora delle affezioni e spesso male esaminate, presentano frequenti casi di morte prematura, facendo così apparire cattiva la curva di mortalità delle vite normali. Se invece le dichiarazioni fossero veritiere e l'esame medico fosse coscienziosamente eseguito allora molte cosiddette persone normali passerebbero nel gruppo delle vite minorate e aggraverebbero la curva di mortalità di queste ultime.

Mi limito a ricordare i numerosi casi di morte improvvisa per disturbi cardiaci, che del tutto inaspettatamente si verificarono in assicurati che alla visita furono dichiarati perfettamente sani e non denunziarono nessun disturbo cardiaco. D'altro lato io ho potuto stabilire dall'esame di un esteso materiale che di tutti i casi di morte per affezioni cardiache, solo circa del 40% si conosceva in precedenza una sofferenza cardiaca, e del rimanente 60% era stato rilevato reperto cardiaco normale e nell'anamnesi non era denunziato alcun disturbo cardiaco. Come abbiamo già notato, nell'assicurazione delle vite minorate il nostro compito consiste, in base alla considerazione dei diversi fattori e cioè dell'eredità, dell'anamnesi, della costituzione, dello stato presente di salute, della professione, del tenore di vita e dell'età, di stabilire la cifra di sopramortalità di ogni persona e poscia assegnarla al corrispondente gruppo di rischi. Poco interessa a noi sapere quanto la persona possa vivere; ci basta solo stabilire, ad es., se un portatore di insufficienza mitralica in base alla valutazione dei vari fattori possa essere assegnato al gruppo di quelle insufficienze mitraliche con sovramortalità media da noi calcolata ad es. del 125%: quando noi abbiamo raggiunto tale precisione, abbiamo assolto il nostro compito.

Ma la grave difficoltà, spesso insormontabile per il principiante e talora d'imbarazzo per l'esperto, consiste appunto nella valutazione non solo dei singoli fattori, ma anche della loro azione d'insieme, che non può essere certamente considerata in forma di addizione schematica. A tal uopo occorrono lunghi anni di esercizio e di domestichezza, che solo possono acquistarsi con lo studio e l'elaborazione di un esteso materiale; fin'ora sono stati elaborati nella riassicurazione di Monaco più di 100.000 casi. Occorre inoltre una intensa e sempre progredita indagine clinica poichè tutte le nuove ricerche cliniche, obbiettivamente esaminate, e se trovate adattabili al nostro scopo, devono essere introdotte in assicurazione.

Servendosi di tutti questi fattori e cioè dell'esteso materiale proveniente anche da tutte le altre regioni, della continua elaborazione statistica, dei controlli ed infine delle indagini cliniche in apposito reparto, la riassicurazione di Monaco ha raggiunto quel posto eminente, pari a quello delle compagnie americane, che le consente di contribuire efficacemente alla soluzione del problema dell'assicurazione delle vite minorate.

Ed un servizio centrale europeo di tal genere è indispensabile, perchè le statistiche e le ricerche americane, sotto vari punti di vista si basano su premesse del tutto diverse, così ad es. nei riguardi della costituzione, della nutrizione, del tenore di vita e persino della morbilità e della mortalità. Per tali ragioni le varie unioni regionali dei rischi tarati si sono riunite in una lega internazionale per collaborare ad uno studio comune per stabilire un ordine di rischi tarati unico, con corrispondente unica tariffa.

Premesse queste considerazioni generali mi si permetta di fare alcuni rilievi sulle principali minorazioni del nostro effettivo assicurato, limitandomi a speciali osservazioni sui nuovi risultati di indagine. Nella nostra statistica di mortalità il primo posto per frequenza è occupato dalle malattie di cuore e dei vasi, la cui assicurazione è subordinata ad un buono stato di compenso, cioè che il muscolo cardiaco si sia adattato alle alterate condizioni. Sappiamo infatti che in tutte le malattie di cuore quello che ha più importanza come regolatore è appunto lo stato del miocardio, e molto meno la lesione organica: per questa è utile conoscere quale sezione del cuore è sottoposta a maggior lavoro: a questo riguardo è noto che nella insufficienza mitralica, nella stenosi aortica e nella insufficienza aortica, il maggior lavoro è a carico della sezione sinistra e quindi tali affezioni sono da considerare più favorevoli della stenosi mitralica, in cui il maggior lavoro deve essere compiuto oltre che dall'orecchietta sinistra, anche dal ventricolo destro. Ma la prognosi dei vizî valvolari è sempre condizionata allo stato del miocardio ipertrofizzato, il quale è più facilmente e più precocemente di quello normale, soggetto a degenerazione. Non posso

passare sotto silenzio, il contrasto che esiste tra la medicina clinica e la medicina assicurativa in alcuni di questi casi; così ad onta di una prognosi non troppo cattiva nell'insufficienza aortica io ho constatato, per lo meno nella «Hilfe» che tale vizio valvolare presenta una straordinaria sovramortalità. Infatti nel 1919-20, al 1° e 2° anno di assicurazione, durante i quali la selezione avrebbe dovuto dar buoni risultati, noi avemmo più del 20% di casi di morte tra i nostri assicurati, portatori di una insufficienza aortica. Per tale ragione per parecchi anni non feci accettare insufficienze aortiche. Nella riassicurazione di Monaco, invero, i risultati non sono così cattivi; però nei casi di insufficienza aortica noi siamo molto prudenti e richiediamo, a seconda dei casi, esami di specialisti con teleradiografia e precise dichiarazioni sullo stato del miocardio e lo stato di compenso. Tutti i vizi valvolari con segni di scompenso debbono essere rifiutati poichè possono causare, in ogni momento, morti improvvise e quindi rendere impossibile ogni prognosi.

Nelle altre affezioni dell'apparato circolatorio bisogna distinguere le aritmie innocue (nevrosi cardiache) e le affezioni del muscolo cardiaco.

Un gran numero di aritmie è completamente di prognosi favorevole, basta stabilire con esattezza la loro etiologia: in questi casi ci è di grande ausilio l'elettrocardiogramma, il quale ci permette di distinguere le varie forme di aritmia perpetua e il flutter auricolare, che le nostre esperienze ci permettono ancora di assicurare con adeguati sovrappremi. In tali casi, specie poi se esistono dubbi e se la somma lo permette richiediamo la teleradiografia del cuore. Se il reperto radiologico dà risultati perfettamente normali e l'elettrocardiogramma si conserva tipico, si tratta allora di aritmie innocue e noi le assicuriamo con lieve sovrappremio.

Le miocarditi si possono assicurare con maggiore sovrappremio, servendoci di guida lo stato, l'ingrossamento e la forza di riserva del miocardio.

Anche per l'angina di petto esistono casi favorevoli e casi sfavorevoli: non bisogna rifiutare per partito preso qualsiasi caso; mediante accurati esami, servendoci all'occorrenza di tutti i mezzi che la clinica mette a nostra disposizione, possiamo accettare i casi favorevoli naturalmente con sovrappremi elevati ed eventualmente con l'obbligo dell'assicuratore di pagare parte del capitale se il sinistro avviene nei primi anni. Le stesse regole valgono per l'aneurisma dell'aorta e per l'aortite luetica.

Qualche parola adesso sull'ipertensione arteriosa, o meglio, come alcuni autori dicono, sulla malattia della pressione sanguigna; poichè mentre prima la ipertensione si riteneva soltanto come un sintomo, adesso invece si ritiene una malattia a sè. Non ne conosciamo con sicurezza la causa: teoricamente, secondo Fleischmann essa è dovuta o ad una ipereccitabilità del centro vasomotorio o ad una ipereccitabilità degli elementi muscolari della parete arteriosa.

L'ipertensione ordinariamente si manifesta sui 40 anni, negli uomini più frequentemente che nelle donne. Il decorso è vario: il ventricolo sinistro ipertrofico all'inizio, col progredire del tempo può rendersi insufficiente e portare allo scompenso: così pure sotto l'azione dell'ipertensione le arterie del cuore e del cervello possono subire un vero processo arteriosclerotico e dar luogo ad accessi di angina pectoris e di apoplezia.

Volhard ha coniato per l'ipertensione, la denominazione di «ipertensione rossa ed ipertensione bianca» di cui la *rossa* si presenta prevalentemente nei pletorici, ed è dovuta al fatto che i singoli territori vasali in seguito al loro restringimento non partecipano più al regolamento della pressione, mentre i capillari dipendenti restano dilatati.

Invece nell'ipertensione *bianca* ha luogo un restringimento dei più piccoli vasi, cioè dei capillari, per azione di certi veleni che si formano nei reni.

Una etiologia simile ammette Siebeck per casi isolati di ipertensione, specie nei giovani; attribuendola ad una pregressa infezione delle più piccole arterie.

Per quanto riguarda l'ipertensione nelle affezioni renali, specie nella nefrosclerosi, non ho nulla da dire.

Rilevo intanto che per potere dare un sicuro giudizio, necessita in ogni caso la segnalazione della ipertensione, poichè essa costituisce sempre, secondo l'espressione di Fleischmann un «segnale di allarme». Passiamo adesso ai risultati della nostra esperienza sulla mortalità dei malati di cuore: essi sono stati sempre cattivi. Già fin da quando ero dirigente della «Hilfe» io ho potuto stabilire che la mortalità per cardiopatie era straordinariamente cattiva, raggiungendo più di un terzo di tutti i casi di morte, non solo cioè dei cardiopatici gravi ma persino delle persone che all'accettazione non avevano presentato alcun reperto patologico, a carico del cuore. Allora non riuscii a trovarne la ragione.

In una mia conferenza al congresso di Copenaghen feci la comunicazione su 9267 casi di morte: di questi 3650 per malattia di cuore, cioè pari a 39%, e anche in questi nel 60% non risultava all'accettazione, alcuna affezione cardiaca. Quale sarà adunque la ragione di questa elevata mortalità per lesioni cardiache che occupa il primo posto non solo tra gli assicurati, ma anche nella statistica della popolazione? Alle conseguenze deleterie della guerra non è più da pensare. Io ho l'impressione che la lues in questi casi vi giuochi una considerevole azione deleteria, e ho il dubbio che anche il salvarsan vi abbia pure parte importante in quanto esso agisce nella infezione più sveltamente ma non così durevolmente come le cure di mercurio, che prima venivano ripetute con frequenza.

Col salvarsan le manifestazioni recenti scompaiono rapidamente, la reazione di Wassermann diviene negativa, e il soggetto quindi sposa, ha dei bambini sani e si ritiene guarito: ma all'età di 46-48 anni improvvisamente muore per lues vasale.

Per queste mie supposizioni, son sicuro di andare incontro alle aspre contraddizioni di molti clinici, però ho il conforto che parecchi colleghi delle assicurazioni mi danno, per propria esperienza, ragione.

Non va inoltre dimenticata, la cattiva moda, d'intervenire in tutta le possibili malattie, immediatamente con numerose iniezioni intravenose, le quali agiscono deleteriamente sul sistema vasale. E a proposito ricordo che il Dott. Schacht di Wiesbaden ha pubblicato un lavoro in cui egli descrive lo impressionante e considerevole numero di morti per trombosi consecutive ad iniezioni intravenose.

Per quanto riguarda i tumori maligni ho poco da dire. La riassicurazione di Monaco possiede nel suo effettivo di assicurati 43 casi di cancro operati e 20 casi di sarcomi operati, di cui alcuni da più di 15 anni, i quali sono tutti viventi.

Naturalmente è condizione necessaria che siano trascorsi 5 anni dall'operazione, la quale deve essere, per attestazione dell'operatore, radicale e che infine, un esame accurato escluda le recidive. Se esistono queste condizioni, molti degli antichi casi di carcinoma e sarcoma, possono essere ora assicurati, certo con relativamente alto sovrappremio e con l'impiego della scala obbligatoria nel caso che il sinistro avvenga nei primi anni.

Anche nei riguardi delle malattie del sistema nervoso centrale, basandoci su esperienze statistiche e su lavori clinici, siamo in grado di giudicare più favorevolmente che in passato. Si richiede certamente un'accurata visita da parte di esperti specialisti. Secondo la specie ed il grado della malattia, è ancora possibile l'accettazione purchè il processo sia spento o in uno stadio stazionario.

Va da sè che in questi casi, va applicato un elevato sovrappremio e l'applicazione della scala obbligatoria nel caso di sinistro ai primi anni. Il nostro miglior successo nell'estensione dell'assicurazione alle vite minorate, l'abbiamo conseguito, accanto al cancro, nella paralisi progressiva. Florschütz, la chia-

mava il flagello della medicina assicurativa, che doveva essere selusa incondizionatamente dall'assicurazione.

Intanto dopo studi accurati del nostro consulente clinico Prof. D. Hecker sui risultati della malaria-terapia, e dopo aver sentito il giudizio del Professor Wagner Jauregg noi adesso assicuriamo i paralitici, convenientemente curati a condizione che il medico curante attesti d'aver constatato, in seguito alla malarico-terapia, completa remissione organica e psichica e che il neuropatologo attesti che il processo è rimasto stazionario.

Dei nostri 13 fin'ora paralitici assicurati, naturalmente con forte sovrappremio e con l'applicazione della scala obbligatoria da 5 fino a 10 anni, nessuno è morto, anzi in alcuni, in seguito a visite per nuove assicurazioni, è stata constatata la persistenza della perfetta remissione.

Mentre così incoraggiante è il capitolo del sistema nervoso centrale altrettanto triste, per lo meno in Germania è quello dei disturbi psichici che terminano col suicidio, il quale invece di diminuire, aumenta in modo impressionante e per lo più negli assicurati con somme cospicue.

In questi casi la soluzione migliore sarebbe che la legge ammettesse la liquidazione della polizza solo quando la morte per suicidio è stata causata da una vera malattia mentale, e non per qualsiasi disturbo psichico, che facilmente in tutti i casi il medico compiacente attesta. Per ovviare a tali inconvenienti, che rappresentano spesso una frode dell'assicurazione, alcune compagnie propongono, in caso di suicidio, oltre una carenza di 5 anni, la limitazione della somma da pagare a 20.000 R.M. e per la cifra rimanente pagare la riserva industriale dei premi: se è dimostrato che il suicidio è dipeso da malattia mentale, che esclude la libera determinazione della volontà, allora viene pagata l'intera somma assicurata.

La quarta causa di morte più frequente è data dalle affezioni renali: anche per queste col progredire delle nostre conoscenze, siamo in grado di distinguere gruppi favorevoli e sfavorevoli, ed estendere così la cerchia degli assicurandi.

Mediante l'impiego delle prove cliniche, prova di diluizione e prova di concentrazione siamo arrivati ad assicurare, con corrispondente sovrappremio tutte le forme di affezioni renali, compresa la nefrosclerosi, ed escludendo le forme acute di nefrite e nefrosi, e le forme croniche e secondarie, specie il rene grinzoso.

Ci sono di guida nell'accettazione delle lesioni renali il reperto cardiaco, la pressione arteriosa e specialmente il risultato della prova di concentrazione; un potere di concentrazione alterato e persino abolito ci dà una prognosi infausta.

Anche per il diabete si è rilevata l'importanza dell'impiego di metodi clinici nella medicina assicurativa. Noi oggi distinguiamo nel diabete secondo la espressione del Prof. dott. Hecker 4 gradi di gravità, servendoci come criteri, della tolleranza agli idrati di carbonio, presenza di acetone nell'urina e dell'età.

Per stabilire la tolleranza agli idrati di carbonio, i metodi finora adoperati non si sono dimostrati in molti casi soddisfacenti. Decisiva, non è la quantità di zucchero eliminato con l'urina, bensì la quantità ed il tempo dell'utilizzazione dello zucchero nel sangue e nei tessuti: quindi se si vuol dare un giudizio alquanto preciso occorre l'esame della glicemia e la curva glicemica. Queste ricerche si sono ormai imposte e noi non possiamo farne a meno.

Nei casi in cui non si può eseguire la glicemia, noi ci contentiamo della prova di tolleranza, somministrando al soggetto 100 gr. di pane bianco e 45 gr. di zucchero. Quindi esaminiamo l'urina, servendoci anche della prova della fermentazione: diamo pure molta importanza al peso specifico: poichè un basso peso specifico, se non si può attribuire ad esagerata ingestione di acqua, può

indicare un'incipiente compartecipazione renale, come anche una pressione elevata.

Con queste ricerche noi abbiamo potuto diminuire i sovrappremi nel diabete benigno, di cui fanno parte la glicosuria alimentare, la glicosuria delle persone anziane, dei polisarcici ecc.

D'altra parte in persone considerate come diabetici leggeri, per la esigua glicosuria, abbiamo messo in rilievo una notevole iperglicemia e quindi le abbiamo ritenute come gravi e perciò non assicurabili.

Casi assolutamente gravi sono le persone con glicosuria superiore al 50 ‰, con glicemia a digiuno 1,50-2,00 ‰ con cattiva curva glicemica, giovani e refrattari all'insulina. Tali casi vanno rifiutati.

Infine un cenno sulla tubercolosi, la quale relativamente presenta la mortalità più favorevole. A suo riguardo la medicina assicurativa in questi ultimi dieci anni ha cambiato opinione. Mentre in passato essa rappresentava lo spettro pauroso dell'assicurazione, e la sua eliminazione era la pietra di paragone per la valentia del medico assicuratore, adesso la sua mortalità è molto scarsa. Bisogna considerare la morbilità e la mortalità della tubercolosi sotto tre punti di vista differenti. Primo: il fattore infettivo, questo rappresenta per noi dell'assicurazione vita, un dato di secondaria importanza. Il secondo fattore, ereditario e costituzionale, è per noi invece molto importante. Florschütz ha trovato nei tarati tubercolosi per eredità, una mortalità media doppia dei non tarati, e nelle persone con abito tifico con tara ereditaria persino una mortalità tripla. Il terzo fattore sociale comprendente le risorse finanziarie, l'abitazione, la nutrizione, la professione ecc., ha anch'esso importanza per la medicina assicurativa. Da indagini dei nostri assicurati, si rileva che dei morti per tubercolosi 70 ‰ erano assicurati solo con somma fino a 2.000 R.M., 65 ‰ fino a 1.000 R.M. e nessuno con somma superiore a 20.000 R.M.

Pel nostro giudizio nei riguardi della tubercolosi noi teniamo presente:

riguardo all'eredità: teniamo conto della costituzione e dell'età dell'assicurando, inoltre del numero dei parenti prossimi morti della malattia.

In caso che uno degli sposi sia morto per tubercolosi, se sono decorsi 2 anni e l'assicurando presenta una buona costituzione ed assenza di focolai specifici viene accettato senza sovrappremio. In caso di tubercolosi attiva nei precedenti anamnestici ed attuale inattività si tien conto della durata dello stadio attivo e della forma di tubercolosi se fibrosa o essudativa, se aperta o chiusa: in tale caso si accetta con adeguato sovrappremio.

Anche i casi di tubercolosi decorrenti in modo cronico e benigno con lievi segni di attività si possono talora assicurare con più elevati sovrappremi e con lo scaglionamento del capitale nei primi anni, tenendo anche conto dell'eredità, della costituzione e dell'età. In questi casi ci sono di grande aiuto, l'esame radiologico e la misura della temperatura. Anche la velocità di precipitazione dei corpuscoli sanguigni ci è utile per il giudizio.

Termino con l'augurio che, mediante la cooperazione di tutti, si possa estendere la difesa assicurativa sempre più alle persone fisicamente minorate, in modo da raggiungere il nostro scopo di rendere cioè l'assicurazione accessibile a tutti gli uomini.

[Traduzione e Riass. A. SULTANO].

Medicina legale delle Assicurazioni VitaSul segreto professionale medico nella legge penale,
nella legislazione sociale e nella assicurazione vita

Dott. FABIO MARSELLA

Ispettore Medico dell'I. N. A.

La storia della medicina e delle legislazioni sanciscono l'obbligo del medico a mantenere il segreto pei fatti dei quali sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione.

Il segreto medico si confonde, nella storia dell'umanità, con quello religioso, data anche l'origine sacerdotale della medicina primitiva. Giusta le leggi mosaiche il sacerdote cumulava la funzione di legislatore, di giudice e di ministro della salute. Egli doveva essere dotato di riservatezza nell'esercizio del suo ministero.

Ippocrate, che può dirsi il padre della vera medicina, sanzionò l'obbligo del segreto nel famoso giuramento che egli imponeva ai nuovi proseliti dell'arte salutare. Ivi era detto: «Tutto ciò che io avrò veduto o udito nel corso delle cure o al di fuori di esse nella vita comune io lo tacerò e lo riguarderò come un segreto, se non mi sarà permesso di dirlo».

Cicerone lasciò scritto: «Medici qui talamos et tecta aliena subeunt multa tegere debent etiam lesi, quamvis sit difficile tacere doleas».

Il re Teodorico, ammiratore della cultura e delle leggi romane, nella barbarie del Medio Evo, accettò l'organizzazione sanitaria residua dall'Impero, ristabilendo i diritti e i doveri dei *comites archiatorum* di istituzione romana e fissandone la formula di nomina. In questa era sancito l'obbligo del segreto, dovendo i medici essere tenuti al silenzio, per giuramenti analoghi a quelli dei sacerdoti. Ciò dimostra anche che in quei tempi la medicina non era più sacerdotale. Sia per il ministro del culto che doveva curare le piaghe e i falli dello spirito, che per il medico, cui era affidata la salute del corpo, si riteneva necessario il segreto, perchè le persone potessero liberamente affidarsi all'uno e all'altro. Vi fu un tempo peraltro in cui la confessione di alcuni peccati gravi si esigeva fosse fatta pubblicamente; ma poscia si tornò alla confessione segreta e nel diritto canonico fu stabilito il principio: «sacramentale sigillum inviolabile est». E' noto il motto di S. Agostino: «Quod per confessionem scio, minus scio quam illud quod nescio».

Nella legislazione romana e nel diritto intermedio non si puniva legalmente chi svelava i segreti appresi a causa della sua professione, pur ritenendosi azione disonorevole e scorretta la rivelazione. Non si faceva assurgere la cosa a importanza ed entità di reato, come era considerata invece la violazione del segreto epistolare. Nella società moderna si è codificato l'obbligo del segreto per alcune professioni ritenute di interesse generale, fra cui quella sanitaria.

Si è voluto in tal modo salvaguardare il diritto dell'individuo a ricorrere liberamente, in caso di bisogno, all'opera del professionista confidando a lui, senza timore di rivelazioni, notizie, anche di natura intima e delicata, su fatti passati e presenti. La cosa rientra nella cerchia della personalità individuale,

ma, essendo comune a tutti, assurge a interesse collettivo e sociale e perciò è tutelata dalla Legge.

Il Carrara dice che il segreto professionale serve « per garantire al cittadino il libero ricorso agli esercenti dell'arte salutare o di altre professioni, fiducioso, anche nei casi nei quali desidera vivamente che i suoi bisogni rimangano occulti, che se la legge non proteggesse con una pena la sua fiducia da un tradimento, egli temendo la pubblicità, si asterebbe dalla cura con proprio pericolo e se ne troverebbe ristretta la propria libertà intorno a cosa che somamente interessa la sua salute ».

Il Nocito afferma lo stesso principio a questo modo: « L'esercizio di certe professioni ed arti, delle quali l'uomo ha bisogno, non sarebbe possibile se non fosse l'uomo assicurato anche dalla legge penale contro coloro ai quali egli deve ricorrere per necessità e palesare ciò che ad altri tiene occulto, e che non può mettere in pubblico senza suo disdoro o pregiudizio ».

*
* *

dico nella
ge.

Il medico, anche libero professionista, giusta l'art. 359 del vigente nostro Codice Penale, è considerato come persona che esercita un servizio di pubblica necessità, dovendo a lui ricorrere tutti gli altri uomini privi delle conoscenze tecniche apprese da pochi, cui solo, perciò, è consentito l'esercizio professionale.

L'art. 357 contempla il medico nella sua qualità di pubblico ufficiale (ufficiale sanitario) e l'art. 358 come persona incaricata di un pubblico servizio (medico condotto).

Per i medici ospedalieri si è discusso se si debbano ritenere ufficiali pubblici o incaricati di un pubblico servizio.

Da alcuni si è detto che esplicando essi, pur in altro ambiente, una attività della stessa natura di quella dei medici condotti, dovessero considerarsi incaricati di un pubblico servizio (art. 258 Codice Penale). Da altri si è sostenuto che essendo l'Ospedale un Ente pubblico, il medico addettovi sia come direttore, sia come primario, sia come semplice medico, spetti la qualità di pubblico ufficiale (art. 357 Codice Penale): In tal senso si è orientata decisamente la dottrina (Manzini) e la giurisprudenza (Corte di Cassazione 1932-1120).

In ogni caso deve essere osservato il segreto che diventa anche segreto di ufficio pel pubblico ufficiale.

Prima della costituzione del Regno d'Italia, sia nel Codice Sardo che in quello del Regno delle Due Sicilie, era allo stesso modo fissato l'obbligo del segreto.

*
* *

e Sardo e
poletano.

L'art. 587 del Codice Sardo così diceva: I medici, i chirurghi, gli speciali, le levatrici e qualsiasi altra persona, che, fuori dei casi nei quali sono dalla legge obbligati a darne parte alla pubblica autorità, avranno rivelati i segreti di cui sono depositari per ragione di stato, di professione o di ufficio, saranno puniti col carcere non minore di un mese estensibile a sei, od anche colla sospensione dall'esercizio dell'ufficio o della professione, a seconda dei casi: « Il codice napoletano, promulgato nel 1819, all'art. 370 diceva: « I medici, i cerusici, gli speciali, le levatrici e generalmente ogni ufficiale di sanità quando fuori dei casi in cui la legge li obbliga a darne parte alla pubblica autorità, li rivela saranno puniti colla interdizione e coll'ammenda correzionale . . . ».

*
* *

de Tosca-

Il Codice penale Toscano classificava il delitto di rivelazione del segreto professionale fra i reati « contro il buon nome altrui » e ne estendeva la pos-

sibilità, nell'art. 373, a qualunque persona «che per causa di professione, di stato o di ufficio, abbia ricevuto il deposito di un segreto».

In Italia le disposizioni legislative riguardanti l'obbligo del segreto professionale, già improntate al Codice Napoleonico, subirono delle modificazioni dopo l'unificazione del Regno, sotto l'influenza dei nostri grandi pensatori e giuristi che fecero riprendere a Roma la tradizione di essere maestra di Leggi al mondo.

*
* *

Il Codice Penale promulgato nel 1889 all'art. 163 così diceva:

Codice di
1889.

« Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato od ufficio o della propria professione od arte di un segreto che, palesato, possa cagionare nocumento, lo rivela, senza giusta causa, è punito con la detenzione sino ad un mese o con la multa da lire cinquanta a mille; e questa non può essere inferiore alle lire trecento, se il nocumento avvenga ».

*
* *

Il nuovo codice penale del 1930, all'art. 622, ha aggravato la pena; ma sostanzialmente ha mantenuta la stessa formula: « Chiunque, avendo notizia per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino ad un anno o con la multa da lire trecento a cinquemila ».

Codice di
1930.

« Il delitto è punibile a querela di parte ».

La notevole differenza fra il codice del 1889 e del 1931 e quello precedentemente in vigore in Italia, è nel fatto che prima era punita qualunque infrazione all'obbligo del segreto, fuori dei casi nei quali i medici fossero dalla legge obbligati a darne parte alla pubblica autorità.

Inoltre il reato è cessato di essere considerato di azione pubblica ed è stato incluso fra quelli contro la libertà individuale e perseguibile solo a querela di parte.

La rivelazione poi deve essere avvenuta « senza giusta causa » e deve poter cagionare nocumento o essere impiegato a proprio od altrui profitto; quest'ultima clausola è stata inserita nel Codice Rocco del 1930. Nello stesso articolo 622 è stato incluso l'ultimo comma « il delitto è punibile a querela di parte » quasi a ribadire espressamente il concetto che la violazione del segreto non è reato di azione pubblica. Nel Codice precedente tale inciso, riferentesi all'art. 163, come agli art. 159, 160 e 161, era contenuto nell'art. 164.

Prima di procedere all'interpretazione della formula contenuta nell'art. 622 del vigente Codice Penale ed all'esame dell'evoluzione del concetto del segreto professionale nella dottrina e nella pratica, intendo dare uno sguardo a quanto si fa in argomento presso le altre nazioni.

*
* *

In Francia l'obbligo del segreto professionale è regolato dall'art. 378 del Codice Penale così formulato: « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs ».

Francia.

In questo articolo sono menzionate espressamente le professioni sanitarie come quelle da cui si richiede, soprattutto l'obbligo del segreto. Col cambiare

ma, essendo comune a tutti, assurge a interesse collettivo e sociale e perciò è tutelata dalla Legge.

Il Carrara dice che il segreto professionale serve « per garantire al cittadino il libero ricorso agli esercenti dell'arte salutare o di altre professioni, fiducioso, anche nei casi nei quali desidera vivamente che i suoi bisogni rimangano occulti, che se la legge non proteggesse con una pena la sua fiducia da un tradimento, egli temendo la pubblicità, si asterebbe dalla cura con proprio pericolo e se ne troverebbe ristretta la propria libertà intorno a cosa che sommanente interessa la sua salute ».

Il Nocito afferma lo stesso principio a questo modo: « L'esercizio di certe professioni ed arti, delle quali l'uomo ha bisogno, non sarebbe possibile se non fosse l'uomo assicurato anche dalla legge penale contro coloro ai quali egli deve ricorrere per necessità e palesare ciò che ad altri tiene occulto, e che non può mettere in pubblico senza suo disdoro o pregiudizio ».

*
* *

Il medico, anche libero professionista, giusta l'art. 359 del vigente nostro Codice Penale, è considerato come persona che esercita un servizio di pubblica necessità, dovendo a lui ricorrere tutti gli altri uomini privi delle conoscenze tecniche apprese da pochi, cui solo, perciò, è consentito l'esercizio professionale.

L'art. 357 contempla il medico nella sua qualità di pubblico ufficiale (ufficiale sanitario) e l'art. 358 come persona incaricata di un pubblico servizio (medico condotto).

Per i medici ospedalieri si è discusso se si debbano ritenere ufficiali pubblici o incaricati di un pubblico servizio.

Da alcuni si è detto che esplicando essi, pur in altro ambiente, una attività della stessa natura di quella dei medici condotti, dovessero considerarsi incaricati di un pubblico servizio (art. 258 Codice Penale). Da altri si è sostenuto che essendo l'Ospedale un Ente pubblico, il medico addettovi sia come direttore, sia come primario, sia come semplice medico, spetti la qualità di pubblico ufficiale (art. 357 Codice Penale): In tal senso si è orientata decisamente la dottrina (Manzini) e la giurisprudenza (Corte di Cassazione 1932-1120).

In ogni caso deve essere osservato il segreto che diventa anche segreto di ufficio pel pubblico ufficiale.

Prima della costituzione del Regno d'Italia, sia nel Codice Sardo che in quello del Regno delle Due Sicilie, era allo stesso modo fissato l'obbligo del segreto.

*
* *

L'art. 587 del Codice Sardo così diceva: I medici, i chirurghi, gli speciali, le levatrici e qualsiasi altra persona, che, fuori dei casi nei quali sono dalla legge obbligati a darne parte alla pubblica autorità, avranno rivelati i segreti di cui sono depositari per ragione di stato, di professione o di ufficio, saranno puniti col carcere non minore di un mese estensibile a sei, od anche colla sospensione dall'esercizio dell'ufficio o della professione, a seconda dei casi: « Il codice napoletano, promulgato nel 1819, all'art. 370 diceva: « I medici, i cerusici, gli speciali, le levatrici e generalmente ogni ufficiale di sanità quando fuori dei casi in cui la legge li obbliga a darne parte alla pubblica autorità, li rivela saranno puniti colla interdizione e coll'ammenda correzionale . . . ».

*
* *

Il Codice penale Toscano classificava il delitto di rivelazione del segreto professionale fra i reati « contro il buon nome altrui » e ne estendeva la pos-

sibilità, nell'art. 373, a qualunque persona « che per causa di professione, di stato o di ufficio, abbia ricevuto il deposito di un segreto ».

In Italia le disposizioni legislative riguardanti l'obbligo del segreto professionale, già improntate al Codice Napoleonico, subirono delle modificazioni dopo l'unificazione del Regno, sotto l'influenza dei nostri grandi pensatori e giuristi che fecero riprendere a Roma la tradizione di essere maestra di Leggi al mondo.

*
* *

Il Codice Penale promulgato nel 1889 all'art. 163 così diceva:

Codice d
1889.

« Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato od ufficio o della propria professione od arte di un segreto che, palesato, possa cagionare nocumento, lo rivela, senza giusta causa, è punito con la detenzione sino ad un mese o con la multa da lire cinquanta a mille; e questa non può essere inferiore alle lire trecento, se il nocumento avvenga ».

*
* *

Il nuovo codice penale del 1930, all'art. 622, ha aggravato la pena; ma sostanzialmente ha mantenuta la stessa formula: « Chiunque, avendo notizia per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino ad un anno o con la multa da lire trecento a cinquemila ».

Codice d
1930.

« Il delitto è punibile a querela di parte ».

La notevole differenza fra il codice del 1889 e del 1931 e quello precedentemente in vigore in Italia, è nel fatto che prima era punita qualunque infrazione all'obbligo del segreto, fuori dei casi nei quali i medici fossero dalla legge obbligati a darne parte alla pubblica autorità.

Inoltre il reato è cessato di essere considerato di azione pubblica ed è stato incluso fra quelli contro la libertà individuale e perseguibile solo a querela di parte.

La rivelazione poi deve essere avvenuta « senza giusta causa » e deve poter cagionare nocumento o essere impiegato a proprio od altrui profitto; quest'ultima clausola è stata inserita nel Codice Rocco del 1930. Nello stesso articolo 622 è stato incluso l'ultimo comma « il delitto è punibile a querela di parte » quasi a ribadire espressamente il concetto che la violazione del segreto non è reato di azione pubblica. Nel Codice precedente tale inciso, riferentesi all'art. 163, come agli art. 159, 160 e 161, era contenuto nell'art. 164.

Prima di procedere all'interpretazione della formula contenuta nell'art. 622 del vigente Codice Penale ed all'esame dell'evoluzione del concetto del segreto professionale nella dottrina e nella pratica, intendo dare uno sguardo a quanto si fa in argomento presso le altre nazioni.

*
* *

In Francia l'obbligo del segreto professionale è regolato dall'art. 378 del Codice Penale così formulato: « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs ».

Francia.

In questo articolo sono menzionate espressamente le professioni sanitarie come quelle da cui si richiede, soprattutto l'obbligo del segreto. Col cambiare

dei tempi, colla diffusione delle norme di igiene e di profilassi pubblica e collo sviluppo delle assicurazioni sociali e private si cercò di modificare e attenuare il rigore della legge nei riguardi del segreto medico, ma inutilmente.

La Francia, e soprattutto la classe medica, ha voluto rimanere rigida custode dell'antico concetto tradizionale del segreto professionale.

La facoltà medica di Parigi ha sempre mantenuto il giuramento categorico ed assoluto stabilito nell'art. 77 degli Statuti Universitari dell'anno 1171: « *Aegrorum arcana visa, audita, intellecta, eliminat nemo* ».

Dal 1761, per ben fissare questo precetto, nelle tesi dottorali viene impressa detta formula sacramentale. I medici in Francia hanno sempre scrupolosamente e gelosamente osservati questi precetti di deontologia professionale. E' nota la risposta lapidaria data da Dupuytren quando, dopo i moti del 1832 il Prefetto di polizia di Parigi, richiamando un'ordinanza del 1666 che prescriveva ai medici di dare i nomi dei feriti nei duelli e nei moti politici, voleva da lui i nomi dei feriti ricoverati all'Hotel Dieu.

Il Dupuytren rispose: « *Je ne connais pas d'insurgés dans mes salles; je n'y vois que des blessés* ».

Il Brouardel in seguito, è diventato il paladino più autorevole ed intransigente del segreto professionale ed a lui si sono ispirati per molti anni i medici francesi ed anche molti stranieri, data la grande diffusione delle opere di medicina di quella Nazione.

Lo stesso Brouardel cita il caso di un medico già suo allievo, che a lui si rivolse per consiglio in occasione di una strana e delicata situazione familiare. Durante l'internato in Ospedale aveva avuto occasione di curare un individuo affetto da sifilide, ripresentatosi poi a lui per cure quando era già laureato. Questo individuo, che non era ancora guarito della malattia, aveva fatto richiesta di matrimonio per una stretta cugina del medico ed era rimasto sordo alle raccomandazioni dello stesso di differire le nozze a guarigione avvenuta. Le minacce di avvertire la famiglia erano state inutili, perchè il cliente sapeva bene che il medico era legato dal segreto professionale. Il giovane medico chiedeva al Brouardel se era obbligato al segreto per un fatto appreso quando ancora non era laureato e non aveva quindi prestato il prescritto giuramento dottorale. Il Brouardel, pur riconoscendo che il medico si trovava al limite legale del segreto per cui dal Tribunale avrebbe anche potuto essere prosciolto, in caso di denuncia da parte del cliente, considerando che la cura era stata proseguita dopo la laurea consigliò il collega di osservare il segreto, cercando di far rompere possibilmente il matrimonio per altro motivo. Ciò si raggiunse infatti per ragione di interesse.

Il Brouardel ha insegnato che il segreto deve essere assoluto da parte del medico curante. Talora egli, pur di non intaccare tale principio e non favorire d'altra parte certe situazioni evidentemente immorali, consigliava i medici di ricorrere ad espedienti che il nostro Biondi, pur professando la più grande deferenza per l'illustre capo-scuola, di Parigi, della medicina legale, non esitò a qualificare come puerili e indegni di un professionista franco e leale.

La magistratura francese ha seguito i criteri stabiliti dalla legge e dalla dottrina medico-legale.

Non mancarono peraltro voci discordi. Il Legrand du Saulle nel suo trattato di Medicina Legale non era così rigorista come il Brouardel e riteneva ad esempio che fosse un errore il rifiuto sistematico dei certificati da parte dei medici curanti.

Il Prof. Barthélemy affermava: « *La règle du secret énerve la justice* ».

In seno all'Académie furono portate voci autorevoli, di cui si sono fatto eco Cazeneuve e Paul Le Gendre invocando la revisione dei concetti dominanti sul segreto professionale che ostacola il progresso della pubblica igiene e della previdenza assicurativa e mette la Francia in una condizione di inferiorità rispetto alle altre nazioni.

E' notevole anche il discorso tenuto alla Camera dei Deputati nella seduta del 28 marzo 1928 dal Presidente della Commissione per la Legge delle Assicurazioni sociali: « La Francia è uno dei paesi dove la malattia fa ogni anno il più gran numero di vittime. La nostra mortalità è troppo elevata: se noi avessimo i tassi di mortalità della Norvegia e della Inghilterra, risparmieremmo ogni anno 150.000 esistenze di cui 50.000 di bambini. Questa mortalità eccessiva, umiliante per un paese che gode di un clima privilegiato, nel quale la scienza medica ha sempre brillato di uno splendore incomparabile, non ha altra causa che la deficienza della nostra legislazione sociale ».

Nonostante questi moniti severi la maggioranza dei medici è rimasta attaccata all'antica dottrina, e in recenti congressi, è stata ribadita la intangibilità assoluta del segreto. Nel progetto del codice di deontologia dell'Unione Sindacale Corporativa dei medici è stato introdotto un articolo così concepito: « Le médecin est tenu au secret le plus inviolable pour tout ce qu'il a vu, entendu ou compris du fait ou à l'occasion de profession ». « Cette obligation s'étend au témoignage devant les tribunaux, aux certificats de décès pour assurances ».

Neanche il malato può liberare il medico dal segreto professionale.

Dice il Dr. Guérin in una recente pubblicazione intitolata « L'état contre le médecin »: « Soutenir que le malade peut dégager le médecin du secret professionnel équivaut à la suppression immédiate du secret » ed aggiunge che il medico curante ha il diritto di rifiutare anche al suo cliente la diagnosi della malattia. A proposito di deposizioni giudiziarie dice: « Le magistrat, plus que tout autre, doit respecter le silence du médecin ». Il segreto medico è ritenuto in Francia come una istituzione di ordine pubblico in alcun modo non intaccabile.

*
* *

La giurisprudenza francese ha sempre seguito questi concetti dottrinali ed ha applicato rigorosamente l'art. 378 del codice penale ritenendo che l'obbligo del segreto professionale, è di ordine pubblico, giusta la sentenza della Cassazione del 22 novembre 1912 ed altre molte, successive e precedenti, di Tribunali e di Corti di Appello.

Giurisprudenza francese

Si è arrivati all'esagerazione di rendere imputabile di violazione del segreto professionale il medico che interrogato dice che il suo cliente non è affetto da determinata malattia e ciò senza animo di nuocere e senza arrecare pregiudizio. (Cass. 9 novembre 1901).

Ben diversamente sono le cose in altri paesi.

*
* *

In Inghilterra non esiste alcuna sanzione penale per proteggere il segreto medico. Il Taylor nel suo trattato di medicina legale critica anzi la legislazione francese. Egli dice, a proposito di testimonianze giudiziarie, che la Società ammette in generale l'autorità dei Tribunali come superiore a tutti gli ostacoli e a tutte le considerazioni private, in modo che rispondendo ad una simile autorità, un uomo della nostra professione sarà pienamente giustificato, anche nell'opinione di coloro che possono esserne le vittime.

Inghilterra.

L'opinione espressa dal giudice ad ogni modo è la salvaguardia del medico. Il Taylor dice peraltro che è censurabile il professionista che, senza una giusta ragione, comunica le confidenze fattegli dal malato.

*
* *

La Spagna neanche ha speciali disposizioni di legge circa il segreto medico. *Spagna.*

*
* *

rmania.

In Germania il segreto medico è regolato dall'art. 300 del codice penale che è del seguente tenore: «saranno puniti con un'ammenda fino a 1500 marchi e il carcere fino a tre mesi gli avvocati medici, chirurghi, nonchè i loro aiutanti, che avranno, senza autorizzazione, rivelati i segreti loro confidati nell'esercizio delle loro funzioni. Il procedimento non avrà luogo che su domanda». Il segreto è limitato alle confidenze fatte dai malati e non a ciò che i medici possono aver visto nella intimità della famiglia, in occasione di visite.

Il Dr. Ebermayer, nel domandare l'estensione del segreto a queste circostanze, dice che l'obbligo del segreto non è assoluto.

Egli permette la violazione del segreto ogni volta che si tratta di salvaguardare un legittimo interesse pubblico o privato, che non potrebbe essere in altro modo tutelato.

L'obbligo del segreto in Germania è tutt'altro che assoluto. Vi sono numerosi casi nei quali il medico può e deve svelare i segreti di cui è a conoscenza. Questo dovere esiste sempre che la legge obblighi a denunciare una malattia contagiosa. La violazione del segreto è sempre giustificata quando è fatta col consenso del malato o del suo rappresentante legale.

Circa le testimonianze in giudizio è la coscienza del medico che lo decide di volta in volta a rispondere, svelando i segreti o a rifiutarsi, a seconda dei casi.

Lo Strassmann nel *Trattato di Medicina legale* dice che il conciliare il segreto professionale, che è insieme dovere e diritto del medico, colle esigenze della giustizia e dell'interesse sociale non è sempre cosa facile, e, in ogni modo, è opera più della coscienza individuale che non possa essere oggetto di precetti generali.

*
* *

gio.

Nel Belgio la legislazione fu per molto tempo identica a quella francese; poi fu cambiata.

Ora vige l'art. 458 del Codice penale del 1867 che ha rimpiazzato l'art. 378 del codice del 1810. Esso dice così: i medici, ufficiali sanitari, farmacisti e ostetriche ed ogni altra persona depositaria dei segreti che loro vengono confidati, all'infuori dei casi in cui essi siano chiamati a deporre in giustizia o tenuti in virtù della legge a far conoscere questi segreti, li hanno rivelati, sono puniti da otto giorni a sei mesi di prigione e con un'ammenda da 100 a 500 lire.

Nel Belgio i medici chiamati in giudizio non possono quindi rifiutarsi dal deporre secondo verità come testimoni o periti. Il 31 maggio 1885 fu promulgato un decreto reale che i puritani del segreto professionale definiscono mortale pel segreto stesso.

L'art. 20 di detto decreto dice: «Ogni medico chiamato nei casi che potrebbero dar luogo a un procedimento giudiziario, come per esempio l'avvelenamento, ne darà subito conoscenza all'autorità giudiziaria».

*
* *

stria.

Il codice austriaco del 1909 all'ultimo capoverso del paragrafo 403 sul segreto professionale dice che l'agente non è punibile quando la comunicazione o la pubblicazione per forma e contenuto è giustificata da un pubblico interesse o da un giuridico interesse privato.

*
* *

Il codice penale Ungherese al paragrafo 328 dice: « I pubblici funzionari, gli avvocati, i medici, i chirurghi, i farmacisti e le levatrici, che rivelano ad un terzo, senza giusto motivo, un segreto pregiudizievole alla buona reputazione di una famiglia o di una persona, del quale sieno venuti a cognizione, o sia stato loro confidato per ragione del rispettivo ufficio, posizione o professione, commettono un delitto punibile, sulla querela della persona offesa, con la prigionia sino a tre mesi, e con multa fino a mille fiorini. Questa disposizione si estende anche ai complici delle persone su accennate ». *Ungheria.*

Il paragrafo 329 dice che la disposizione dell'art. 328 non riguarda il caso in cui le su accennate persone denunciino per dovere di ufficio all'autorità il segreto, di cui ebbero conoscenza, o che fu loro confidato o allorchè, essendo state interpellate dall'autorità o sentite come testimoni, rivelarono alla medesima il segreto.

*
* *

Il codice penale Olandese all'art. 272 dice: « Chiunque intenzionalmente rivela un segreto che, per ragioni del suo ufficio o della sua professione, attuali o passati, è obbligato di custodire, è punito con la prigionia non maggiore di sei mesi o la multa non maggiore di seicento fiorini. Se questo reato è commesso contro una persona determinata, il procedimento ha luogo soltanto a querela di quest'ultimo ». *Olanda.*

*
* *

Mi astengo dal riportare le disposizioni dei Codici di altre Nazioni e solo faccio osservare che certamente la formula più severa è quella del Codice francese, sia perchè chiaramente fa obbligo del mantenimento del segreto in ogni caso, salvo quando la legge prescrive la denuncia e sia perchè, essendo considerato il segreto professionale come una istituzione di diritto pubblico, non occorre la querela della parte lesa, come invece è detto nei Codici delle altre Nazioni. E' da notare che la sola Francia è rimasta attaccata alle disposizioni del Codice Napoleonico, a cui si modellarono per circa un secolo le altre Nazioni, compresa l'Italia per poi distaccarsene in vari punti, come pel segreto professionale, in relazione al progresso dei tempi e alle esigenze dei singoli Stati.

La Francia ha voluto tenacemente difendere il segreto professionale come espressione di rispetto della libertà individuale, giusta i principii cui si ispirò la rivoluzione del 1879.

Come vedremo peraltro anche ivi i tempi nuovi hanno portato nuove correnti di pensiero e norme più pratiche di azione, soprattutto in rapporto alla Legge delle Assicurazioni sociali votata nel 1928, nonostante l'opposizione accanita di gran parte della classe medica. Con melanconia da qualche partigiano irreducibile del segreto è detto con profondo senso nostalgico nel libro « L'état contre le médecin » del Dr. Guérin, che oggi si assiste a una vera offensiva contro il segreto e che si minaccia di fare di una fessura una breccia « par la quelle nous ne tarderions pas à voir tout s'en aller de ce secret qui est notre honneur et que nous devons considerer comme la condition nécessaire d'un exercice propre de notre art. ». Sarebbe invece il caso di dire che non si può arrestare il progresso dei tempi. La dottrina ultra individualista deve cedere di fronte ai nuovi diritti della collettività e della civiltà delle masse. Fata trahunt.

*
* *

L'obbligo del segreto professionale è regolato in Italia dall'art. 622 del Codice Penale, che commina pene a chiunque lo viola, senza giusta causa. *Italia.*

Molto si è discusso circa la interpretazione da darsi a questa formula, alla quale si addivenne fin dal 1889, nel Codice Zanardelliano, dopo notevole discussione anche in seno alla Commissione di revisione del Codice. Nel testo Ministeriale era detto: «legittimo motivo», alla parola legittimo fu sostituita quella di «giusto» motivo, sembrando più esatta.

Vi fu chi, non trovando una notevole differenza fra giusto e legittimo, perche le due parole significano entrambe ciò che è conforme alla legge, propose «fondato» «ragionevole motivo».

Il relatore Lucchini osservò che la parola giusto era stata usata anche in altri articoli e quindi sostenne che fosse mantenuto questo aggettivo. Il Presidente della Commissione propose la sostituzione della parola «causa» a «motivo» sembrandogli più propria.

La proposta fu accettata e così fu adottata la formula «giusta causa» che è molto più lata della formula del Codice Sardo Italiano. In questo la rottura del vincolo del segreto professionale era ammessa, come in quello vigente francese, solo nei casi nei quali la Legge obbligava il medico a dar parte di un fatto alla pubblica autorità. Colla formula adottata nel Codice del 1889, e mantenuta presso a poco invariata nel Codice del 1930, si ammisero altri casi di violazione del segreto e ciò in armonia alle esigenze, sempre più affermantisi, dei diritti della collettività e della profilassi sociale, sia nel campo penale che in quello igienico. L'inciso «giusta causa» segna un gran passo avanti per evitare talora seri danni sociali ed offre un ponte di salvezza al medico nei casi in cui dalla missione di tutela della salute dell'individuo deve assurgere a quella ancor più elevata ed importante di salvaguardia della società e della stirpe.

Il medico deve allora sentire la voce della propria coscienza, che sola gli può additare la via da seguire, senza trincerarsi dietro un chiuso negativismo, che può anche riuscire comodo per non aver noie e fastidi da chicchessia.

Il Manzini, nel Trattato di Diritto Penale così enumera le giuste cause di violazione del segreto professionale:

a) giusta causa della rivelazione è anzitutto il *consenso* dell'interessato alla conservazione del segreto;

b) *norme imperative di legge* che impongono la denuncia obbligatoria;

c) offrono giusta causa di rivelazione le *norme permissive*, quelle cioè che danno facoltà, senza imporre obbligo, di rivelare il segreto giusta quanto stabilisce il Codice di Procedura penale, che rimette al criterio e quindi alla facoltà del testimone di deporre circa notizie apprese nell'esercizio professionale.

Il Florian anche ritiene che la giusta causa è anzitutto quella prevista dalla Legge. Tale sarebbe l'obbligo del referto medico e la denuncia delle malattie contemplate da speciali disposizioni di Legge. La rivelazione in giudizio è sempre lecita perchè autorizzata dalla Legge. Il non deporre è una facoltà che si subordina alla concezione individuale del sentimento di un dovere morale e professionale, ma la deposizione è sempre permessa quando si è chiamati dalla autorità giudiziaria.

Il Florian poi, pur pensando, in linea dottrinale, che il consenso non proscioglie dal segreto, riconosce che «dato il concetto che di cotesto delitto venne accolto nel Codice, il consenso dell'affidante elimini per ragione di giusta causa l'antigiuridicità della rivelazione». Lo stesso autore dice infine: «Si disputa se in altri casi, oltre che nei predetti, il delitto possa essere discriminato in virtù di giusta causa; noi riteniamo che possa togliere il reato anche la causa ragionevolmente creduta giusta, secondo la morale sociale od in servizio di un alto interesse pubblico».

Il Saltelli nel commento al nuovo Codice Penale dice che la rivelazione del segreto non può essere fatta senza «giusta causa, senza cioè alcuna ragione giuridica atta ad escludere la illiceità del fatto».

Il Biondi in una pubblicazione fatta nel 1902 «a proposito del segreto professionale dei medici» scriveva: «Sotto la formula «giusta causa» vi è posto

per ogni concetto di tutela sociale, per ogni motivo di alto interesse etico, sia individuale che collettivo. Ed è bene che sia così. L'ufficio del medico non è solo l'esercizio di un'arte, è missione alta, complessa, nobilissima, che non si ferma alla diagnosi e alla cura, nè sopporta barriere alla sua estrinsecazione».

Un distinto professore di Medicina Legale in uno scritto recente viceversa ha detto che la «giustizia della causa» che esime il medico dall'obbligo del silenzio non può essere lasciata all'arbitrio privato, ma può identificarsi esclusivamente con «una contraria disposizione di legge». Egli aggiunge: «Una conferma per analogia, di tale interpretazione possiamo trovare nel Codice penale francese, il quale all'art. 378, in luogo dell'espressione «senza giusta causa» usata dal legislatore italiano, dice più esplicitamente «fuori dei casi nei quali la legge li obbliga a farsi denunziatori».

Io non credo accettabile una simile restrittiva interpretazione che farebbe ritornare il nostro Codice a quello Sardo. Come ho già detto, sulla scorta di eminenti giuristi e medico-legali, parecchi altri sono i casi in cui il medico può ritenersi prosciolto dall'obbligo del segreto.

*
* *

Il concetto classico, antico, troppo rigoroso del segreto professionale è andato evolvendosi col progresso scientifico e con una più esatta e giusta valutazione dei rapporti che devono intercorrere fra individui e collettività. La nostra Legge ha seguito una tale evoluzione.

*
* *

La concezione microbiologica della medicina, se da una parte segnò la più grande rivoluzione nel pensiero medico, dall'altra vulnerò grandemente il vecchio dogmatismo del segreto professionale.

Profilassi nel campo igienico e segreto nel campo professionale medico sono termini antitetici.

Dopo che la scienza rischiarò con precise acquisizioni l'etiologia di molte malattie infettive, dette giustamente evitabili, si impose ai Governi la disciplina della diffusione di dette malattie con opportune e severe norme di profilassi, su basi anti-contagionistiche.

Per l'interesse comune dei popoli e degli individui si diede ascolto ai postulati della scienza nuova, che non conosce frontiere, e si riuscì ad unire in un unico comune intento di tutela della salute e della vita umana, nazioni diverse, vincendo diffidenze e ostilità di gruppi e di razze.

Furono stabilite così le norme di profilassi internazionale di alcuni morbi infettivi che in un passato non molto lontano avevano mietuto milioni di vittime con la loro rapida diffusione, facilitata dai più rapidi mezzi di comunicazione, a Continenti interni. Fu dichiarata obbligatoria, per il governo di uno stato infetto, la pronta partecipazione agli altri Stati dell'apparire di casi di peste o di colera ed indi la informazione, per via diplomatica, del loro decorso.

In ogni Stato furono fissate le norme di profilassi e di difesa contro le malattie infettive e fu fatto obbligo ai medici della denuncia di tali malattie esonerandoli così, in modo ben chiaro e preciso, dall'obbligo del segreto professionale.

*
* *

In Italia nel 1888 fu fatta la vera regolamentazione della profilassi da parte dello Stato, sotto lo spavento dell'epidemia colerica manifestatasi nel 1884 e protrattasi fino al 1887. Tale infezione, importata in Europa dalle truppe francesi reduci dall'impresa compiuta dalla Francia sulle rive del Tonchino, si dif-

fuse rapidamente in tutti i paesi del Mediterraneo; in Italia fece molte vittime specialmente a Napoli e servì a rendere palesi le deficienze della nostra organizzazione sanitaria. Francesco Crispi, di fronte allo spettacolo di tante stragi, compreso che « la vita umana è il capitale più prezioso, più fecondo, il creatore di tutti i capitali » volle provvedere energicamente, come era nelle sue abitudini di grande uomo di Stato, e affidò l'incarico della sistemazione dei servizi sanitari del Regno ad un igienista di grande valore, il Pagliani. Questi compilò il nostro codice sanitario, che è ritenuto uno dei più completi del mondo, con la « Legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica » promulgata il 22 dicembre 1888. Istituì inoltre la Scuola Centrale di Sanità che fu il vivaio da cui uscirono i medici provinciali e gli Ufficiali Sanitari preposti alla tutela della salute pubblica nei vari paesi d'Italia.

*
* *

denuncia malattie infettive. Per effetto di detta Legge si rese obbligatoria pel medico la denuncia delle malattie infettive contagiose, anche nei casi sospetti. Oltre alla denuncia al Municipio, delle malattie infettive, il medico curante per l'art. 132 del Regolamento sanitario, tuttora vigente, in tutti i casi di malattie infettive e diffusive, deve dare alle persone che assistono o avvicinano l'infermo, le istruzioni necessarie per impedire la propagazione del contagio.

*
* *

denuncia casi di morte. Si fece anche obbligo al medico di denunciare i casi di morte con la causa di malattia. In tal modo tutte le malattie, causa di morte, devono essere denunciate esattamente.

In seguito vennero sanzionati altri obblighi di denunce sia di malattie che di fatti rientranti nel campo del segreto professionale, vulnerandosi sempre più l'obbligo del segreto medico.

*
* *

denuncia di fatti interessanti la pubblica salute. Si fece obbligo al medico di denunciare all'Ufficiale sanitario ed al medico provinciale i fatti e le circostanze che possano interessare la pubblica salute.

*
* *

denuncia di casi di tubercolosi e sifilide. Per alcune malattie, come la tubercolosi e la sifilide, fu fatto obbligo della denuncia non in tutti i casi, ma in alcune speciali forme, e quando si manifestano nelle collettività in genere, sia civili che militari. Per la sifilide fu resa obbligatoria anche la denuncia delle forme da baliatico. Per la tubercolosi si rese obbligatoria la denuncia dei casi di morte.

*
* *

denuncia psicopatie pericolose e intossicazioni. Con la legge di Pubblica Sicurezza (R. D. 6 novembre 1926 n. 1848) si impose la denuncia dei malati di mente pericolosi a sè e agli altri e di persone affette da intossicazione alcoolica o da sostanze stupefacenti.

Si è intaccato così il principio del segreto professionale per le malattie: sifilide, tubercolosi, psicopatie, ecc. per le quali di solito di più si vorrebbe la riservatezza, ritenendosi quasi disonorevoli non solo per sè, ma per la famiglia, dato anche il loro carattere degenerativo. Per la mancata denuncia di alcune di queste manifestazioni morbose sono comminate pene nel nuovo Codice Penale.

*
* *

Con la Legge del 23 giugno 1927 n. 1070 si fece obbligo al medico e alla levatrice di denunziare al medico provinciale ogni caso di aborto. Denuncia aborti.

Dopo la promulgazione di detta Legge, si discusse molto se, estendendosi la denuncia anche agli aborti criminosi, si intaccasse il principio che il medico non è tenuto al referto quando questo può esporre la persona assistita a procedimento penale.

Vi fu chi disse che la denuncia aveva scopo e obbietto diverso da quello penale, da non confondersi col disposto dell'art. 439 del vecchio codice penale e che neanche il medico provinciale potesse svelare il segreto con la denuncia all'autorità giudiziaria.

Il prof. Perrando in due pubblicazioni su « Obbligo del segreto ed obbligo della denuncia » espresse un diverso parere. Egli, che si rendeva esatto conto di tutta la nuova orientazione della medicina nel campo sociale, aveva perfettamente ragione.

Le disposizioni chiarificatrici da lui invocate sono venute e nella circolare del Ministero dell'Interno n. 20400-4 del 13 settembre 1932 è detto chiaramente che il medico provinciale si deve valere delle denuncia degli aborti, per scopi statistici, per la vigilanza e polizia sanitaria e per la repressione penale.

L'interesse sociale ha prevalso su qualsiasi altra considerazione di ordine individuale. Si è voluto salvare il principio del segreto professionale col non far fare la denuncia direttamente dal medico curante all'Autorità giudiziaria, ma solo al medico Provinciale e si è voluto colpire ugualmente il delitto di aborto considerato fra i delitti contro l'integrità e sanità della stirpe perseguibili di ufficio. Il Ministro Rocco diceva che così « vengono conciliati i due obblighi: quello di conservare il segreto professionale e quello di non farsi favoreggiatore di un delitto ».

E' da tener presente che nel nuovo Codice Penale sono state introdotte altre figure di reati prima non contemplati e propriamente questi che abbiamo chiamati delitti contro la integrità e sanità della stirpe.

Nella relazione fatta dal Ministro è detto: « Tale titolo di delitti così recentemente creato, mi è sembrato potesse trovare opportunamente posto fra i delitti che offendono gli interessi della Società intesa come la collettività degli individui che compongono la popolazione dello Stato e più precisamente della Società considerata dal punto di vista etnico, ossia come nazione ». Diceva infine il Ministro: « Mi auguro che queste innovazioni legislative, lungamente meditate, siano per incontrare il consenso di quanti, nella tutela della continuità e della sanità della razza, vedono una condizione essenziale per lo sviluppo e prosperità della nazione ».

È stata da una parte aumentata la pena per il medico che arreca un ingiusto nocumento rivelando il segreto professionale, ma dall'altra si sono estesi gli obblighi di denuncia delle malattie e degli atti, quando subentra la considerazione di un interesse di ordine pubblico e di difesa della stirpe.

*
* *

Con la legge del 16 maggio 1932 n. 575 si stabilì la denuncia dei nati deformi e delle lesioni da cui sia derivata o possa derivare una inabilità al lavoro anche parziale di carattere permanente. Denuncia nati deformi inabilità permanente.

*
* *

Nel campo penale il nuovo Codice ha accentuato l'obbligo del referto medico e mentre nel Codice Zanardelliano l'omissione di un referto (art. 439) si Referto penale.

riteneva contravvenzione punibile con l'ammenda fino a lire cinquanta, nel nuovo codice (art. 365) è stato considerato come un delitto e compreso fra i delitti contro l'Amministrazione della giustizia, punibile con la multa fino a L. 5000. Nella sua relazione il Ministro Rocco diceva: «Il nuovo Codice ha voluto accentuare l'importanza della cooperazione della classe medica alla funzione sociale della repressione della delinquenza».

*
* *

*nonianze
diziarie.* La grande importanza della funzione sociale del medico non solo nel campo penale, ma anche in quello igienico e medico sociale in genere, è riconosciuta anche dal fatto che mentre per le altre professioni, cui incombe l'obbligo del segreto, è lasciato alla facoltà del professionista il deporre o meno in giudizio, e, giusta l'art. 351 del Codice di Procedura Penale, non possono, a pena di nullità, essere obbligati a deporre su ciò che fu loro confidato, i ministri del culto, gli avvocati ecc., per gli esercenti l'arte salutare sono fatti salvi i casi nei quali la legge impone l'obbligo di informarne l'autorità.

In ciò si deve ravvisare anche una differenza fra il segreto confessionale e quello medico.

E' bene poi chiarire che il medico, chiamato in giudizio, può sempre deporre quando lo creda. La scelta fra il segreto professionale e il dovere morale di rivelarlo è lasciata interamente alle sue considerazioni di onore e di coscienza di uomo e di professionista. Non è quindi mai punibile il medico che decisi a rompere il segreto, con il suo onesto comportamento, non abbia fatto raggiungere a qualcuno i suoi intenti criminosi o fraudolenti o per lo meno immorali e ingiusti.

*
* *

*tuni in-
triali.* Passiamo ora ad esaminare gli obblighi del medico, menomanti l'osservanza del segreto professionale, nel campo della legislazione del lavoro. Per l'art. 149 del Regolamento infortuni industriali, gli ufficiali sanitari e i medici condotti non possono, senza giustificato motivo, rifiutare l'opera loro quando sia richiesta, per accertare le conseguenze degli infortuni sul lavoro e rilasciare i relativi certificati.

Per l'art. 150 dello stesso Regolamento le Amministrazioni ospitaliere non possono rifiutarsi di ricevere negli ospedali gli operai colpiti da infortuni sul lavoro, per i quali i medici degli ospedali (che sono veri medici curanti) hanno l'obbligo di rilasciare i certificati indicati nell'art. 149.

A detto articolo 150 col R. D. 2 ottobre 1921 n. 1366 fu aggiunto il seguente comma: «Le amministrazioni ospitaliere hanno altresì l'obbligo di dare visione ed eventualmente copia agli interessati dei documenti clinici e necroscopici relativi agli infortunati da essi ricoverati».

*
* *

tuni agri- Per la legge di assicurazione infortuni agricoli giusta l'art. 71 del Regolamento: «qualunque medico presti la prima assistenza ad un infortunato è obbligato a rilasciare un certificato della visita quando, a suo giudizio, la lesione possa avere per conseguenza una inabilità che importi l'astensione assoluta dal lavoro per più di cinque giorni».

Il detto certificato vale come denuncia dell'infortunio.

Per l'art. 73 nei casi di infortunio seguiti da morte o che lascino prevedere la morte o una inabilità assoluta superiore ai 40 giorni, il medico è obbligato a trasmettere copia del certificato denuncia all'autorità di pubblica sicurezza.

Per l'art. 83 gli ufficiali sanitari e i medici condotti non possono rifiutare di prestare i primi soccorsi all'infortunato ed hanno il dovere di rilasciare anche i certificati relativi alla visita eseguita.

L'art. 84 riguarda le amministrazioni Ospitaliere per le quali si ripetono press'a poco le disposizioni contenute nell'art. 150 del Regolamento Infortuni industriali, circa il ricovero degli infortunati, il rilascio dei certificati e dei documenti clinici e necroscopici.

*
* *

A proposito di « cartella » o « storia clinica » che si riferisce alla degenza di una persona in un pubblico Ospedale, faccio osservare che, giusta una recente giurisprudenza (Corte di Cassazione Civile 31 marzo 1932 n. 1120 Morel-Santucci), è ritenuta come un « certificato rilasciato da un pubblico ufficiale » e che pur non avendo il carattere di atto pubblico, ai sensi dell'art. 1315 del Codice civile, ha però in giudizio *valore ed efficacia probatoria*.

Cartelle cliniche.

Il medico ospedaliero è considerato come medico curante per il periodo in cui il malato è ricoverato in Ospedale.

Il prof. Cazzaniga nella sua relazione, fatta nel giugno 1933 al Congresso di Medicina Legale « su taluni problemi di medicina assicurativa attinenti alle infezioni », ebbe a richiamare l'attenzione sulla grande importanza delle cartelle cliniche ospedaliere.

Egli ebbe a lamentare che talora la cartella clinica « risulta essere un documento inservibile ed inattendibile per sommarietà e lacunosità quando non addirittura per mancanza di qualsiasi dato utile ». Egli, seguito dal Congresso, fece voto che i colleghi ospedalieri, meglio compresi della grande importanza documentaria delle cedole cubicolari, in ordine agli accertamenti per provvidenze assicurative, ne curassero sempre la compilazione con la stessa diligenza con cui espletano la funzione terapeutica.

*
* *

Nella legge di assicurazione contro le malattie professionali, andata in vigore col 1° gennaio 1934, si è resa obbligatoria (art. 16) per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza la denuncia delle malattie professionali. Per l'art. 8 della Legge la denuncia della malattia deve essere fatta dall'operaio, che, giusta l'art. 12 del Regolamento approvato con R. D. 5 ottobre 1933 n. 1565, deve corredare la denuncia col certificato del medico curante o del medico all'uopo incaricato dal datore di lavoro. Il certificato deve contenere una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'operaio e di quella rilevata dal medico. Nello stesso art. 12 è detto: « i medici certificatori hanno l'obbligo di fornire all'Istituto assicuratore tutte le notizie che esso reputi necessarie ».

Assicurazione
malattie
professionali

Nell'art. 13 si dice che l'Istituto assicuratore può prendere visione dei referti relativi alle visite mediche preventive e periodiche prescritte dal decreto Ministeriale 20 marzo 1929 agli effetti dell'art. 6 del Regolamento generale per l'igiene del lavoro.

*
* *

Nella legge di assicurazione obbligatoria per la invalidità e vecchiaia, lo assicurato che ritenga di dover conseguire la pensione di invalidità, deve presentare domanda all'Istituto assicuratore, corredandola di un certificato medico da compilarsi possibilmente su apposito Modello Mod. Serv. San. N. 3.

Assicurazione
invalidità

In detto modello oltre alle generalità dello assicurato sono contenute tutte le notizie raccolte e rilevate dal medico circa i precedenti eredo-famigliari, i

precedenti personali, l'inizio della malattia, la sintomatologia subbiettiva ed infine la diagnosi circostanziata (natura ed entità).

Per lo più detto certificato è redatto dal medico curante, che, giusta i puritani del segreto professionale, verrebbe così meno all'obbligo professionale del silenzio sui fatti appresi e rilevati nell'esercizio della sua arte.

L'Istituto assicuratore, all'occorrenza, dispone visita di controllo da parte di un suo medico fiduciario che redige apposito verbale di visita medico-legale su Mod. Serv. San. 4 nel quale vengono controllati i dati segnati nel Mod. S. S. 3, con l'aggiunta di altri, per un esatto giudizio valutativo.

*
* *

razione
ro la tu-
olosi.

Per l'applicazione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi promulgata nel 1927 è il medico curante che compila la scheda di segnalazione che trasmette al dispensario antitubercolare. Detta scheda contiene le generalità dell'infermo, tutti i dati sociali relativi al malato ed alle persone con esso coabitanti, i dati anamnestici relativi all'infermo, i provvedimenti proposti ecc.

Tale scheda si trasmette in busta chiusa con l'indicazione « riservata » e può essere recapitata dall'infermo stesso al dispensario, dove vengono praticate le ulteriori indagini.

Nei dispensari si tiene: il registro clinico giornaliero delle persone visitate sia in Ufficio che a domicilio; lo schedario raggruppato per famiglie e ripartito per comune delle persone esaminate, la rubrica individuale degli ammalati assistiti e sorvegliati; il registro scadenziario per le donne incinte, riconosciute affette da tubercolosi; il registro per gli assistiti della Cassa Nazionale per le Assicurazioni contro la tubercolosi.

Vero è che un articolo del Regolamento dispensariale stabilisce che « la diagnosi di tubercolosi e tutte le notizie comunque pervenute al Dispensario, circa gli infermi, i loro famigliari e ogni altra persona con essi eventualmente convivente, sono garantite dal segreto professionale e di ufficio; le pratiche relative debbono quindi essere custodite in modo da assicurare la inviolabilità del segreto e la loro trattazione deve essere fatta in maniera riservata ». Facciamo osservare che l'assicurazione contro la tubercolosi tutela 12 milioni di persone, delle quali dal 1929 ad oggi 185.000 hanno usufruito di prestazioni.

*
* *

Abbiamo visto finora in quali circostanze il medico deve rivelare i segreti riguardanti il suo esercizio professionale, per precise disposizioni della legge penale o per quelle riguardanti la pubblica igiene e la legislazione sociale.

Da alcuni è stata sollevata la questione se il medico possa, in ottemperanza a semplici disposizioni regolamentari, venir meno all'obbligo del segreto professionale imposto dalla Legge. Si è detto che un regolamento emanato dal potere esecutivo non può mutare o correggere le disposizioni del potere legislativo. Io non posso avere la pretesa di risolvere una questione di simil genere, puramente legale; solo faccio osservare che i regolamenti sono emanati dal potere esecutivo per delega del potere legislativo e quindi mi sembra che abbiano tutta la forza della Legge. Nella Legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali all'Art. 17 si legge che il Governo del Re è autorizzato ad emanare le norme regolamentari per l'esecuzione della Legge che andrà in vigore un mese dopo la pubblicazione di dette norme. Così è di tutti i regolamenti che seguono alle Leggi. Anche la denuncia delle malattie infettive è fatta per l'Art. 129 del Regolamento Generale Sanitario 3 febbraio 1901 n. 45 venuto dopo la legge 22 dicembre 1888 n. 5849. Mi sembra quindi che i medici debbano eseguire ciò che dispongono sia le Leggi che i Regolamenti.

*
* *

Ma in molte altre circostanze il medico può venire menò al rigoroso riserbo professionale. Casi diversi.

Per lo più ciò avviene col consenso, anzi a richiesta dello stesso individuo, che suole avvalersi della sua opera.

Per l'ammissione a molti impieghi si richiede il certificato di sana costituzione fisica, con formule talora speciali, che per lo più rilascia il medico di famiglia del candidato.

Per le giustificazioni di assenze per malattie dalle scuole, dagli uffici, ecc., per ottenere sussidi da società di mutua assistenza, rimborsi per spese di cura, premi di assicurazione, si richiedono certificati che gli interessati stessi si fanno rilasciare di solito dal medico curante. Questi, giusta le esigenze delle singole amministrazioni, deve segnare tutti i dati richiesti circa i precedenti famigliari e personali, l'inizio e il decorso della malattia, precisandone la diagnosi, i sintomi osservati ecc.

*
* *

Tali certificati contenenti constatazioni di fatti accertati direttamente, o di cui si è venuti a cognizione, ed esprimenti giudizi o valutazioni ed apprezzamenti, devono essere del tutto veritieri, altrimenti il medico, specie per quanto riguarda i fatti attestati in modo non corrispondente a verità, si rende passibile delle gravi pene comminate dall'art. 481 del Codice Penale. Tale articolo dice: « Chiunque nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa da L. 500 a L. 5.000. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro ». Falsità nei certificati.

E' da rilevare anzi che la Commissione aveva proposto pena più lieve pei certificati forensi, ritenendo che avessero minore importanza di quelli sanitari. Il Ministro Rocco volle l'equiparazione della pena.

Si deve osservare che, trattandosi di delitto contro la fede pubblica, il reato si intende consumato con il solo rilascio del certificato, si raggiunga o no lo scopo prefissosi. Perciò si parla di falsità ideologica. Il reato è *in re ipsa*. Del pari si applica la pena verso chiunque il certificato sia diretto, non solo verso l'autorità giudiziaria; quindi anche semplici attestazioni per riconoscimento di invalidità sul lavoro, assenze da uffici ecc. La pena più grave quando vi è scopo di lucro, dinota chiaramente che il reato esiste, anche quando il medico rilascia il certificato falso, per pura compiacenza e per solo favore.

Evidentemente la Legge, con la sua severità, ha voluto colpire quei sanitari che, non comprendendo la portata economico-sociale, morale e penale di certe attestazioni, erano troppo corrivi a rilasciarle. Ciò si vuole impedire in modo assoluto.

*
* *

Tutto l'edificio della previdenza sociale ed assicurativa, sia libera che obbligatoria, tanto e onore della società moderna, si fonda in gran parte sulla sincerità dei certificati medici.

La statistica medica che ha tanta importanza per l'impostazione e la soluzione dei problemi della medicina sociale, si basa sulla verità delle dichiarazioni mediche. Accenno appena infine al valore, di per sè intuitivo, dei certificati medici nelle questioni penali e nelle vertenze civili.

Non mi soffermo a discutere ed esaminare tutti quei casi particolari non contemplati da leggi e regolamenti nei quali il medico, in mancanza del con-

senso del cliente, appellandosi alla voce della propria coscienza, deve decidere di volta in volta se vi è la giusta causa per svelare un segreto professionale.

Egli a mio modo di vedere, non si deve lasciar dominare da un rigorismo assoluto nell'osservanza stretta dell'obbligo del segreto professionale, ma d'altra parte deve pur aver presenti i riguardi dovuti alla persona che a lui si affidò e confidò, per avere un'opera di bene e un aiuto, non un danno ingiusto.

*
* *

Mi piace ora accennare ad alcune istituzioni che sembrano in contrasto col principio del segreto professionale, ma che hanno una grande importanza sociale.

*
* *

*ario Cen-
e Infor-* Anzitutto rammento il Casellario Centrale Infortuni istituito col R. D. n. 387 del 25 marzo 1922, allo scopo di raccogliere, con un unico tipo di scheda, le notizie riferentisi agli infortuni degli operai sul lavoro, guariti con conseguenze permanenti, indennizzati a norma di legge. Nel Casellario, in pochi anni, si sono raccolte varie centinaia di migliaia di schede, che costituiscono un materiale prezioso di osservazione e di studio e che hanno valso ad impedire quelle scandalose liquidazioni d'infortunio, che prima si verificavano a ripetizione, per identici postumi d'infortuni, facilmente pretestati ed esagerati.

*
* *

*la bioti-
gica O.
B.* Voglio ricordare anche la cartella biotipologica, a tipo nazionale, istituita dall'Opera Nazionale Balilla per le visite mediche di nuovi iscritti e per gli organizzati di leva all'atto del passaggio alle Avanguardie.

Tali cartelle sono di quattro varietà: per Balilla, Piccole italiane, Avanguardisti e Giovani Italiane.

Lo scopo principale è quello di seguire l'organizzato attraverso i vari cicli del suo accrescimento e del suo sviluppo e di scoprire le deviazioni di una crescita normale ed eventuali malattie ignorate. E' da notare che il 31 marzo 1934 il numero degli iscritti all'O. N. B. era di 3.407.413.

Al Congresso di Medicina Legale di Roma il Prof. Cazzaniga, propose che i dati antropologici e patologici raccolti per ciascun iscritto all'O. N. B., passassero al Casellario centrale Infortuni, man mano che i giovani lasciano i ranghi della organizzazioni premilitari per passare in quelle delle forze produttrici.

*
* *

*sto Ca-
rio Cen-
e sani-
rio.* Il Cazzaniga veniva quindi ad auspicare, nell'interesse di assicurati ed assicuratori, la costituzione di una fedina sanitaria individuale da conservarsi nel Casellario Centrale Infortuni, che si trasformerebbe in Casellario Sanitario Centrale.

Vi dovrebbero affluire tutti i precedenti segnalabili dagli Ospedali, dai Corpi militari e dagli Enti gestori dell'assicurazione infortuni e malattie. Il Cazzaniga diceva: « nè si creda che la proposta sia ispirata a odioso fiscalismo. L'esistenza di una fedina sanitaria individuale, a parte i vantaggi che può offrire in linea terapeutica la conoscenza esatta dei precedenti morbosì, garantirebbe anche gli assicurati tanto nel caso di affezioni che si pretendessero dagli Istituti Assicuratori come preesistenti, e tali non fossero, quanto

di fronte a contestazioni circa la invalidità dagli assicurati medesimi eventualmente denunciata ».

Certamente un casellario di simil genere sarebbe di grande utilità sia per la medicina assicurativa in specie che per la medicina legale in genere.

Utile è anche l'istituzione del libretto generale di lavoro proposto dal Consiglio Nazionale delle Corporazioni.

*
* *

Mi sembra assurda la pretesa di alcuni gelosi custodi del segreto professionale medico che questo debba essere sempre intangibile, anche per non privare l'individuo di un vantaggio indebito e ingiusto facilmente conseguibile col mendacio e con la reticenza. Ciò porterebbe all'offesa della salute altrui nel campo igienico profilattico e alla frode e all'inganno con illeciti profitti, ai danni degli onesti, nel campo previdenziale, sia a base statale che mutualistico. Simili pretese non possono avere alcun fondamento etico e quindi giuridico, essendo la morale la base del diritto. Tutta la previdenza si fonda sulla sincerità e sulla buona fede e in nessun modo deve essere favorita la malafede di chicchessia. Bisogna considerare che il dolo del singolo danneggia la comunità. Il grande penalista Carrara, parlando del segreto professionale troppo rigoroso sancito dalle leggi dei suoi tempi, modellatesi su quelle del Codice Napoleonico, ebbe a dire, che « non si può mantenere il precetto della legge umana a dispetto della legge morale ». Egli contribuì potentemente alla formazione della coscienza giuridica, che preparò le nostre nuove Leggi.

*
* *

Da qualcuno è stata proposta la scheda individuale presso l'ufficio anagrafico del Comune con le indicazioni sul gentilizio, sull'anamnesi personale e sulle pratiche di profilassi di ciascuna persona domiciliata nel Comune in modo da poter conoscere uomini e donne se affetti da malattie fisiche e psichiche. Io non credo si possa arrivare a tanto.

Il Sostituto Procuratore del Re Avv. Enrico Gaspari, in una conferenza tenuta a Novara nel giugno 1932 su « Il Medico nella legislazione penale fascista », per cura di quel sindacato provinciale medico, ebbe a proporre un tipo di scheda individuale.

In tale scheda dovrebbero figurare insieme alle generalità della persona, il gentilizio, (alcoolismo, tubercolosi, psicopatie, tumori, etc.) lo stato di salute dei conviventi, l'anamnesi personale, le malattie sofferte, le tendenze morbose e infine le pratiche di profilassi (vaccinazione anti-vaiolose, prova di Schick, vaccinazione anti-difterica, prova di Wassermann, iniezioni di sieri). L'egregio magistrato dice che ciò non dovrebbe urtare la suscettibilità di chicchessia, specie quando nel popolo si sarà formata una coscienza igienica.

Io, pur rendendo omaggio ai nobili intendimenti di alta profilassi sociale, cui fu ispirata tale proposta, mi permetto osservare che non la ritengo realizzabile per le difficoltà di accertamento diagnostico, specialmente nei piccoli paesi, e per gli inconvenienti cui potrebbe dar luogo, non sembrandomi che diano sufficiente garanzia di riservatezza tutti gli Uffici Comunali, specialmente di alcuni piccoli paesi.

Una simile scheda sarebbe la tomba definitiva dal segreto professionale, che invece bisogna ancora proteggere come una necessità sociale, e solo occorre saperlo armonizzare con le esigenze della vita collettiva.

Se da una parte riconosco che chi vuole dei vantaggi da Enti ed Istituti di cui fa parte volontariamente o obbligatoriamente, deve sottostare alle norme che ne disciplinano il retto funzionamento, d'altra parte ritengo si debbano riconoscere i diritti di indipendenza dell'individuo che nulla chiede e nulla

vuole e lasciarlo libero, quando la sua libertà non sconfina nella violazione di quella altrui, e quando una giusta causa non esige che siano rivelati i segreti da lui confidati al medico.

Trasformandosi in ogni modo molte volte il segreto professionale in segreto d'ufficio, questo deve essere rispettato e non diventare il segreto di pulcinella, come potrebbe correre rischio di diventare, con la istituzione della scheda individuale comunale. Gravi danni morali e materiali potrebbero venirne a persone e famiglie. Ciò a prescindere dalla dubbia attendibilità dei dati contenutivi per la difficoltà e scarsità dei mezzi di accertamento e di controllo, specie nei piccoli centri.

La legge non può consacrare una medicina superficiale e talora temporanea, anche per le vicende che subiscono le idee scientifiche, non sempre approfondite da tutti, circa la contagiosità e trasmissibilità ereditaria di certe malattie.

E' ben diversa la finalità e il metodo di raccolta, di controllo e di conservazione dei dati per il progettato casellario centrale sanitario degli assicurati, dalla proposta scheda individuale sanitaria, per ogni persona residente nel Comune.

*
* *

Ed ora occupiamoci del segreto professionale del medico nell'assicurazione vita.

Dobbiamo considerare la questione dal punto di vista del medico fiduciario dell'Istituto assicuratore, del medico curante dell'assicurato e del medico che è contemporaneamente medico fiduciario e medico curante, che assolve cioè il compito di medico riduciario, essendo già il medico curante o di famiglia dell'assicurato.

In quanto al primo punto ormai si conviene dappertutto che il medico fiduciario che esplica il suo mandato come un perito di parte può liberamente riferire all'ente assicuratore tutto ciò che osserva, tutto ciò che sa e tutto ciò che a lui vien dichiarato dall'assicurando.

In Francia, dove ha dominato e domina sempre il più grande feticismo pel segreto professionale, si arrivò a mettere in dubbio tale facoltà o a limitarla notevolmente. Il Dr. Azam, in seno ad una Società medica francese sostenne che il medico incaricato di eseguire la visita ad un assicurando non dovesse rispondere ai vari quesiti contenuti nell'apposito modulo di visita sanitaria, ma solo esprimere il giudizio conclusivo: da accettarsi in assicurazione o da rifiutarsi. La questione fu portata all'associazione generale dei Medici, che decise dovere il medico fiduciario riferire tutto alla Società di Assicurazione. Si fecero presenti anche, in tale occasione, le grandi responsabilità cui sarebbero andati incontro i medici fiduciari, sia presso gli assicurandi, in caso di rifiuto, sia presso le Compagnie, verificandosi il sinistro a breve scadenza.

Nel primo caso sul medico visitatore locale si farebbe ricadere, sia da parte del produttore dell'affare che dell'assicurando, tutta la responsabilità del rifiuto.

Questo infatti si addebiterebbe per intero alla risposta esplicitamente negativa del medico e non ad eventuali diversi criteri di valutazione del rischio da parte della Direzione. Di qui facili risentimenti ed inimicizie, certo non desiderabili, pel professionista costretto ad esercitare in un ambiente talora limitato ed in una cerchia di persone conosciute.

Rispetto alla Compagnia, nell'evenienza di sinistri con breve antidurata delle polizze, potrebbero sorgere sospetti di risposte affermative per comodità sbrigativa del sanitario, per compiacente arrendevolezza verso il produttore e l'assicurando o peggio per collusione.

Inviando invece relazioni dettagliate, dove vengono riferite fedelmente le notizie anamnestiche e trascritti esattamente i risultati dell'esame obiettivo,

si dà modo di far fare la classifica del rischio da medici di provata competenza, del servizio sanitario centrale della Direzione, secondo le norme consigliate dalla scienza e dalla pratica assicurativa. La Direzione può inoltre disporre per una visita di controllo, quando ritenga insufficienti i dati forniti.

Giustamente fu osservato che il certificato medico dettagliato sui moduli forniti dall'Istituto assicuratore sono la salvaguardia del medico.

Vi è da osservare inoltre che le risposte semplicemente positive o negative del medico visitatore, come quelle dei membri di una giuria, non offrirebbero alcun elemento per le statistiche, che si sogliono elaborare presso gl'Istituti assicuratori sui dati risultanti dai moduli di visita medica. Tale elaborazione statistica, con le notizie catamnestiche successive, che le direzioni dei grandi Istituti bene organizzati sogliono assumere, anche in caso di rifiuto, è di grande importanza sia per la medicina in genere, soprattutto per il prognostico dei morbi, che per la branca assicurativa in ispecie.

Si deve anche riflettere che il medico visitatore non sempre ha la competenza necessaria per dare un esatto giudizio valutativo del rischio. Egli deve raccogliere bene l'anamnesi e praticare un accurato esame obiettivo con le cautele e i suggerimenti consigliati dalla medicina assicurativa, che deve considerarsi una specialità per orientazione di pensiero clinico e metodo di esame, deve dare anche il giudizio valutativo del rischio, ma questo è compito riserbato al medico della Direzione, come sopra ho detto.

Da noi vi fu chi propose addirittura l'abolizione del giudizio conclusivo del medico fiduciario, che talora contrasta evidentemente con i dati che ne dovrebbero costituire le basi e le premesse.

Si obiettò che era meglio mantenerlo, avvalendosene, più che come un giudizio sintetico da seguirsi senz'altro, come di un dato analitico che rispecchiasse l'impressione del sanitario visitatore e che di questa era bene tener conto insieme agli altri dati di fatto ed elementi di giudizio riferiti per i singoli organi ed apparecchi.

*
* *

Il Prof. Brouardel, che in Francia è stato il più ardente sostenitore del segreto professionale, ammise che il medico fiduciario della Compagnia potesse liberamente rispondere a tutti i questionari formulati, non essendo egli per la sua qualità, tenuto ad alcun segreto verso chi gli conferisce l'incarico della visita, cui l'assicurato è libero di non sottoporsi, qualora non voglia.

Anzi in ciò è la vera differenza fra il medico perito giudiziario ed il medico perito dell'Istituto di assicurazione vita. Obbligo, nel primo caso, da parte del medico, tenuto anche al giuramento, di compiere le operazioni peritali secondo la modalità di legge e obbligatorietà del periziando di sottostarvi. Libertà nel secondo caso, del medico di accettare l'incarico e facoltà dell'assicurando di sottoporsi alla visita e agli esami dal medico ritenuti necessari.

Il Brouardel così si esprime circa il medico fiduciario dell'Istituto assicuratore: «Se voi siete medico della compagnia, è indispensabile che nel vostro rapporto indichiate, in modo dettagliato, lo stato di salute o di malattia. In quest'ultimo caso occorre specificare la natura della malattia, a quale stadio è pervenuta, quale ne sarà il decorso e la durata. Io vi raccomando di fare un rapporto completo, così completo, come quello di un medico perito giudiziario».

Anche Giorgio Jacomet in un'interessante pubblicazione «Le secret médical» apparsa nel 1933, pur dichiarandosi accanito sostenitore dell'obbligo del segreto pel medico curante dice: «Quando si tratta di un medico perito che non fu mai curante, noi siamo fuor della legge e la volontà dei singoli riprende il suo impero».

Nonostante questi espliciti pareri di medici e giuristi, la classe medica,

anche per i medici fiduciari ha cercato di porre delle limitazioni nei loro compiti, allo scopo, sempre, di ledere il meno possibile il principio del segreto professionale.

Il Tardieu criticando i moduli troppo dettagliati proponeva che fossero semplificati.

Il Brouardel stesso diceva: « On peut le diminuer, (le questionnaire) mais il est impossible de le supprimer, car il est la sauvegarde du medecin ».

In un articolo apparso nel 2° numero di quest'anno della « *Révue Générale des Assurances terrestres* » il Dr. Marcel Connao Dusmonoir, membro dello Istituto degli Attuari francesi, dice che, in materia di visite mediche, i metodi francesi sono molto diversi da quelli degli altri paesi e ciò apparisce chiaramente quando si tratta di sottomettere lo stesso rischio all'assicurazione di una compagnia francese e alla riassicurazione di una compagnia estera. Egli aggiunge: « In Svizzera, per prendere l'esempio di un paese dove l'assicurazione è molto sviluppata nella pratica e molto studiata in teoria, si richiedono al medico visitatore delle consultazioni di fatto, estremamente minuziose e numerose, con poco o niente di critica e di sintesi: è alla sede centrale che sarà fatto questo lavoro di critica e di sintesi a cura del medico revisore e dell'attuario. In Francia bisogna tener conto dello stato della clientela, che mal si presterebbe a sfilare innanzi a tutti gli apparecchi di esame che la scienza medica ha potuto inventare. Bisogna tener conto anche delle condizioni di spirito del medico esaminatore che non accetterebbe il compito di semplice investigatore, senza dare il suo parere; è un metodo al quale egli non è formato. Perciò i nostri formulari di certificati medici sono meno dettagliati e lasciano invece un posto più accentuato al giudizio sintetico e al quadro riassuntivo d'insieme ».

Lo stesso autore sostiene che occorrono questionari dettagliati perchè solo così i medici delle direzioni possono dare esatti giudizi di valutazione dei rischi. Se si affidasse tale compito ai medici fiduciari locali vi sarebbero troppe differenze di pareri in una materia in cui occorre uniformità di criteri.

Inoltre i medici locali non hanno la competenza necessaria che solo conferisce ai medici della Direzione la pratica clinica e i dati forniti dalla statistica medica. Solo questi devono giudicare definitivamente in seno al comitato medico attuariale se il rischio è accettabile a condizioni normali, a condizioni speciali con soprapremio in base alle tarature ben classificate, o da rifiutarsi.

Il Dr. Connao giustamente osserva nel citato articolo: « Il perito locale di fronte ad individuo che egli vede vivere, di cui conosce le occupazioni e la resistenza, è portato a giudicarlo favorevolmente, mentre l'assicuratore che opera su dei gruppi è costretto a rifiutare per alcune tare che potrebbero apparire leggere a prima vista, ma che le statistiche mediche gli rivelano più pericolose.

*
* *

Da quanto si è detto emerge che il medico fiduciario può e deve riferire fedelmente e dettagliatamente tutto ciò che apprende ed osserva, in occasione della visita medica, all'Istituto assicuratore. Non si deve peraltro ritenere che egli possa comunicare liberamente ad altri, che non sia la Direzione centrale dell'Istituto, i risultati del suo esame.

*
* *

Egli è sempre tenuto all'obbligo del segreto professionale verso gli altri. Riporto al riguardo le istruzioni date dalla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni con la circolare Mod. Serv. San. n. 45: « Il medico è tenuto a mantenere con chiunque, scrupolosamente, il segreto sul risultato della visita e sul giudizio dato, essendo tenuto, come sempre, al segreto pro-

obbligo del
medico fidu-
ciario.

fessionale». Nello stesso Modulo sanitario di visita San. 1 è detto in fine che il medico «si impegna di mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita praticata e sul giudizio da lui dato».

Egli deve inviare il suo rapporto riservato alla Direzione in busta chiusa e, giusta quanto è detto nella circolare su ricordata: «al disopra della linea di chiusura della busta deve apporre la sua firma od un sigillo. La busta, chiusa o sigillata, deve essere consegnata all'agente, perchè la inoltri alla Direzione dell'Istituto». *Il segreto professionale del medico diventa segreto d'ufficio per gli organi della Direzione che lo esaminano.*

Qualora l'Agente Locale che riceve il rapporto in busta chiusa, con l'incarico di inviarlo alla Direzione, assieme alla proposta, alterasse la busta per prendere visione del rapporto, oltre ai provvedimenti amministrativi, *diventerebbe passibile di sanzione penale per violazione di segreto di corrispondenza*, giusta l'art. 616 del Codice Penale. Detto articolo commina pena identica a quella stabilita dall'art. 622 per la violazione del segreto professionale.

Gli Agenti locali sogliono cercare di conoscere dal medico il risultato della visita, ma questi non deve in alcun modo secondarli, sia per non venir meno all'obbligo sacrosanto del segreto professionale e sia per altre considerazioni pratiche.

Gli Agenti locali non hanno sempre interessi convergenti, ma talora diametralmente contrastanti con quelli della Direzione. Essi desiderano stipulare i contratti, per l'acquisizione dei quali hanno lavorato e da cui si ripromettono guadagni di provvigioni.

Gli istituti assicuratori vogliono invece l'assunzione dei soli rischi buoni a condizioni normali; per quelli tarati debbono applicare i premi corrispondenti all'effettivo loro rischio, e rifiutare i rischi cattivi.

Il medico inoltre, comunicando il risultato sfavorevole della sua visita al produttore, si aliena l'animo di questi, che potrà anche ricorrere ad altro sanitario più compiacente e far passare in tal modo l'assicurazione.

Si deve riflettere anche che l'Agente locale non è un elemento fisso, ma variabile ed in tal modo si rischierebbe di far conoscere a tutti i fatti degli assicurati attraverso la serie degli agenti, che si succedono in una data località. Specialmente nei piccoli paesi sarebbero possibili le indiscrezioni degli agenti, prima nella cerchia dei famigliari e poi degli amici e conoscenti, sulle tare ereditarie e personali degli assicurati. Si potrebbero cagionare danni morali e materiali talora gravi, specialmente per alcuni generi di malattie, come la sifilide, la tubercolosi, le psicopatie, ritenute come disonorevoli non solo per l'individuo, ma anche per la famiglia. Il medico fiduciario deve quindi osservare il silenzio più assoluto sui risultati del suo esame, sia verso il rappresentante locale dell'assicurazione che verso altri.

*
* *

Deve ugualmente il medico fiduciario mantenere il segreto sul risultato del suo esame rispetto all'assicurando? In generale tutti gli istituti di assicurazione raccomandano ai loro fiduciari la massima riservatezza. Tuttavia si deve riflettere che di fronte a certe constatazioni morbose, richiedenti particolari esami, che richiamano l'attenzione dell'assicurando, si può, con le necessarie cautele e riserve, fare, se richiesti, qualche accenno che può mettere in guardia il soggetto da disposizioni ed affezioni morbose, più facilmente emendabili se sorprese in tempo utile. Inoltre ciò serve per attenuare l'importanza e il significato di un rifiuto che poi sarà comunicato ufficialmente.

Il risultato utile per la sua salute avvenire sarà per l'assicurando sufficiente compenso a un responso sfavorevole certamente non gradito. Anche in questo campo può svolgersi l'opera altamente umanitaria e sociale del medico, sia anche nella sua funzione fiscale.

Occorre nel fare ciò molto accorgimento per tutelare gli interessi dell'Istituto assicuratore e le suscettibilità degli assicurandi, ai quali può essere suggerita l'idea dell'opportunità di una visita di collaudo della sua salute per parte del medico di famiglia.

Il Weil-Manton dice al riguardo: « Ciascuno seguirà l'ispirazione del momento, le indicazioni del suo temperamento e saprà fare appello a tutte le sue qualità diplomatiche » ed aggiunge che il medico non sarà avaro di un consiglio incidentalmente sollecitato, ma non offrirà mai il suo ministero.

*
* *

Medico fidu-
ciario e me-
dico curante.

Ed ora passiamo ad esaminare la posizione del medico curante che viene incaricato di visita fiscale da parte dell'Istituto assicuratore. Quasi tutti gli autori trovano una ragione d'incompatibilità nelle due funzioni di medico curante e di medico perito. Il Brouardel impone senz'altro al medico curante di rifiutarsi di visitare il candidato all'assicurazione, per conto della Compagnia. Nel Codice di deontologia di alcuni sindacati medici francesi è detto: « Les fonctions de médecin expert et de médecin traitant sont incompatibles ». Anche il nostro Ziino nel *Trattato di Medicina legale* consiglia al medico curante di rifiutare incarichi di visite pei propri clienti assicurandi e dice che egli si è trovato sempre bene seguendo questa norma.

Gli stessi istituti assicuratori di regola non affidano l'incarico della visita medica ai medici fiduciari che sono medici di famiglia dell'assicurando e nei moduli di visita è compresa la dichiarazione del sanitario se è medico di famiglia e se è legato all'assicurando da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interessi.

Vi sono peraltro piccoli paesi dove si trova un solo rappresentante dell'arte sanitaria o un solo fiduciario dell'Istituto assicuratore. In questi casi la posizione del medico è molto difficile e delicata.

Egli può assolverla ispirandosi a criteri di equità e giustizia, senza venire meno ai suoi doveri verso il cliente abituale, di cui è curante, e verso il cliente occasionale, di cui è fiduciario.

Non è peraltro ammissibile che il medico curante accetti l'incarico quando prevede il responso favorevole e lo rifiuti in caso contrario. Ciò equivarrebbe a far comprendere il suo giudizio contrario, in caso di rifiuto preventivo di visita, e facile sarebbe, pel produttore poco scrupoloso e pel candidato, escogitare altre vie per raggiungere lo scopo assicurativo con danno dell'industria assicurativa e della morale sociale.

Il medico deve o accettare sempre o rifiutare sempre l'incarico di visita pei suoi clienti abituali.

Se egli accetta deve dire tutta la verità, quale a lui risulta, all'Istituto assicuratore e non ciò che può far comodo al suo cliente.

Può darsi che questi richieda da lui il silenzio su alcuni fatti e circostanze anteriori alla visita o su dati anamnestici familiari conosciuti come medico curante, esigendo per tali fatti l'osservanza del segreto professionale. In questi casi, che peraltro non sono frequenti, il medico non può farsi complice di un possibile tentativo di frode verso l'Istituto assicuratore. Egli allora deve scrivere alla Direzione che, legato all'obbligo del segreto professionale, non può riferire su tutte le circostanze a lui note, ma che consiglia il rifiuto del rischio. Può anche, dopo aver accettato, come di regola suol fare, l'incarico, rifiutarlo dopo la visita, il che fa comprendere all'Istituto assicuratore che vi è un sottinteso e qualche cosa di non regolare. Qualche medico ricorre anche al mezzo di fare un rapporto favorevole, che fa vedere all'assicurando e poi scrive una lettera confidenziale dicendo la verità e consigliando il rifiuto. Questo sotterfugio non è certo molto dignitoso pel medico e, nel caso che si risappia, può nuocere molto alla sua riputazione di professionista e ai suoi rapporti con la

famiglia dell'assicurato. Al medico che accetta l'incarico incombe l'obbligo di dire tutta la verità e persuadere il cliente che è suo interesse di far apparire la realtà delle cose in un contratto, che altrimenti potrebbe essere contestato per reticenze e dichiarazioni false rese in malafede. Il tatto e l'autorità del medico servono molto in simili circostanze a contemperare gli interessi dell'assicurando e dell'istituto assicuratore e a superare e vincere le difficoltà momentanee di certe situazioni.

* *

La questione del segreto professionale diventa molto controversa e piena di difficoltà per l'assicurazione vita, allorchè si entra nel campo del medico curante e di famiglia. Questi può essere richiesto di informazioni: 1° durante la istruttoria della pratica assicurativa per l'assunzione del rischio; 2° dopo la stipula del contratto, quando pervenga notizia all'Istituto assicuratore di precedenti stati morbosi gravi non denunziati dall'assicurato; 3° dopo il sinistro di invalidità o di morte.

Medico curante.

Facciamo osservare intanto che in questo ultimo caso è l'assicurato stesso o i suoi parenti e beneficiari che sogliono richiedere il certificato del medico curante da redigersi su appositi moduli, forniti agli interessati dagli Istituti assicuratori.

Per i medici curanti la Legge di quasi tutti i paesi impone l'obbligo generico del segreto. Abbiamo già riportato le disposizioni vigenti in diverse Nazioni.

Le Compagnie di assicurazione vita, per avere agevolate le esigenze dell'industria assicurativa, e per non incorrere e far incorrere i medici nelle penalità previste dalla Legge, hanno ricorso al mezzo di ottenere dagli stessi assicurati il proscioglimento, rispetto ai medici curanti, dall'obbligo del segreto professionale.

Riporto la formula adottata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, formula che è presso a poco identica a quella in uso presso gli Istituti di Assicurazione di tutto il mondo, sia privati che statali.

Nel rapporto di visita medica, dopo l'anamnesi, sono contenute, in caratteri ben chiari e più spiccati dell'ordinario, le seguenti dichiarazioni che precedono la firma dell'assicurato: « Prosciolgo dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono avermi curato o visitato e le altre persone alle quali l'Istituto credesse, in ogni tempo, rivolgersi per informazioni ».

A questa formula è stato ed è attribuito un diverso valore nei vari paesi.

* *

In Francia, nonostante la formula liberatoria, che oramai non viene più neanche usata dalle Compagnie di quel paese, vige il rigorismo più assoluto pel segreto da parte del medico curante, al quale non è permesso neanche di rilasciare certificati di morte con la diagnosi della malattia, anche se la richiesta viene fatta dai famigliari.

Si segue strettamente il consiglio dato ai medici dal Brouardell: « Se siete medico curante non dovete dire nulla, nè prima, nè dopo la morte del vostro cliente ».

Non sono peraltro mancate voci discordi anche in Francia e voti contrari da parte di studiosi e di medico-legisti autorevoli. Il Legrand du Saulle nel suo *Trattato di medicina legale* edito nel 1886 si esprime favorevolmente al rilascio dei certificati. Egli così, fra l'altro, sostiene la sua opinione: « Se ci è dimostrato che gli accordi intervenuti fra le Compagnie di assicurazione e i nostri clienti tornano a profitto di quest'ultimi, perchè non dobbiamo cercare il mezzo di rendere possibile il nostro intervento? Perchè d'altra parte il medico,

che, in ogni occasione, deve restare libero di accordare o rifiutare il suo corso, deve abdicare a una delle più serie prerogative della sua professione? ».

Il Legroux, che fece un importante studio sull'argomento concluse che la autorizzazione, data dal cliente, dà la facoltà al medico curante di parlare e lo mette al sicuro da ogni responsabilità. Anche M. Rocher si dimostrò contrario al rifiuto del rilascio dei certificati, quando vi è l'assenso o la richiesta degli interessati. L'opinione predominante in Francia peraltro si è mostrata sempre contraria. La Società di Medicina Legale, dopo ampia discussione, anche per i certificati di morte, addivenne alla seguente conclusione: « Rifiutarsi sempre e assolutamente di rilasciare certificati indicanti la natura della malattia per la quale è morto il cliente e le circostanze nelle quali è morto ».

La giurisprudenza francese segue i criteri dominanti nel paese sul segreto professionale. Riporto al riguardo alcune decisioni della magistratura: Corte di Cassazione 1 marzo 1899. « E' vietato a un medico di rivelare, in un'inchiesta provocata da una compagnia di assicurazione sulla vita, un fatto, segreto per sua natura, che non ha potuto essere da lui conosciuto che a motivo delle cure date a un suo cliente. La sua dichiarazione su questo punto, avendo un carattere delittuoso, non può servire di base a una decisione giudiziaria per annullare il contratto di assicurazione sotto pretesto di una reticenza commessa dall'assicurato ».

Vi è stata peraltro qualche sentenza (Tribunale Civile della Senna 13 marzo 1913) che ha riconosciuto potere l'assicurato sciogliere in anticipo dal segreto professionale.

E' certo che in Francia si è molto attaccati al principio del segreto professionale, sia perchè questo è considerato come istituzione di ordine pubblico e sia perchè in quella nazione domina sempre il concetto del massimo riguardo alla libertà individuale.

Al riguardo è opportuno riflettere che in Francia, in omaggio a questi principî, spinti all'estremo limite, per molto tempo si vide nel contratto di assicurazione, avente per base la durata della vita umana, un'operazione immorale e contraria alla dignità dell'uomo.

Specialmente la Rivoluzione fu decisamente ostile a questa forma di previdenza. Fu solo dopo il grande sviluppo preso dall'assicurazione vita, soprattutto nella vicina Inghilterra, che in Francia se ne comprese l'utilità e furono fondate le Tontine col nome di associazioni dotali e di sopravvivenza. Oggi la Francia è alla testa delle altre nazioni nelle forme di assicurazione a capitalizzazione, ma non ha ancora raggiunto lo sviluppo corrispondente alla sua potenzialità economica nella vera assicurazione vita.

*
* *

Negli altri paesi, il segreto professionale, nei riguardi dell'assicurazione vita, non è inteso dai medici così rigorosamente come in Francia. La questione fu portata al primo Congresso Internazionale dei medici delle Compagnie di assicurazione vita tenutosi a Bruxelles nel 1899. Il Dr. Van Geuns di Amsterdam riferì sul tema « Le secret médical et l'assurance vie » e mise in evidenza le ragioni per cui non si poteva seguire, da parte dei medici curanti, un rigorismo assoluto rispetto alle Compagnie di assicurazione, anche nell'interesse degli assicurati. Egli fece presente poi la grande importanza delle statistiche mediche e concluse col dire: « Tutti gli sforzi devono tendere a vincere le obiezioni fatte da un certo numero di medici i quali ritengono che il segreto professionale impedisce loro di menzionare la causa di morte ».

Seguì una viva discussione cui presero parte medici di diversi paesi. Il Dr. Salomsen sostenne che i medici curanti non dovessero rifiutare i certificati quando vi era il consenso degli interessati, il Prof. Siredey, della scuola di Brouardell, difese l'intransigenza più assoluta.

Egli fra l'altro sostenne che la funzione del medico curante non è compa-

tibile con quella del medico fiduciario, perchè in tal caso o il medico poco scrupoloso facilmente s'indurrebbe a fare certificati compiacenti o i clienti si asterrebbero dall'assicurazione, pel timore della rivelazione, da parte del proprio medico, delle tare morbose di cui si sanno affetti. Il Siredey riferì anche il caso di un suo cliente ed amico che si era a lui rivolto per fare una assicurazione con la Compagnia di cui era fiduciario. Il Siredey, conoscendo i precedenti familiari e personali tubercolari del soggetto, gli disse che non era possibile. Quegli allora si diresse ad altra Compagnia, il cui medico, ignaro di tutto, lo fece accettare. E' strano peraltro che il sunnominato professore agguingesse, con aria quasi soddisfatta, che il suo cliente, potè così assicurare « l'avenir de ses enfants ». A mio modo di vedere questa è approvazione di un atto fraudolento ed errata comprensione della finalità sociale della previdenza assicurativa.

Il contratto di assicurazione si fonda sulla buona fede dei contraenti e poggia su basi etico-giuridico-attuariali che non si possono sconvolgere con espedienti che ne permettano l'illecito sfruttamento.

Nel Congresso di cui ci stiamo occupando, data l'impossibilità di addivenire ad un voto che raccogliesse l'adesione dei convenuti, il dr. Ferrand di Parigi concluse col dire che « la questione era piena di difficoltà e si poteva passare oltre senza emettere alcun voto, ciascuno traendo dalla discussione le conclusioni che più gli sembrassero conformi alla propria causa ».

*
* *

Praticamente in tutti i paesi, meno che in Francia, i medici curanti, quando sono esonerati dall'obbligo del segreto professionale dai loro clienti, forniscono notizie e rilasciano certificati, sia a richiesta degli assicurati e dei loro parenti, che degli Istituti di assicurazione.

In Germania nel 1931 la Lega delle Associazioni dei medici tedeschi, il Consorzio dei medici della Germania, il Consiglio delle camere mediche prussiane, l'associazione dei medici ospedalieri, il Presidente della facoltà medica tedesca e l'Associazione tedesca dei medici impiegati presero una posizione comune rispetto alla questione del segreto professionale, che da tempo occupava molto anche i medici di Vienna.

Tutti conclusero che per il rilascio delle storie delle malattie occorresse il consenso degli ammalati e che in tal caso si potessero rilasciare estratti delle stesse o parte delle storie in cui figurino le notizie che i richiedenti desiderano di conoscere.

In Germania il dott. Placzek, pur essendo partigiano del segreto assoluto, in un libro sul segreto professionale, dice che il medico curante può aderire alle richieste dell'Istituto assicuratore a queste condizioni: che l'assicurato, per iscritto, autorizzi il medico a parlare e che i certificati siano richiesti e rilasciati direttamente alla Direzione centrale della Compagnia, che direttamente deve pagare gli onorari.

In Italia, data la formula liberatoria dell'obbligo del segreto, sottoscritta dall'assicurando, i medici, anche curanti, si devono ritenere autorizzati a dare informazioni e rilasciare certificati sia a richiesta delle famiglie che dell'Istituto assicuratore.

Abbiamo visto altrove come eminenti giuristi e medico-legali facciano rientrare nella formula « giusta causa » il consenso dell'interessato alla conservazione del segreto.

Al riguardo mi piace significare che anche nel famoso giuramento d'Ippocrate è contenuto l'inciso: « si quidem effari non contulerit » « se non mi sarà permesso di dirlo », quindi il consenso dell'interessato libera il medico dall'obbligo del segreto.

Il Perrando dice che presso di noi vige larghezza di criteri ed illimitata libertà è lasciata al medico nell'apprezzamento di quella giusta causa che può

autorizzare una rivelazione, anche se di carattere delicato e riservatissimo. Processi e querele per violazione di segreto da noi si possono dire sconosciuti.

Io ho voluto al riguardo consultare il Repertorio generale delle sentenze contenute nel « Foro Italiano » dal 1890 al 1931 e non ho trovato che due sentenze riguardanti il segreto professionale medico in genere: una del 1916 della Cassazione Unica e l'altra del 1921 della Corte di Appello di Milano del 30 marzo 1921. Nella prima si dice: « il medico che per essere soddisfatto della sua mercede cita il cliente in giudizio, rivelando così la malattia di cui l'ha curato, non viola il segreto professionale », perchè egli sperimentava un suo diritto e non poteva quindi ritenersi che agisse senza giusta causa, cioè *contra jus*, anche secondo il principio « qui jure suo utitur nemini injuriam facit ». Diversa sarebbe stata la posizione del medico se avesse agito per la sola brama di svelare un segreto e di arrecare un ingiusto nocumento al cliente. Nell'altra è detto che non ricorre violazione di segreto professionale nel caso in cui due medici funzionari dell'Ufficio di assistenza e dell'Ufficio scolastico di un Comune, si comunicano reciprocamente le emergenze delle loro constatazioni d'ufficio nello interesse pubblico, nella specie per allontanare temporaneamente dalla scuola una maestra affetta da un principio di malattia tubercolare.

Si rammenta anche il processo intentato dal famoso tenore Caruso contro lo specialista, che lo aveva curato, per un'intervista concessa alla stampa. Si concluse con l'assoluzione. Nessun giudicato esiste nelle raccolte da me consultate per violazione di segreto medico nell'assicurazione vita. Oltre al « Foro Italiano » ho verificato anche diverse annate della pubblicazione « Il Dizionario Penale » e della « Giurisprudenza Penale », ma nulla ho rinvenuto riguardo a processi per violazioni di segreto professionale.

Bisogna riconoscere che gli Istituti assicuratori fanno uso riservato delle informazioni avute, in modo che diventa segreto di ufficio quello che era segreto professionale del medico. Le indagini sanitarie, specialmente dal massimo ente statale di assicurazione, l'I.N.A. si sogliono far eseguire da ispettori medici. La industria assicurativa, negli ultimi tempi, ha fatto passi giganteschi e a ciò ha contribuito la leale collaborazione di tutti i medici.

Il Ministero dell'interno con circolare 25.286.1/79902 del 10 aprile 1929, a mezzo dei Prefetti, interessò gli Istituti Ospedalieri e le Case di Cura private a rilasciare senza difficoltà i documenti clinici e necroscopici richiesti per i suoi assicurati dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

*
* *

La interpretazione medico-legale dei documenti è ispirata a criteri di grande larghezza ed equità amministrativa e sociale.

Le contestazioni di contratti per reticenze e false dichiarazioni si fanno in un numero limitatissimo di casi e solo quando è proprio evidente il tentativo di frode.

Come dimostrai, unitamente al Prof. Romanelli, al II Congresso di Scienza delle Assicurazioni tenutosi a Trieste nel novembre 1932, la percentuale delle polizze contestate nel quinquennio 1927-1931 fu appena del 0,87 %.

*
* *

I dati contenuti nei certificati medici vengono elaborati accuratamente e tutto un servizio di statistica medica è impiantato presso la Direzione dello I. N. A.

Riguardando tali dati una massa enorme di assicurati, non può non venirne una grande utilità, sia per l'industria dell'assicurazione, basantesi sulla legge dei grandi numeri, che per la medicina assicurativa e la Medicina sociale in genere.

Mi piace al riguardo rammentare che sull'importanza dei dati statistici ri-

levabili dalle Società di assicurazione vita si discusse fin dal 1863 al 5° Congresso internazionale di statistica tenutosi in quell'anno a Berlino.

Fu allora accettato il seguente ordine del giorno: « Riconosciuto che i dati delle Compagnie di assicurazione vita sulle cause di morte degli assicurati sono i più preziosi e i più esatti in questo genere, il Congresso si adoprerà perchè queste statistiche sieno tenute in maniera uniforme in modo che sia possibile lo studio della mortalità fra i rischi scelti talora con criteri differenti nelle varie nazioni ».

Per molto tempo le pubblicazioni della Compagnia « Gotha » furono le migliori al riguardo. L'Italia è forse venuta un po' ritardataria in questo campo, ma ora si è messa all'avanguardia, per il forte impulso dato dal Governo Nazionale agli studi statistici. Anche nel recente Congresso Internazionale degli Attuari, tenutosi a Roma, dove convennero i rappresentanti di ben 30 Nazioni, sono stati apprezzati gli impianti di statistica medica, funzionanti con criteri modernissimi, presso il Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Da noi sono adottati diversi tipi di schede per le assicurazioni ordinarie e collettive con visita medica, per quelle senza visita medica, per le assicurazioni popolari, per le cessioni legali e riassicurazioni attive e infine per i casi di rifiuto e di mancato perfezionamento, che vengono seguiti nelle ulteriori fasi di vita.

Da vari Congressisti è stata riconosciuta la grande importanza dello studio dei rifiuti che altri finora non hanno praticato, come noi.

Sulle singole schede sono riassunti, in 45 colonne, i dati relativi alla forma di assicurazione, ed eventuale soprapremio sanitario, al paese, all'età e al sesso dell'assicurato, allo stato civile, al servizio militare, professione, gentilizio con tare ereditarie e longevità familiare, anamnesi personale, misure somatiche, tipo di costituzione, risultato dell'esame obiettivo, pulsazioni, pressione arteriosa, esame delle urine, azotemia e glicemia, età alla morte, causa di morte, rapporto fra le cause di morte e lo stato di salute rilevato all'ingresso ecc.

Con l'osservanza rigorosa del segreto professionale non sarebbero stati possibili i rilievi della statistica medica, che costituiscono la base dell'assicurazione e non si sarebbe potuto avere il progresso della stessa oggi diffusi a tutto il mondo civile.

*
* *

Per avere una idea dell'importanza dell'assicurazione, basta citare alcune cifre desunte dalle più recenti statistiche. Nelle sole assicurazioni private sulla vita umana sono in vigore nel mondo circa 290 milioni di contratti per un importo complessivo di 1.800 miliardi di capitali assicurati.

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

Accanto a questi dati della previdenza libera figurano, per cifre pur importanti, quelle della previdenza sociale obbligatoria, sebbene la sua origine risulti a poco più di 50 anni.

Le statistiche più aggiornate ci dicono che gli operai e impiegati assicurati contro i rischi del lavoro ascendono nel complesso dei maggiori Stati civili, a oltre 85 milioni, mentre i contributi che sono versati annualmente per queste assicurazioni, raggiungono i 45 miliardi di lire italiane e le riserve accumulate i 65 miliardi.

Sono cifre queste, ha detto giustamente il Presidente dell'Istituto Italiano degli Attuari, al recente Congresso di Roma, che fanno pensare al pericolo che correrebbe la famiglia e la Società se questa enorme massa di interessi fosse assisa su basi pericolanti o non sincere. Tutta la previdenza su cui si fonda l'immenso edificio della Società moderna, come già dissi, rischierebbe di crol-

*Importanza
ciale dell'a
sicurazioni*

lare, e non potrebbe ulteriormente svilupparsi con l'osservanza troppo rigorosa del segreto professionale medico.

Il Jacomet nel suo libro su « *Le secret médical* » ne conviene implicitamente col dire: « *L'abolition de l'assurance risquerait d'être celle de l'activité humaine* ».

Giustamente i moderni istituti di assicurazione vita, funzionanti con sani criteri pratici e scientifici, sono stati definiti i grandi osservatori economici e biologici della nazione, destinati a tutelare il patrimonio della salute, oltrechè della finanza, degli individui e delle famiglie.

Conclusione.

Da quanto abbiamo detto emerge chiara l'evoluzione che ha subito, specialmente negli ultimi tempi, il principio del segreto professionale del medico. Gli antichi concetti dominanti in materia si sono andati attenuando e modificando per il progresso dell'igiene e per lo sviluppo della previdenza facoltativa ed obbligatoria. Lo Ziino diceva nel suo trattato di Medicina legale che l'antico rigorismo non risponde alle esigenze della Società attuale. Il Borri ammoniva che il medico deve contemperare il rispetto al segreto con il senso di cenestesi sociale e che si deve considerare scaduta di credito la teoria feticista del mantenimento quasi incondizionato del segreto professionale dei medici ed altri analoghi esercenti.

L'Ottolenghi osservava recentemente che il segreto professionale va fortunatamente assottigliandosi in Regime fascista per cui l'interesse individuale è subordinato all'interesse supremo nazionale dello Stato.

Il Biondi al Congresso di Medicina Legale e Medicina Legale delle assicurazioni, tenutosi nel giugno 1933, ebbe a dire che deve ritenersi sorpassato lo antico concetto ancestrale del segreto medico e che questo deve adattarsi alle esigenze dell'assicurazione e della legislazione sociale.

Il Perrando, dopo aver contemplato tutti i compiti nuovi della professione medica verso le più serene aure della medicina pubblica e dell'igiene sociale e aver accennato alla crisi di contrasto fra i vecchi e i nuovi costumi professionali, paragona l'obbligo del segreto professionale ad un vetusto vascello, nobile di forma e carico di memorie, il quale faccia acqua da tutte le parti.

Del resto anche in Francia, che pur ha ancora vigente un articolo di Legge molto rigoroso e categorico sull'obbligo del segreto professionale, si manifesta un'orientazione sempre più forte verso la limitazione di tale obbligo, specialmente dopo l'approvazione della Legge sulle assicurazioni sociali, già tanto contrastata dalla classe medica, anche in omaggio al principio del segreto professionale.

Il Dott. Rist dice che il segreto medico è il residuo di una mentalità e moralità scaduta; data da un'epoca in cui la nozione stessa dei contagi non esisteva; il medico non aveva dei doveri che per il suo malato; non si pensava ai riguardi dovuti all'ambiente e a tutto il corpo sociale.

Leon Bernard dice che non è possibile la profilassi sociale e la protezione efficace della salute pubblica, se si mantiene intangibile il dogma ippocratico del segreto professionale. Esso, per quanto deve continuare a regolare i doveri del medico verso gli individui, per tanto deve abbassarsi davanti agli obblighi del medico verso la Società.

Il Prof. Cazeneuve, all'accademia di Medicina, il 7 febbraio 1928 dichiarava che il segreto medico non può essere più inteso col rigorismo della giurisprudenza attuale e conformemente alle vecchie tradizioni mediche e aggiungeva: « *toutes les sociétés modernes subissent cette évolution qui impose au secret médical de ne plus s'enfermer dans une tour d'ivoire* ».

Il prof. Balthazard successore di Brouardel alla cattedra di Medicina Le-

gale e deontologia di Parigi e decano, come lui, di quella facoltà medica riconosce che « la doctrine du secret médical n'est plus intangible ».

Sono molto significative queste constatazioni e dichiarazioni da parte di sì eminenti personalità del mondo medico francese e denotano che anche in quella nazione si va costituendo, di fronte alle evidenti necessità dei tempi nuovi, una orientazione diversa dello spirito e del pensiero, che forse prepara e predispone l'opinione pubblica a nuove Leggi. Si sa che queste, nella Storia, talora precedono e formano, ma il più spesso seguono il movimento della pubblica opinione.

La Francia finora è rimasta troppo tenacemente attaccata ai suoi principi di difesa ad oltranza della libertà individuale. Questa ha portato alla concezione di un liberalismo eccessivo che suggerì al fisiocrate Gournay la famosa formula: *laissez faire, laissez passer*, che non è che la dottrina dell'egoismo, e al poeta il detto « l'homme n'a qu'un maître: soi même ».

Con questa concezione individualistica si arriva a ciò che diceva il Lamos: « chaque individu devient à soi même, un tout, un dieu toujours insatisfait et toujours plus exigeant, et le souci du bien commun, perdant toute valeur, cesse même d'être pris en consideration devant le souci de la satisfaction individuelle ».

La scienza e l'economia condannano questi eccessi.

Lo Ziino giustamente osservava: « Il secolo XVIII, uno dei più grandi secoli dell'umanità, ha legato alla società odierna il bene della libertà individuale, ma ha tramandato anche un gran male, che è l'esagerazione nel culto tributato a questo idolo.... ».

L'uomo non si deve considerare siccome un essere individuale, ma come un'Ente Sociale. Esso non fu creato per vivere solo, ma assieme a migliaia di esseri a lui simili, coi quali ha relazioni continue che formano la vita sociale.

Questo è lo stato naturale dell'uomo nella vita civile ed esige di necessità il sacrificio o la modificazione di parecchie fra le sue libertà individuali.

Nel campo sanitario la libertà di una persona finisce dove comincia il diritto all'integrità fisica di un'altra.

La vera misura della libertà individuale in genere è l'interesse della Società, che cura anche quello dell'individuo, donde la saggezza del motto di Marco Aurelio: « Ho io compiuto qualche atto utile alla Società? Dunque ho giovato anche a me stesso ».

Il personale interesse del singolo è subordinato, da una parte, all'interesse di tutti e dall'altra alle leggi della morale e della giustizia. Il rappresentante di queste leggi è lo Stato, che Platone diceva l'uomo in grande e che la scienza pratica dei romani compendì nell'armonia di tutti gli organi e funzioni nell'apologo di Menenio Agrippa.

Qualche Nazione ha forse ecceduto nella concezione del potere dello Stato per cui l'individuo sparisce per finire col non avere altro scopo che quello di servire lo Stato. Ivi domina la più rigida coazione e il dispotismo più assoluto che fa concepire lo Stato solo nella sua figura di soldato e giudice.

Sono due concezioni troppo antagonistiche queste dei rapporti fra Stato e individuo e, a detta di qualcuno, non furono le ultime ragioni a determinare la conflagrazione mondiale, nell'ancor recente guerra europea.

Noi riteniamo che bisogna contemperare queste opposte affermazioni e tendenze. Non individualismo ad oltranza, nè statolatria spinta all'estremo, da far sparire l'individuo che è la base e il nucleo formatore della Società.

Lo Stato moderno deve essere concepito come lo definì il Duce nel discorso sul corporativismo tenuto il 14 novembre 1933. Egli disse: « Il nostro Stato non è uno Stato assoluto e meno ancora assolutista, lontano dagli uomini e armato soltanto di leggi inflessibili, come le leggi devono essere. Il nostro Stato è uno Stato organico, umano, che vuole aderire alla realtà ».

E' questa nota di *humanitas* che deve improntare azioni e leggi e soprattutto deve guidare l'opera del medico. E' essa che serve a dirimere tanti contrasti e contemperare tanti opposti interessi.

E' un errore contrapporre sempre l'individuo alle collettività, come è un errore creare e perpetrare dualismi, con relative polemiche, fra medicina individuale e medicina collettiva, fra medicina preventiva e medicina curativa, fra medico privato e medico funzionario. Ogni epoca ha le sue caratteristiche: oggi siamo in periodo di grande sviluppo della medicina collettiva, che riesce utile alle masse, facendole beneficiare di tutte le cure domiciliari ed ospedaliere, generiche e specializzate, talora molto costose, che prima erano riservate ai privilegiati della fortuna. E' utile anche ai medici, nell'attuale crisi economica generale, garantendo loro emolumenti sicuri. Non bisogna peraltro arrivare alle affermazioni paradossali che la medicina collettiva finirà col divorare e far scomparire quella individuale. Questa rimarrà sempre, e potrà coesistere con la medicina collettiva, come lo dimostrano anche i Paesi, dove quest'ultima si è affermata ed estesa intensamente (Inghilterra che pur è il paese dell'individualismo e che ha forse il più gran numero di medici approssimantisi al tipo di funzionario, Danimarca col forte sviluppo dell'assicurazione libera, Germania che ha l'assicurazione obbligatoria sotto l'egida dello Stato dal 1883). Del pari non si deve ritenere che la medicina collettiva e burocratizzata inaridisca e distrugga nel medico il sentimento e faccia degenerare la sua nobile missione curativa e confortatrice. Ognuno porta nel compimento del suo dovere la manifestazione del proprio carattere. E' quindi vano parlare di funzionarismo della medicina. Giustamente diceva il Prof. Tandler « Il y a des buocrates dans les carrières liberales, comme il y a des hommes libres parmi les fonctionnaires ».

Dove è l'uomo è il cuore, e dove è la sofferenza è l'umana solidarietà nel dolore. Il medico, in qualsiasi veste e funzione, saprà mantenersi sempre alla altezza del suo compito e pari alla nobiltà della sua missione e tradizione.

La Società moderna, ha proclamato, con lo sviluppo dell'igiene e dell'assicurazione, il diritto alla salute. Tale proclamazione non deve ritenersi, nella storia, inferiore a quella dei diritti dell'uomo e del cittadino già fatta dalla rivoluzione del 1789.

Se esiste peraltro un diritto alla salute, vi è anche un dovere verso la stessa. Tutt'e due riguardano l'individuo e la Società. Questa, che fa obbligo all'individuo di essere in buona salute, gli conferisce in cambio il diritto di esigere che essa lo protegga nella sua integrità fisica e nella reintegrazione del suo patrimonio biologico, quando questo abbia subito minorazioni.

L'opera di vera saggezza consiste nel sapere armonizzare gli interessi del singolo con quelli della collettività.

Ciò deve valere anche per il segreto professionale medico. Questo risponde sempre a una necessità sociale e deve rimanere, a salvaguardia dell'individuo, sia nella medicina individuale che nella medicina collettiva, nel qual caso assume soprattutto il carattere di segreto d'ufficio. Non può quindi sopprimersi il segreto, deve solo contemperarsi con le esigenze della società. Bisogna riflettere che l'individuo e la collettività, come ha detto un eminente cultore del diritto sanitario, sono due aspetti della stessa realtà; non antitesi vi deve essere quindi tra l'uno e l'altra, bensì armonia. Questa deve essere ricercata, se si vuole che la vita collettiva prosperi e sia feconda di bene per tutti.

In Italia, praticamente, una tale armonia si consegue, sia nel campo igienico-sociale che assicurativo e questa è una nuova prova, ben dimostrativa, della saggezza delle nostre leggi e del buon senso del nostro popolo.

La pagina del Medico fiduciario

Il giudizio prognostico nelle visite per l'assicurazione.

Il medico fiduciario con le conclusioni diagnostiche e prognostiche ed il conseguente giudizio sul rischio, fornisce elementi utili al medico revisore che vagliando tutti i fattori insiti in ogni singolo caso deve tradurre il proprio parere in una precisa classificazione. Gli elementi prognostici infatti devono risultare dall'elaborata opera di sintesi che nella mente del medico fa seguito all'esame delle condizioni generali e dei singoli apparati, completato dalle notizie anamnestiche e da quelle sulle abitudini di vita. Il sereno giudizio complessivo basato sul buon senso clinico del medico visitatore costituisce una guida preziosa per colui che è costretto ad esprimere il proprio parere senza aver visitato l'individuo, solo in base alla lettura delle notizie cliniche e dei dati rilevati all'esame obiettivo.

Per tali ragioni il medico fiduciario deve cercare di esprimere il proprio giudizio prognostico nel modo più semplice e chiaro in ogni caso, qualunque esso sia, senza lasciarsi fuorviare da considerazioni sull'entità del capitale assicurato o sulla forma di assicurazione.

È precisamente su ciò che desideriamo intenderci con i nostri medici, avendo spesso avuto modo di osservare che il fiduciario fa dipendere il proprio giudizio dai suddetti elementi che invece non è affatto tenuto a considerare. A lui si domanda solo di praticare una visita coscienziosa, trascriverne esattamente i dati e di esprimere il concetto che si è formato sullo stato di salute e la possibilità di sopravvivenza dell'assicurando.

E se compirà ciò mettendo in opera tutta la propria attitudine, avrà assolto lodevolmente il proprio compito.

I. F.

L'opera dell'Ispettore Medico.

Per dubbi sorti circa l'attendibilità dei dati somatici, manifestamente contraddittori fra loro,

contenuti in un certificato medico, venne disposta dalla Direzione una visita di controllo. Questa fece rilevare l'erroneità delle misure somatiche segnate a casaccio da un medico fiduciario, in base alle sommarie notizie fornite dall'assicurando, fortemente obeso, e in nessun modo controllate. Inoltre l'esame delle urine mise in evidenza una glicosuria piuttosto elevata. L'assicurando dichiarò che mai gli erano state prelevate le urine per l'esame e fu grato per la visita di controllo che gli aveva rivelata l'esistenza di un'affezione morbosa, fino allora ignorata. Egli accettò il soprappremio sanitario e ricorse subito ai consigli di un competente medico curante.

F. M.

Danni che potevano essere evitati.

Nel maggio 1932 fu avanzata proposta di assicurazione da un individuo di 40 anni. Al medico visitatore l'assicurando dichiarò di godere buona salute, di non avere avuto mai alcuna malattia e di avere fatto regolarmente il servizio militare. La visita medica risultò favorevole e la polizza fu emessa e perfezionata.

Nel febbraio 1934 l'A. è deceduto improvvisamente, per embolia cerebrale, e il medico curante ha dichiarato che l'A. era affetto da stenosi mitralica.

Da una indagine compiuta è risultato che l'A. era fornito di pensione di guerra di 5ª categoria per stenosi ed insufficienza mitralica.

F. M.

*
* *

Nel novembre 1932 fu avanzata proposta di assicurazione da un individuo che dichiarava di godere buona salute e di non aver sofferto mai alcuna malattia. La visita medica risultò favorevole e il 29 novembre fu perfezionato il contratto con l'autodichiarazione di buona salute dell'assicurando. Dopo pochi mesi si ebbe il sinistro di morte per carcinoma gastrico.

Dall'inchiesta eseguita risultò che l'A. nel giugno 1932 era stato sottoposto a visita da parte di un insigne chirurgo che aveva fatta

diagnosi di ulcera gastrica dopo esame radiologico e del succo gastrico ed aveva consigliata l'operazione. Non essendosi voluto l'infermo sottoporre ad atto operativo fu prescritta una cura medica, che non diede buon risultato, per cui l'A. il 3 dicembre (appena 4 giorni dopo il perfezionamento del contratto) si decise ad entrare in una clinica dove fu sottoposto ad atto operativo — gastro entero anastomosi — che fece constatare un cancro dello stomaco molto diffuso. F. M.

* *

Il 9 agosto fu emesso un contratto di assicurazione sulla vita di una persona di anni 42.

In occasione della visita medica subita il 23 luglio l'A. dichiarò di avere sempre goduto buona salute, di non avere alcun disturbo e di non aver consultato mai medici.

Il rischio fu giudicato buono non avendo nulla riscontrato di anormale il medico fiduciario. Senonchè il 1° dicembre (dello stesso anno, a soli quattro mesi dalla stipulazione del contratto) l'A. che era impiegato di azienda pubblica, venne collocato a riposo per obesità e insufficienza mitralica e dal rapporto di visita medica collegiale si rilevava che il vizio di cuore rimontava a 12 anni prima.

F. M.

Da un rapporto di visita medica.

Assicuranda di 57 anni con gentilizio ed anamnesi personale non patologici.

MISURE SOMATICHE: Altezza m. 1.68; Peso Kg. 92; Collo (a livello della cartilagine tiroide) cm. 37; Torace cm. 107-100; Addome cm. 125.

COLLO: *taurino*. Lieve ipertrofia della tiroide di vecchia data.

APPARATO RESPIRATORIO: all'ascoltazione qualche sibilo bronchiale.

Deduzioni: *normale*.

APPARATO CIRCOLATORIO: ispezione della regione cardiaca: *un po' ingrandita* - Itto al V spazio intercostale - Limiti alla percussione: normali - Toni deboli, lieve rumore di soffio alla punta - Pulsazioni: 70 prima delle flessioni - 65 dopo 5 flessioni sulle ginocchia.

Deduzioni: *lieve cardiopatia*.

FEGATO: lievemente ingrandito.

Deduzioni: *sano*.

Giudizio diagnostico: *donna sana*.

Giudizio prognostico: *mediocre*.

!

Notiziario

Il X Congresso Internazionale degli Attuari a Roma

Memorie presentate sull'assistenza sanitaria agli assicurati.

Al recente Congresso Internazionale degli Attuari tenuto in Roma nel maggio u. s. abbiamo notato con piacere numerose memorie sull'assistenza sanitaria agli assicurati sulla Vita. Oggi è entrato nello spirito dell'ambiente assicuratore il principio di considerare l'Assicurazione Vita non più come una industria pura basata su calcoli matematici di probabilità, ma si è anche compreso come speciali provvidenze sanitarie possano riuscire utili all'Ente assicuratore e all'assicurato, ed in tal senso si vanno orientando gli studi e i provvedimenti che

man mano entrano in vigore presso le varie Compagnie. Una prova del grande interesse sociale ed economico dell'argomento la danno le numerose memorie presentate sull'assistenza sanitaria agli assicurati al Congresso di Roma.

Così Neustätter di Berlino riferisce come in Germania sia costituita una « Centrale per il Servizio Sanitario dell'Assicurazione Vita » a cui aderiscono numerose Compagnie ed a carattere sia organizzativo sia scientifico sia propagandistico per preparare la strada ai progressi della profilassi sanitaria. Per la giusta comprensione, del Servizio Sanitario si procede con conferenze al pubblico con la radio, trasmissione con film educativi, ecc.

Inoltre la Centrale del Servizio Sanitario risponde a questioni relative alla conservazione

della salute con fogli volanti per le principali malattie sociali e per le norme di igiene generale. La consultazione medica periodica è una pratica molto raccomandata dalla Centrale stessa ed eseguita da un medico a scelta dell'assicurato come a un dipresso pratica l'I. N. A. Le statistiche di alcune Compagnie tedesche negli ultimi anni rilevano una notevole diminuzione di mortalità negli assicurati che usufruiscono di tali visite periodiche.

Nel Canada come riferisce Reid le Compagnie di Assicurazione per il tramite delle « Health Committee » hanno dato il loro contributo ad iniziative che si estenderanno sempre più col tempo; si è organizzata una campagna antitubercolare, sono stati distribuiti articoli di propaganda sanitaria per l'igiene stomatologica, in occasione di nascita, e si redigono numerosi articoli nei giornali su questioni sanitarie.

Molto progredite sono le misure sanitarie a favore degli assicurati nel Giappone delle quali parla Fujikawa. Tali provvedimenti consistono in consulti medici per corrispondenza, nelle sedi, con servizio medico per ambulanza ed in pubblicazioni di opuscoli e in conferenze su questioni igieniche. Rileviamo che da osservazioni statistiche si è riscontrato l'alto numero di ammalati dell'apparecchio cardiovascolare: di questi oltre il 40% sono stati diagnosticati in base all'esame della pressione arteriosa.

Sul servizio sanitario in Olanda riferisce De Heer che riporta come esso consista soprattutto nel consulto medico gratuito per assicurati di capitale di una certa entità; circa il 50% dei tagliandi distribuiti sono stati utilizzati; alcune Compagnie offrono un sussidio nell'eventualità di operazioni chirurgiche.

Seret riferisce sulle misure igieniche istituite a favore degli assicurati nelle Indie Olandesi e che consistono nel consulto medico periodico triennale, nell'esonero temporaneo dal pagamento dei premi qualora l'assicurato debba per malattia venire in Europa e in riduzione di prezzi di trasporti nelle aero-ambulanze.

Sulle provvidenze sanitarie a favore degli assicurati in Svizzera tratta l'Insmayer di Zurigo. Anche in tale nazione si praticano le consultazioni mediche periodiche biennali e speciali riviste ed opuscoli illustrativi sulla

vita igienica e su principi di una sana profilassi per le malattie sono distribuiti dalle Compagnie di Assicurazione Vita.

Trattano invece dell'importanza della visita sanitaria all'ingresso in assicurazione Neubauer di Vienna e Krzewski di Varsavia. Quest'ultimo riconosce l'importanza del moderno attrezzamento scientifico come gabinetti radiologici, analitici e sierologici che possono in parte supplire le deficienze dell'anamnesi o del solo esame clinico.

A. STARNA.

* * *

Ad iniziativa del Dr. Neustätter l'8 maggio si è tenuta una riunione dei Congressisti che si interessano, nei rispettivi paesi, della assistenza sanitaria agli assicurati.

Presiede il Prof. Romanelli Capo del Servizio Sanitario dell'I. N. A., che porge il saluto agli intervenuti.

Il Dr. Neustätter spiega gli scopi della riunione, illustra quello che si fa in Germania per la salute degli assicurati e presenta un questionario che intende inviare a tutte le compagnie d'assicurazione perchè rispondano ai vari quesiti, in modo che si possano avere tutti gli elementi da sottoporre all'esame del Congresso di Medicina dell'Assicurazione Vita che si terrà a Londra nel 1935.

Il Dr. Kubicek (Cecoslovacchia) espone ampiamente le provvidenze adottate nel suo paese per la salute degli assicurati.

Il Prof. Romanelli infine ringrazia gli intervenuti per le comunicazioni fatte, accenna alla importanza che ha ormai il servizio di assistenza sanitaria agli assicurati sulla vita, ed espone le varie provvidenze adottate dall'I. N. A., che in questo campo può ritenersi all'avanguardia.

* * *

Il 6 maggio i Congressisti hanno visitato la Sede centrale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ed in quell'occasione anche il Servizio Sanitario e particolarmente i Laboratori medici, il Reparto di Statistica medica e quello di Organizzazione medica e di Assistenza sanitaria agli assicurati.

Una medaglia d'Argento.

Il nostro Dott. Alberto Starna ha conseguito una medaglia d'argento e premio in denaro per un lavoro sul tema « *Il valore clinico della pressione arteriosa* » presentato al concorso indetto nel 1932 dagli Ospedali Riuniti di Roma fra i propri Aiuti Medici.

Rallegramenti.

La Giornata della Medicina Legale a Parma.

Il giorno 7 aprile 1934-XII la Associazione Italiana di Medicina legale ha tenuto presso la R. Università di Parma una seduta dedicata ai problemi medico-legali dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

Alla riunione organizzata e diretta dal Prof. Antonio Cazzaniga, segretario del Direttorio dell'associazione e presieduta dal Prof. Perando di Genova, hanno partecipato numerosi soci, tra i quali quasi tutti i Titolari delle Cattedre di Medicina Legale dell'Alta Italia e parecchi medici che si interessano allo studio ed alla pratica applicazione delle assicurazioni sociali.

I problemi medico-legali relativi alle malattie professionali interessano anche l'assicurazione sulla vita umana sia per quanto riguarda l'assunzione dei rischi che per la valutazione dei sinistri di invalidità e di morte. Ciò specialmente oggi che si vanno sempre più diffondendo le assicurazioni collettive unitamente a quelle popolari, che di anno in anno prendono uno sviluppo sempre maggiore soprattutto fra le classi lavoratrici.

Basta considerare che nel solo anno 1933 si ebbero in Italia 152.000 polizze popolari dell'I. N. A. per un complesso di 337 milioni di capitali assicurati.

Numerose e interessanti comunicazioni furono presentate all'importante convegno.

F. M.

Per il prossimo Congresso Internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita.

Il giorno 13 dello scorso maggio ha avuto

luogo in Zurigo la riunione del Comitato Centrale Internazionale per la Medicina delle Assicurazioni Vita.

Erano presenti il Dr. Hörnig, presidente, per la Germania, il Dr. Kaufmann, segretario, per la Svizzera, il Dr. Goffin per il Belgio, il Dr. Coert per l'Olanda, il Prof. Dr. Bergstrand per la Svezia, il Dr. May per l'Inghilterra, il Prof. Dr. Lepère per la Francia, il Prof. Dr. Romanelli per l'Italia.

Sono stati presi accordi per il Congresso Internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita che si terrà in Londra nel 1935, anziché a Bruxelles, come era stato precedentemente annunziato.

È stato completato il Comitato Internazionale tenendo per norma di nominare accanto al Rappresentante altri due Membri per ogni nazione.

Attualmente nel Comitato sono rappresentati 23 Stati.

Per l'Italia, oltre al Prof. Dr. Romanelli, Capo del Servizio Sanitario dell'I. N. A., che rappresenta l'Italia nel Comitato, sono stati nominati il Prof. Carlo De Gregorio, Consulente Capo della Fondiaria Vita e il Prof. Dr. Leopoldo Winternitz, medico capo delle Assicurazioni Generali di Trieste.

Conferenza internazionale per i rischi tarati.

Avrà luogo a Praga nei giorni 5-8 del settembre p. v. una Conferenza Internazionale per i Rischi Tarati alla quale saranno rappresentate almeno 12 nazioni.

Argomenti all'ordine del giorno:

1° Scheda di statistica medica uguale per tutti gli Enti aderenti;

2° Tecnica della valutazione dei rischi e criteri di accettazione;

a) pareri circolari in merito a determinati rischi,

b) applicazioni di carenze parziali o totali,

c) assicurazione complementare per la invalidità;

3° Altre questioni di medicina delle assicurazioni vita.

24. Comunicato della D. Z. L.

Il Dott. Neustätter nella relazione alla Centrale Tedesca per il Servizio per la salute nelle Assicurazioni passa in rassegna le pubblicazioni di carattere sanitario, delle varie Compagnie Tedesche ed estere. Per quanto riguarda la nostra « Assistenza Sanitaria » ha espressioni molto lusinghiere e rileva il notevole progresso che la rivista ha conseguito in

breve volger di tempo. Mette in evidenza inoltre le mire utili che la nostra rivista si propone a vantaggio degli assicurati oltre che con la segnalazione delle provvidenze sanitarie, anche con istruzioni profilattiche ; a vantaggio dei medici fiduciari con suggerimenti pratici e con articoli scientifici, ed infine a vantaggio della medicina assicurativa con la compilazione di importanti dati statistici.

SUL.

Dai Libri e dalle Riviste

L'igiene e la sanità pubblica in Italia nel 1932.

È uscita in questi giorni, edita in bella veste dal Poligrafico dello Stato la relazione per il 1932 della Direzione Generale di Sanità Pubblica circa « I fatti e i provvedimenti più notevoli riguardanti l'igiene e la sanità pubblica dell'anno ». I due volumi, che espongono l'opera veramente vasta e rinnovatrice dell'organizzazione sanitaria in questo ultimo periodo, si scorrono con piacere e dimostrano come l'Italia anche in tale campo non sia seconda a nessun'altra Nazione.

Di notevole importanza è la relazione del direttore generale S. E. il Dr. G. Basile in cui scorsi gli argomenti più importanti dell'andamento demografico nazionale l'A. esamina soprattutto la morbosità per le malattie sociali quali la malaria, la tubercolosi ed il cancro. Speciale interesse offre l'esposizione del grafico per la profilassi antitubercolare attraverso l'opera dei Consorzi provinciali e dell'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale; la maggior efficienza dei preventori, le scuole all'aperto speciali e le colonie estive.

Sul terreno pratico per le malattie infettive l'opera della Direzione Generale di Sanità si è molto valsa dei Laboratori scientifici di batteriologia, chimica e fisica di recente istituzione. Molto saggiamente per ampliare ed adeguare ai nuovi bisogni di profilassi sociale i laboratori, il Ministero dell'Interno ha fatto costituire il nuovo grandioso Istituto di Sanità Pubblica che nelle linee razionali ed imponenti dimostra la volontà sicura ed indefettibile dello spirito fascista.

Come i progressi dell'igiene abbiano influito beneficamente sull'andamento della mortalità infantile e delle malattie infettive e diffuse si può rilevare a colpo d'occhio quando si passa a scorrere i numerosi dati esposti nella pubblicazione

che sono corredati da grafici esposti nel capitolo sullo stato sanitario del Regno. La molteplice attività della Direzione Generale di Sanità è dimostrata dal sempre maggior raggio di azione che essa viene ad abbracciare. Dall'assistenza ai tubercolotici e per i tumori al controllo sulle specialità, sugli stabilimenti termali e sul servizio veterinario attraverso una bene ordinata organizzazione sono ormai numerosissime le funzioni igienico sociali affidate alla Direzione di Sanità.

Alla ricca documentazione di tanta attività che ci siamo limitati a ricordare segue un volume di allegati in cui sono riportate tutte le circolari emanate nel 1932, i vari moduli dei servizi tecnici dei Consorzi antitubercolari, interessanti tabelle demografiche e sanitarie e numerose altre che riguardano l'attività svolta dai servizi di sanità marittima e di profilassi per malattie contagiose.

STARNA.

A proposito di igiene nei pubblici esercizi.

Una recente circolare della Direzione Generale di Sanità richiama l'attenzione degli uffici sanitari comunali per intensificare l'azione di vigilanza sulla produzione e sul commercio dei generi alimentari. Purtroppo specie in alcuni centri non viene, come si dovrebbe, controllato il personale adibito a tali esercizi che deve essere esente da malattie contagiose; così pure le nuove licenze di esercizio non saranno concesse senza il parere favorevole degli ufficiali sanitari che avranno cura di ispezionare il locale da adibire allo scopo per controllare se risponde ai requisiti di igiene. L'ufficiale sanitario dovrà pure ispezionare gli esercizi per accertare che per gli alimenti, le bevande, le stoviglie, i recipienti si abbiano quelle norme di igiene e di pulizia che richiede il regolamento.

Rileviamo la circolare perchè interessa tutti gli Ufficiali sanitari che sono molto numerosi tra i nostri medici fiduciari. Richiamare l'attenzione delle autorità locali su inconvenienti igienici negli esercizi è il primo dovere di ogni medico che senta veramente lo spirito nuovo d'Italia. Il modesto granello portato da ognuno di noi sarà la semenza della messe di domani.

Dr. A. ST.

Sulle variazioni stagionali della morbosità.

È questo un argomento di grande importanza sociale e che solo adesso comincia ad essere studiato dai medici e dagli statisti. Anche De Bernardinis nella monografia sull'argomento che fa parte del trattato italiano di statistica e che già recensimmo dava degli interessanti saggi di tale studio lamentando che il materiale per una simile ricerca sia assai difficile ad essere raccolto non esistendo denuncia delle malattie in atto. È con vero piacere perciò che leggiamo uno studio del Dott. A. Tizzano sotto capo reparto dell'Istituto Centrale di Statistica sulle variazioni stagionali della morbosità pubblicato dalla Rivista di Patologia Sperimentale (1933, IV, 305-6).

L'A. ricorda i non molti studi in proposito praticati in Italia espone numerosi prospetti di malattie infettive verificatesi negli ultimi quattro anni in Italia e divise per mese. Per molte di esse come per altre si verifica una maggiore frequenza negli ultimi mesi dell'inverno ed al principio della primavera. La spiegazione bioclimatica di tale predilezione è facile a darsi per le malattie allergiche come la febbre da fieno, in rapporto al polline che si ferma e si diffonde in primavera; ma per molte altre malattie come la spasmodia, l'ulcera duodenale, l'influenza, non è facile individuarne il motivo. Per indicare nei grafici le variazioni stagionali von Perquet ha usato come indice di misura le diminuzioni di un raggio set- tore di cui ognuno corrisponde ad un mese. L'A. in alcune figure riporta anche questi tipi di grafici insieme a vari altri di cui è ricco il lavoro.

Tizzoni esamina poi gli elementi statistici di mortalità in Italia per alcune malattie che possono essere in un certo rapporto causale con la stagione come il morbillo e la broncopneumonia corredando l'illustrazione di una ricca letteratura straniera. Tra i fattori che devono considerarsi per le variazioni stagionali l'A. richiama l'attenzione soprattutto sopra le radiazioni « Dorno » che presentano una forte diminuzione nei mesi invernali e primaverili. Non vi è dubbio che a tali indicazioni debbano

riportarsi il rachitismo e l'osteomalacia da fame. Nè si può escludere che le malattie primaverili come l'eczema, il piloro-spasmo, la spasmodia, il morbo di Basedow, l'eritema nodoso siano in parte dovuti a variazioni del sistema vegetativo e delle ghiandole a secrezione interna come dimostrano anche le modificazioni dei processi metabolici che si verificano verso la fine dell'inverno.

Questo massimo di mortalità che precede la primavera e che si accompagna al germogliare di tutto il mondo vegetale alla fine del sonno iberante negli animali è certamente l'esponente come appunto ha osservato per primo Moro, di una ipereccitabilità neuro-vegetativa.

Passate in rassegna le malattie su ricordate Tizzano ricorda perchè debbano essere considerate stagionali e più esattamente invernali le malattie respiratorie sia perchè in quell'epoca le irradiazioni solari sono minori (Ruhemann), sia per la mancanza delle radiazioni ultra violette (Lederer), sia come altri pensano, e sono ancora i più, ad un'azione diretta del freddo sulla mucosa.

La predilezione della meningite tubercolare per la primavera è comune all'eritema nodoso e di queste malattie sono riportati grafici dimostrativi.

Quanto all'epidemiologia delle malattie infettive ricorda l'oscillazione stagionale che può agire sui fattori primari come i germi e la loro virulenza, la possibilità di trasmissione e la recettività individuale. L'A. ricorda necessariamente i massimi estivi della poliomielite, del colpo di sole e di calore, del catarro intestinale e del tifo.

Nelle conclusioni infine Tizzano distingue le variazioni stagionali delle malattie non infettive da quelle infettive. Alle prime riconosce una oscillazione stagionale sia mediante influenze climatiche dirette sui processi vitali e metabolici e neuro-ormonici, sia mediante la diversa nutrizione nei vari periodi di vita. Nelle malattie infettive le variazioni sono dovute sia a modificazioni ambientali del germe e della vita umana sia a diverse disposizioni morbose dell'individuo nei vari mesi.

Dott. A. STARNA.

I fattori della longevità.

Il miraggio della longevità ha interessato sempre gli uomini e in tutto il mondo si è cercato di indagare dai fortunati giunti ad età inoltrata quali fattori abbiano contribuito a raggiungere questi limiti. Ma il segreto per vivere a lungo non esiste o meglio rientra nelle norme ordinarie di vivere sobriamente senza troppo affaticarsi. In tal senso anche conchiude una inchiesta fatta dal Dr. Nahajana nel Giappone tra gli individui che hanno

raggiunto una tarda età, inchiesta che troviamo riassunta negli *Annali d'Igiene* (1934, N. 2, Allegato). Anche in quel paese prevale la longevità nelle donne, è più frequente nella campagna e tra i figli di longevi.

Sono in prevalenza individui di media costituzione, frequente la calvizia nei maschi; non hanno condotto speciale regime alimentare, appartengono spesso alla classe media. Come si vede la ricetta per vivere a lungo è molto semplice, ed è ben lontana dalle diete vegetariane e dall'ingestione di troppe medicine!

St.

Per star bene in salute.

La Compagnie d'Assurances sur la vie « Vita » di Zurigo, che fu la prima ad introdurre in Europa nel 1925 il diritto alla visita medica periodica gratuita, pubblica un elegante opuscolo sull'argomento in lingua francese e in tedesco per i suoi assicurati. In esso vengono ricordati in forma piana i principi fisiologici ai quali dobbiamo attenerci nella vita; dal modo di vestire a quello di respirare, dal modo di mangiare alla pratica degli esercizi fisici. Chiudono la breve e piacevole esposizione alcune considerazioni sul buon umore perchè secondo la massima popolare « buon riso fa buon sangue » e l'allegria è il migliore antidoto contro tutte le tristezze e le malinconie della vita.

St.

Mortalità ed andamento demografico in alcune nazioni d'Europa

(Riassunto dai dati del Notiziario demografico 1934, N. 4).

Per 1000 abitanti.

	1931		1932		1933	
	Morti	Eccedenza dei nati	Morti	Eccedenza dei nati	Morti	Eccedenza dei nati
1. Inghilterra e Galles . . .	12,8	8,5	12	9,8	12,8	2,1
2. Scozia . . .	18,8	5,7	13,5	5,1	18,2	4,4
3. Germania . .	—	—	10,8	4,4	11,2	8,6
4. Francia . .	—	—	16,8	1,8	15,8	0,9
5. Ungheria . .	16,6	7,1	17,9	5,5	14,6	6,9
6. Austria (Primi semestri)	15,2	1,4	15,4	0,4	14,2	0,8
7. Lituania . .	15,8	11,0	15,8	12,0	18,5	12,2

Effetti della crisi sulla salute pubblica negli S. U. A.

La medicina sociale deve ormai occuparsi anche di questa depressione che evidentemente attraverso un ciclone economico mondiale ha peggiorato fortemente le condizioni economiche di milioni di famiglie e alterato profondamente un florido regime di vita che per un decennio aveva imperato in tutto il mondo. Non vi è dubbio che il popolo americano a rapidissimo incremento industriale abbia molto risentito dalla crisi soprattutto perchè le famiglie erano concepite e basate sopra un tenore di vita che le congiunture economiche non hanno assolutamente permesso di mantenere. L'ufficio di sanità pubblica degli S. U. A. ha fatto un interessante studio sugli effetti che tale stato doloroso di cose produce sia sulle morbosità degli individui sia sullo sviluppo fisico del fanciullo.

Riportiamo a tal proposito alcuni dati riferiti nel « Notiziario demografico » dell'aprile del corrente anno. Per le ricerche sulla morbosità sono state prese in considerazione 12.500 famiglie residenti in grandi città. Queste nel quadriennio 1929-1933 hanno presentato una variazione di classificazione notevolissima di reddito come dimostrano le seguenti percentuali: le persone povere da 10,3 % nel 1929 sono salite a 45,1 % nel 1932, quelle di media agiatezza sono rimaste quasi invariate passando da 42,6 % a 41,6 % infine le agiate da 47,1 % sono discese a 13,3 %.

All'atto dell'inchiesta è risultata una morbosità complessiva del 2,22 % nella popolazione ad agiatezza diminuita in confronto al 3,04 % nel gruppo ad agiatezza invariata. Più dimostrativa è la tabella comparativa degli ammalati ricoverati in Ospedali che sono stati riscontrati tra i disoccupati i quali presentano una morbosità dell'11,41 %; mentre tra gli individui occupati la stessa percentuale scende al 2,37 %.

Il disagio economico, le sofferenze morali e materiali rendono più facile l'insorgere e il permanere di malattie che in soggetti a potenza economica normale sarebbero decorse più rapidamente, oltre al fatto indubbio che l'indigente privo di mezzi di assistenza chiede anche ricovero all'ospedale per una affezione di poco.

Migliore è invece il risultato dell'inchiesta che riguarda lo sviluppo fisico dei fanciulli della popolazione scolastica. Le osservazioni sul peso degli alunni nel periodo 1921-1927 confrontate con coetanei del 1933 cioè in piena crisi non ha dimostrato diminuzione anzi mentre i maschi sono rimasti di peso invariato, le femmine presentano una diminuzione dei soggetti con sottopeso. Così pure

non s'è avuta differenza di sviluppo somatico tra i figli dei disoccupati e degli occupati, il che ci fa concludere che le opere assistenziali e igieniche hanno funzionato in modo eccellente e che le prossime generazioni non presenteranno tracce del tormentoso periodo in cui nacquero.

STARNA.

La mortalità dei diabetici.

Dopo un decennio dall'uso dell'insulina è molto interessante conoscere l'andamento della mortalità dei diabetici. Mosenthal e Bolduan hanno esaminato le statistiche che riguardano questa malattia per la città di New York e fanno nel « The American journal of Med. S. C. » del novembre 1933 importanti considerazioni riassunte dalla « Presse Med. » nel N. 29 del corrente anno. La mortalità è nei diabetici aumentata di oltre il 50% rispetto a 20 anni fa e ciò non deve sorprendere ma è dovuto a vari fattori.

Anzitutto l'uso dell'insulina ha prolungato « la aspettativa di vita » ma non poteva evitare che un'altra malattia ad un certo punto conducesse a morte un diabetico; più giustamente si dovrebbe distinguere la mortalità nei diabetici dalla mortalità per diabete che certamente non è aumentata. Altro dato importante rilevato dagli AA. stessi è l'aumento del 40% della frequenza del diabete nelle donne il che è dovuto sia alla partecipazione alle occupazioni industriali maschili, sia al « dépisertage » di diabeti latenti per gli esami di urine in occasione di assicurazione sulla vita. Negli uomini invece il diabete non è aumentato; la notevole frequenza nelle donne maritate con prole fa pensare agli AA. che si debba incriminare l'influenza dannosa della gravidanza sulla tolleranza degli idrati di carbonio. La sopravvivenza maggiore dei diabetici portatori di una diatesi ereditata fa temere a Mosenthal che i figli di tali soggetti aumenteranno il numero dei diabetici. L'etiologia del diabete è ancora troppo oscura per poter oggi giorno tentarne la prevenzione; lo studio delle ghiandole endocrine, della menopausa, dell'ereditarie, potranno portare qualche lume in questa malattia che nonostante le brillanti scoperte del dopoguerra siamo ben lontani dall'aver completamente svelato.

ST.

Gli esiti delle lesioni tubercolari.

L'importanza di questo argomento è tale che tutti i medici la cui attività si espliciti in un ambiente di collettività si sono occupati e preoccupati della cosa. Leggiamo nel *Giornale di Medicina Militare* (1934, N. 3) un interessante articolo del Prof. Mariotti-Bianchi, maggiore generale medico che fa alcune considerazioni sull'idoneità la

servizio militare di individui affetti da esiti di lesioni tbc.

L'A. rileva la grande differenza di trattamento che si dava ai pleuritici dai medici militari fino al 1900 quando si concedeva una lunga licenza di convalescenza ai militari che ne erano colpiti e quello che si è dato successivamente quando accettata completamente la natura tubercolare dell'affezione si è gradualmente giunti alla proposta di rassegna per riforma.

Indipendentemente dai provvedimenti da prendere per i militari in servizio, Mariotti-Bianchi si pone il quesito della idoneità al servizio di giovani reclute che presentino esiti di lesioni tubercolari. Il caso che si presenta al perito più frequentemente è quello delle scrofolosi o della pleurite.

Per gli scrofolosi l'A. distingue i soggetti portatori di cicatrici non infiltrate senza traccia di flogosi con turgore delle ghiandole che potrebbero essere considerate come forme spente e quindi farle rientrare nell'elenco delle infermità da cicatrici e non tra le tbc. Ora questi vanno distinti i soggetti in cui esiste realmente una attività del processo con tumefazione ed altri fatti flogistici per cui è giusto considerarle come forme specifiche.

Ugualmente ed anche più spiccata è la differenza per le pleuriti.

Una vecchia pleurite, se l'esame obiettivo è negativo come l'esame radiologico, non deve essere considerata alla stessa stregua di una broncoalveolite specifica; l'A. rileva molto giustamente, come in un recente lavoro abbiamo osservato anche noi, la differenza tra un soggetto che ha sofferto la pleurite sei mesi avanti e quello che ne ha sofferto dieci anni prima.

Considerare i due individui alla stessa stregua rappresenta un contrasto stridente residuo involontario di quel timore che la tubercolosi ha nel passato sempre determinato. La possibilità della reazione non ha in tale argomento valore clinico; anzi l'A. ritiene che l'allergia di un pleuritico completamente guarito sia preferibile all'allergia d'un soggetto vergine da qualunque contagio. Mariotti-Bianchi estende tale criterio anche alle lesioni specifiche polmonari guarite; ma l'argomentazione spinta così fino al paradosso se non può persuadere dimostra in ogni modo l'inizio di una revisione ai concetti troppo assoluti si che negli ultimi decenni avevano imperato nel campo medico-militare a proposito dell'infezione tubercolare.

Vogliamo con l'A. sperare che questi concetti siano elementi di una proficua discussione tra quanti hanno il compito di accertare e giudicare il valore prognostico delle malattie tubercolari; crediamo che la statistica medica soprattutto potrà guidarci nel risolvere questi problemi di grande valore sociale.

STARNA.

Le radicoliti.

Un contributo clinico allo studio delle radicoliti ha pubblicato G. Giannelli nel « Il Cervello » (1933, N° 6) ove l'argomento viene messo a punto aggiornato delle più recenti vedute. Alla discrezione sistematica delle radicoliti dei vari segmenti midollari l'A. fa seguire l'esposizione di una numerosa casistica corredata delle ricerche radiografiche e sierologiche.

Dai casi osservati Giannelli trae conclusioni interessanti; anzitutto la causa più frequente delle radicoliti è la lue, segue la malaria, la leuconorragia, l'influenza, l'intossicazione cronica da alcool, il trauma e la diatesi uricemica; risulta pure più colpita l'età adulta e il sesso maschile.

Obbiettivamente mentre nelle forme spontanee si provoca specialmente dolore con la compressione radicolare sulle doccie paravertebrali, nelle forme traumatiche prevale l'ipotropia. Si sono invece dimostrati costanti i disturbi della sensibilità come i riflessi tendinei e cutanei; il Lasagne è quasi sempre assente. Quanto alla sede la più frequente è la radicolite lombo-sacrale tranne per le traumatiche che sono di solito a sede cervicale.

St.

L'azotemia cloropenica.

Prendendo le mosse dagli studi di Whipple, Mac Collum e Haden che hanno stabilito il ruolo benefico del cloro nell'occlusione intestinale tanto da essere tal metodo usato a scopo preventivo come trattamento preoperativo, Gualdi dell'Istituto di Patologia Medica di Roma studia le sindromi ipocloremiche ed i disturbi che tale fenomeno determina.

Secondo l'ipotesi di Blum una iperazotemia compensatoria alla decloremia è la causa di questi disturbi frequenti soprattutto nel vomito incoercibile e le ricerche dell'A. convalidano tale ipotesi. Gualdi ha anche proceduto in questi vomiti incoercibili ad iniezioni endovenose di cloruro di sodio con ipodermoclisi ottenendo attenuazione del vomito diminuzione dell'iperazotemia e contemporaneamente aumento della cloremia. In un caso di carcinoma gastrico in cui si è potuto procedere all'autopsia è stata confermata l'esclusione di lesioni renali come già faceva ritenere l'esame delle urine. L'A. nelle interessanti conclusioni del lavoro pubblicato nel N. 3 di « Fisiologia e medicina » del corrente anno su questa azotemia cloropenica osserva come essa vada ristretta ad un certo numero di casi clinici bene accertati e come debba coesistere anche una diminuzione del cloro globulare ed un aumento della riserva alcalina.

St.

Dal « Bollettino Mensile di Statistica della Grecia »,

(anno 1933)

LUOGO	MALATTIE	Giugno		Luglio		Agosto		Settembre		Ottobre		Novembre	
		N. dei casi	Totale decessi	N. dei casi	Totale decessi	N. dei casi	Totale decessi	N. dei casi	Totale decessi	N. dei casi	Totale decessi	N. dei casi	Totale decessi
ATENE	Totale decessi		760		784		681		680		652		625
	Tubercolosi	178		184		168		175		144		155	
	Febbre tifoide	8		7		10		6		8		5	
	Malaria	2		5		—		3		1		1	
PIREO	Totale decessi		885		298		286		270		278		319
	Tubercolosi	56		53		48		—		48		39	
	Febbre tifoide	3		2		2		4		—		1	
	Malaria	—		1		1		44		1		1	
SALONICCO	Totale decessi		278		874		338		271		258		348
	Tubercolosi	65		49		48		49		42		47	
	Febbre tifoide	—		2		1		3		2		3	
	Malaria	7		10		10		7		8		7	

Prof. N. BASILIADES.

Varie**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° trimestre	.	.	.	.	55,60 »	» »

Spese sostenute dall' I. N. A. per visite mediche per assunzione di nuovi contratti di assicurazione nell'anno 1933.

Regioni	Importi	Regioni	Importi
		<i>Riporto L.</i>	872.560 —
Piemonte L.	105.035 —	Lazio »	118.385 —
Lombardia »	299.162 —	Abruzzi »	44.685 —
Tre Venezie »	130.600 —	Campania »	130.610 —
Liguria »	85.170 —	Puglie »	74.205 —
Emilia »	94.581 —	Lucania »	17.545 —
Toscana »	95.587 —	Calabria »	53.065 —
Marche »	43.935 —	Sicilia »	98.348 —
Umbria »	18.490 —	Sardegna »	37.234 —
a Riportarsi L.	872.560 —	Totale L.	1.446.637 —

Contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario dal 1° gennaio al 31 marzo 1934.

Antidurata dei contratti	Assicurazioni Ordinarie con e senza visita medica	Assicurazioni Popolari	Cessioni Legali e riassicurazioni	Totali
Inferiore a 5 anni	251	238	142	631
Superiore a 5 anni	531	112	121	764
Totali	782	350	263	1.395

Rendiconto dei Laboratori del Servizio Sanitario dell' I. N. A.

I Quadrimestre 1934-XII

Visite mediche	Esami radiologici	Esami di laboratorio			
		Urine	Azotemie	Glicemie	R. di Kahn
620	204	580	71	61	80

Riunioni periodiche dei medici del Servizio Sanitario della Direzione Generale dell'I. N. A.

Indice delle relazioni e discussioni svoltesi nel mesi di marzo ed aprile 1934

- 5 - III - 1934 — Relatore Dott. SULTANO — Insufficienza cardiaca incipiente e misurazione delle forze di riserva del cuore.
- 12 - III - 1934 — Relatore Dott. TROTTARELLI — La prognosi della nefrolitiasi dal punto di vista assicurativo.
- 26 - III - 1934 — Relatore Dott. MARSELLA — Discussione e proposta di nuova formula per i prestiti a scopo di operazione per gli assicurati.
- 9 - IV - 1934 — Relatore Dott. STARNA — Le cause di morte improvvisa nella statistica sanitaria.
- 16 - IV - 1934 — Relatore Dott. BARNABEI — I primi sintomi nella paralisi progressiva.
- 30 - IV - 1934 — Relatore Dott. MARSELLA — Del segreto medico professionale.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

- Dott. S. Frazzetto, *Le artriti croniche nel saturnismo*. — Milano, Tip. Antonio Cordani S. A., 1932.
- *Infezione tifica e sua convalescenza; reliquati e sviluppo corporeo*. — Milano, Tip. Antonio Cordani S. A., 1931.
- *Su di un caso di lipomatosi diffusa simmetrica*. — Milano, Tip. Antonio Cordani S. A., 1932.
- *Contributo allo studio delle localizzazioni viscerali da bacillo di Eberth*. — Milano, Casa Editrice Dr. Francesco Vallardi, 1931.
- *Sull'azione biologica dell'acqua di mare*. — Siena, Stab. Tip. S. Bernardino, 1930.
- *Su alcuni recenti metodi di analisi costituzionalistica del biotipo*. — Cagliari, Tip. Virgilio Musanti, 1930.
- *A proposito della interpretazione di radiografie craniche*. — Siena, Stab. Tip. S. Bernardino, 1930.
- Dott. Giuseppe Giannelli, *Contributo clinico allo studio delle Radicoliti*. — Estratto da «Il Cervello», N. 6, 1933. Tip. dello «Studium», Napoli, 1933.

Prof. Dott. Giovanni Caso, *Sclerosi laterale amiotrofica in elettrotraumatizzato*. — Estratto da «Rinascenza Medica», N. 8, 1933.

- *Le malattie dei cotonieri*. — Estratto dal Periodico «Folia Medica», N. 2, 1932. Tip. Alfonso Panaro, Napoli.
- *Le malattie respiratorie degli scaricanti di carbone del Porto di Napoli in rapporto all'età, agli anni di servizio e alle costituzioni individuali*. — Estratto dal Periodico «Folia Medica», N. 24, 1930. Tip. Alfonso Panaro, Napoli.
- *Medicina sportiva*. — Estratto dall'Annuario dell'Italia Turistica e Sportiva, 1930. Tip. Alfonso Panaro, Napoli, 1930.

Dott. Giovanni Caso, *Il tasso ureico del sangue in rapporto alla fatica e all'alimentazione*. — Estratto dalla «Rassegna di Terapia e Patologia Clinica», N. 11, 1930. Stabilimento Industrie Editoriali Meridionali, Napoli, 1931.

Prof. Dott. Giuseppe Aiello e Dott. Giovanni Caso, *Patologia dei lavoratori dei campi* (Relazione). — Tip. Antonio Cordani S. A., 1932, Milano.

Dott. Antonio Tizzano, *Sulle varianti stagionali della morbosità*. — Dalla «Rivista di Patologia Sperimentale», N. 5-6, dicembre 1933. Casa Editrice V. Idalson, Napoli.

Dott. A. Donati, *Assicurazioni contro pluralità ed universalità di rischi*. — Estratto dagli Atti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Vol. VI. Tip. del Senato, Roma.

— *Legislazione Austriaca — Lineamenti generali della legislazione austriaca sulle assicurazioni private*. — «Assicurazioni», Roma, 1934.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Segnalazioni di articoli di medicina

Lotta contro la tubercolosi — 1934, N. 2.

NERI, *Questioni attuali nella epidemiologia della tubercolosi*.

Minerva Medica — 1934.

N. 17 — DE MARCO E ZARA, *Considerazioni sulla terapia della paralisi progressiva*.

N. 18 — VILLA, *Un nuovo concetto di soglia renale per il glucosio*.

Rassegna Clinico-Scientifica I.B.I. — 1934, N. 3.

VIALE, *I riflessi condizionati*.

Diagnostica e tecnica di laboratorio — 1934, N. 3.

MARINO, *La glicemia alimentare nel diabete latente*.

Difesa sociale — 1934.

N. 1 — SANGIORGI, *Malattie sociali e difesa della razza*.

N. 2 — RAVICINO, *Circa le cause di morte.*

II Policlinico (Sez. Pratica) — 1934, N. 15.

P. ALESSANDRINI, *Veduta attuale in tema di gastrite cronica.*

La Presse Médicale.

— 17 gennaio 1934.

ALQUIER, *Le gambe grosse.*

LUTEMBACHER, *I ritmi ventricolari nei disturbi di conduzione.*

— 20 gennaio.

SENEQUE e SICARD, *Sulla diagnosi radiografica dell'ulcera del duodeno.*

— 10 febbraio.

CHABROL e BUSSON, *L'ittero latente delle colecistiti croniche — Suo interesse diagnostico e terapeutico.*

— 21 febbraio.

BOUTIER e LEQUIME, *Importanza semeiologica dell'elettrocardiogramma nelle lesioni miocardio-coronarie.*

— 3 marzo.

RAMOND, *Insufficienza miocardica primitiva.*

MORHARDT, *A proposito delle malattie invernali e primaverili.*

— 14 marzo.

LEGEUDRE, *Tra la mosca e la zanzara.*

— 24 marzo.

BATHERY e FROMENT, *Le classificazioni delle nefriti.*

— 28 marzo.

FRANCOIS, *Maniera di evitare la recidiva dei calcoli renali.*

BERNAL, *Crisi ipertensive — Studio clinico, patogenico e terapeutico.*

The British medical Journal - Londra.

— 10 marzo.

JACOBS, *Tubercolosi renale.*

NICOLE e FITZGERALD, *Dieci anni di malaria-terapia.*

— 17 marzo.

BUCKLEY, *Cause e trattamento delle artriti.*

— 24 marzo.

OTTLEY, *Eredità e vene varicose.*

— 21 aprile.

DOUTHWHITE, *Sul controllo dell'obesità.*

— 12 maggio.

GRAY, *Alterazioni elettrocardiografiche durante brevi attacchi di angina di petto.*

Medical Record - New York.

— 7 marzo 1934.

COHEN, *Artrite cronica.*

FELDMANN, *Studi radiologici dell'ulcera gastrica.*

— 21 marzo.

COROWALL, *Principi terapeutici di una dieta leggera.*

BUCHANAN, *Lesioni vascolari del diabete mellito.*

— 18 aprile.

BUTLER, *L'ipertrofia della prostata.*

Medizinische Klinik.

— 23 marzo.

CURTIUS, *Eredità e malattie nervose.*

— 6 aprile.

TRENDELENBURG, *Metodo e teoria dell'elettrocardiogramma umano.*

— 13 aprile.

GRÄFE, *Problema moderno dell'alimentazione dei malati.*

NEUGEBAUER, *L'occlusione della coronaria, quale causa di morte improvvisa.*

— 27 aprile.

BLUM, *Il problema dell'asma.*

— 4 maggio.

LOWI, *Le malattie professionali dei dentisti.*

KULKA, *Contributo all'etiologia tubercolare del reumatismo articolare.*

— 11 maggio.

SINGER, *La patogenesi del reumatismo acuto.*

Rassegna di articoli di igiene.

La salute e l'igiene nella famiglia — Roma

— 15 marzo.

DARETTI, *Dottore, il cuore mi batte.*

— 1 aprile.

BAJLA, *La cucina e l'igiene.*

— 15 aprile.

VIALE, *La longevità e le sue cause.*

— 1 maggio.

DELLA SETA, *La carne di coniglio.*

NERVI, *Donna « crisi ».*

— 15 maggio.

BAJLA, *Il problema della casa.*

Im Dienste der Gesundheit — Basilea.

Problemi igienici riguardanti il bambino, la scuola e l'ambiente familiare.

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.



Corporate Heritage
& Historical Archive