

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 |
| 2. Consigli agli assicurati: Le malattie di cuore (Dott. A. SULTANO) - Prime manifestazioni dell'uricemia (Dott. I. FORTUNATI) | 57 |
| 3. Alcuni dati di statistica medica: Contratti di assicurati maschi sinistrati per decesso nel quinquennio 1928-1932 - Contratti sinistrati relativi al portafoglio diretto e precostituiti nel 1933 - Capitali dei contratti del portafoglio diretto e precostituiti e del Portafoglio Popolare sinistrati per morte nel 1° bimestre 1934 | 63 |
| 4. Note di medicina dell'Assicurazione Vita: La prognosi lontana della pleurite (Dott. A. STARNA) - L'Egitto dal punto di vista demografico e sanitario (Prof. Dott. A. FURNO). | 68 |
| 5. Medicina legale delle Assicurazioni Vita: Introduzione alla medicina legale delle Assicurazioni Vita (Dott. A. STARNA) - Valore medico-legale della dichiarazione di buona salute resa dall'assicurando (Dott. F. MARSELLA) | 94 |
| 6. La pagina del medico fiduciario | 107 |
| 7. Notiziario | 108 |
| 8. Dai Libri e dalle Riviste | 113 |
| 9. Varie | 118 |

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

e la partecipazione dei suoi assicurati agli utili

Tutti gli assicurati dell'Istituto sanno che, dall'esercizio 1930, sono stati chiamati a partecipare agli utili dell'Azienda, ma forse la notizia di un così importante provvedimento non è conosciuta da molti di coloro che ancora non fanno parte della famiglia del grande Ente di Stato. Giova quindi ricordare che

LA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

apporta agli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni un duplice beneficio, perchè li persuade ad essere costanti nel risparmio e li premia alla conclusione dei loro contratti con una notevole maggiorazione dei capitali fissati in polizza.

In conformità alle alte direttive del Duce, gli utili netti dell'Istituto Nazionale per ogni esercizio vengono divisi *in due parti uguali*: una parte va allo Stato, ad incremento del fondo di sua proprietà, che costituisce uno dei presidi finanziari dell'Ente, e l'altra parte viene distribuita fra gli assicurati, sotto forma di aumento gratuito del capitale assicurato. Lo Stato non potrebbe essere più equo verso i cittadini che si assicurano presso l'Istituto Nazionale.

La quota di partecipazione agli utili, che nel 1930 fu del 3 per mille sui capitali assicurati, nel 1931 salì al 3 1/2 per mille e nel 1932 al 4 per mille.

Furono così assegnate agli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni le seguenti somme per partecipazioni agli utili:

Anno 1930	.	.	.	.	.	L. 13.152.917,30
Anno 1931	.	.	.	.	.	„ 15.568.890,89
Anno 1932	.	.	.	.	.	„ 18.904.350,03
In tre anni	.	.	.	.	.	L. 47.626.158,22

Per il decorso esercizio 1933 la quota-utili non è stata ancora fissata, ma si può fin d'ora accertare che non sarà inferiore a quella del 1932 e cioè raggiungerà almeno il

4 PER MILLE SUI CAPITALI ASSICURATI.

Se anche tale quota di ripartizione non dovesse subire ulteriori aumenti (ciò che è tutt'altro che escluso), un contratto oggi stipulato per la durata di 20 oppure di 25 o di 30 anni, alla sua naturale scadenza

risulterebbe aumentato rispettivamente dell'8, del 10 e del 12 per cento.

Per meglio chiarire la portata del beneficio diamo un

ESEMPIO PRATICO

Una persona si assicura coll'Istituto Nazionale per la somma di 100.000 lire.

Se il contratto è stipulato per la durata di 20 anni, l'assicurato riscuoterà al termine di questo periodo	{	L. 108.000 (L. 100.000 + L. 8.000 di utili).
Se il contratto è stipulato per la durata di 25 anni, l'assicurato riscuoterà al termine di questo periodo		
Se il contratto è stipulato per la durata di 30 anni, l'assicurato riscuoterà al termine di questo periodo	{	L. 112.000 (L. 100.000 + L. 12.000 di utili).

È superfluo aggiungere che se l'assicurato venisse a mancare prima della scadenza della polizza, l'Istituto pagherebbe a chi di diritto insieme col capitale convenuto, anche le quote di utili accumulate durante gli anni di contratto trascorsi.

Si rammenta, con l'occasione, che

L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

accetta in pagamento della prima intera annualità di premio sui nuovi contratti d'assicurazione fino al 31 dicembre 1934, i Titoli del nuovo Redimibile 3 1/2 per cento, conteggiandoli al loro pieno valore e cioè:

prima del 23 aprile c. m. al prezzo di L. 104,50 %
dal 23 aprile in poi al prezzo di L. 100 %

Per chiarimenti e progetti rivolgersi alle Agenzie Generali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.



Corporate Heritage
& Historical Archive

L'ASSISTENZA SANITARIA

agli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA - Via Sallustiana N. 51 - ROMA

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

BERGAMO.

1. — *Stabilimenti Termali di Trescore Balneario* - a tutti gli assicurati sia in forma ordinaria che collettiva o popolare saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 25 % (venticinque per cento) sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe (nella pensione, oltre alloggio, vitto — vino compreso —, servizio, è compresa anche la cura ordinaria e cure straordinarie supplementari). Inoltre gli assicurati pagheranno per le tasse di ammissione il 50 % (cinquanta per cento) 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.

BRESCIA.

2. — *Poliambulanza delle specialità medico-chirurgiche, Casa di Cura in Brescia, Piazzale Garibaldi* - a tutti gli assicurati sia in forma ordinaria che collettiva o popolare saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 30 % (trenta per cento) 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 % (venticinque per cento) sulle rette di degenza per la 1^a classe; riduzione del 20 % (venti per cento) sulle tariffe di degenza per la 2^a e 3^a classe.

LUCCA.

3. — *Stabilimenti delle Regie Terme di Montecatini* - a tutti gli assicurati sarà praticata, nel periodo aprile-luglio e ottobre-novembre, una riduzione del 10 % (dieci per cento) sul prezzo degli ingressi alle bibite e delle cure complementari. La riduzione suddetta verrà applicata solo agli abbonamenti all'ingresso negli stabilimenti e 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.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite - Analisi mediche gratuite - Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche — 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) Visite mediche periodiche gratuite - Analisi mediche gratuite - Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.

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. Agli assicurati per somme superiori alle L. 20.000 in regola coi pagamenti, la Direzione dell'Istituto concede gratuitamente ogni due anni presso il proprio laboratorio centrale in Roma, via Sallustiana, 51:

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.

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.

B) Facilitazioni presso Stabilimenti Termali.

C) Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura.

D) Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori materni.

(Elenco per ordine alfabetico di Provincia).

E) Facilitazioni per cure odontoiatriche.

F) Facilitazioni per cure oculistiche.

G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.

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

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 - Dottor 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.

CASAL MONFERRATO - Dottor 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.

CASAL MONFERRATO - Dottor 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 or-

dinaria 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.

BOLOGNA

1. *Ospedale «Benito Mussolini»* della Cassa Nazionale Infortuni, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che facesse 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 «Policlinica»*, Piazza Umberto I, n. 9 a tutti gli assicurati, — «Villa Verde», Via Mamolo, n. 45 — «Villa Rosa», Via Castiglione, n. 103, agli assicurati con 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 Marchi, 6.
Dott. CARAMITTI Aldo, Via Innorio, 17.
Dott. DI MENTO Spiro, Via Zamboli, 3.
Dott. FRANCESCONI Alberto, Via Saffi, 2.
Dott. GIANNOTTI Manfredo, Via Saffi, 2.

Oculisti:

- Dott. CAPRA Leonida, Via Indipendenza, 2.
Dott. MARIOTTI Cesare, Via Castiglioni, 5.
Dott. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.
Dott. PALMIERI Domiziano, Via A. Righi, 34.
Prof. Dott. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 43.
Prof. Dott. NAPOLEONE Xilo, Via Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri:

- Prof. Dottor CANEPELE Adelson, Viale XII Giugno, 12.
Dott. FACCHINI G. Battista, Via Cartoleria, 16.
Prof. Dott. VIGI Ferruccio, Via d'Azeglio, 21.

BRESCIA

1. *Poliambulanza delle specialità medico chirurgiche, Casa di Cura in Brescia, Piazzale Garibaldi*; a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 30 % sulle tariffe minime fissate dall'Ordine dei Medici, per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia 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, Gavarado, Palazzolo sull'Oglio e Villanova*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

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 Vittorio Emanuele, 215.
Dott. POLITI Francesco, Via Etnea num. 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 Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

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

COSENZA

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

e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

Odontoiatri:

Dott. ANDREASSI Giuseppe.
Dott. CERBELLI Oreste.
Dott. LOFFREDO Ferdinando.

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 Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

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

Odontoiatri:

Dott. ARNONE Vincenzo, Via Pandolfi, 26.
Dott. CITELLI Alessandro, Lung'Arno Acciaiuoli, 22.
Dott. PUTTI Giorgio, Via Servi, 6.
Dott. RAMONINO Camillo, Via Vecchietti, 9.
Dott. CALAMARI Stefano, Via della Pergola, 14-bis.
Cav. Prof. Dott. MORI Roberto, Piazza Vittorio Emanuele, 4.

FIUME

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

FOGGIA

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

Odontoiatri:

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

Oculisti:

FOGGIA - Dott. ALTAMURA Alfredo.
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. Misirini.

Otorinolaringoiatri:

Dott. SEGANTI Filippo, Via Marenti.

GENOVA

1. *Casa di Salute per operazioni chirurgiche prof. Catterina*, Via Borgo-

ratti, 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 Röntgen-diagnostica 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.

IMPERIA

Odontoiatri:

Dott. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 8.

Dott. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.

Dott. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5-bis.

Dott. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.

BORDIGHERA - Dott. BUFFA Ermanno, 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.

Oculisti:

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

ONEGLIA - Dott. GRIVA Giuseppe.

SANREMO - Dott. BOBONE Tommaso, Villa Plinia.

Dott. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.

Dott. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri:

BORDIGHERA - Dott. VERDUN Eugenio, Via Vitt. 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 Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

LIVORNO

1. *Consultorio materno in Livorno* dell'Istituto Naz. 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 Maradi, 35.

Dott. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

LUCCA

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.

Odontoiatri:

ALTOPASCIO - Dott. PIEGAIA Giovanni Leo.

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

Odontoiatri:

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

Dott. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

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

MODENA

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

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 & Principe*, Piazza Gesù e Maria, n. 24, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle ta-

riffe 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 Naz. 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. GIUFFRÈ 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 For. to, Corso Vitt. Em., 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. SCENDRATI Daniele.

Oculisti:

- Dott. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale Maggiore.
 Dott. MARGARITELLA Riccardo.

PADOVA

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

2. *Uniche Premiate Terme Preistoriche di S. Pietro in Montagnon*, a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe; riduzione del 15 % sull'importo della pensione di 3^a classe. Nella pensione oltre all'alloggio, vitto (vino compreso), servizio, è compresa anche la cura (fango o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno lire 10 per la 1^a e 2^a classe e lire 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di lire 10 per la 1^a e 2^a classe e lire 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, mediche comuni, cure fisiche e idroterapie ed eventualmente la visita del consulente.

5. *Sanatorio di Galliera Veneta*, del-

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

PALERMO

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

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

Odontoiatri:

Dott. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.

Dott. CIMINO Giuseppe, Via Villafermosa, 6.

Dott. DI CARLO Giovanni, Via Roma.

Dott. GALLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.

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

Dott. NICOSIA Antonio, Piazza Aragona, 4.

Dott. PEZZOLI Renato, Piazza Castelnuovo, 11.

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

Dott. PIZZUTO Francesco, Via Villareale, 32.

Dott. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, 12.

Dott. TEMPESTINI Elio, Via Maqueda, 200.

Oculisti:

Dott. BELLINA Gregorio, Via Celso, 14.

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

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

Dott. LA PLACA Gaetano, Via Stabile, 155.

Prof. dott. LONGO Salvatore, Corso Scinà, 941.

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

Otorinolaringoiatri:

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

Dott. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.

Dott. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.

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

PARMA

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

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.

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:

Dott. Prof. CANDIAN Ferruccio, Viale Umberto I.

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

Otorinolaringoiatri:

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

Dott. Prof. 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 com-

petenze 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 microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendagnostica 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, Röntgendagnostica 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, Röntgendagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nell'Ospedale.

PIACENZA

Odontoiatri:

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

Dott. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

CASTELSANGIOVANNI - Dottor PATRIOLI Giuseppe.

PISA

1. *Stabilimenti termali di S. Giuliano*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, e del 30 % sulle tariffe-pensioni

praticate dal Grande Albergo delle Terme; e agli assicurati con polizze popolari: riduzione nella medesima percentuale praticata agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (già Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali), e cioè L. 18 giornaliere 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 S. Giuliano Bagni*, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15

Odontoiatri:

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

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

Dott. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

Dott. SERRI Scipione, Via Vittorio Emanuele, 4.

BIENTINA - Dott. MARCHIANI Pilade.

POLA

Odontoiatri:

Dott. STOCCO Francesco.

Oculisti:

Dott. DE PIERA Mauro.

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 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 Vittorio 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 solo 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 1933 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 usu-

fruire 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.

Odontoiatri:

Dott. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.
Dott. BONCRISTIANI Agostino, Via Arenula, 53.
Prof. Dott. DE VECCHIS Beniamino, Via Cornelio Celso, 1.
Dott. NEMES Arturo, Via Arenula, 53.

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 Princ. Amedeo, 2-5.
Dott. Comm. POGGI Poggio, Via Paleocapa, 3.

Otorinolaringoiatri:

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

SIENA

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

SIRACUSA

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

SONDRIO

1. *Primo Sanatorio italiano «A. Zucchini» 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, pneumo-torace, 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:

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

Dott. SANTOSTASI Carlo.

Dott. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

Oculisti:

Dottor 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:

Dott. CASOTTI Luigi, Via Roma, 26.

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

Dott. MARAZZINA C., V. Volpiano, 5.
 Dottor OTTOLENGHI Renato, Via
 Sacchi, 58.
 Dott. TOMMASINELLI Antonio, Via
 Mercanti, 3.
 Dottor TOMMASINELLI Vezio, P.
 Vitt. Emanuele, 20.

Oculisti:

Dott. CAFFARATTI C., C. Oporto, 47.
 Dott. CANTÙ Carlo, Via Madama
 Cristina, 6.
 Prof. Dott. FUMAGALLI Arnaldo,
 Via Lamarmora, 28.
 Dottor GARZINO M., Via Mazzini, 2.
 Prof. Dott. GRIGNOLO Federico,
 Corso Oporto, 21.
 Dott. LEVI M., V. Maria Vittoria, 21.
 Dott. MORINI Egidio, Via Carlo
 Alberto, 18.
 Prof. Dott. MOSSO Giacinto, Via
 Cibrario, 1.
 Dottor ORSI Luigi, Via XX Set-
 tembre, 17.
 Prof. Dottor PECCHIO Teobaldo,
 Corso Vitt. Emanuele, 19.
 Prof. Dott. PICCALUGA Siro, Via
 XX Settembre, 60.
 Prof. Dott. PISSARELLO Carlo, C.
 Vinzaglio, 21.
 Dott. TOSO G., Via S. Secondo, 15.
 Dott. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.
 Dott. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.
 Prof. Dott. VERDERAME Filippo,
 Corso Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri:

Dott. BATTAGLIOTTI Enrico, Via
 Santa Chiara, 20
 Prof. Dott. BRUZZONE Carlo, Via
 Davide Bertolotti, 2.
 Dottor CARBONE Agostino, Corso
 Vitt. Emanuele, 76.
 Prof. Dott. CASASSA Adolfo, Via
 P. Amedeo, 52.
 Prof. Dott. DIONISIO Ignazio, C.
 Vinzaglio, 10.
 Prof. Dottor DONADEI Giovanni,
 Via Cavour, 6.
 Dottor FERRERO A., Via Goito, 6.
 Dott. LEALE G., C. Oporto, 5.
 Prof. Dott. MALAN Arnaldo, Corso
 Oporto, 40
 Dott. MANCINI Pietro Teobaldo,
 Via Plana, 11.
 Prof. Dott. PALLESTRINI Ernesto,
 C. Roero di Cortanze, 2.
 Prof. Dottor PINAROLI Guido, C.
 Vitt. Emanuele, 82.
 Dottor PRECERUTTI-TAPPARELLI
 Gioacchino, V. Pr. Amedeo, 29.
 Dott. SAMMARTANO M., Via Mercè.
 Dott. VASSI C., V. Santa Chiara, 20.

TRENTO

1. *Stabilimenti termali di Levico Ve-
 triolo*, agli assicurati con polizze ordinarie e col-
 lettive: riduzione del 25 % sulle tariffe
 in vigore delle cure.

TREVISO

1. *Casa di cura prof. Piero Brisotto*,
 Ponte Garibaldi, a tutti gli assicurati: ri-
 duzione 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 ap-
 plicazioni di terapia fisica, Röntgen-
 diagnostica e Röntgen terapia che
 verranno praticate nella Casa di cura.
 2. *Casa di cure chirurgiche « Villa
 Bianca »*, Prof. Dr. 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 Ra-
 dium Terapia che verranno praticate
 nella Casa di Cure chirurgiche.

TRIESTE

Odontoiatri:

Dottor METT Edoardo, Via Mac-
 chiavelli, 19.
 Dottor CHIUMATTO Luisa, Via S.
 Francesco, 20.
 Dott. REBEZ B., C. Garibaldi, 28.
 Dott. ROSATO Giuseppe, Via Tren-
 ta Ottobre, 13.

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri:

Dottor ROCCO Antonio, Via Mer-
 cato Vecchio, 3.

UDINE

Odontoiatri:

Dott. DAMIANI Domenico.
 Dott. CLONFERO Erminio.

VARESE

1. *Clinica privata « La Quiete »*, a tutti
 gli assicurati: riduzione del 30 % sulle

tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

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

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 Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

2. *Consullorio materno di Biella* dell'Istituto Naz. 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, P. Dante, 8.

Dott. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.

Dott. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.

Dott. SAGRAMOSO Alberto, Via S. 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.

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, e 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 vulcanociminerali.
- 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.
- Levico (Trento):** Acque arsenicoferruginose solforiche forti e deboli per bibite e per bagni.
- Montecatini (Lucca):** 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 solfatocarbocalcica a 52° C.
- S. Pellegrino (Bergamo):** Acqua bicarbonato sodicocalciomagnesiaca a T. = 26° C.
- S. Cesarea (Lecce):** Acqua solfoarbonatocalcica 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 (Lucca) — S. Pellegrino (Bergamo) — Sardara (Cagliari) — Trescore Balneario (Bergamo);
- b) stitichezza - epatopatie croniche - colicistiti.
Agnano (fonti idropiniche) — Montecatini (Lucca) — 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.
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

ROMA - Via Sallustiana N. 51 - ROMA

Consigli agli Assicurati

Le malattie di cuore

Alcune norme di profilassi e cura.

Dott. A. SULTANO

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

Il cuore, motore principale della distribuzione sanguigna nel nostro corpo, è l'organo incessantemente ed indefessamente in funzione dall'inizio della nostra esistenza fino alla morte.

Esso, spingendo il sangue nel sistema circolatorio, fornisce ai vari organi le sostanze necessarie al loro mantenimento, e ne asporta le sostanze di rifiuto che vengono eliminate principalmente per i polmoni (espirazione) e per i reni (secrezione urinaria).

Polmone e rene sono infatti due organi che stanno in rapporti intimi col cuore; la sofferenza di uno di essi fa risentire la sua conseguenza sul cuore.

Nel suo instancabile lavoro, che al momento opportuno, specie negli sforzi, può notevolmente accrescersi grazie alla sua forza di riserva, il cuore, come qualsiasi operaio laborioso, può andare soggetto a degli infortuni, talora gravi ed irrimediabili.

Secondo le varie statistiche i morti per malattie dell'apparecchio cardio-vascolare, superano tutti gli altri.

Dipende in parte dalla nostra cultura e prudenza, il prevenire simili disastrose conseguenze: bisogna cioè cercare di evitare le cause principali. Queste sono dovute a infezioni, intossicazioni e sforzi.

1) INFEZIONI. - La clinica e le ricerche sperimentali insegnano che le infiammazioni delle tonsille (angina) rappresentano una delle principali cause delle lesioni cardiache. Ed invero, moltissimi germi infettivi, dai più banali a quelli della difterite, del tifo, della scarlattina, del reumatismo articolare acuto, s'insediano prima nelle tonsille: da qui passano nel torrente sanguigno e con questo arrivano al cuore, che può rimanerne offeso.

Quanti mali di cuore riconoscono come loro origine una banale angina trascurata! L'angina invece deve essere tenuta in debita considerazione e curata con l'ausilio

del medico il quale provvederà ad una disinfezione locale e preverrà le infezioni del cuore con adatti medicamenti interni.

Tra le infezioni, con porta d'ingresso nelle tonsille, merita un cenno speciale il reumatismo articolare acuto, il quale si manifesta in genere dopo cause reumatizzanti, con mal di gola e poscia con febbre e con violenti dolori alle varie articolazioni, che si gonfiano e si arrossano. Se, durante questo periodo acuto, il paziente non si sottomette ad una energica cura medica, quasi certamente il cuore ne sarà offeso e le lesioni resteranno per tutta la vita. Giustamente gli antichi medici dicevano « Il reumatismo articolare acuto, sfiora le articolazioni e morde il cuore ».

Accanto alle angine, la carie dentaria rappresenta una via d'ingresso principale per i germi che vanno a ledere il cuore; invero nelle cavità cariose dei denti si rinviene frequentemente un germe, lo streptococcus viridans, agente specifico della endocardite maligna che porta inesorabilmente, ed in breve volger di tempo, a morte.

I denti cariati vanno quindi curati, e debitamente disinfettati con colluttori, specie dopo l'ingestione di cibi.

Dopo le infezioni delle tonsille e dei denti cariati, è da ricordare in modo particolare un'infezione, purtroppo molto diffusa, cioè la sifilide. I governi delle varie nazioni, consci delle disastrose conseguenze di tale infezione, provvedono giustamente, con ambulatori e agevolazioni nella cura, ad arginare il male.

Non sarà mai abbastanza raccomandato, a chi sa di aver contratto la sifilide, di curarsi intensamente e periodicamente con tutti i rimedi che la terapia moderna possiede, invero con efficacia indiscutibile.

La sifilide, oltre che a minare la resistenza di quasi tutti gli organi, ha una predilezione speciale per l'apparato cardio-vascolare, ed è la causa più frequente delle morti improvvise nei giovani, per attacchi di angina pectoris, di edema polmonare, per rottura di aneurismi.

2) INTOSSICAZIONI. - Dopo le infezioni meritano d'essere ricordate le sostanze tossiche, che volontariamente e smoderatamente vengono introdotte nell'organismo a scopo voluttuario: di esse le più frequentemente usate sono l'alcool, il tabacco ed il caffè.

L'alcool mina la resistenza della fibra muscolare cardiaca, cioè la parte che ha più giuoco nella sua contrazione: esso inoltre altera le pareti delle arterie e ne favorisce l'indurimento (arteriosclerosi), che, rappresentando un ostacolo alla funzione cardiaca, ne provoca l'indebolimento e l'insufficienza.

Il caffè ed il tabacco, presi in eccesso, producono effetti simili all'alcool; inoltre agendo, in special modo, sull'innervazione cardiaca sono spesso responsabili degli accessi della pseudo-angina pectoris.

Tutte queste sostanze voluttuarie e nello stesso tempo tossiche, se non sono da abolirsi completamente, vanno tuttavia prese con parsimonia e mai in grandi quantità.

3) SFORZI. - Anche gli sforzi esagerati, non adeguati cioè alla potenzialità fisica del soggetto, possono avere serie conseguenze sul cuore: nota è la fine del corridore di Maratona che morì dopo una faticosa e lunga corsa per portare ad Atene la notizia della vittoria.

Ad una insufficienza brusca del cuore deve riferire la morte improvvisa di alcuni corridori di bicicletta, escursionisti alpini e giocatori di calcio.

4) Riportandoci infine al nesso intimo che intercede tra cuore da una parte e polmone e rene dall'altra, bisogna tener presente di non trascurare: le bronchiti anche semplici, poichè divenendo esse croniche, ostacolano il circolo sanguigno con

conseguente insufficienza cardiaca, e così pure le nefriti iniziali, le quali curabili in principio, trascurate passano facilmente allo stato cronico, non più guaribili e fanno risentire presto o tardi tristi effetti sul cuore.

Accennate le cause principali, responsabili dei mali di cuore e richiamata l'attenzione sulla maniera di prevenirli, passiamo a discutere succintamente le norme da seguire, a malattia di cuore confermata, in modo da ritardare e possibilmente impedire i gravi disturbi dell'insufficienza cardiaca.

Il cuore può essere leso nelle varie parti di cui è costituito e cioè: valvole (endocardio), fibra muscolare (miocardio), e membrana avvolgente (pericardio). I disturbi però iniziano quando la fibra muscolare non è più in grado con la sua contrazione a spingere con forza sufficiente il sangue nei vari territori.

Le lesioni delle parti costituenti il cuore, fanno risentire le loro conseguenze sulla fibra muscolare: precocemente le lesioni che interessano la fibra muscolare direttamente, e relativamente tardi e con lentezza le lesioni delle valvole e del pericardio.

L'indebolimento del cuore si può quindi manifestare in *modo brusco*, come avviene negli accessi di *angina pectoris*, di *asma cardiaco* e di *edema polmonare*: durante simili accessi il paziente avverte una penosa sensazione di morte imminente, di soffocamento, di attanagliamento.

In tali casi occorre chiamare immediatamente il medico, che intervenendo in tempo con un salasso per alleggerire il lavoro del cuore, o con iniezioni calmanti e cardiotoniche, può far dileguare l'accesso che minacciava seriamente la vita del paziente.

Il più delle volte però il cuore malato fa risentire il suo indebolimento a gradi solo nei momenti in cui gli si richiede maggior lavoro, come nello sforzo di salire le scale, di ascendere le montagne, per strapazzi, dopo disordini dietetici, nelle donne gravide durante la gravidanza e durante il parto.

I disturbi del *lento indebolimento* cardiaco (insufficienza lieve) sono a carico di tutti gli organi e cioè:

del *cuore stesso*: senso di peso, di oppressione alla regione cardiaca; palpitazioni per cui il paziente avverte con molestia le pulsazioni cardiache, le quali accelerano il loro ritmo;

dell'*apparato respiratorio*: difficoltà a respirare, cioè affanno, bronchiti frequenti talvolta con espettorato emorragico, che può erroneamente far sospettare un'emottisi da tubercolosi polmonare;

del *sistema nervoso*: facile stanchezza nel lavoro intellettuale, diminuzione della memoria, insonnia o sonnolenza persistente;

dell'*apparato digerente*: inappetenza, eruttazioni, senso di ripienezza e tensione alla parte superiore dell'addome; stitichezza o diarrea.

dell'*apparato urinario*: scarsezza di urine durante il giorno e maggior quantità durante la notte;

della *pelle*: tinta paonazza (cianosi) delle labbra, dei pomelli e delle dita; tumefazioni (edemi) nelle parti inferiori delle gambe, ai malleoli, edemi che si attenuano o spariscono la mattina, dopo il riposo della notte che ha consentito al cuore di rinforzarsi.

Per questi disturbi, il paziente più che rimettersi ai consigli di vicini e sapienti, pronti a dare sempre consigli gratuiti, consulterà il medico il quale, soltanto dopo aver bene esaminato il malato, servendosi all'uopo dei mezzi che la scienza gli mette a disposizione (misura della pressione sanguigna, radioscopia di precisione, elettrocardiografia, esame di sangue, esame di urine ecc.) è in grado di stabilire con esattezza le condizioni del cuore e suggerire gli opportuni ed adeguati rimedi.

Ci limitiamo qui a dare alcuni cenni di cure che variano a seconda che il cuore è in stato di compenso o in stato di scompenso.

Allo *stato di compenso*, cioè nello stadio in cui il paziente non lamenta disturbi, giovano più che le cure medicamentose, le regole igieniche e dietetiche.

Igienicamente occorre anzitutto, per non affaticare il cuore, un genere di vita che consenta un certo riposo; se giovani si sceglierà un mestiere od una professione poco faticosi.

Parimenti sono da evitare le emozioni, poichè il cuore, organo ricco di nervi, risente gli influssi psichici di diversa natura.

Riguardo al clima, si sceglierà un clima secco e temperato; si eviteranno le abitazioni in luoghi umidi, comprese quelle in riva al mare poichè predispongono alle recidive del reumatismo articolare acuto. Si eviteranno le località elevate sopra i 1000-1200 metri sul livello del mare.

Si eviteranno pure gli esercizi muscolari che rasentano lo strapazzo; saranno permesse le marcie in terreno piano.

Una questione importante è poi quella del matrimonio: mentre per l'uomo non ci sono difficoltà a permetterlo, per quanto riguarda la donna, pur non attenendoci al parere assolutamente contrario per tutti i casi, di Peter, il quale teneva come regola: « La donna, se ragazza non deve sposare, se sposa non deve aver figli, se madre non deve allattare », noi riteniamo che si può dare il consenso, tenendo conto della natura della lesione cardiaca, e dello stato funzionale del cuore.

REGOLE DIETETICHE. - Invero non occorre la prescrizione di cibi speciali nel periodo di compenso: è consigliabile che i pasti non siano troppo copiosi, ma è preferibile che siano frazionati, servendosi di cibi con poco sale e di digestione non difficile come cavoli, cavolfiori, fagioli, ceci, ecc.

I liquidi vanno bevuti moderatamente, non superando i 1200-1500 grammi nelle 24 ore; a questo proposito ricordiamo i gravi disturbi, fino alla morte, a cui possono andare incontro parecchi malati, che recandosi alle sorgenti di acque minerali, eccedono nell'ingestione dell'acqua, con l'unico effetto di sopraffaticare il cuore.

È da limitare pure l'uso del caffè, delle bevande alcoliche, del fumare.

Seguendo queste regole, certamente si risparmierà fatica al cuore malato, e si scongiureranno i disturbi dello scompenso.

La cura varia nei casi di lieve *scompenso* e di *scompenso conclamato del cuore* (affanno crescente, edemi delle gambe, diminuzione delle urine, ecc.). Allora sarà sempre consultato il medico, che a ragion veduta, si varrà di medicamenti che il caso richiederà volta per volta, e di piccoli interventi, come il salasso, vuotamento di versamenti nel cavo addominale o pleurico od anche di interventi chirurgici quale la conrectomia di Brauer, cioè la mobilizzazione della piastra costale in casi di sinfisi pericardica; sarà allora prescritta anche una dieta speciale.

Dott. A. SULTANO

Prime manifestazioni dell'uricemia

Dott. I. FORTUNATI

del Servizio Sanitario dell' I. N. A.

Lo stato iperuricemico, impropriamente detto « uricemia », suole manifestarsi con un polimorfismo sintomatologico che non ha riscontro che in poche altre forme morbose.

Tale varietà di fenomeni fa sì che spesso la vera causa dell'infermità sfugga anche ad esaminatori esperti e provochi una diagnosi ed un indirizzo terapeutico che per essere errato non apporta alcun giovamento.

Ciò rende necessario che, a mezzo di una opportuna propaganda, si sviluppi anche nei profani la conoscenza delle manifestazioni iniziali dell'uricemia che appunto per essere le prime hanno la massima importanza, il significato di veri segni di allarme. Ciò sarà tanto più utile in questo periodo in cui certamente, a modo di vedere della maggior parte dei cultori delle malattie del ricambio, la forma morbosa in parola va acquistando progressivamente terreno, in dipendenza dell'odierno sistema di vita che contiene in sé molte di quelle cause che predispongono e concorrono allo sviluppo dell'infermità.

Tale affezione, anche senza voler concordare con alcuni Autori francesi che proclamano la malattia un pericolo sociale e reclamano provvedimenti adeguati da parte del Governo, ha di certo un notevole valore dal punto di vista del benessere della collettività poichè è spesso causa di una minore efficienza lavorativa.

I sintomi iniziali sono quasi sempre lievi, quasi insignificanti così da non destare alcuna apprensione se non si è prevenuti.

Criterio di orientamento di un certo valore potrà essere fornito dai precedenti famigliari. La predisposizione ereditaria sarà dimostrata dalla esistenza, specialmente negli ascendenti, di uricemia, gotta, artriti di natura non ben definita, diabete, obesità, disturbi riferibili a disfunzione delle ghiandole endocrine, di alcune dermatosi e di turbe nervose e mentali. Così pure l'affezione predilige alcune razze (ebraica) ed alcune epoche della vita. In genere è al di là dei 40 anni che fanno la loro comparsa le prime manifestazioni, età che coincide con un rallentamento del ricambio generale, in rapporto alla diminuita attività di alcune ghiandole a secrezione interna. Non è però infrequente che l'inizio della malattia avvenga in età più giovanile, in dipendenza della predisposizione congenita o dello speciale tenore di vita.

I primi segni dell'uricemia che si manifestano con maggiore frequenza e che hanno delle qualità più caratteristiche, sono quelli a carico delle articolazioni, dei muscoli e dei nervi periferici.

Questi disturbi insorgono talora dopo una esposizione alle intemperie o dopo sforzi fisici in individui non trenati od anche seguono ad abusi di cibi e di bevande alcoliche; altre volte manca una causa apparente. Si manifesta qualche dolore articolare di varia intensità, senza tumefazione od altri segni obbiettivi, dolenzia delle masse muscolari, più di frequente alle regioni lombari, agli arti inferiori, al collo o alle spalle, od anche il dolore assume il tipo nevralgico, spesso a carico dello sciatico o del trigemino.

Meno frequenti ma altrettanto importanti sono i segni a carico del sistema nervoso centrale e degli organi di senso, con cefalea, emicrania, parestesie, senso di astenia o fenomeni di eccitazione psichica, disturbi subbiettivi della vista con fosfeni

o altre percezioni abnormi o dell'udito con ronzio, ipoacusia, ecc. Sono frequenti le flogosi della congiuntiva, dell'iride e della corioide.

A carico della bocca si possono osservare stomatiti, gengiviti, afte; a carico dei denti: carie, periodontiti, piorrea alveolare. L'apparato digerente può reagire con disturbi vari che vanno dalle semplici alterazioni funzionali (dispepsia, meteorismo, diarrea, stipsi) a veri fenomeni flogistici di determinati segmenti (gastriti, coliti).

Secondo alcuni autori si dovrebbero considerare come manifestazioni uricemiche anche alcuni casi di asma bronchiale, affezione che il più delle volte insorge in individui ad eredità «neuroartritica». Allo stesso tipo morboso si devono pure alcune bronchiti croniche e varie manifestazioni dell'apparato cardio-vascolare: alterazioni del ritmo cardiaco e fenomeni vasomotori con disturbi di circolo regionali.

Anche talune dermatosi sono legate allo stato iperuricemico, specialmente alcune piodermiti, eczemi, psoriasi, manifestazioni pruriginose e orticarioidi, forme distrofiche della cute e degli annessi.

Questa rapida rassegna dei segni più frequenti è sufficiente a dare un'idea della grande varietà di manifestazioni che hanno caratteri comuni con molti altri stati morbosi.

La diagnosi offre molte difficoltà che però sono il più delle volte superabili riportandosi ad esatti criteri di indagine. La valutazione delle eventuali tare del gentilizio ed un minuto esame delle abitudini di vita e dei precedenti personali potranno essere di valido aiuto. Spesso individui che a tutta prima affermano di non avere mai disordinato nel regime di vita, nè di avere mai sofferto disturbi riferibili alla infermità in causa, dopo ripetute domande finiranno con l'ammettere di eccedere qualche volta nei piaceri della mensa o di avere sofferto precedentemente di qualche dolore vagante o di dolenzia alle regioni lombari o agli arti, o di qualche altra manifestazione che ha resistito per un certo periodo di tempo alle consuete cure medicamentose.

All'esame obbiettivo oltre a taluno dei sintomi suddetti potrà rilevarsi talora la presenza di piccoli tofi ai padiglioni dell'orecchio o ai gomiti o alle ginocchia, reperto che sarà di grande aiuto per la diagnosi.

All'esame delle urine avrà un valore di orientamento il reperto di sabbia uratica. Più probativa potrà riuscire la ricerca del tasso di acido urico nel sangue e nelle urine dopo aver tenuto l'individuo in esame a dieta opportuna per alcuni giorni.

Il reperto urinario può avvalorare la diagnosi solo se il tasso di acido urico si allontana per un grado notevole in più od in meno dal normale.

Dott. ITALO FORTUNATI.

*Nè la sazietà, nè la fame, nè nulla di ciò che
eccede dai limiti della natura è vantaggioso.*

IPPOCRATE

Alcuni dati di Statistica Medica

**Contratti di assicurati maschi sinistrati per decesso
ed esaminati dal Servizio Sanitario nel triennio 1930-1932**

(Portafoglio diretto)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	Con visita medica		Senza visita medica		Forma popolare	
	Cifre ass.	%	Cifre ass.	%	Cifre ass.	%
Ogni forma di tubercolosi . . .	389	7.9	108	19.8	239	27.9
Altre malattie infettive e parassitarie	557	11.4	45	8.3	87	10.1
Tumori (neoplasie)	510	10.4	37	6.8	43	5.-
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali.	414	8.5	21	3.9	40	4.7
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso. .	119	2.4	18	3.3	37	4.3
Malattie dell'apparato circolatorio	710	14.5	49	9.-	74	8.6
Malattie dell'apparato respiratorio	532	10.9	43	7.9	115	13.4
Malattie dell'apparato digerente .	559	11.4	53	9.7	84	9.8
Malattie dell'apparato genito-urinario	303	6.2	18	3.3	38	4.4
Suicidi.	302	6.2	14	2.6	10	1.2
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata. . .	325	6.6	119	21.9	65	7.6
Altre cause di morte	176	3.6	19	3.5	26	3.-
TOTALE . .	4.896	100.-	544	100.-	858	100.-
Cause di morte non precisate. .	287		186		24	
TOTALE GENERALE . .	5.183		730		882	

**Contratti sinistrati relativi al portafoglio diretto e precostituito
esaminati dal Servizio Sanitario dal 1° gennaio al 31 dicembre 1933-XII**

	Assicurazioni ordinarie	Assicurazioni popolari	TOTALE
Antidurata inferiore ai cinque anni . . .	1.407	633	2.040
Antidurata superiore ai cinque anni. . .	2.839	649	3.488
TOTALE	4.246	1.282	5.528

Capitali dei contratti del portafoglio diretto e precostituito sinistrati per morte
esaminati dal Servizio Sanitario nel 1° bimestre 1934
 (normali e collettive con visita medica)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI									TOTALE
	0-6 m.	6 mesi 1 anno	1-2 anni	2-3 anni	3-4 anni	4-5 anni	5-10 anni	10-15 anni	oltre 15 anni	
Ogni forma di tubercolosi . . .	460	—	45.000	63.800	110.000	6.920	155.125	48.000	33.000	462.305
Altre malattie infettive e parasitarie . . .	—	—	278.000	60.000	126.625	—	130.400	174.580	93.940	863.545
Tumori (neoplasie)	50.000	15.000	13.320	30.000	80.000	88.000	226.000	69.940	129.134	701.394
Apoplessia, trombosi, embolie cerebrali . . .	40.000	—	60.000	25.000	25.000	40.000	107.250	160.455	245.591	703.296
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso	—	—	—	—	—	—	55.000	26.000	10.000	91.000
Malattie dell'apparato circolatorio . . .	—	—	13.403	12.018	8.000	40.000	381.800	396.149	537.532	1.388.902
Malattie dell'apparato respiratorio . . .	135.000	10.000	64.420	30.000	28.250	31.000	316.020	49.200	211.000	874.890
Malattie dell'apparato digerente	—	188.200	102.900	61.030	118.081	17.420	286.546	207.076	126.178	1.107.431
Malattie dell'apparato genito-urinario . . .	—	—	30.000	—	40.000	—	56.534	120.800	78.500	325.834
Suicidi . . .	—	—	510	143.000	194.200	20.000	372.520	221.400	8.000	959.630
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata . .	10.000	—	80.000	7.300	3.000	—	85.400	41.000	102.013	328.713
Altre cause di morte e cause non precisate . .	22.527	—	80.885	74.965	390.000	1.160	412.669	95.076	126.725	1.204.007
TOTALE . .	257.987	213.200	768.438	507.113	1.123.156	244.500	2.585.264	1.609.676	1.701.613	9.010.917

**Capitali dei contratti del portafoglio diretto e preconstituito sinistrati per morte
esaminati dal Servizio Sanitario nel 1° bimestre 1934**
(normali e collettive con visita medica)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						TOTALI
	0-24	25-34	35-44	45-54	55-70	oltre 70	
Ogni forma di tubercolosi	15.000	206.350	118.895	29.085	92.975	—	462.305
Altre malattie infettive e parassitarie	10.000	30.400	115.000	561.445	85.700	61.000	863.545
Tumori (neoplasie) . .	—	10.000	220.760	234.000	187.666	48.968	701.394
Apoplessia, trombosi, em- bolie cerebrali . . .	—	10.000	75.000	105.000	405.455	107.841	703.296
Malattie del sistema ner- voso e degli organi di senso	—	—	25.000	65.000	1.000	—	91.000
Malattie dell'apparato circolatorio	—	63.403	267.018	401.800	356.135	300.546	1.388.902
Malattie dell'apparato respiratorio	15.000	133.250	167.920	186.000	191.020	181.700	874.890
Malattie dell'apparato digerente	—	88.200	250.174	630.019	99.038	40.000	1.107.431
Malattie dell'apparato genito-urinario . . .	—	20.000	66.400	13.750	149.184	76.500	325.834
Suicidi	—	22.750	225.000	171.980	539.900	—	959.630
Morti violente ed acci- dentali	10.000	15.560	51.140	130.000	120.000	2.013	328.713
Cause di morte non pre- cisate	60.000	35.000	727.032	145.345	208.675	27.955	1.204.007
TOTALI	110.000	634.913	2.309.339	2.673.424	2.436.748	846.523	9.010.947

Capitali dei contratti del portafoglio Popolare sinistrati per morte
esaminati dal Servizio Sanitario nel 1° bimestre 1934

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI									TOTALE
	0-6 m.	6 mesi 1 anno	1-2 anni	2-3 anni	3-4 anni	4-5 anni	5-10 anni	10-15 anni	olt. 15 anni	
Ogni forma di tuberco- losi	8.556	23.084	14.516	25.428	7.260	4.954	19.661	—	—	103.459
Altre malattie infettive e parassitarie . . .	36	2.481	16.684	5.870	4.065	8.040	5.785	—	—	42.925
Tumori (neoplasie) . .	1.175	17.558	13.916	711	2.124	—	8.410	—	—	43.894
Apoplessia, trombosi, em- bolie cerebrali. . .	340	1.060	1.020	2.040	9.954	—	4.135	—	—	18.549
Malattie del sistema ner- voso e malattie degli organi di senso . .	455	—	12.522	2.085	—	234	1.140	—	—	16.436
Malattie dell'apparato circolatorio.	16.404	16.686	15.605	11.111	7.343	650	5.357	—	—	73.156
Malattie dell'apparato respiratorio.	3.443	23.332	21.423	5.616	9.744	10.500	9.666	—	—	83.724
Malattie dell'apparato digerente	1.109	10.534	33.210	2.318	7.789	1.150	8.590	—	—	65.920
Malattie dell'apparato genito-urinario. . .	4.930	—	11.339	—	—	500	6.030	—	—	22.799
Suicidi.	—	—	—	—	4.266	—	570	—	—	4.836
Morti violente ed acci- dentali la cui causa è determinata. . . .	9.572	6.328	—	6.125	2.006	—	7.076	—	—	31.107
Altre cause di morte e cause non precisate.	2.310	13.266	6.254	4.544	1.880	1.000	1.640	1.150	—	32.044
TOTALE . .	49.550	114.293	146.489	65.848	56.431	27.028	77.060	1.150	—	538.849

Capitali dei contratti del portafoglio Popolare sinistrati per morte
esaminati dal Servizio Sanitario nel 1° bimestre 1934

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE						TOTALI
	0-24	25-34	35-44	45-54	55-70	oltre 70	
Ogni forma di tubercolosi	832	20.147	64.763	14.642	3.075	—	103.459
Altre malattie infettive e parassitarie	5.152	570	12.054	10.329	14.820	—	42.925
Tumori (neoplasie) . .	—	—	16.126	15.882	11.886	—	43.894
Apoplessia, trombosi, em- bolie cerebrali	—	—	3.025	12.154	3.370	—	18.549
Malattie del sistema ner- voso e degli organi di senso	1.829	—	12.522	2.085	—	—	16.436
Malattie dell'apparato circolatorio	425	20.590	29.942	19.309	2.890	—	73.156
Malattie dell'apparato respiratorio	—	21.589	29.120	31.895	1.120	—	83.724
Malattie dell'apparato digerente	190	8.601	31.036	19.682	6.411	—	65.920
Malattie dell'apparato genito-urinario	—	570	11.262	7.131	3.836	—	22.799
Suicidi	—	—	4.086	750	—	—	4.836
Morti violente ed acci- dentali	4.938	8.337	12.146	4.296	1.390	—	31.107
Cause di morte non pre- cisate	1.150	4.341	17.333	2.920	6.300	—	32.044
TOTALI	14.516	84.745	243.415	141.075	55.098	—	538.849

Note di medicina dell'Assicurazione Vita

La prognosi lontana della pleurite

Dott. ALBERTO STARNA

del Servizio Sanitario dell' I. N. A.

Sebbene la pleurite e i suoi esiti soprattutto siano molto frequenti al tavolo anatomico tuttavia questa malattia mal nota ai medici fino al XVIII secolo assunse entità clinica propria solo ai primi del secolo scorso quando Laennec dalla confusa indeterminata descrizione di peripolmonite passò ad esporre la flogosi della pleura come pleurite distinguendone due forme fondamentali: la secondaria e la primitiva.

Tale classifica che mantiene a tutt'oggi il suo valore comprende nella pleurite secondaria tutte le forme settiche da piogeni, da pneumococco, da tifo, paratifo, coli, da melitense, da gonococco, da anarobi, perfrigens, putrifici ecc. Più rare sono le forme consecutive ad echinococco polmonare, a spirocheta pallida nel periodo secondario, eccezionalmente a malaria ed altri germi. Sempre pleuriti secondarie, ma asettiche, sono le flogosi che si stabiliscono nella pleura per infarto, tumore, trauma o contusione senza che sia quindi possibile riscontrare una infezione vera e propria.

Ma accanto a questa pleurite ricca di molteplici cause determinanti si dovette porre fin dal primo inquadramento clinico la pleurite primitiva che non riconosceva alcuno degli elementi etiologici sovraesposti, anzi tale forma per la grande frequenza è quella che prevale di gran lunga nella pratica medica quotidiana. La natura di questa forma è rimasta a lungo ignota e si sono qualificate tali pleuriti « a frigore » riportandosi la causa di esse ad un fattore perfrigerante. Dobbiamo a Landouzy l'esatto orientamento etiologico della pleurite primitiva, sebbene Benutz e Levdit avessero prima emesso una tale ipotesi, allorquando nel 1881 egli intuì in base ad elementi clinici che la malattia era dovuta allo stesso germe della tubercolosi. Concezione ardita a quell'epoca in cui se per opera di Villemain la teoria dualistica era superata, la scienza ancora non aveva avuto la conferma concreta del bacillo che solo nell'anno successivo Koch poteva annunciare per la prima volta.

Risulta quindi che quanto l'anatomia patologica e le ricerche di laboratorio non potevano testimoniare ha potuto antivedere il senso clinico del medico al letto del malato. Se queste date appartengono ormai alla storia della tubercolosi, la pleurite essenziale poco dopo l'affermazione di Landouzy fu oggetto di numerosi studi per la ricerca del bacillo di Koch allorquando questo era ormai ben noto. Ma a differenza di quanto ci si poteva attendere gli A.A. hanno affermato dati quasi sempre discordanti, mai indiscussi per cui la dimostrazione etiopatogenetica della pleurite è per certi lati ancora da fare. Al letto del malato la conoscenza della proteiforme possibilità del bacillo di Koch e soprattutto le frequenti tbc. polmonari che nell'avvenire dei pleuritici capita così spesso di osservare dicono chiaramente la natura del male; ma vi deve essere nella successione morbosa e patogenetica della pleurite qualche elemento che ci sfugge e non permette sempre una facile indentificazione.

D'altra parte vi sono delle pleuriti « a frigore » che guariscono in un periodo di tempo di appena un mese senza lasciare aderenze notevoli, con breve periodo febbrile senza presentare fatti catarrali del polmone con prognosi a distanza ottima per

cui saremmo tentati di dubitare della natura tubercolare di queste pleuriti. Ma le possibilità allergiche dell'organismo e l'attenuazione del virus ci dicono che il decorso e la prognosi anche lontana di tali soggetti non hanno un gran peso nell'ammettere o respingere una natura della pleurite che non sia la tbc.

Ma accanto a casi di decorso breve senza complicità notevoli è il numero dei pleuritici che presentano un ben diverso quadro clinico che di per se stesso tradisce l'etiologia tubercolare.

La opinione prevalente è che se non tutte, come riteneva Danany, una gran parte delle pleuriti siano di natura tbc., con Aschoff possiamo fare ascendere la percentuale di queste a non meno del 75% di tutte le pleuriti che sopravvivono.

Interessante è rilevare anche l'epoca di insorgenza della malattia in rapporto all'età. Sebbene nessun periodo della vita sia risparmiato non vi è dubbio che la maggior morbilità per pleurite si verifica nel decennio compreso tra i 15 e i 24 anni.

Si tratta perciò di individui adolescenti o nella prima giovinezza: epoca dello sviluppo massimo dell'organismo in cui un focolaio latente ghiandolare tbc. può risvegliarsi e inviare in circolo per via sanguigna o linfatica poussées di bacilli. Appartengono anche allo stesso periodo di età le sinoviti di natura mal nota e che tutto lascia ritenere abbiano un'identica patogenesi; suggestivo potrebbe essere anche il ricordo degli studi di Lowenstein sui bacilli tbc. di sortita nel reumatismo articolare acuto la cui etiologia è ben lontano dall'essere definita.

Infine dal punto di vista sociale e prognostico ci si può domandare quali saranno in rapporto all'età i pleuritici più facilmente candidati ad ammalare di tbc. polmonare. La pratica medica e gli elementi statistici ci rispondono a questo concordemente perchè da essi risulta che la pleurite offre un maggior rischio di complicanze nell'adolescenza e nella giovinezza prediligendo cioè la stessa età colpita dalla tbc. polmonare. Il quesito ha grande importanza non solo sociale ma anche dal punto di vista assicurativo; ho perciò voluto rilevare in modo speciale questo dato nelle ricerche da me eseguite in tbc. già pleuritici. Orbene nel grafico n. 2 (V. dopo) risulta pienamente la conferma a quanto abbiamo detto: il 51 % di questi soggetti ha avuto la pleurite nel decennio 15-24 anni d'età, dallo stesso grafico e dalla Tabella n. 1 si rileva che per pericolosità segue il decennio 25-34 con il 25 %.

Questi dati insieme al tempo trascorso dalla pleurite e ad un accurato esame obiettivo sono gli elementi principali da cui un medico deve desumere il rischio assicurativo del soggetto.

PATOGENESI. — Gli studi sulla infezione tubercolare in questi ultimi anni hanno dimostrato che essa rappresenta un insieme organico e finalmente unitario nel quale va precisamente inquadrata la pleurite primitiva. Secondo la geniale concezione di Ranke esistono tre stati allergici dell'organismo all'infezione kochiana. Al primo stadio che si stabilisce nell'infanzia con la primitiva infezione tubercolare corrisponde il complesso primario. Questo è costituito da una lesione parenchimale e da una o più ghiandole satelliti all'ilo che abitualmente si circoscrive e risolve dopo aver determinato l'allergia primaria.

Subito dopo, o come accade il più spesso a distanza di anni, si ha il secondo stadio, detto anche della generalizzazione costituito da una diffusione del primitivo focolaio per la corrente sanguigna o linfatica in tutti gli organi. Tale disseminazione si accompagna ad una ipersensibilità umorale alle tossine tubercolari che determinano un'intensa reazione perifocale e determina l'allergia secondaria. Questo stadio a decorso impetuoso comprende la diffusione alle ossa, alle meningi, ai reni, alle sierose; l'allergia che l'accompagna permette un decorso benigno, come sono ad esempio le forme ghiandolari scrofolose, sola eccezione fanno le forme meningee.

Infine Ranke chiama allergia terziaria quella relativa immunità che insorge nei tessuti e permette lo svolgersi di tbc. torpide di un solo organo nel terzo stadio. Clinicamente quindi la pleurite è l'esponente di una tbc. post primaria in allergia secondaria. Secondo lo schema di Ranke tale reazione intensa pleurica di natura perifocale che prelude ad un rapido affermarsi del terzo stadio potrebbe ben spiegare il decorso spesso benigno che ha la tbc. nei pleuritici di antica data nei quali l'allergia terziaria può raggiungere un notevole valore immunitario.

Clinicamente nella forma tipica la pleurite ha un inizio subdolo, il liquido permane a lungo e lascia anche aderenze che possono giungere fino alle retrazioni della gabbia toracica. La febbre è ostinata come in tutte le manifestazioni tbc.; si accompagna alle abbondanti sudorazioni proprie delle forme specifiche, inoltre il liquido si riproduce dopo la toracentesi varie volte ed anche allora il riassorbimento e di una lentezza talvolta esasperante. Ciò è forse dovuto come qualcuno ha sostenuto alle ridotte possibilità di drenaggio dei linfatici pleurici in seguito all'occlusione dei pori dell'endotelio per opera del fibrinogeno (Conte e De-Michelis).

Conseguenze di un simile decorso saranno le aderenze tra le lamine pleuriche viscerali, interlobari e parieto-viscerali che si formano di pari passo col diminuire dell'essudato. Vedremo come tali aderenze non da tutti gli A.A. sono state considerate sempre funeste nelle successioni morbose del pleuritico.

Un'altra evenienza frequente nella pleurite è la diffusione della flogosi ad altra sierosa che se è nell'altra pleura costituisce la pleurite doppia o bipleurite; se è al pericardio costituisce la polisierosite o malattia di Concato.

Tralasciando il quadro clinico della pleurite e delle sue complicanze che non interessano al nostro argomento; più importante per stabilire la prognosi della pleurite è lo stadio dell'infezione tbc. al momento dell'insorgenza della pleurite. Non vi è dubbio che nel quadro della infezione tbc.; nella successione delle allergie umorali esposte da Ranke la pleurite costituisce una tipica manifestazione del secondo stadio come anche Koester fin dal 1930 ha osservato.

Questo spiega due fatti che altrimenti sembrerebbero paradossali e cioè l'assenza di lesioni tbc. polmonari clinicamente accertabili in tali pleuritici e il decorso benigno della malattia. Quindi da un focolaio latente e clinicamente irreperibile ma in cui i bacilli possono virulentarsi parte l'infezione che per via linfo-ematica determinerà la generalizzazione del secondo stadio e per le condizioni allergiche del malato il più spesso avrà una prognosi buona. Ma questa guarigione non è ben spesso definitiva nei pleuritici; più esattamente la potremo chiamare una tregua in cui mercè il valido potere immunitario l'organismo ha potuto vincere la *poussée* di bacilli.

Non è però eccezionale osservare l'insorgenza di pleuriti in individui affetti da tbc. polmonare in atto, la evenienza è però più rara di quanto si possa supporre; perchè lesioni anche diffuse del parenchima se possono dare qualche incerto sfregamento all'apice difficilmente determinano una vera reazione pleurica essudativa. La sierosa in questi malati si comporta piuttosto in una maniera inerte perchè la III allergia del soggetto non presenta diffusione linfatica nè metastatica come nel II stadio, ma solo per contiguità. Secondo alcuni la pleurite dei tbc., esclusi i casi di pneumotoraci che hanno tutt'altra patogenesi, può avere un effetto benefico nel decorso ulteriore della malattia polmonare tanto che Galliard la ha qualificata « pleurite provvidenziale ».

Sulla patogenesi delle pleuriti essudative, l'accordo è praticamente raggiunto e non è difficile spiegarsi come l'infezione giunga alla pleura. Abbiamo già esposto come secondo le moderne vedute la pleurite debba intendersi come un fatto di generalizzazione della II allergia, e quindi essa sia una reinfezione endogena partita dal focolaio primario secondo il vecchio concetto di Baumgarten e Lubarsch.

Abitualmente un focolaio localizzato alle ghiandole bronchiali supera le barriere capsulari e crea una infiltrazione perivascolare di tubercoli che per via linfatica ed ematica raggiunge la pleura e determina la reazione siero-fibrinosa. Evidentemente la pleurite non può essere dovuta ad una reinfezione esogena come la ha concepita Puhl o Aschoff perchè tali possibilità non possono verificarsi che nel successivo stato immunobiologico che costituisce la III allergia.

Sempre nello stesso stadio di allergia si può ritenere che oltrechè per vie linfo-ematiche la pleurite possa esser dovuta ad un piccolo focolaio sottopleurico che per contiguità determini la reazione pleurica fibrinosa o sierosa come ha dimostrato Webb.

Arditamente da alcuni si è supposto che anche il bacillo tbc. talvolta giunge primitivamente alla pleura trasportato dai leucociti attraverso la corrente linfatica diretta. Entrato da una porta esterna quale potrebbero essere le tonsille giungerebbe alla rete linfatica pleurica. Grober ha dato la dimostrazione dell'esistenza di questa connessione.

Altra porta d'ingresso potrebbero essere anche le ramificazioni linfatiche degli intestini che, come ha provato il nostro Moscati, possono comunicare attraverso tronchi linfatici propri con la pleura.

La tendenza immunobiologica attuale ci fa però dubitare fortemente di tale infezione primitiva diretta, ma ritenere, come già ammisero altri fisiologi quali Calmette e Arloing e i nuovi studi degli anatomici tedeschi hanno confermato, che la localizzazione pleurica sia secondaria ad altra sede specie dei gangli linfatici del pilo e che da essi si diparta l'infezione.

Con ciò non si può escludere che anche nel I stadio dell'infezione possa il complesso determinare una pleurite come nel caso di Mazzeo che ha controllato anatomicamente un lattante di pochi mesi con abbondante essudazione sierosa e contemporaneamente ha riscontrato un grosso tubercolo primitivo sottopleurico. Ma questi casi di pleuriti durante l'allergia I rappresentano l'eccezione e non riguardano la maggior parte delle pleuriti che noi esaminiamo.

Quanto alle pleuriti insorte con l'allergia III di Ranke a tbc. polmonare isolata essa va intesa come una forma prodottasi per continuità in seguito a focolai dell'apice o del sottapice: di essa Corbini descrisse alcuni casi e recentemente Capaldo altri due con infiltrazione parailare; comunque queste pleuriti secondarie a tbc. clinicamente accertate non modificano, come vedremo, il decorso della malattia fondamentale.

* * *

Sebbene da quanto abbiamo esposto risulti come la pleurite tbc. sia sempre anatomicamente secondaria, clinicamente possiamo con Dieulafoy distinguere tre forme

a) Individui sani in cui nessun sintomo della infezione tbc. è dimostrabile ed in questi la pleurite è primitiva, franca;

b) Individui che hanno una tara ereditaria tbc. e che presentano segni di adeniti croniche o soffrirono di bronchiti a ripetizioni ma in cui la pleurite è primaria;

c) Individui affetti da tbc. polmonare.

A noi interessa esaminare solo i primi due gruppi che per gradi insensibili si confondono e costituiscono la comune pleurite siero-fibrinosa, perchè non è dal punto di vista prognostico utile nè facile dividere la reattività di soggetti con adenite laterocervicale da quelli con adenite ilare.

DIMOSTRAZIONE ETIOLOGICA. — Se esaminiamo per l'accertamento etiologico tutti i pleuritici clinicamente primitivi con la più semplice ricerca umorale, la cutireazione, l'alta percentuale di positività che possiamo riscontrare non ha purtroppo che un valore relativo per la grandissima frequenza di trovarla egualmente in individui sani; quando si pensi d'altra parte che un'anergia potrebbe darci una cutireazione negativa. Mazzeo della Clinica pediatrica di Napoli, nei bambini pleuritici ha avuto cutireazione positiva nel 68,8 % fino a due anni di età, ad età maggiore la positività saliva a 90 %; cifre molte alte in confronto ai bambini sani nei quali la positività dovrebbe essere molto più bassa stando almeno ai dati riferiti da Ilvento.

Elementi maggiori etiologici e prognostici della pleurite tbc. possiamo avere dall'esame del liquido pleurico ove con prove dirette o indirette possono ricercarsi i bacilli di Koch. La ricerca del bacillo riesce quasi sempre negativa nei comuni essudati; casi più spesso positivi si sono avuti negli empiemi, complicanza pleurica che noi non consideriamo.

Con il perfezionarsi dei metodi di indagine sono stati riscontrati nel liquido cocchi di varia grandezza e variamente colorabili ottenendo un certo numero di positivi ma la percentuale è sempre bassa; si deve però ricordare che questi casi hanno una cattiva prognosi perchè sono indice di una lesione parenchimale sottopleurica occultata dall'abbondante versamento. Ma niente ci vieta di ritenere oggigiorno che al virus filtrabile tbc., dimostrato e ammesso da numerosi AA., si possa con molta probabilità riportare la causa determinante della pleurite primitiva.

Interessanti a tal proposito sono le ricerche di Babayantz Kevork presso l'Istituto di Igiene dell'Università di Padova. Egli è giunto alla conclusione che accanto alle forme classiche esistono altre fasi biologiche del bacillo di Koch che possono riscontrarsi negli essudati pleurici, sotto forma di granuli di Much, di granulazioni cianofile di Vaudremer e di virus filtrabile. La difficoltà della dimostrazione di tali stati facoltativi o obbligatori del bacillo sarebbe stata superata dal Kevork, almeno per l'ultravirus, iniettando in animali da laboratorio l'essudato filtrato ed avrebbe ottenuto alterazioni anatomiche che si differiscono da quelle determinate dal classico bacillo. Egli con successivi passaggi senza filtraggio ha messo in evidenza elementi cocco-bacillari acido resistenti che gradualmente giungono all'elemento tipico di Koch con tutte le qualità biologiche culturali tubercolizzanti ad esso inerenti.

Che l'elemento tubercolare determinante la pleurite non debba essere il bacillo virulento da noi conosciuto nelle lesioni specifiche polmonari lo dimostrano anche le ricerche eseguite sugli animali con bacilli umani attenuati. Così ricordo che Zanetti istillando tali bacilli nella pleura del cane e del coniglio ha ottenuto un reperto anatomico che non è il classico tubercolo ma produzioni granulomatose che ricordano la tisi perlacea degli animali.

Molto più note sono le ricerche con l'inoculazione nella cavia ma anche in tal senso i risultati non sono univoci, hanno forse un certo valore prognostico sfavorevole nei casi con risultato positivo come desume Gaarde da una ricca statistica. La scarsità delle conclusioni di queste ricerche è dimostrata da queste cifre. Sisti su 18 essudati pleurici solo in 4 ha avuto la tubercolizzazione dalle cavie inoculate; la cifra del 50 % di positività data da Eichorst non è stata confermata dalle ricerche recenti.

Un'altra difficoltà della dimostrazione batteriologica del bacillo nel liquido pleurico è da ricercarsi nel fatto che l'essudato ha un potere battericida sul bacillo di Koch per lo stato allergico in cui viene a trovarsi l'individuo e quindi rende incoostante il reperto del bacillo. Il fenomeno è poco noto mentre esso ha grande importanza prognostica come indicatore del potere immunitario del malato.

Già Courmont aveva dimostrato qualche decennio fa che lo sviluppo di colonie

di bacilli tubercolari in acqua peptonizzata e glicerinata si fa lenta e scarsa se nel terreno si aggiunge liquido pleurico; se poi la semina dei bacilli si fa nel liquido pluerico semplice lo sviluppo non avviene quasi mai. La conferma che lo sviluppo e spesso la morte dei bacilli sia dovuto alla presenza di anticorpi specifici e non già a deficienza del terreno nutritizio è data dallo sviluppo lussureggiante che assume una colonia tubercolare se la semina è stata fatta in essudato pleurico di sicura natura non specifica.

Recentemente Courmont insieme a Garder ha voluto vedere se tale potere battericida cessava con il riscaldamento a $+56$; ma il permanere di esso ha dimostrato come l'azione battericida non sia dovuta alla alessina ma ad un fattore termostabile che si può avvicinare alla leucina, sostanza che si estrae dai globuli bianchi. Il potere battericida depone per la natura specifica ma maggiore è il valore prognostico che si può desumere da tale proprietà perchè gli stessi AA. hanno dimostrato che tanto migliore era la prognosi quanto maggiore era risultato il potere battericida.

L'essudato specifico oltre la qualità battericida ne ha anche una agglutinante diretta sui bacilli tbc.; questa qualità è molto più sensibile della iniezione nelle cavie; Sisti mentre ha ottenuto una tubercolizzazione nelle cavie che non ha raggiunto il 25 %, ha avuto l'agglutinazione delle culture superiore all'85 %.

Queste considerazioni mentre da un lato hanno un non disprezzabile valore prognostico nel decorso ulteriore della pleurite ci spiegano dall'altro perchè le ricerche dirette del bacillo sull'essudato quasi sempre falliscano allo scopo. La pleurite rappresenta una iperreazione allo stimolo tbc.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE. — Per la diagnosi differenziale che più abitualmente si presenta tra la pleurite tbc. e la pleurite reumatica oltre molti altri criteri anamnestici May e Staehlin hanno proposto di tener conto del tasso di albumina nel versamento che si ottiene facilmente col dosaggio refrattimetrico; perchè mentre nei reumatici l'albumina non supera il 38 %, nelle forme tbc. sarebbe sempre superiore al 40 % e ciò per le differenti caratteristiche delle due flogosi.

Pochi anni fa, al XX Congresso francese di Medicina, Lafforgne e Andrieu, hanno anche dimostrato come possano talvolta pleuriti clinicamente reumatiche essere invece di natura specifica pur presentando l'essudato un sedimento scarso di linfociti; e l'inoculazione ha confermato la specificità della forma; gli stessi AA. hanno chiamato queste pleuriti parareumatiche.

FORME CLINICHE SPECIALI. — Prima di esporre criteri prognostici sulle pleuriti tbc. in base agli elementi sovraesposti meritano di essere ricordate, tralasciando le forme classiche di pleurite esposte in tutti i trattati, due quadri clinici recentemente catalogati in base ad elementi radiologici.

Una di esse è classificata come pleurite interlobare che se non supera il carattere di scissurite e periscissurite costituisce un processo consensuale al complesso primario; l'altra questa interlobite è secondaria a tbc. polmonare e la pleura presenta la flogosi reattiva. Questa può aver azione di valida barriera ostacolando il diffondersi del processo oppure più spesso presentare scarsa essudazione fibrinosa che porta ad aderenze ed ispessimenti.

L'altra forma clinica è la pleuro-corticalite che riguarda una flogosi iniziata dalla pleura che si diffonde alla corteccia del parenchima ed ha sostituito il termine inesatto di cortico-pleurite. Interessante è rilevare che queste forme hanno il quadro soggettivo della pleurite, come dolore puntorio, tosse secca, febbre di tipo. Ma obiettivamente presentano in parte segni della polmonite così il fremito è aumentato o diminuito mai abolito, l'ipofonesi spiccata ma spesso a percus-

sione leggera appena apprezzabile. All'ascoltatore il murmure è variabile, aspro, soffiante fino a costituire il soffio tubo-pleurico di Besançon e De Joung. Talvolta poi il murmure manca del tutto.

Si possono nelle pleuro-corticaliti ascoltare sia sfregamenti sia rantoli crepitanti «paradossali» così detti perchè la rigidità del parenchima li fa sembrare espiratori mentre si determinano alla fine dell'inspirazione.

La prognosi di questa speciale pleurite descritta solo da pochi anni è in complesso buona; la diagnosi è basata molto sulla dimostrazione radiologica. Interessa rilevare che la spiegazione del decorso benigno di tali pleuriti è dovuto forse al fatto che gli ispessimenti pleurici si prolungano nel parenchima con filoni connettivali che sepimentano e cicatrizzano la lesione specifica. È questa un'azione benefica di induramento polmonare d'origine pleurica che non deve essere dimenticata accanto alle molteplici azioni fisiche e immunologiche delle pleuriti.

LA PROGNOSI DEL PLEURITICO. — Ammesso come abbiamo visto all'inizio che la pleurite sia abitualmente una manifestazione secondaria ad una lesione tbc. in atto, come influenzerà essa il decorso ulteriore della infezione specifica? Anche questa questione che è intimamente legata all'interpretazione patogenetica della pleurite, ha avuto risposte non sempre concordi. Così vediamo che molti propendono per il valore benefico della pleurite nella malattia in atto come tra i più recenti osservatori concludono Corbini, Bartolotti, Mora, Soglia, Pirani in Italia e all'estero Koester, Loeben e numerosi altri. Ma specie in base ad elementi statistici Besançon ed altri osservatori hanno concluso in tutt'altro senso, vi è infine chi sostiene che la pleurite non modifica la prognosi di un processo tbc. già insorto o che successivamente sorgerà.

Ed argomenti anche per queste opinioni che contrastano con il criterio benefico dominante oggigiorno non mancano; così che la pleurite non attenui il decorso sarebbe dimostrato da quelle speciali pleuriti descritte da Piery in cui il versamento pur predominando nel quadro clinico si accompagna ad una miliare acuta con splenomegalia, febbre alta e notevole affanno. Anche la pleurite primitiva di Grau di origine ematogena che precede il disseminarsi dell'infezione al parenchima in molteplici e piccoli nodi deporrebbe nello stesso senso.

Che la pleurite non abbia alcuna influenza sopra un processo specifico polmonare è molto probabile accada nei tbc. polmonari conclamati con pleurite intercorrente (Corbini). Per alcuni A.A. anzi essa avrebbe azione piuttosto nefasta e questa è anche la nostra convinzione tratta dall'osservazione in reparti specializzati.

A tal riguardo Pettingill e Stanhope affermarono anni fa che i 9/10 dei tbc. polmonari a cui era sopravvenuta pleurite in base a dati statistici morirono entro 3 anni.

In soggetti che invece divengono specifici clinicamente dopo vari decenni dall'epoca della pleurite, si può ammettere con Aschoff una superinfezione dall'esterno e che la vecchia pleurite non abbia alcun effetto. Prevalgono però di gran lunga i pareri che depongono per l'utilità della pleurite pregressa. Ma quale sia il meccanismo di azione di questa è difficile poterlo stabilire e le tre teorie avanzate tanto la meccanica, l'istogena e la umorale hanno tutte qualche parte di vero come ora vedremo.

Le aderenze parieto-viscerali dei foglietti pleurici e maggiormente le interlobari modificano notevolmente la cinematica dei lobi polmonari che mentre in condizioni normali scivolano sul rivestimento parietale l'uno sull'altro vengono ad essere ostacolate in tali movimenti. Orbene tale immobilizzazione meccanica se avviene secondo certe direzioni potrà essere di utile riposo e permettere lo svolgersi del processo di

riparazione; se invece le aderenze determinano una trazione l'azione sarebbe dannosa. Bordet crede che l'azione benefica sia dovuta alla stabilità del mediastino per le aderenze che nella pleurite possono formarsi stabilendo delle solide travate.

Anche l'essudato pleurico agendo come un pneumotorace compressivo sarebbe di miglior effetto fisico-meccanico. Ma Soglia a tale proposito da una sua statistica sulla differenza prognostica tra le pleuriti secche e le pleuriti essudative trae conclusioni diverse avendo avuto esito favorevole nel 72,9 % delle prime e solo del 55,6 % per le pleuriti essudative.

Della stessa opinione sono anche Scheel e Foien che trovano il 30 % di complicanze polmonari nelle pleuriti essudative abbondanti, complicanze che scendono invece al 20 % nelle pleurite secche; Leuret nota lo stesso fenomeno con una differenza ancora maggiore tra le due forme passando dal 28 % di complicanze per le pleuriti secche al 51 % per le pleuriti siero-fibrinose.

Moretti che come Bortolotti e Pirani propende per la teoria meccanica ritiene che la riduzione dell'espansione polmonare in seguito alla compressione e allo stiramento favorisca la sclerosi come accade nel pneumotorace, nella frenicoexeresi e nella toracoplastica.

Cova in pleuritici da pneumotorace ha potuto anche seguire con il toracoscopio come la essudazione dapprima solo fibrinosa in un punto vada scendendo lungo la pleura viscerale come una goccia di cera e solo dopo si generalizzi determinando la essudazione.

È difficile comunque dire se l'azione di difesa sia maggiore nella pleurite fibrinosa come sostengono la maggior parte degli A.A. o quando invece si giunge alla pleurite essudativa.

I risultati di una mia ricerca in soggetti affetti da tbc. polmonare e che riporto nelle pagine seguenti propende, sebbene non sia decisiva sotto tale riguardo, per la maggior benignità nelle forme secche. In ogni modo si può ritenere che pleuriti secche con sintomatologia scarsa possono essere molto più frequenti di quelle accertate, poichè il malato stesso può non far caso al disturbo ed in tal modo giungere ad una guarigione senza controlli medici.

Anche la concezione istogena deve ugualmente essere ricordata perchè lo stimolo istiocistario può contribuire attraverso il sistema reticolo-endoteliale e la formazione di travate connettivali a bloccare il progredire del processo tubercolare. Gli esiti pleuritici che quotidianamente si riscontrano al tavolo anatomico depongono in tal senso, perchè le placche e le aderenze connettivali possono continuarsi in profondità in un vero indurimento corticale, e talora raggiungere gradi di sclerosi pleuropolmonari accentuate. Uguale significato devono avere le calcificazioni pleuriche che si riscontrano specie nelle scissure in individui anziani portatori di vecchie lesioni tbc.

La teoria umorale è quella che oggi però nello studio dell'infezione tbc. raccoglie i maggiori consensi. Già Marfan nel 1886 aveva notato che un individuo in precedenza sofferente di scrofolosi difficilmente si ammala di una forma grave di tbc. polmonare, ugualmente accade nella tubercolosi ossea e nel lupus. Questo concetto della allergia di un individuo già infettato in precedenza era ben conosciuto dopo l'esperienza di Koch con il fenomeno che da lui prende il nome. Anche l'altro più interessante terapeuticamente chiamato fenomeno di Calmette-Guerin e che consiste nella scarsa resistenza dei disturbi presentati ad inoculazione di dosi mortali di bacilli in animali tubercolizzati in precedenza, conferma il principio immunitario.

Questi stessi concetti erano espressi fin dal 1896 dal Maragliano allorchè poté dimostrare che le proteine tubercolari determinano una immunità; successivamente Sivori e Rebaudi sono giunti anche alla dimostrazione quantitativa degli an-

ticorpi specifici. Oggi che si sono riveduti i vecchi concetti semplicisti dell'epoca batteriologica e Ranke ha riunito gli sparsi capitoli dell'infezione tubercolare in una catena unica nella quale gli stati allergici dell'organismo sono ben individualizzati nella loro successione, la pleurite può essere veramente considerata come una reattività tumultuosa di fenomeni perifocali di valore notevole. Ricordo che Neumann ritiene che per lo stabilirsi di una pleurite occorra oltre l'allergia una discreta virulenza dei bacilli nel focolaio parenchimale sottocorticale.

Concludendo possiamo dire che nella pleurite il potere difensivo viene notevolmente esaltato nelle cellule dei vari tessuti ammalati per opera del fattore umorale.

Ma a seconda dei casi anche l'elemento meccanico ha la sua azione benefica come testimonia il pneumotorace terapeutico ed infine nel fibrotorace anche l'istiocitaria trova la sua parte di conferma.

RICERCHE RADIOLOGICHE. — Oggigiorno i perfezionamenti radiologici ci permettono di accertare lesioni pleuriche lievi che altrimenti ci sfuggono. Lenarduzzi e Galifi hanno richiamato recentemente a tal riguardo l'attenzione sulla possibilità di accertare, inviando il fascio di luce di coltello anzichè di faccia sulla pleura, queste alterazioni che consistono in ispessimenti, dentellature o ramificazioni della normale ombra pleurica capillare. Ma la radiologia oltre a questi nuovi dati che non hanno però clinicamente grande importanza ci ha dato la dimostrazione delle periscissuriti, delle pleuriti interlobari, mediastiniche di Pincherle, tra le pleuriti diffuse quella lamellare di Fleischner e quella avvolgente di Viola detta pure a camicia dal Palmieri.

Ma di maggior utilità possono essere per il valore prognostico che rappresentano i postumi radiologici della pleurite. Banfi ne distingue tre gradi: vicino a forme negative, altre, che prevalgono di gran lunga, presentano aderenze del seno costodiaframmatico e della pleura diaframmatica fino a giungere ad opacità della zona toracica corrispondente. In un ultimo gruppo cataloga i casi di postumi di pleuriti mediastiniche di accertamento solo radiologico.

REPERTO CLINICO DEGLI ESITI DELLA PLEURITE. — Accanto alle modificazioni radiologiche delle infiammazioni della sierosa il reperto obbiettivo mantiene però sempre il suo indiscusso valore. La grande frequenza con cui si stabiliscono esiti apprezzabili della pleurite è dovuto al decorso lungo, spesso lunghissimo della flogosi tubercolare.

Spesso è un semplice ispessimento o intorbidamento della parete pleurica, ma talvolta le due pareti opposte finiscono con aderire per l'organizzazione della fibrina dovuta a gettoni fibroblastici ricchi di vasi che si avanzano dalla superficie disepitelizzata. Il riassorbirsi del liquido pleurico fa sì che verso i seni costo diaframmatici le aderenze si stabiliscano precocemente e di là salgano verso il medio-torace.

La pleurite cronica che così si viene a stabilire è ricca di pseudo-membrane e di aderenze tanto frequenti a riscontrarsi nel cadavere. Il processo fibroso può giungere, se è molto intenso, a provocare una retrazione che imbriglia come in una capsula il polmone e contemporaneamente attraverso la pleura parietale può determinare una retrazione del torace nella zona corrispondente.

Quali alterazioni alla cinematica polmonare si stabiliscono in tali pazienti è facile immaginare; non solo per il restringimento della cavità toracica ma i coltroni e le aderenze parieto-viscerali modificano completamente il normale scorrimento dei due foglietti pleurici.

Clinicamente negli esiti delle pleuriti, specie in soggetti adolescenti e se si sono stabilite sinechie vaste, la depressione della parete toracica può raggiungere un grado rilevante determinando un restringimento degli spazi intercostali fino a dare scoliosi

con concavità dal lato affetto. L'emitorace ha un perimetro minore che quello sano, la spalla è abbassata, e i movimenti respiratori sono diminuiti. Continuando l'esame obbiettivo la palpazione fa rilevare aumento o diminuzione del fremito, alla percussione si nota ipofonesi alla base e riduzione della espansione.

All'ascoltazione il murmure è indebolito e talvolta accompagnato da sfregamenti. Questi si riscontrano oltre che nella pleurite secca, anche nella essudativa durante il I° e maggiormente nel III° periodo quando cioè l'assenza o il riassorbimento del liquido permette che le due superfici delle sierose divenute scabre vengano a contatto tra loro. In quest'ultimo caso spesso persistono a lungo per molti mesi, non raramente anche dopo alcuni anni si potrà apprezzare lo sfregamento se si ha l'accortezza di ricercarlo in certe zone ove persiste più a lungo. Potremo allora anche qualche anno dopo la pleurite avvertire qualche sfregamento alla base del torace lungo il seno costo-diaframmatico nelle regioni laterali e posteriori del torace.

Si comprende come allorquando esistano esiti rilevanti, come questi a cui abbiamo accennato, il parenchima polmonare venga ostacolato nel suo movimento di espansione e di scorrimento sulla sierosa parietale. Così potranno alcuni lobuli essere sottoposti ad abnorme trazione esterna per aderenze parietali ed ostacolare la libera espansione di altri, facilitando zone di atelettasia. Queste zone polmonari minorate fortemente nella loro fisiomeccanica rappresentano, come è facile intuire, un elemento importantissimo di diminuita resistenza ad una qualunque infezione che giunga ad esso e soprattutto al bacillo Koch di cui la pleurite rappresenta già una reazione allergica. L'indoversi del bacillo in un lobulo polmonare ad alterata ventilazione certamente modifica molto la successione dei fenomeni istopatologici che si verificano nei lobuli a ventilazione normale.

La frequente tbc. polmonare nei soggetti affetti da gibbus e il semplice ricordo della predilezione apicale della tbc. appunto per la minore espansione fanno comprendere il grande peso prognostico che hanno questi esiti nello sviluppo ulteriore della tbc. polmonare. È bensì vero che oggigiorno la tbc. isolata dall'apice viene considerata allorchè si presenta quale forma chiusa, come relativamente benigna, ma ciò non contrasta con il dato di fatto della grande frequenza di queste localizzazioni a scarsa ventilazione. Quanto poi allo stabilirsi di focolai specifici contribuisca oltre la stenosi bronchiolare la stasi linfatica, la minor irrorazione sanguigna e la trazione nelle fibre elastiche lungo l'asse di elasticità del polmone come recentemente ha ritenuto Orsos della scuola di Loeschke è questione ancora da risolvere.

Questi ricordi di fisiopatologia polmonare indicano quanto entrino nella prognosi lontana della pleurite gli esiti che vengono a riscontrarsi nel soggetto in esame. Fortunatamente la maggior parte delle pleuriti sierose non giungono che raramente a dare esiti permanenti gravi; abitualmente entro uno o due anni le tracce di essa clinicamente sono appena riscontrabili. È però evenienza quotidiana osservare con un esame accurato reliquati di una pregressa pleurite come una base che si espande poco; un fremito aumentato o diminuito, un murmure debole o uno sfregamento rude nei profondi atti respiratori.

Tali piccoli segni rivelatori dovranno essere in occasione di una visita per assicurazione accuratamente raccolti dal medico e vagliati nello stabilire un giudizio prognostico.

STATISTICA PROGNOSTICA. — Nel campo statistico della prognosi dei pleuritici i risultati sono differenti per i criteri usati dai vari Autori nella classifica sia perchè praticamente è molto difficile distinguere i casi di pleurite primitiva da quelli in cui la pleurite non è che un episodio nel decorso di una tbc. polmonare, magari ignorata, sia infine perchè il periodo di osservazione dopo la pleurite va da pochi anni fino a 15-20 anni.

Deve pure essere tenuta presente l'epoca di insorgenza della pleurite; così nei bambini essa è di prognosi molto migliore che negli adulti. Questo fatto può essere spiegato con la maggiore frequenza della pleurite di natura reumatica nell'età infantile, oppure può la pleurite essere a tale età non raramente secondaria a malattie infettive.

Nell'infanzia è pure frequente la pleurite specifica secca diaframmatica di diagnosi soltanto radiologica con aderenze ed opacità nel seno costo-diaframmatico; tali forme sulle quali Muggia ha recentemente richiamata l'attenzione sono spesso secondarie a corticopleuriti di natura specifica e di decorso benigno. Ma se queste forme dimostrano come le pleuriti secche siano nell'infanzia più frequenti di quanto non si creda, non si può estendere alle altre pleuriti clinicamente diagnosticate un criterio prognostico troppo favorevole.

È poi da rilevare come osserva Comby che le pleuriti sierofibrinose sono più frequenti nella seconda che nella prima infanzia e rare nel lattante. La natura quasi costantemente specifica di queste pleuriti sarebbe provata dalla positività della cutiriazione che lo stesso autore ha riscontrato sempre in 152 bambini pleuritici esaminati.

Tuttavia la pratica quotidiana conferma che anche se la natura è specifica i casi di svolgimento successivo della tbc. polmonare è molto rara in tale età e il più spesso lo scarso liquido si riassorbe rapidamente e la guarigione clinica avviene completamente. Si tratta probabilmente di soggetti in II allergia o di rare reazioni perifocali della I allergia; comunque di prognosi nettamente buona. Basta osservare la tabella n. 3 e il Grafico II che ho ricavato dall'esame di mille tbc. polmonari per concludere che questi malati se hanno sofferto di pleurite ciò è stato con maggiore frequenza nella adolescenza e nella prima giovinezza.

Tutte le statistiche sull'avvenire dei pleuritici adulti presentano sempre una notevole percentuale di tbc. polmonare; ecco in proposito alcuni dati esposti dagli AA. negli ultimi anni.

Pettingill e Stanhope trovano che il 56 % dei vecchi pleuritici viene in un periodo di tempo variabile, ma in media di 3 anni e 9 mesi, colpito da tbc. polmonare e di questi il 33 % ne vengono a morte, quindi il 13 % dei pleuritici sarebbe candidato a morire di tbc. polmonare. Per tali AA. la pleurite è quindi una manifestazione tbc. di notevole gravità prognostica e sebbene si possa obiettare che il numero dei casi da loro considerati è piuttosto esiguo, l'interesse per noi del lavoro è dato dal lungo periodo di osservazione dei pazienti e che raggiunge circa 20 anni. Gli stessi osservano quanto abbiamo rilevato anche noi per quanto riguarda l'età di insorgenza della pleurite e le complicanze polmonari e precisamente la massima pericolosità si è avuta dopo le pleuriti insorte verso i 24 anni. Una percentuale di tbc. polmonare molto più bassa in soldati già pleuritici ha trovato Brulet raggiungendo solo il 15 %; mentre trova negli stessi pleuritici l'8 % con complicanze tbc. extrapolmonari ossea e ghiandolare.

Scheel e Foier in una ricca statistica di circa 1000 pleuritici trovano che il 50 % di essi è compreso nell'età 16-25; che il 24 % di coloro che soffrirono di pleurite ammalano di tbc. polmonare entro un periodo medio di osservazione di 5-10 anni. La morbosità massima per l'affezione polmonare Scheel la trova nei primi tre anni, con le percentuali di 10,2 %, 4,4 % e 4,2 % con un totale del 19 % sul totale di 25 % in tutti gli anni di osservazione. La mortalità raggiunge un totale del 9 % di cui la maggior parte si ha nei primi 4 anni con un massimo di 2,8 % nel primo anno che scende all'1,7 % nel quarto anno.

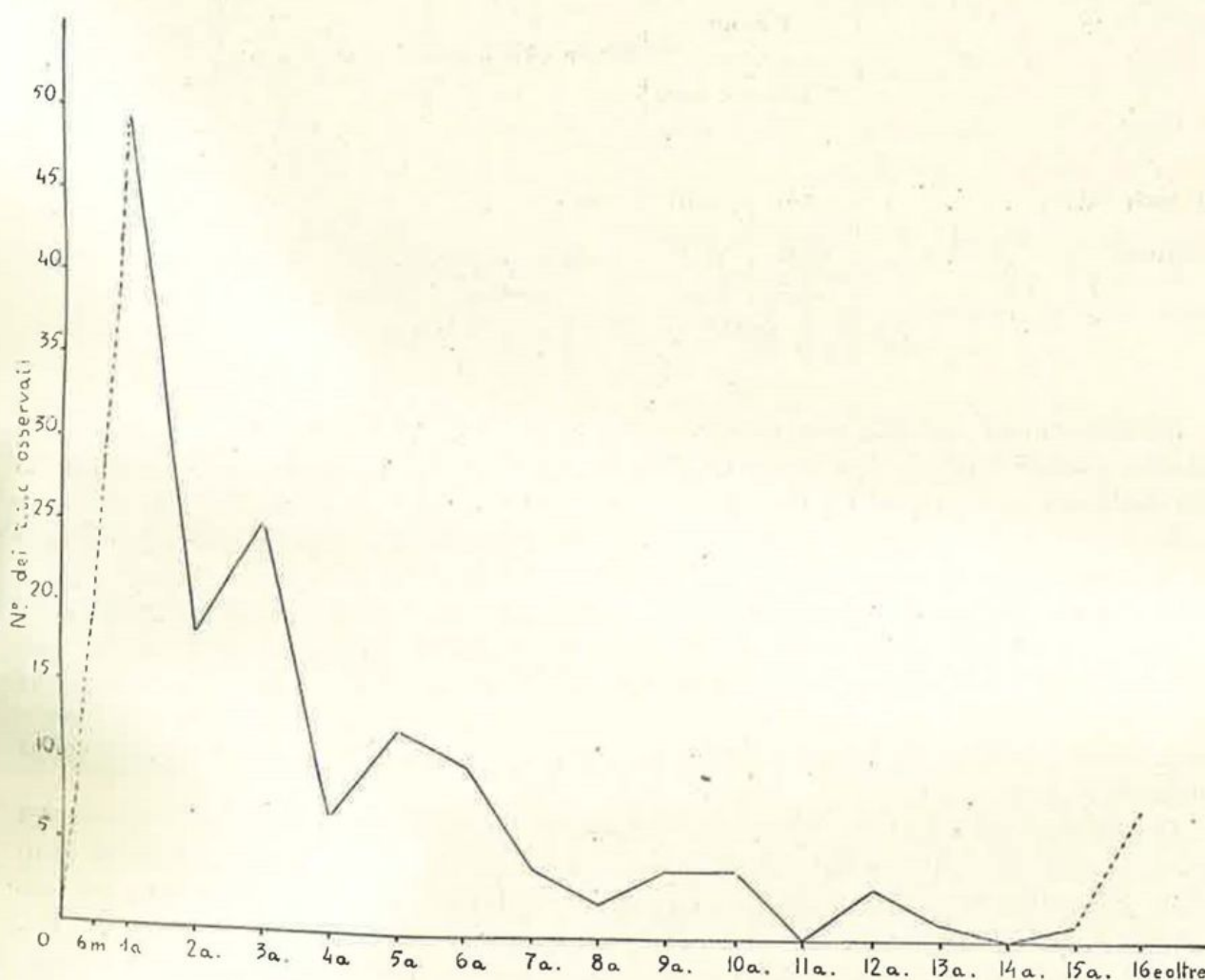
Una percentuale ancora maggiore di tubercolosi nei vecchi pleuritici ha presentata Borelius dalle cui statistiche di 200 casi risulta che la morbosità clinica pol-

monare era del 39,8 % e radiologicamente si poteva dimostrare una lesione specifica nel 66 % dei pleuritici osservati.

Gaarde nello studio delle sole pleuriti con versamento ha trovato una mortalità del 22,50 % per tubercolosi polmonare, anche egli nota la forte percentuale nei primi tre anni che seguono la pleurite, nel qual periodo raggiunge il 75 % della intera mortalità. Anzi Gaarde giunge a concludere che se entro il quinto anno dalla pleurite non si sono manifestati fatti umidi questi individui sono garantiti da qualunque ulteriore complicanza polmonare.

Se dall'esame dei vecchi pleuritici si passa a quello dei ricoverati in sanatorio e si ricerca quanti di questi soffrirono di pleurite troviamo anche una percentuale non indifferente. Leuret e Secousse recentemente occupandosi delle forme cliniche della tbc. pleuro-polmonare trovano nello studio di oltre 1000 specifici circa l'11 % di preesistente e concomitante pleurite secca e sierofibrinosa con una percentuale di mortalità del 9,90 % di essi.

RICERCHE STATISTICHE PERSONALI. — Ho voluto fare qualche ricerca in proposito al Reparto Sanatoriale Donne di S. Giovanni in Roma (III Sezione, Primario Prof. Ciuffini che vivamente ringrazio per avermi permesso tale consultazione) e dall'esame di 1000 schede ho avuto i seguenti risultati che riassumo brevemente.



GRAF. I. — Tempo intercorso tra la pleurite e le manifestazioni t. b. c. polmonari.

Il numero di pleuritici è risultato di 148, ciò che corrisponde al 14,8 % dei tbc. osservati; ma la percentuale è forse bassa perchè non raramente nell'anamnesi rac-

colta non è stato domandato questo dato in modo speciale; infatti raccogliendo la notizia direttamente a voce da un gruppo di 100 malate ho ottenuto circa il 25 % di pleurite nell'anamnesi. La ricerca mantiene però sempre il suo valore per quanto riguarda il dato che a noi maggiormente interessa, cioè il tempo intercorso tra la pleurite e l'insorgenza della lesione polmonare.

Sull'importante questione sia dal punto di vista assicurativo che da quello sociale aveva a Roma richiamato l'attenzione Romanelli fin dal 1916 in alcune tabelle dalle quali risultava che il 46,24 % della tbc. polmonare in questi soggetti era già apparsa nel primo triennio dopo la pleurite. Ho espresso in un grafico (Graf. I) le risultanze della mia ricerca per rendere ancora più evidente questo fenomeno.

Nella tabella seguente risultano i casi assoluti e percentuali delle mie ricerche; notevole soprattutto la grande frequenza di tbc. [manifestatesi nel II semestre dopo la pleurite ed in proporzione anche quelle che sono state riconosciute oltre il V anno.

TABELLA 1.

Epoca di insorgenza della tbc. polmonare dopo la pleurite.
(Ospedale di S. Giovanni - III Sezione Sanatoriale)

	I anno		II anno	III anno	IV anno	V anno	Altri anni	TOTALE
	1° sem.	2° sem.						
Casi osservati ¹	19	30	18	25	7	12	37	148
Percentuali	12,84	20,27	12,16	16,89	4,73	8,11	25	100
	33,11		41,89				25	100

Risulta anche da essa che complessivamente entro il I anno già una forte percentuale, cioè il 33,11 % dei pleuritici candidati alla tbc., presenta dei segni clinici della malattia polmonare. Certamente in molti di questi la pleurite è un episodio che ha messo in evidenza un focolaio infiltrativo ignoto allo stesso malato, focolaio che ha continuato il suo decorso, ma in non pochi casi la pleurite è stata l'inizio di una forma clinica che insensibilmente è divenuta successivamente polmonare.

Alta è anche la percentuale di tbc. che si manifesta nel II e III anno; raggiungendo un totale nel periodo triennale del 62,16 %. Ma come vediamo, anche dopo questo intervallo, il pericolo, pur essendo diminuito, è ben lontano dall'essere scongiurato definitivamente, e il limite del rischio posto a 5 anni da Gaarde è senza dubbio troppo basso.

Difatti dal mio grafico risulta che in 8 casi (parte tratteggiata), cioè il 5 % dei malati, la pleurite era di antica data risalendo da 16 ad un massimo di 39 anni avanti. Si tratta probabilmente di reinfezioni esogene di Aschoff ma non si può escludere clinicamente una latenza tanto lunga.

Dal punto di vista assicurativo però dobbiamo ritenere che mentre nel I anno dalla sofferta pleurite non si può accettare alcun rischio in quanto il processo parenchimale profondo può dimostrarsi clinicamente nel periodo stesso, niente ci vieta di accettare in un successivo periodo di tempo i pleuritici dopo un'accurata visita medica.

Non vi è dubbio però che anche dopo aver trascorso l'anno i casi di tbc. polmonare non raramente si manifestano in questi soggetti. Nella mia statistica tali casi raggiungono la notevolissima percentuale del 66,89 % di cui 41,89 % dal II al V anno ed è con questo criterio clinico e di giusta garanzia per l'Ente assicuratore che si accettano in assicurazione pleuritici di vecchia data con soprapremio a rischio decrescente. La nostra statistica conferma completamente il giudizio clinico e le norme di assunzione dei rischi.

Quanto al criterio sul maggior rischio prognostico della pleurite essudativa rispetto a quella secca, come ho già detto, pur avendo osservato nell'anamnesi di tali tubercolosi questo predominio, il risultato non è probatorio avendo nella scheda trovato un numero notevole di pleuriti indeterminato.

Infatti risultano le seguenti cifre assolute e percentuali:

TABELLA 2.

				Casi osservati	Cifre %
Nell'anamnesi di 1000 tbc. polmonari la pleurite è stata:	{	Essudativa . . .		70	47,30
		Secca . . .		58	39,19
		Indeterminata . . .		20	13,51
		TOTALE . . .		148	100,00

Quanto all'epoca in cui era insorta la pleurite in questi tbc. prevale nettamente come già abbiamo ricordato il decennio 15-24 che comprende il 49 % dei casi in esame come risulta in dettaglio da questo prospetto (Tab. 3) e dal grafico II. Notisi anche la notevole frequenza di tali pleuriti del decennio 25-34 di età.

TABELLA 3.

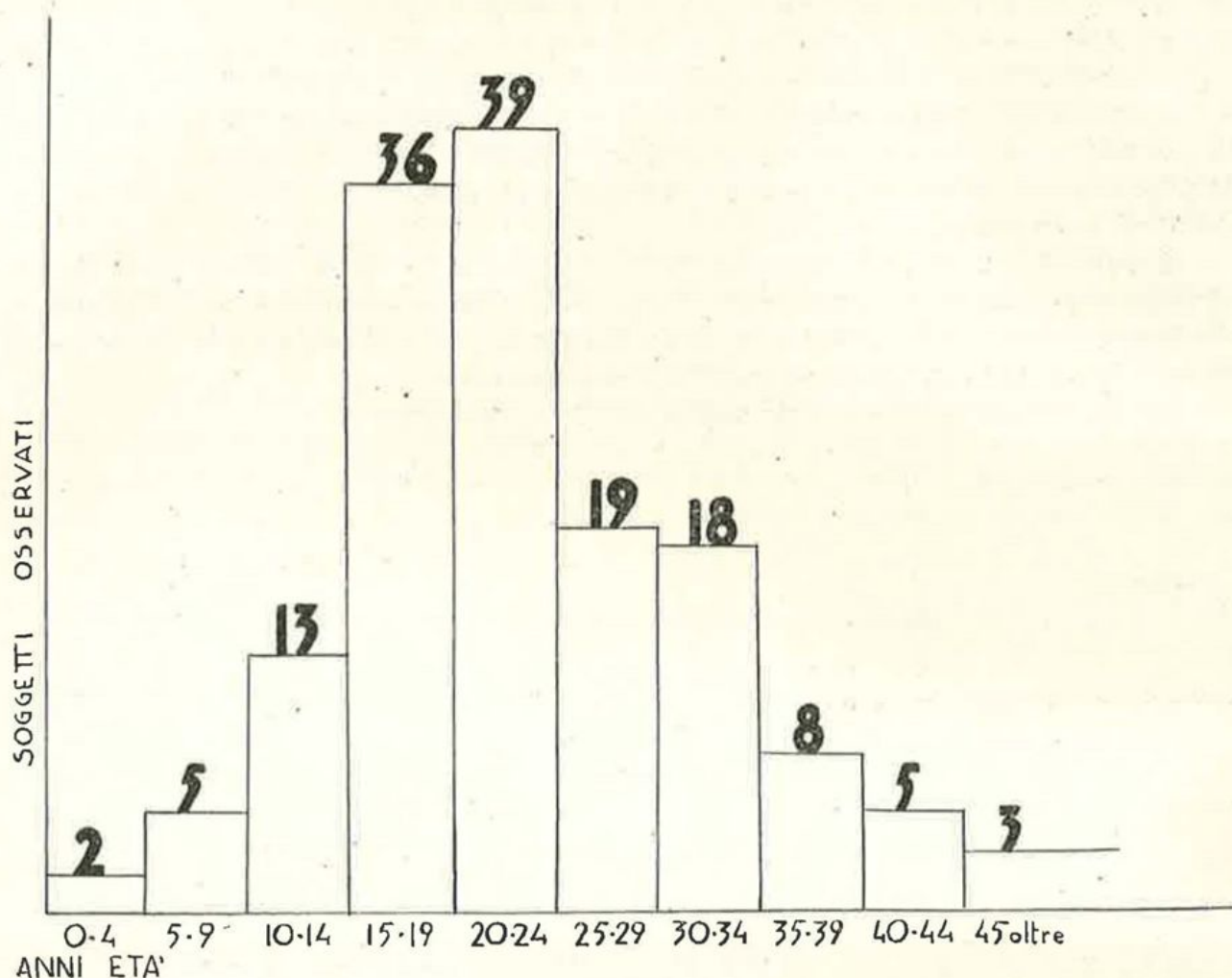
Età di insorgenza della pleurite in soggetti successivamente colpiti da tbc. polmonare.

(Ospedale di S. Giovanni - III Sezione Sanatoriale).

	GRUPPI DI ETÀ										Totale
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 oltre	
Casi osservati . . .	2	5	13	36	39	19	18	8	5	3	148
Percentuali . . .	1,35	3,38	8,78	24,32	26,35	12,84	12,16	5,41	3,38	2,03	100

La maggior frequenza delle pleuriti in tali gruppi di età è molto probabilmente in rapporto al particolare stato immunobiologico degli individui verso i 15-24 anni e che corrisponde alla II allergia di Ranke.

Riporto infine dalle schede delle malate i gruppi professionali ricordando però che si tratta di donne e che negli ospedali la degenza è esclusivamente di classi non abbienti.



GRAF. II. — Età all'insorgenza della plenrite in soggetti successivamente colpiti da t. b. c. polmonare.

TABELLA 4.

Professioni delle donne affette da tubercolosi polmonare che in precedenza soffrirono di pleurite.

(Ospedale di San Giovanni - III Sezione Sanatoriale).

Impiegate	6
Sarte, modiste, ecc.	12
Donne di servizio	14
Donne di casa	111
Professioni varie	5

DATI DELL'I.N.A. - Sono passato poi ad esaminare sui dati ricavati dalle schede degli assicurati dell'Istituto quanti di questi risultano aver sofferto pleurite, quanti sono i sinistrati per la stessa causa e quale è il numero dei rifiutati per pleurite.

Dato il forte numero di assicurati le ricerche praticate riguardano solo i nuovi contratti emessi nel triennio 1928-1930 con visita medica. Sopra un totale di 55.999 ho trovato 1915 individui pleuritici su dichiarazione dell'Assicurando all'ingresso, cioè circa il 3,25 %. Di questi solo in undici casi l'esame obbiettivo fece rilevare degli esiti notevoli mentre in tutti gli altri la pleurite dichiarata non fece rilevare che una guarigione clinica completa o esiti di entità trascurabile.

L'esame della tabella seguente fa rilevare che tra i vecchi pleuritici, nonostante la mancanza di elementi obbiettivi specifici, il sottopeso è abbastanza frequente rappresentando circa il 28,20 % mentre è scarso il forte soprappeso (Tab. n. 5). Da ciò si può desumere come tali individui presentino una maggiore labilità costituzionale alle infezioni in genere e facilmente siano preda di una infezione polmonare specifica.

TABELLA 5.

La pleurite progressiva negli assicurati dell'I. N. A. nel triennio 1928-1930 (c. v. m.).

TIPI DI COSTITUZIONE SOMATICA		Cifre assolute	Cifre percentuali
0	normale	959	50.08
1	sottopeso lieve	284	14.83
2	» dal 10 % al 20 %	233	12.17
3	» dal 20 % al 30 %	22	1.15
4	» dal 30 % al 40 %	1	0.05
5	» oltre il 40 %	—	—
6	soprappeso lieve	360	18.80
7	» dal 30 % al 50 %	53	2.77
8	» dal 50 % al 70 %	3	0.15
9	» oltre il 70 %	—	—
TOTALE		1.915	100.00

Non vengono nei pleuritici assicurati descritte complicanze con altre malattie perchè se si riscontrano in questi soggetti lesioni di sospetta natura tbc. come catarro bronchiale cronico, lesioni ossee torpide o di altri organi i rischi non sono abitualmente ritenuti accettabili ma sono rifiutati, come vedremo tra pocoin un'altra tabella.

I nostri assicurati già pleuritici e che nel periodo in esempio raggiungono il numero di 1915, classificati per gruppi professionali si presentano in maggior numero nelle categorie di liberi professionisti ed impiegati come risulta dalla tabella n. 6; è da notare però che tale prevalenza è da riportarsi alla grande diffusione dell'assicurazione nelle classi medie.

Più interessante è forse osservare come nelle classi V e VIII le percentuali di pleuritici siano relativamente basse perchè si riferiscono a gruppi di persone già selezionate con visita all'assunzione professionale; presentano invece alte percentuali di pleurite le categorie 9^a, 1^a e 12^a che si riferiscono alla popolazione civile senza alcuna selezione. Il confronto con l'ultima colonna della stessa tab. 6 può essere a tal proposito istruttivo.

TABELLA 6.

La pleurite pregressa negli assicurati dell'I. N. A. nel triennio 1928-1930 (c. v. m.).

Classe	GRUPPI PROFESSIONALI	Percentuale di pleuritici pregressi	Percentuale di tutti gli assicurati c. v. m. nello stesso periodo
I	Agricultori di ogni specie	8,20	5,56
II	Industriali e commercianti	16,66	17,34
III	Venditori in genere, rappresentanti	9,50	9,18
IV	Operai	5,64	11,29
V	Addetti a servizi di trasporti e affini	2,25	4,42
VI	Personale di servizio e di fatica	1,62	1,52
VII	Personale subalterno dello Stato e di altri Enti Pubblici	0,99	1,89
VIII	Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubblici	1,46	3,98
IX	Culto, professioni e arti liberali	22,72	17,26
X	Ufficiali ed impiegati	21,41	21,98
XI	Proprietari e benestanti	3,45	5 —
XII	Condizioni non professionali.	6,10	0,58
	TOTALE	100 —	100 —

Se passiamo poi all'esame dei sinistri per pleurite nel quadriennio 29-32 vediamo che il numero di essi risulta esiguo in quanto la pleurite, che di per sè già solo raramente è mortale, predilige l'età avanti l'ingresso in assicurazione. La conferma è data dalla scarsità dei morti avuti nei gruppi di età giovanili 15-24 come riscontrasi nella seguente tabella (Tab. 7).

TABELLA 7.

Sinistrati per pleurite nel quadriennio 1929-1932 (c. v. m.).

	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE											Totale
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 e oltre	
Numero dei sinistrati . .	1	4	2	6	8	6	7	5	11	1	1 —	52

Di maggiore importanza infine si presenta l'esame dei pleuritici nei rifiuti che nel periodo 1913-1933 raggiungono il cospicuo numero di 964 di cui neanche la metà era imputabile alla pleurite come causa da sola del rifiuto; tutti gli altri (500) casi riconoscevano la pleurite quale concausa come risulta dalla tabella n. 8.

È da rilevare specialmente l'alta cifra rappresentata da concause tubercolari di lesioni sia polmonari sia in minor numero di tubercolosi ossea. Merita pure di essere

rilevato dall'esame della stessa tabella come il 10 % dei pleuritici riscontrati avessero 1 gentilizio tarato per tbc. polmonare il che depone evidentemente per il contagio familiare o speciale predisposizione alla infezione kochiana.

TABELLA 8.

La pleurite nei rifiutati dell'I. N. A. (dal 1913 al 1933).

Pleurite come causa da sola	CONCAUSE		Tbc. nel gentilizio	TOTALE
	Pleurite e tbc. polmonare	Pleurite e altre affezioni		
464	312	188	97	964

Offre anche interesse la seguente tabella n. 9 dalla quale risulta come la pleurite modifichi notevolmente la resistenza organica dell'individuo che viene colpito nel periodo di sviluppo e lascia una tara indelebile nel proseguo degli anni. Così vediamo che nella taratura del rischio di fronte al 17,15 % di normali gli altri pleuritici sono stati considerati per il complesso delle ragioni suddette tarati in grado variabile.

TABELLA 9.

La classificazione del rischio dei 1915 pleuritici accettati nel triennio 1928-1930.

	CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO							
	Normale	Tarato al 25 %	Tarato al 50 %	Tarato al 75 %	Tarato al 100 %	Tarato al 125 %	Tarato al 150 %	Totale
Percentuali	12,15	47,79	36,68	10,3	0,48	0,24	1,63	100,00

Questi rilievi statistici da noi ricavati da individui tbc. già tubercolosi e dagli assicurati dell'I.N.A. già pleuritici ci confermano nella convinzione della grande importanza che debba darsi a questa malattia sia per la frequente complicità polmonare, sia perchè colpendo più spesso i giovanissimi ne modifica il loro normale sviluppo somatico.

CONCLUSIONI

La pleurite primitiva deve praticamente considerarsi di natura tbc. sebbene la diagnosi etiologica non sia facile; essa rappresenta uno stato allergico di difesa ma dimostra nel contempo che l'infezione tbc. ha raggiunto l'apparato respiratorio.

La prognosi prossima buona per la pleurite propriamente detta è notevolmente incerta per la frequente successione polmonare tbc. che può sopravvenire anche a distanza di molti anni ma massima nel 2° semestre del 1° anno. È sempre incerta nei primi anni tanto che complessivamente alla fine del primo triennio il 49 % dei pleuritici destinati a divenire tbc. hanno già fatti clinici polmonari evidenti. Ma la guarigione della pleurite per 2-3 anni non è sufficiente a garantire da una

eventuale insorgenza della tbc. polmonare come risulta da una statistica che ho compilato su malati di reparto sanatoriale, perchè circa il 51 % delle tbc. post-pleuritiche si manifestano dopo un tale periodo.

Non vi è dubbio che cogli anni la guarigione sia sempre di maggior affidamento di fronte a complicanze polmonari; il rischio perciò risulta gradualmente a scalare, ma non cessa mai del tutto persistendo anche dopo 20 anni dalla pleurite.

È pure importante tener conto dell'età di insorgenza della pleurite: i dati statistici che abbiamo compilato ci dicono che la pericolosità maggiore di complicanze polmonari si ha nelle pleuriti insorte a 15-24 anni; notevole seppure minore nel gruppo di età 25-34.

Altri fattori che dovranno essere tenuti presenti nella sintesi prognostica, all'atto dell'assunzione del rischio, da parte di un medico assicuratore saranno oltre quelli che abbiamo già visto i seguenti per ordine di importanza:

a) Gli esiti di una pleurite tra i quali riterremo più gravi la deformazione con retrazione della base toracica e gli sfregamenti, di media gravità la diminuzione dell'espansione; essendo tutti questi elementi esponenti di una alterata funzionalità respiratoria in modo persistente. Considereremo tra gli esiti più lievi le diminuzioni del murmure e l'aumento del fremito che possono essere dovuti a vecchi coltroni i quali modificano il fatto plessico e ascoltorio per la loro sola presenza senza alterare la cinematica polmonare;

b) Il gentilizio dell'assicurando non dovrà essere infine dimenticato perchè nonostante le teorie dell'immunità tbc. ereditaria, l'esistenza nella famiglia di tbc. pesa notevolmente sul futuro dei pleuritici;

c) La costituzione del soggetto; hanno prognosi meno favorevole gli individui longilinei microspalnici specie se con torace paralitico che di per sé è già predisponente alla tbc. polmonare.

Risponde quindi ad un sano criterio clinico e statistico l'accettare in assicurazione i pleuritici solo dopo un anno dalla guarigione della malattia e come rischio tarato a sopramortalità decrescente. Si dovrà però tener conto anche del tempo trascorso dalla pleurite, dell'età di cui questa è insorta, degli esiti riscontrati ed infine del gentilizio e della costituzione del soggetto.

RIASSUNTO

L'Autore dopo aver accennato alla storia della pleurite dal punto di vista etiologico passa in rassegna le teorie patogenetiche e le ricerche eseguite negli ultimi anni per la constatazione della natura tubercolare dell'affezione.

Ricorda le forme cliniche speciali della pleurite e l'importanza del sussidio radiologico nello studio delle forme latenti e sugli esiti della malattia. Nel campo prognostico della pleurite traccia in breve la teoria immunitaria, meccanica e istiocitaria che sono state avanzate per spiegare l'influenza benefica che essa ha talvolta sull'affezione polmonare.

Passa poi con ricerche statistiche personali sanatoriali (Ospedale S. Giovanni di Roma) a dimostrare la grande frequenza della tbc. polmonare fin dai primi mesi che seguono la insorgenza della pleurite rilevando come tale fatto si riscontri ancora in grado notevole nel primo triennio. Successivamente la insorgenza della tbc. si fa più rara ma può manifestarsi ancora sporadicamente anche qualche decennio dopo la pleurite. Chiude infine con dati statistici in riguardo alla stessa malattia nei rifiutati, sinistrati ed assicurati presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni rilevando gli elementi che debbono essere vagliati dal medico all'atto di assicurare un pregresso pleuritico e cioè soprattutto il periodo di tempo trascorso dalla pleurite, gli esiti clinici rilevabili e l'età di insorgenza della pleurite.

Dott. A. STARNA

(La Bibliografia si pubblica negli estratti).

Prof. Dott. ALBERTO FURNO

Primario Medico dell'Ospedale « B. Mussolini » - Alessandria di Egitto

L'EGITTO

dal punto di vista demografico e sanitario

Per quanto l'Egitto sia uno dei più antichi paesi del mondo, ha una civiltà moderna appena iniziale, che però rapidamente si diffonde negli strati sociali che compongono il suo popolo, per l'alacrità dei suoi elementi dirigenti, che, a contatto dell'elemento europeo da lungo periodo di tempo immigrato nella Valle del Nilo, hanno subito il fascino della cultura europea.

Paese estesissimo come superficie geografica, perchè supera il milione di Km.², è solo abitato lungo le rive del Nilo, nella regione del Delta, e nelle Oasi del Deserto, ciò che costituisce una superficie di poco più che 35.000 Km.², suscettibile, per altro, di essere aumentata dalla volontà dell'uomo, se questi riesce, come fa con i grandi serbatoi dal Nilo, ad irrigare il deserto con le acque del Paterno fiume che cambia la sabbia in terra arabile e fertilissima. Una delle cose più impressionanti dell'Egitto moderno è l'aumento rapidissimo della sua popolazione, che nel 1882 era di circa 6.830.000 abit. e nel 1927 (ultimo censimento) raggiungeva i 14.177.864 abit., cioè un aumento del 107 % nello spazio di 45 anni. Questo importante fenomeno demografico è dovuto in parte all'azione del buon governo che regge il Paese, soprattutto per ciò che concerne l'organizzazione sanitaria moderna, e in parte, anche maggiore, al carattere iniziale della sua popolazione, costituita da agricoltori attaccati appassionatamente alla loro terra, che lavorano con intelligenza e perizia, e che saprà sempre nutrirli anche se si moltiplicheranno con maggiore intensità.

La risorsa economica principale dell'Egitto è l'agricoltura, che occupa i 3/4 della sua popolazione. Le colture principali sono: il cotone, il grano, il granoturco, il riso, la canna da zucchero, le cipolle, e il trifoglio per il foraggio animale; però in questa terra fecondissima sono oggi molto curate anche le colture dei legumi, degli agrumi, delle frutta, e si fanno esperimenti felici anche per altri generi di prodotti agricoli come i semi oleosi, piante medicinali, ecc. In questi ultimi anni si è sviluppata in Egitto anche una discreta industria, tra cui importante la mineraria, che se attraversa in questo momento una grave crisi, ciò nondimeno esiste in potenza: nel golfo di Suez esistono importanti pozzi di petrolio; nel Sinai si trovano miniere di manganese; presso Safaga, a Kosseir, si trovano grandi giacimenti di fosfati, che una nostra fortissima società italiana sfrutta con profitto; la soda proveniente dai laghi di Wadi Natrun serve in Paese per la fabbricazione del sapone, il nitrato di sodio, che abbonda in certe argille, è impiegato per la fertilizzazione del suolo, e sfruttate sul luogo sono importanti cave di pietra da costruzione (calcarei e graniti), argille ed altri prodotti minerali, come il solfato di magnesio.

L'industria manifatturiera è per ora scarsa in Egitto, sia per la mancanza del combustibile, sia per la concorrenza estera, che scarica in Egitto ogni genere di prodotti industriali. Ad ogni modo molte officine per lo sgranaggio del cotone, e per la fabbrica di sigarette con tabacco importato, occupano un numero grande di operai indigeni; e da qualche anno si pratica la tessitura dei cotoni, delle sete,

dei tappeti, e questi prodotti sono largamente impiegati nel Paese. Esistono fabbriche di zucchero, di vasellami, di cemento, di saponi, di oli. La politica doganiera del governo che cerca di proteggere il più possibile le industrie locali, ed anche un certo spirito nazionale che cerca di animarle, contribuiranno certamente a far sorgere ed affermare in Egitto una classe operaia numerosa, sia indigena che estera.

Un altro lato interessante demografico egiziano è rappresentato dalla quasi esatta proporzione che i due sessi mantengono in questo paese: infatti dal censimento del 1927 si rileva che mentre la popolazione maschile è rappresentata da 7.058.073 individui, quella femminile è di 7.119.791, con un'eccedenza dunque di appena 61.718 donne e con un rapporto percentuale del numero dei maschi rispetto alle femmine di 100 a 99.

La massima parte della popolazione è mussulmana (12.929.260), però è difficile trovare un altro paese in cui le più differenti religioni si trovino così rappresentate come in questo, tra loro tollerandosi in maniera correttissima: le più disparate chiese si trovano l'una accanto all'altra, un minareto vicino ad un campanile, una moschea vicina alla chiesa copta, alla cattolica, alla armena, una cattedrale greca vicina alla sinagoga ebraica. La popolazione egiziana ripartita per confessioni religiose è la seguente:

Mussulmani	12.929.260
Copti	946.393
Cristiani di tutte le Chiese	235.517
Israeliti	63.550
Altre confessioni	3.144

Dal punto di vista culturale, l'Egitto è certo uno dei paesi civili ancora più arretrati: su 14.177.864 abit., vi sono soltanto 1.670.895 persone che sanno leggere, e di queste solo 285.000 sono donne; cioè su 1000 abit. solo 219 uomini sanno leggere e 36 donne.

La ripartizione della popolazione secondo lo stato civile è la seguente:

		%		%
Celibi	4.079.596	57,8	—	—
Nubili	—	—	3.200.642	45 —
Coniugati { uomini	2.792.906	39,6	—	—
{ donne	—	—	2.917.677	41 —
Divorziati { uomini	66.746	0,9	—	—
{ donne	—	—	121.167	1,7
Vedovi { uomini	105.717	1,5	—	—
{ donne	—	—	870.525	12,2
Stato civ. { uomini	13.108	0,2	—	—
non specif. { donne	—	—	9.780	0,1
	7.058.073	100 %	7.119.791	100 %

Per gruppi di età la popolazione dell'Egitto può essere così divisa:

da 0 a 14 anni	5.465.964
» 15 a 39 »	5.526.207
» 40 a 59 »	2.117.204
» 60 a 79 »	877.423
» 80 anni ed oltre	151.669
in età non specificata	39.397

In relazione alle nascite ed ai decessi, nell'anno 1929 (ultimo nella statistica del Regno Egiziano) si ebbero:

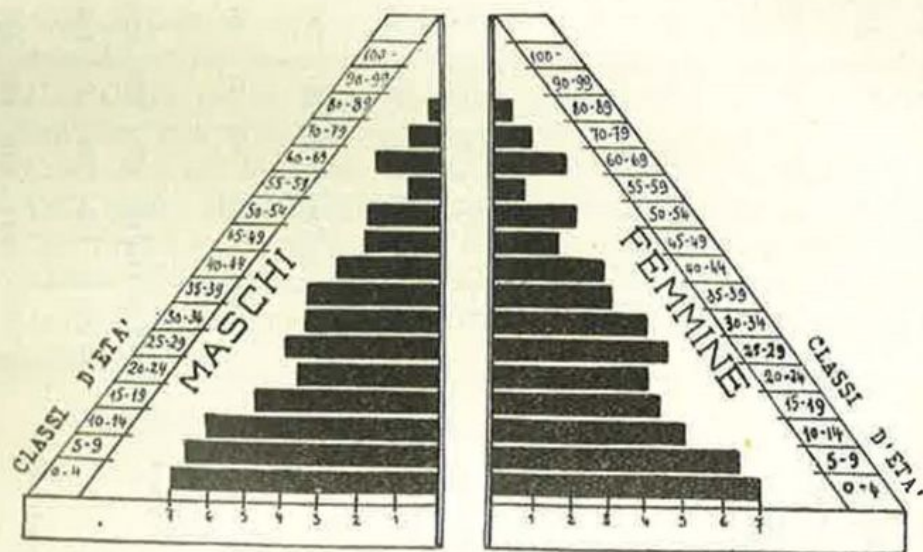
nascite	645.217 individui
morti	403.457 »

dunque con una eccedenza di 241.760 nascite, e cioè su ogni 1000 abitanti un' eccedenza di 16,4 nascite.

La mortalità nell'anno 1929 fu di 120.456 individui, di cui 63.428 maschi e 57.028 femmine; divisi per sesso e per età si hanno i seguenti dati:

	Maschi	Femm.	Totale	%
da 0 a 1 anno	21.233	18.657	39.890	33,1
» 1 a 5 anni. . . .	18.891	18.772	37.663	31,3
» 5 a 10 »	1.901	1.677	3.578	3
» 10 a 20 »	2.000	1.477	3.477	2,9
» 20 a 30 »	2.392	1.867	4.259	3,6
» 30 a 40 »	2.644	1.844	4.488	3,7
» 40 a 50 »	2.437	1.472	3.909	3,2
» 50 a 60 »	2.519	1.475	3.994	3,3
» 60 a 70 »	2.812	2.043	4.855	4
» 70 a 80 »	2.797	2.371	5.168	4,3
» 80 a 90 »	2.085	2.521	4.606	3,8
» 90 in poi	1.717	2.852	4.569	3,8

La mortalità tra gli egiziani è pressochè uguale alla mortalità che si verifica tra gli stranieri abitanti l'Egitto: infatti dei 120.470 decessi nel 1929, 118.501 sono egiziani (su una popolazione di 13.953.224) e 1969 sono stranieri (su una popolazione di 225.600 individui), avendosi dunque una percentuale quasi uguale dell' 8,5 e dell' 8,8 nei due gruppi.



Questa tabella di mortalità offre interessanti constatazioni, anche di carattere assicurativo: la mortalità minore si ha tra i 10 e i 20 anni, e bassa è pure tra i 5 e i 10 anni; altissima è invece nei primi 5 anni di vita, perchè raggiunge il 64,4 %. Dai 20 agli 80 anni essa oscilla tra il 3,2 % e il 4,3 %. Dall'età di 5 anni fino ad

CAUSE DI DECESSO	1-10 anni		10-20		20-30		30-40		40-50		50-60		60-70		70-80		80-90		TOTALE		TOTALE
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Uomini	Donne	
1) Febbre tifoide . . .	74	65	75	48	104	60	53	22	30	12	18	9	8	4	1	1	2	2	365	223	588
2) Tubercolosi sotto tutte le forme . . .	146	120	248	221	432	261	319	209	213	116	125	52	53	25	24	5	7	2	1.567	1.011	2.578
3) Tumori maligni. . .	2	—	1	3	17	10	27	31	61	68	74	78	82	92	57	51	26	19	347	352	699
4) Reumatismi acuti-cronici . . .	2	2	25	25	12	24	18	20	10	14	17	17	16	16	9	8	5	6	114	132	246
5) Diabete . . .	3	1	5	5	4	6	24	10	29	35	54	60	46	68	33	46	8	18	206	249	455
6) Emorragia cerebrale, Embolia, Trombosi cerebrale . . .	2	1	5	1	14	12	31	29	70	48	90	79	145	92	111	92	51	45	519	399	918
7) Affezioni nervose . .	92	72	29	23	46	30	71	47	64	58	103	63	166	134	122	120	58	91	751	638	1.389
8) Affezioni cardio-vascolari . . .	41	59	108	94	119	133	168	144	272	173	336	224	399	283	255	256	146	143	1.838	1.509	3.347
9) Affezioni respiratorie (eccetto le tuber.) .	5.088	4.756	286	234	285	263	382	215	427	196	538	280	585	393	466	261	239	196	8.296	6.794	15.090
10) Malattie di fegato e vie biliari. . .	26	20	36	19	64	32	72	25	59	25	64	26	39	26	22	18	6	12	388	203	591
11) Affezioni apparato digerente (eccetto fegato) . . .	19.318	18.940	175	170	193	132	190	145	201	106	145	90	153	102	129	75	61	63	20.565	19.823	40.388
12) Nefriti . . .	256	250	99	84	109	117	158	152	194	173	253	160	246	206	179	166	87	97	1.579	1.405	2.984
13) Morti accidentali e omicidi . . .	415	394	323	186	311	114	289	87	167	45	99	48	66	49	33	6	17	27	1.720	956	2.676
14) Suicidi . . .	—	—	8	10	17	9	18	4	12	2	14	2	2	2	4	—	1	—	76	29	105
15) Malattie non specificate o mal definite.	1.704	1.665	146	94	116	108	168	149	222	144	265	143	216	143	170	137	147	140	3.154	2.723	5.877

80 anni, la percentuale di mortalità tra le donne è assai inferiore a quella degli uomini; dopo gli 80 anni, invece, le femmine muoiono in maggior numero che i maschi, raggiungendo esse più numerose questa età. Mi piace qui di pubblicare questo interessante quadro statistico che debbo alla cortesia del prof. Flaiano, segretario della Camera di Commercio italiana di Alessandria, e dal quale emergono chiari i gruppi per età della popolazione egiziana sopravvivenza nel tempo.

Importanti sono i dati statistici che concernono i decessi dell'anno 1929, divisi nei principali gruppi di malattie e per età da 1 a 90 anni. Le cifre che compongono il quadro riguardano solo i morti delle grandi città; delle sedi di governatorati, e dei capiluoghi di provincia, dove esistono dei medici incaricati dal Ministero della igiene pubblica di redigere le statistiche; ed ho io stesso tratto dall'annuario ufficiale di statistica le notizie più importanti ed ho formato i gruppi che più possono interessare il nostro lettore, soprattutto dal punto di vista assicurativo.

Dalla tabella di mortalità totale e da questa distribuita in gruppi di malattie secondo i vari decenni di vita emergono alcune verità demografiche di alta importanza sociale ed igienica per l'Egitto: prima di tutto l'altissima mortalità infantile che si verifica nei primi 5 anni di vita, e che si presenta come un vero flagello: è una vera e propria selezione naturale favorita dalla ignoranza e dalla mancanza di igiene della popolazione sia rurale che cittadina, contro le quali, è giusto riconoscerlo, il Governo egiziano lotta con energia, sotto la direzione scientifica e pratica del Sottosegretario di Stato all'Igiene pubblica dott. Mohamed Shahine Pacha, vero animatore entusiasta del corpo medico egiziano. In 10 anni di amministrazione i provvedimenti igienici e sanitari adottati in Egitto sono stati veramente notevoli, sia per l'importanza loro, sia per i risultati che oramai si cominciano a constatare.

Essendo il problema delle malattie contagiose uno dei più assillanti in Egitto, l'Amministrazione dell'Igiene pubblica si preoccupò di facilitare la diagnosi più rapidamente possibile di queste forme morbose, creando dei laboratori batteriologici e di accertamento diagnostico anche in certi centri minori del Paese, come Porto-Said, Suez, Mansourah, Fayoum, Luxor, Assiout; oltre, naturalmente, i laboratori già esistenti nei grandi centri di Alessandria e di Cairo. Ha creato un laboratorio chimico ad Assiout (Alto Egitto), un Istituto molto ricco di mezzi è stato inaugurato nel 1932 in Cairo per le ricerche sull'Anchilostomiasi e la Bilharziosi ed altre malattie endemiche, con annesso un grande ospedale per la cura di queste forme morbose. Il numero degli ospedali è stato recentemente aumentato di più che il doppio: nel 1929 erano circa 47 quelli governativi aperti al pubblico, oggi essi sono più di 80, e nel prossimo anno saranno finiti di costruire gli altri 70 già decretati. Gli stessi egiziani frequentano oggi gli ospedali più volentieri che non per il passato, e lo dimostrano le seguenti cifre tratte dall'Annuario statistico e che arrivano solo all'anno 1929:

Numero di malati INTERNI che frequentarono gli Ospedali:

1925	.	.	.	.	.	.	.	5.740
1926	.	.	.	.	.	.	.	5.515
1927	.	.	.	.	.	.	.	5.956
1928	.	.	.	.	.	.	.	6.040
1929	.	.	.	.	.	.	.	6.633

Numero dei malati ESTERNI che frequentarono gli Ospedali:

1925	754.550
1926	1.209.402
1927	1.731.226
1928	1.976.021
1929	2.452.130

Questa notevole affluenza progressiva di ammalati egiziani agli ospedali si è avverata anche negli anni successivi, e dimostra la maggior fiducia della popolazione nelle cure razionali delle sue infermità, invece di ricorrere agli empirici e agli esorcismi degli stregoni.

In quasi tutti gli ospedali oggi esistono le più importanti specializzazioni, per le malattie dei denti, del naso e della gola, delle donne e dei bambini, vi sono impianti moderni di raggi X per la diagnostica e la terapia, apparecchi di elettroterapia e diatermia.

Importanti decisioni sono state prese recentemente dal Governo per iniziare una lotta sistematica contro le malattie tubercolari, fino ad oggi piuttosto trascurate: sono stati intanto aperti tre dispensari antitubercolari a Cairo, ad Alessandria e a Mansourah, ed un altro sarà presto inaugurato. Ad Alessandria poi esiste una lega internazionale antitubercolare, che gestisce tre dispensari e fa una fervida propaganda e assidua opera di profilassi. In tutti gli ospedali governativi esistono padiglioni speciali per tubercolosi, ed un grande sanatorio funziona già da qualche tempo ad Helouan ed altri due sono già progettati e finanziati. Alcuni medici sono stati mandati in Europa per fare studi speciali di Tisiologia onde potere gestire con competenza queste nuove istituzioni.

Una delle più gravi questioni di carattere igienico in Egitto è quella dell'acqua potabile, che deve necessariamente essere attinta dal Nilo e dai suoi canali: per questo scopo il Governo ha deciso di impiegare quale mezzo di sterilizzazione il cloro, ed oggi le città di Cairo e di Alessandria, e la massima parte dei capoluoghi di provincia sono abbondantemente fornite di acqua che offre garanzia di purezza. Inoltre andrà presto in vigore una legge per il controllo igienico delle sostanze alimentari, ed è stato aperto un istituto speciale per la formazione di vigili sanitari capaci di eseguire le ispezioni.

Insomma è tutto un lavoro di protezione igienica e sanitaria che oggi si fa in Egitto e che 10 anni or sono era appena rudimentale, o si limitava a qualche centro maggiore dove l'elemento europeo se ne interessava. Oggi lo Stato egiziano allarga sempre più la sua rete di provvidenze sanitarie e sociali; addestra i suoi medici, che escono numerosi ogni anno dalla facoltà di Cairo, alla lotta per la difesa del paese dalle malattie epidemiche, alla tutela della salute pubblica, offrendo sempre maggiori garanzie di tranquillità a tutti coloro che abitano l'Egitto. Così mentre nel 1926 esistevano 1941 medici nel 1930 erano già 2502. I veterinari da 132 nel 1926 salirono a 158 nel 1930. I dentisti da 339 crebbero a 405, le levatrici da 226 a 298.

Questa opera di protezione igienica della nazione egiziana è d'altra parte sempre meglio integrata dalla ognora crescente educazione delle masse popolari, che a poco a poco salgono dallo stato di ignoranza nel quale hanno fino ad oggi vissuto, per diventare istruiti, capaci di assimilare le norme di profilassi e praticarle. Lungo e duro è stato il lavoro delle poche scuole egiziane e straniere sparse lungo la valle del Nilo, in gran parte religiose missionarie. Oggi il Governo ha assunto una maggiore responsabilità nella amministrazione della istruzione popolare sia elementare che superiore, e si possono constatare notevoli progressi.

Basterebbe precisare il progressivo stanziamento di lire egiziane nel bilancio sia del Ministero della Pubblica Istruzione, come in quello dei Consigli Provinciali del Paese, per avere un'idea dello sforzo che si fa per redimere il Paese dall'analfabetismo e dalla incoltura.

Cifre in lire egiziane (sterline) stanziati dal Ministero della Pubblica istruzione.

Nel 1920-21	L. E.	1.097.143	Nel 1925-26	L. E.	2.091.664
» 1921-22	»	1.209.653	» 1926-27	»	2.478.695
» 1922-23	»	1.256.542	» 1927-28	»	2.663.204
» 1923-24	»	1.546.951	» 1928-29	»	2.759.615
» 1924-25	»	1.719.689	» 1929-30	»	3.163.038

Cifre in lire egiziane stanziati nel bilancio della Pubblica Istruzione dai Consigli Provinciali.

Nel 1920-21	L. E.	766.880	Nel 1925-26	L. E.	1.082.852
» 1921-22	»	703.324	» 1926-27	»	1.107.448
» 1922-23	»	709.550	» 1927-28	»	1.057.961
» 1923-24	»	806.607	» 1928-29	»	1.082.211
» 1924-25	»	903.829	» 1929-30	»	1.158.317

Così è stato progressivo l'aumento del numero delle scuole in Egitto:

Nel 1921-22	.	.	.	.	.	erano	6.051
» 1924-25	.	.	.	.	.	»	7.573
» 1927-28	.	.	.	.	.	»	8.540

e quello degli scolari:

					Maschi	Femmine
Nel 1921-22	.	.	.	erano	511.671	412.269
» 1924-25	.	.	.	»	634.618	512.504
» 1927-28	.	.	.	»	841.711	654.782

Nel 1927-28 su una popolazione di 14.177.864 abitanti sapevano leggere e scrivere:

Maschi	.	.	.	.	.	.	1.386.843
Femmine	.	.	.	.	.	.	284.052
Totale	.	.	.	.	.	.	1.670.895

cioè il 12 % della popolazione totale.

Molto ancora resta a fare nel campo della istruzione elementare in Egitto, ma i progressi che si realizzano ogni anno lasciano prevedere una rapida diffusione della cultura del Paese, ove la popolazione, che è intelligente, aspira ad una indipendenza politica e sociale, che non si raggiunge senza la maturità necessaria.

Questo che abbiamo detto sull'Egitto demografico e sanitario, con la scorta delle cifre statistiche ufficiali, le ultime pubblicate fino ad ora, possono dare un'idea abbastanza esatta della importanza che questo Paese potrà avere tra qualche decennio nella storia sociale ed economica del mondo: esso è senza dubbio il primo dell'Africa a svilupparsi profondamente in ogni senso, e sarà il primo a conquistare la sua indipendenza assoluta: tutto dipenderà dalla capacità delle sue classi dirigenti, dalla loro forza morale e intellettuale, dalla fedeltà all'ideale di grandezza che esse dicono di nutrire per la loro patria.

PROF. DOTT. A. FURNO

Medicina legale delle assicurazioni vita

Introduzione alla medicina legale delle assicurazioni vita

Crediamo di far cosa gradita ai nostri lettori riportando qualche concetto basilare espresso dal prof. Romanelli nella prolusione al Corso di cultura di medicina legale delle assicurazioni vita (*vedi pag. 109*).

Il prof. Romanelli dopo aver tratteggiato il concetto delle assicurazioni vita ed essere riandato in rapida sintesi attraverso la storia di essa dal XVIII secolo ad oggi, ha esposto il criterio che ha guidato la loro istituzione dal punto di vista sociale e scientifico.

Successivamente ha trattato del coefficiente di mortalità in base ad elementi statistici e della necessità della visita medica che consegue al carattere facoltativo e quindi antiselezionante dell'assicurazione vita.

Riportiamo a questo punto alcune pagine che interesseranno certamente i medici fiduciari.

* * *

« Anche il contratto di assicurazione è e deve essere, un contratto di buona fede. Esso è emesso in base alle dichiarazioni sinceramente rese dall'assicurando circa il proprio gentilizio, il passato patologico personale, le proprie abitudini di vita e le sensazioni subiettive circa lo stato attuale dell'assicurando.

« Si aggiunge, è vero, un esame obiettivo fatto dal medico di fiducia dell'Ente assicuratore. Ma questo esame obiettivo ha lo scopo di lumeggiare quelle alterazioni obiettivamente accertabili, perchè possano essere valutate ai fini della prognosi *quo ad vitam*.

« Nessuno pretenderà mai che un medico faccia la diagnosi di angina pectoris dal solo esame obiettivo se l'assicurando tace i disturbi sofferti, nè che il medico faccia diagnosi di asma bronchiale nel periodo intervallare tra un accesso e l'altro quando non si sono stabilite alterazioni dell'apparato respiratorio o circolatorio e l'assicurando tace le sofferenze accessionali.

« Convalidano la giustezza della osservazione tutte le affezioni morbose che si manifestano ad accessi, le malattie che apparentemente guariscono e che possono dare più o meno frequente manifestazione della loro persistenza, finchè non si stabiliscono alterazioni obiettuali (per es.: coliche renali, epatiche, accessi convulsivi, ecc.).

« Si aggiunga poi che vi sono alterazioni assai difficili a mettere in rilievo: per es.: un vizio valvolare cardiaco allo stato iniziale e senza apprezzabile ipertrofia dell'organo, ed in una parola, con scarsa sintomatologia; ovvero una sclerosi apicale di vecchia data in soggetto in buone condizioni generali, ecc., ovvero una glicosuria od una albuminuria incostante.

« A queste difficoltà che chiameremo generiche per una diagnosi esatta, si aggiungono le difficoltà specifiche per le assicurazioni.

« Spesso si pretende, più spesso da qualche produttore alle prime armi, che non si disturbi eccessivamente il cliente, che la visita avvenga nel luogo del lavoro abituale dell'assicurando anche se questo luogo è un retrobottega incomodo ovvero uno studiolo in una officina rumorosa.

« Troppo fuori tema mi porterebbe una disamina delle cause per cui spesso il medico fiduciario è messo nelle condizioni di non poter fare una diagnosi esatta se l'assicurando tace i propri disturbi o ad arte ne devia l'attenzione.

« Perciò la selezione medica è fatta in base alle dichiarazioni rese sinceramente dall'assicurando ed al risultato dell'esame obiettivo.

« **COMPITO DEL MEDICO DELLA DIREZIONE.** — In base a tali dati contenuti nel rapporto dei fiduciari il medico della Direzione dell'Ente assicuratore emette il proprio giudizio circa l'accettazione del rischio.

« Egli deve dichiarare se il rischio da assumere è un rischio normale ovvero se esso fa prevedere una sovramortalità.

« **RISCHI NORMALI.** — Sono rischi normali quelli che fanno prevedere una mortalità che non si discosti dalle tavole in base alle quali sono state calcolate le tariffe.

« **RISCHI TARATI.** — Per i rischi che si discostano dal normale il medico deve stabilire quale è la sovramortalità del gruppo a cui quei rischi possono appartenere.

« Sappiamo dalla tabella di mortalità che all'età di 45 anni il coefficiente di mortalità è del 10 per mille.

« Ma quel coefficiente è ricavato dai dati della popolazione generale.

« Se noi prendiamo invece in osservazione un gruppo per esempio di mille persone di 45 anni di età, tutti affetti da insufficienza mitralica nelle stesse condizioni di eusistolia, osserveremo che la mortalità in questo gruppo di cardiaci sarà certamente superiore alla mortalità del gruppo della stessa età appartenente alla popolazione generale.

« Supponiamo per esempio: che mentre il numero di persone che nel gruppo di mille persone della popolazione generale non raggiunge il 46° anno di età è di dieci, nel gruppo dei mille cardiaci sia di venti.

« Diremo allora che la mortalità dei cardiaci in quel gruppo di età ed in quelle condizioni è doppia della mortalità normale e per semplicità di rappresentazione, fatta uguale a cento la mortalità del gruppo della popolazione generale, ne deriva che la mortalità dei cardiaci di quel gruppo di età ed in quelle condizioni è del 200 per cento, ovvero che si è constatato con l'osservazione che i cardiaci presentano una mortalità superiore del 100 per cento a quella normale ovvero una sopramortalità del 100 per cento.

« Un altro esempio per meglio chiarire il concetto.

« Il coefficiente di mortalità secondo la tavola italiana costruita sui dati del censimento del 1901, per il gruppo di età di 55 anni è del 18 per mille. Se noi prendiamo in esame un gruppo di mille persone di 55 anni di età affette da ipertensione arteriosa essenziale, per esempio una pressione massima al R. R. alle ore 10 del mattino di 180 e con pressione differenziale normale senza notevole ipertrofia del ventricolo sinistro e con funzione renale normale probabilmente 54 di essi non raggiungeranno il 56° anno di età. Potremo perciò dire che la mortalità degli affetti da ipertensione arteriosa in quelle determinate condizioni e in quel gruppo di età di 55 anni, è tre volte quella della popolazione generale della stessa età. Cioè la mortalità di quegli ipertesi a 55 anni è del 300 per cento, ovvero che essi presentano una sopramortalità del 200 per cento.

« **COSTITUZIONE DI GRUPPI OMOGENEI.** — Il medico della Direzione di un Ente di assicurazione in base ai dati del rapporto del medico fiduciario deve incasellare il rischio in esame in un gruppo di rischi omogenei dei quali deve stabilire la pre

sumibile sopramortalità, non per un anno solo ma per la durata dell'assicurazione, che si stipula per tutta la ulteriore vita o per un numero notevole di anni.

«Ed è superfluo illustrare perchè il gruppo deve essere omogeneo.

«In base al giudizio del medico sulla presumibile sopramortalità, l'Attuario applica i soprapremi sanitari corrispondenti.

«**RAPPORTO DEL FIDUCIARIO.** — Perchè il medico della Direzione possa costituire gruppi omogenei e dare un giudizio che più si approssima al vero, deve poter contare su un rapporto redatto con ogni cura dal medico fiduciario.

«Il rapporto deve contenere tutti i dati necessari per il giudizio del medico.

«Nella prima parte sono raccolte le dichiarazioni rese dall'assicurando con tutta sincerità, rispondenti al vero e senza omissioni od alterazioni di sorta. Quelle dichiarazioni riguardano il gentilizio (longevità e malattie cosiddette ereditarie che si ripetono facilmente nei discendenti), le malattie sofferte dall'assicurando (il tempo in cui si sono manifestate, il decorso, l'esito, ecc.), le abitudini di vita, le sensazioni subiettive circa le attuali condizioni di salute, la professione, ecc.

«La seconda parte del rapporto contiene l'esame obiettivo, le misure somatiche e tutte le ricerche cliniche e di laboratorio necessarie per lumeggiare la diagnosi dello stato attuale dell'assicurando.

«Solo in base all'esame di tutti questi dati il medico della Direzione potrà assolvere il suo compito con giustizia ed equanimità.

«È interesse dell'assicurato ottenere un contratto di assicurazione che per nessuna ragione possa essere impugnato. È interesse dell'assicuratore contestare raramente e solo in caso di ben provata malafede, e di accettare invece quanti più contratti è possibile.

«**DATI PER STABILIRE LA SOPRAMORTALITÀ.** — In base a quali dati può il medico della Direzione di Enti di assicurazione stabilire la sopramortalità dei vari gruppi omogenei di rischi tarati?

«Il medico si vale degli insegnamenti della patologia, della esperienza della clinica e della esperienza della statistica medica. Più profonda è la conoscenza della patologia, più ampie sono l'una e l'altra esperienza e con maggiore probabilità il giudizio del medico si approssimerà al vero.

«Il medico della Direzione studia con cura la statistica medica, segue i rischi omogenei accettati, scrutando le cause dei sinistri di premorienza, seguendo specialmente l'ulteriore decorso della vita di coloro ai quali egli ha rifiutato un contratto di assicurazione perchè non aveva dati sufficienti per stabilirne la sopramortalità».

* * *

Nell'ultima parte della esposizione il prof. Romanelli rileva la mancanza di un insegnamento universitario che impartisca il complesso delle norme che regolano l'accettazione dei rischi la quale costituisce una delle parti più importanti della medicina delle assicurazioni vita.

La medicina delle assicurazioni vita è una branca della medicina generale.

Infine il Prof. Romanelli conclude rilevando come la medicina delle Assicurazioni si occupi «non solo dell'accettazione dei rischi di morte, ma anche dei mezzi più adatti, ai fini della costituzione di gruppi sempre più omogenei, per una diagnosi più accurata, tenuto conto delle speciali condizioni e degli ambienti speciali in cui si svolge l'industria delle assicurazioni vita, si occupa ancora dell'accettazione del rischio di invalidità (totale, parziale, permanente, temporanea), del rischio professionale e di tutte le questioni mediche connesse alle ulteriori fasi del contratto di assicurazione (riattivazioni, trasformazioni, liquidazioni assistenza sanitaria, ecc.)».

Stabilita così l'esistenza di questa branca della medicina delle assicurazioni vita ne consegue la esistenza di una medicina legale delle assicurazioni vita, in quanto vi sono leggi che stabiliscono i doveri ed i diritti degli assicurati e degli assicuratori.

Il compito della medicina legale è quindi quello di illustrare le questioni mediche in rapporto all'applicazione della legge e di intervenire quindi in tutte le questioni forensi in cui è necessario lumeggiare un problema di medicina, poichè la medicina delle assicurazioni vita ha delle caratteristiche sue proprie.

Dott. A. St.

Valore medico-legale della dichiarazione di buona salute resa dall'assicurando all'atto del perfezionamento del contratto di assicurazione vita

Dott. FABIO MARSELLA

Ispettore Medico dell' I. N. A.

Il contratto di assicurazione sulla vita umana si fonda essenzialmente sulle dichiarazioni che l'assicurando fornisce all'Istituto assicuratore circa la sua salute passata e presente.

Tali dichiarazioni, nelle forme ordinarie di assicurazione, sono rese: 1° sulla proposta; 2° in occasione della visita medica; 3° infine all'atto del perfezionamento del contratto, che si compie col pagamento della prima rata di premio da parte dell'assicurato e con la consegna della Polizza, da parte dell'assicuratore. È questa la data vera in cui si effettua il contratto di assicurazione. Nella proposta, che costituisce il primo atto firmato dall'assicurando, è detto chiaramente che il contratto « non avrà effetto fino a tanto che la prima rata di premio convenuta non sarà pagata ».

Dottrina e giurisprudenza sono concordi su questo punto.

Il Vivante nel suo trattato sul contratto di assicurazione dice: « Mercè questa clausola, il momento giuridico in cui si stringe il contratto è trasportato al momento in cui la Compagnia accetta il primo premio: evidentemente essa non vuole assumere un rischio diverso da quello descritto nella proposta.

« Ora il consenso della Compagnia in quel momento deve essere un consenso nel senso giuridico immune da vizi di volontà, dall'errore e dal dolo. Se in quel momento l'assicurato che doveva essere in buona salute, dissimula questo stato, e profitta della subitanità del male per ingannare più facilmente la Compagnia che lo ignora, il consenso è viziato ed inetto a formare un vincolo giuridico ». In altro punto dice che nel periodo intercorrente fra la proposta e il pagamento del premio « il contratto deve reputarsi in via di formazione, come un progetto, finchè non sia perfezionato colla consegna della Polizza e col pagamento del premio. Finchè questi atti non siano compiuti non vi ha il contratto, nè le azioni che ne derivano, nè quella del pagamento del premio, nè quella del risarcimento del sinistro. Fino a quel momento l'assicurando deve denunciare tutte le circostanze influenti sul consenso non ancora definitivo della Compagnia ».

Lo stesso autore altrove così riafferma questo concetto: «Se nel tempo che passa tra la proposta e l'accettazione sopraggiunge un fatto nuovo che modifica essenzialmente il rischio, il proponente deve comunicarlo altrimenti il consenso della Compagnia è viziato, perchè si riferisce ad un rischio diverso dal vero».

La Corte d'Appello di Roma in una sentenza del 4 luglio 1933 nel confermare identica decisione del Tribunale di Roma nella causa fra l'I. N. A. e Chippa così si esprime: «L'assicurando, prima della conclusione del contratto è tenuto ad informare l'Istituto assicuratore di tutte le circostanze che possano influire a determinare il rischio ed il premio che ne è il corrispettivo: se egli tace alcuna delle circostanze essenziali, ne deve subire le conseguenze perchè per l'occultamento del vero l'assicuratore prestò un consenso, che avrebbe potuto rifiutare, conoscendo il vero stato delle cose; l'Istituto infatti, tratto in errore, non può rimanere vincolato ad una convenzione a cui non avrebbe aderito o vi avrebbe aderito ad altre condizioni, se fosse stato posto a conoscenza di quelle circostanze di fatto nelle quali si concreta l'omissione o il mendacio».

Di ogni fatto nuovo, atto a modificare sostanzialmente il rischio il proponente deve dar notizia all'Istituto assicuratore, così pure deve dire se effettivamente egli si sente in buona salute quando paga il primo premio.

Gli istituti assicuratori entro un certo periodo di tempo, che per l'I. N. A. suole essere di 40 giorni dalla data della visita medica, si accontentano dell'autodichiarazione di buona salute da parte dell'assicurando che, nel simple di polizza da restituire all'Istituto, firma la seguente formula: «Dichiaro di trovarmi in buona salute», apponendovi la data.

Nell'ulteriore periodo di tempo, fra il 40° e il 90° giorno dalla visita medica, l'assicurando deve firmare una speciale dichiarazione contenuta su un modulo del seguente tenore: «Il sottoscritto dichiara che dall'epoca della visita medica subita il a seguito della proposta di assicurazione presentata il in base alla quale è stata emessa la polizza N. ha goduto sempre buona salute, che in tale periodo di tempo e fino ad oggi non ha avuto bisogno di ricorrere al consiglio di alcun medico e che presentemente non avverte disturbi di alcun genere».

Decorso anche questo periodo senza che il contratto sia stato perfezionato, si richiede nuova visita medica.

È ovvio che l'assicurando ha l'obbligo di rendere, in modo conforme a verità, la dichiarazione di buona salute richiestagli all'atto del perfezionamento del contratto.

L'autodichiarazione di buona salute di cui ci stiamo occupando è una dichiarazione generica ed ha lo scopo da parte dell'assicuratore di accertarsi se l'assicurando ha qualche malattia che ne può abbreviarne o minarne l'esistenza. Deve essere quindi del tutto rispondente a verità. Se l'assicurando è ricorso nel frattempo all'opera e al consiglio di qualche medico ha l'obbligo di dirlo e di denunciare le sofferenze avute e il giudizio diagnostico e prognostico fatto dal sanitario.

Quando non è stata formulata o comunicata dai medici curanti una diagnosi precisa l'assicurando ha il dovere di denunciare in termini, anche comuni e volgari, più o meno propri, le sofferenze e i disturbi sofferti o che soffre: come dolori, insensibilità, ansie, nausea, affanno, vertigini, ecc.

Spetta all'Istituto assicuratore e ai suoi tecnici l'apprezzamento di tali disturbi per la valutazione esatta del rischio assicurativo. Per le malattie a carattere accessoriale l'assicurando ha il dovere di denunciarle, specialmente se l'ultimo accesso si è verificato recentemente.

Delle eventuali reticenze commesse dall'assicurato è ovvio che si debba tenere un diverso conto a seconda dei casi. Non si può certo considerare alla stessa stregua

l'omissione della denuncia di una epistassi semplice avuta nel periodo intercorrente fra la proposta e la conclusione del contratto e la reticenza circa una sofferza emottisi, fra una febbre reumatica e un attacco di reumatismo articolare acuto, fra una enteralgia da disturbi passeggeri di poco conto e un attacco di appendicite o di colica epatica, fra un vomito lieve da imbarazzo gastrico e un'ematemesi, fra una lombaggine e una colica renale, fra una nevralgia o mialgia intercostale e un attacco di angina pectoris, fra un'ulcera venerea molle e un'ulcera dura o sifiloscle-rosi iniziale, fra un furuncolo semplice subito dileguatosi e un favo che può aver rivelato un'affezione costituzionale.

Nella pratica ricorrono i casi più svariati e spetta al buon senso e al senso di umanità, oltrechè di giustizia degli istituti assicuratori prima e dei magistrati dopo, nella esatta e serena ricostruzione postuma dei fatti, di valutare tutte le circostanze che possono far infermare la validità del contratto per dichiarazioni erronee, reticenti o false.

Ed ora voglio illustrare alcuni casi occorsimi nella mia pratica assicurativa. Mi occuperò in modo speciale delle dichiarazioni rese da assicurandi, che firmarono la prescritta dichiarazione di buona salute all'atto del perfezionamento del contratto, ma che viceversa o avevano gravi infermità in atto o avevano avuto manifestazioni morbose gravi.

Li riunisco in tre gruppi a seconda del genere di malattie:

- 1) Malattie organiche gravi rimaste latenti per vario tempo e manifestatesi o rivelatesi improvvisamente (ulcera duodenale, cancro dello stomaco, leucemia lin-fatica);
- 2) Malattie a carattere accessionale (colica appendicolare, appendicite, angina pectoris);
- 3) Malattie acute infettive (streptococcemia, paratifo, polmonite, atrofia gialla acuta del fegato).

I GRUPPO DI MALATTIE.

1. - ULCERA DUODENALE. — Individuo di 32 anni, industriale, nel febbraio 1931 avanzò domanda di assicurazione a forma mista a. 25 per forte capitale. Venne sottoposto a visita medica da parte di due medici, ai quali dichiarò gentilizio buono e precedenti personali di scarsa importanza (ittero catarrale guarito in pochi giorni nel 1925 e broncopolmonite perfettamente guarita in 15 giorni due anni prima).

Nulla di anormale venne riscontrato all'esame obbiettivo. Il rischio venne clas-sificato buono e la Direzione emise la polizza a condizioni normali.

Il 1° aprile 1931 verso le ore 12 si presentò all'Agenzia Generale il padre del-l'assicurando, persona ben conosciuta e stimata, già nostro assicurato, a pagare la prima rata di premio e a richiedere la polizza. Questa gli venne senza difficoltà consegnata assieme al simlo di polizza, che più tardi l'assicurato fece recapitare con la dichiarazione di buona salute.

Senonchè nel pomeriggio l'Agente Generale venne a conoscenza che l'assicurato era malato. Si affrettò ad andare al suo domicilio per restituire il premio pagato e ritirare la polizza, ma a ciò si oppose la famiglia dell'assicurato, dicendo che il contratto era concluso.

Viene incaricato delle indagini del caso e della visita all'assicurato un Ispettore Medico. Questi riuscì ad assodare che l'assicurato il 20 marzo 1931 improvvisamente in apparente pieno benessere era stato colpito da grave ematemesi. Fu fatta diagnosi di ulcera gastrica, fu prescritto il riposo e le cure del caso e fu consigliato un esame radiologico.

Questo fu praticato nel mattino del 1° aprile quando il paziente fu in grado di recarsi al gabinetto dello specialista. La radiografia fece assodare un'ulcera della prima porzione del duodeno.

Il 1° aprile alle 12, come sopra ho detto, fu perfezionato il contratto.

L'Ispettore Medico, dopo le indagini compiute, sulle quali ben poco potette sapere dal medico curante trinceratosi dietro l'obbligo del segreto professionale, visitò l'assicurato il 20 aprile.

È da notare che essendo scaduta la 2ª rata di premio il 16 aprile l'assicurato aveva voluto pagarla, ma essendo stata respinta dall'Agenzia ne aveva inviato l'importo con l'offerta reale.

Nella visita cui l'assicurando non si oppose si riscontrò degenza a letto verso le ore 11 antimeridiane, note manifeste di oligoemia e deperimento organico, conferma dei dati raccolti, da cui scaturiva la diagnosi di ulcera duodenale di cui era ben a conoscenza l'assicurato che mostrò anche il referto dell'esame radiologico praticato al mattino del primo aprile.

Fu dimostrato all'assicurato con le dovute maniere, date le sue condizioni di salute, che il contratto si doveva ritenere nullo e che la pratica si poteva riprendere in esame dopo che fosse avvenuta la guarigione.

Dopo qualche tempo l'assicurato si decise a desistere dalle sue pretese e a rinunciare al contratto di assicurazione concluso in modo evidentemente irregolare.

La malattia esisteva anche al momento della visita medica ma decorreva in modo latente e non dava disturbi subiettivi apprezzabili all'assicurando, le cui dichiarazioni di buona salute si dovevano considerare in quell'epoca sincere; non così certamente alla data del perfezionamento quando l'assicurando aveva avuto gravi disturbi con vomito sanguigno ed era ricorso all'opera dei medici che avevano formulata e comunicata una diagnosi grave e prescritte le cure del caso. Il contratto era quindi pienamente contestabile per dichiarazione falsa oltrechè erronea.

2. - CANCRO DELLO STOMACO. — Individuo di anni 31, ammogliato con figli. Nell'ottobre 1927 avanzò proposta di assicurazione per capitale cospicuo.

Il 28 ottobre venne sottoposto a visita da parte di due medici cui dichiarò precedenti familiari e personali negativi e stato di salute presente buono.

Nulla di anormale venne riscontrato all'esame obiettivo. Il rischio venne classificato ottimo dai medici ed accettato a condizioni normali dalla Direzione che emise la polizza.

Senonchè questa non venne perfezionata dall'assicurato che il 5 marzo 1928 a ore 12. Dato il tempo decorso dalla data delle visite mediche l'assicurando firmò la prescritta dichiarazione di buona salute con l'aggiunta che dall'epoca della proposta aveva goduto sempre buona salute e che non aveva avuto bisogno di ricorrere al consiglio di alcun medico e che presentemente non avvertiva nessun disturbo.

Il 16 aprile 1928 l'assicurato morì in seguito ad operazione di gastrectomia subtotale subita in una Casa di Salute l'8 marzo per cancro allo stomaco.

Da un'inchiesta eseguita risultò che l'assicurato da tempo soffriva di lievi disturbi gastrici che non gli vietavano di attendere all'esercizio professionale, con grande diligenza ed attività, di essere un forte mangiatore e di essere in ottime condizioni generali di salute. La sera del 4 marzo mentre attendeva alle sue occupazioni professionali fu colpito da deliquo. Soccorso da medici si riebbe, si fece visitare accuratamente e praticare un esame radiologico che fece rilevare una affezione gastrica grave. Fu deciso un pronto intervento. La mattina appresso l'assicurato andò a perfezionare il contratto esitando un po' a firmare l'autodichiarazione di buona salute che poi sottoscrisse versando il premio e ritirando la polizza.

L'8 marzo fu eseguito l'atto operativo che dimostrò un grosso tumore-cancro di

tutto il canale pilorico con grosse ghiandole sottopiloriche e più piccole nella piccola curvatura. Fu eseguita, con felice risultato pel momento, l'operazione; ma dopo poco più di un mese, si ebbe la morte per metastasi cancerigna polmonare.

Non vi è dubbio che il cancro dello stomaco fosse di antica data, pur essendo decorso in modo latente fino al 4 marzo 1928. Fu solo allora che l'assicurato ebbe il grave disturbo, che lo costrinse ad interrompere il suo lavoro e a richiedere l'opera dei medici.

Se l'assicurato avesse avuto prima cognizione della grave malattia che subdolamente ne minava l'esistenza non avrebbe esitato a ricorrere prima ai rimedi dell'arte e non avrebbe aspettato tanto a perfezionare il contratto. Ad ogni modo quando questo avvenne l'assicurato sapeva di essere malato e la sua dichiarazione di buona salute e di non aver fatto ricorso all'opera dei medici non corrispondeva a verità. Per questa ragione il contratto fu contestato.

3. - CANCRO DELLO STOMACO. — Individuo di 51 anni, impiegato. Anamnesi remota e prossima negativa. Il 22 giugno viene sottoposto a visita medica e riconosciuto sano. Il 24 luglio viene perfezionato il contratto con autodichiarazione di buona salute e di non aver avuto alcuna malattia posteriormente alla visita medica.

Il 15 settembre dello stesso anno si ebbe la morte per cancro dello stomaco. Da un'inchiesta eseguita risultò che il 15 luglio l'assicurato era entrato in Ospedale per disturbi vaghi gastrici e febbricola insorta da pochi giorni.

L'esame radiologico dimostrò cancro dello stomaco.

Fu eseguita la laparatomia che rivelò l'esistenza di un carcinoma gastrico esteso con larga diffusione ghiandolare, per cui il tumore fu ritenuto inoperabile.

In queste condizioni, due giorni dopo, l'assicurato firmò la suddetta dichiarazione di buona salute evidentemente falsa.

Discuteremo a proposito di altro caso la responsabilità della persona incaricata dall'Istituto assicuratore del perfezionamento del contratto.

4. - LEUCEMIA LINFATICA. -- Individuo di anni 52, ammogliato con figli. Nell'agosto 1929 avanzò proposta di assicurazione per L. 100.000 dichiarando di godere buona salute. Il 20 agosto 1929 viene sottoposto a visita medica da parte di due sanitari e giudicato sano. Il rischio venne giudicato buono e la polizza venne emessa a condizioni normali.

Il perfezionamento del contratto con l'autodichiarazione di buona salute avvenne il 28 ottobre 1929.

Nel marzo 1930 l'assicurato morì.

Da un'inchiesta sanitaria eseguita risultò che l'assicurato nella primavera del 1929 aveva avuto influenza, cui residuò uno stato di astenia generale con ingorghi ghiandolari al collo che furono ritenuti esponenti di linfatismo senza attribuirvi grande importanza nè dal medico curante nè dal paziente.

Nell'agosto, mentre l'assicurato si trovava nel suo paese che è località di mare e faceva bagni di mare, fu fatta la proposta di assicurazione e furono eseguite le visite mediche risultate favorevoli.

Senonchè dai bagni di mare non solo l'assicurato non ritrasse lo sperato vantaggio sia per l'astenia generale che per gli ingorghi glandolari, ma si aggravò. Allora si decise a ritornare alla capitale per farsi visitare da un primario medico.

Questi sospettò una forma leucemica e il sospetto fu confermato dall'esame del sangue eseguito il 9 ottobre da un distinto analista che rilevò notevole aumento dei linfociti con segni di anemia secondaria. Accertata la diagnosi di leucemia linfatica il 14 ottobre l'assicurato iniziò una cura radioterapica, che proseguì fino al febbraio 1930.

Evidentemente, quando fu perfezionato il contratto il 28 ottobre, l'assicurato era malato e la dichiarazione di buona salute non corrispondeva a verità e quindi il contratto fu contestato.

Passo ora ad esaminare un gruppo di malattie a carattere accessionale.

II GRUPPO.

5. - COLICA APPENDICOLARE. — Morte a seguito di operazione.

Individuo di anni 50, impiegato statale, ammogliato.

Nell'ottobre 1931 avanzò proposta di assicurazione dichiarandosi in buona salute e il 31 ottobre 1931 fu sottoposto a visita medica risultata favorevole.

Il 7 novembre 1931 fu emessa la polizza che venne perfezionata con autodichiarazione di buona salute il 27 novembre 1931.

Il 10 dicembre 1931 l'assicurato decedette in una Casa di Salute a seguito di operazione di appendicectomia.

Da un'indagine eseguita risultò che l'assicurato il 9 novembre 1931 ebbe un attacco di appendicite acuta mai precedentemente sofferto. Per tale motivo si dovette assentare dal servizio di impiegato.

Il 14 novembre 1931 fu sottoposto a visita fiscale dal medico dell'amministrazione statale e fu riconosciuto ammalato e gli furono accordati 12 giorni di riposo.

Nulla disse di ciò quando perfezionò il contratto, che per tale motivo venne contestato. Anche se era passato il periodo acuto della colica appendicolare, l'assicurato avrebbe dovuto denunciarla.

Egli ben ne conosceva la gravità ed importanza se si decise a sottoporsi ad un atto operativo per liberarsi da future ripetizioni del male. Il rischio che l'Istituto assicuratore credette di assicurare era evidentemente diverso da quello presentatogli prima che si manifestasse l'attacco di appendicite.

È da tener presente che in assicurazione per norme di carattere generale non vengono accettati individui che abbiano avuto appendicite da meno di un anno.

6. - APPENDICITE. — Uomo di 49 anni, commerciante, ammogliato con figli. Nel settembre 1932 fece domanda di assicurazione dichiarando di stare in buona salute. Nella visita medica, cui fu sottoposto il 27 settembre 1932 fu riconosciuto sano.

La polizza fu emessa a condizioni normali il 30 settembre 1932 e perfezionata con autodichiarazione di buona salute il 3 novembre 1932.

Il 5 novembre 1932 l'assicurato morì per peritonite da appendicite acuta, giusta il certificato del medico curante, parente dell'assicurato.

Da un'inchiesta eseguita risultò che la malattia si iniziò il 2 novembre con una colica appendicolare quando l'assicurato si trovava in un paese della provincia e per tale motivo si affrettò a rientrare in città.

Lo stesso fratello dell'assicurato nel denunciare il decesso su Mod. A. C. 207 scrisse che la malattia ebbe inizio il giorno 2 novembre. La verità peraltro non poté rifulgere perchè il medico curante era il parente del defunto ed egli aveva troppo interesse alla liquidazione della polizza, che si dovette fare, per mancanza di prove della dichiarazione falsa.

7. - ANGINA PECTORIS. — Individuo di a. 52, proprietario, ammogliato con figli. Il 10 settembre 1928 avanzò domanda di assicurazione per un forte capitale, 500.000 lire.

Il 12 settembre fu sottoposto a visita da parte di due sanitari che lo ritennero

sano e giudicarono il rischio ottimo. La polizza fu quindi emessa a condizioni normali, senonchè l'assicurato la sera del 20 settembre 1928 fu colpito da un attacco di angina pectoris riuscito mortale.

Dagli eredi e loro patrocinatori si voleva sostenere la validità del contratto date le visite mediche subite e l'accettazione della proposta con l'emissione della polizza, ma poi non si insistette nell'assurda richiesta.

Intendo ora occuparmi del gruppo delle malattie acute febbrili:

III GRUPPO.

8. - STREPTOCOCCEMIA. — Individuo di a. 45, farmacista, ammogliato con figli. Il 28 agosto 1930 avanzò proposta di assicurazione.

Il 1° ottobre 1930 fu sottoposto a visita medica e trovato sano.

Il contratto fu perfezionato con dichiarazione di buona salute l'11 dicembre 1930, il 27 dello stesso mese ed anno l'assicurato morì di infezione tifica, giusta il certificato del medico curante.

Da un'indagine sanitaria eseguita risultò che l'assicurato ammalò verso la fine di ottobre di una forma febbrile che fu ritenuta di origine tifica. L'11 novembre fu tenuto un consulto con un medico primario del vicino capoluogo di provincia e persistendo la temperatura con fenomeni gravi il 20 novembre fu eseguito nel gabinetto dell'Ospedale l'esame del sangue per la reazione di Vidal che risultò negativa per tifo, paratifo A. B. e Coli. Anche la Wright per il Bruce e Baug fu negativa. Fu debolmente positiva la deviazione del complemento tubercolare. Il 30 novembre 1930, persistendo la malattia con febbre alta, continuo-remittente, fu eseguito nuovo esame di sangue e con la prova culturale si poté isolare uno streptococco.

L'esame delle urine eseguito il 30 novembre 1930 fece rilevare albumina nella porzione del 10 ‰; cloruri 27 ‰, urea 7,95, cellule renali degenerate, cilindri granulosi con apposizioni di emasie e numerosissime emasie. Fu fatta diagnosi di streptococcemia. Con il germe riscontrato fu preparato anche un autovaccino l'8 dicembre 1930. Nonostante tutte le cure tentate la malattia andò sempre aggravandosi e il 27 dicembre 1930 si ebbe la morte.

È evidente che quando il contratto fu perfezionato l'11 dicembre 1930 l'assicurato era in gravi condizioni e la sua dichiarazione di buona salute non rispondeva al vero.

Al rappresentante dell'Istituto che dalla sede provinciale dell'Agenzia, nel pomeriggio di quel giorno, si recò per perfezionamento la moglie dello assicurato disse che il marito stava facendo un pisolino e prese la polizza e il simple per la firma tornando poco dopo coi denari e col simple firmato.

Si volle in tal modo profittare della buona fede dell'Agente dell'Istituto.

Il contratto fu contestato.

La famiglia resistette, ma sia in Tribunale che in Corte di Appello l'Istituto è riuscito vittorioso.

All'eccezione fatta ai beneficiari della polizza che l'Agente locale conosceva lo stato di infermità dell'assicurato, il Tribunale di Roma ha obbiettato; « nè il contratto può essere ritenuto valido per il riflesso che la malattia di cui soffriva l'assicurato era nota all'Agente locale. Invero costui, essendo un semplice produttore, e non un istitutore, era privo del potere di rappresentare legalmente l'Istituto e di obbligarsi validamente per conto di questo e la di lui scienza sulle condizioni fisiche dell'assicurato non implica quella del detto Istituto il quale, attraverso i suoi rappresentanti, prestò il consenso in base alle dichiarazioni dell'assicurando ».

Il Tribunale proseguì nella sua sentenza: « In ordine poi alla conoscenza che

l'assicurando potesse avere del suo stato di salute allorchè firmò la polizza il Tribunale, senza soffermarsi ad esaminare i contrari pareri espressi nei certificati medici esibiti dagli attori osserva che la persistenza dell'alta febbre, l'avvenuto consulto di tre medici, l'estrazione del sangue per l'esame, costituiscono un complesso di circostanze tali da escludere in modo assoluto che l'assicurando, quando l'11 dicembre rese la cennata relazione, fosse in buona fede nel senso che fosse convinto di trovarsi in buona salute».

Contro la sentenza del Tribunale i beneficiari ricorsero in Appello; ma la Corte di Appello di Roma confermò il giudicato del Tribunale con questa motivazione: « Nel tempo che passa tra la proposta e l'accettazione è sopraggiunto un fatto nuovo atto a modificare sostanzialmente il rischio, cioè la infermità tifoidea. Ora di questo fatto che veniva a spostare il rischio il proponente doveva dare notizia all'Istituto, per porlo in grado di prestare con piena conoscenza di causa il proprio consenso ».

« Obbietta l'appellante che ad ogni modo la malattia da cui l'assicurato fu colpito era nota all'Agente locale e invoca il principio che, allorchando l'Istituto, o il suo rappresentante conoscono il vero, il giudizio sulla convenienza o meno di stipulare, non è fuorviato e le cause di nullità del contratto cioè l'errore e l'ignoranza esulano ».

La Corte prosegue: « Niun dubbio sull'esattezza del principio per quanto riguarda la conoscenza da parte dell'Istituto: il suo consenso in tal caso incide esattamente un rischio che egli intende assumere a suo carico, e non può dirsi viziato. Ma ben diversamente le cose procedono, allorchè la conoscenza risiede non nell'Istituto che è il vero contraente, ma in un suo agente. Occorre al riguardo fare una distinzione: aver cioè riferimento ai poteri, di cui sono investiti e distinguere gli agenti che hanno potere di concludere i contratti, da quelli che hanno soltanto l'incarico di procacciare le offerte del pubblico; l'attività dei primi ha un contenuto essenzialmente giuridico, quello dei secondi un contenuto essenzialmente materiale. I primi sono dei veri e propri rappresentanti dell'Istituto, perchè hanno l'incarico permanente di concludere contratti per suo conto e in considerazione dell'indole generale e stabile della loro rappresentanza pigliano la figura giuridica di istitori.

« I secondi invece altro non sono che commessi permanenti dell'Istituto incaricati principalmente della ricerca di affari: e se a questo loro caratteristico ufficio ne uniscono altri accessori, come rimettere le polizze, riscuotere i premi in base a quietanze firmate dall'agente principale, dare comunicazioni dei sinistri, avvertire dei mutamenti avvenuti nei rischi assicurativi ecc., ciò non vale a mutare la loro natura giuridica, che è quella di un intermediario dell'affare, il quale si conclude direttamente fra l'assicurato e l'Istituto o chi lo rappresenta. I primi pertanto obbligano contrattualmente la Società alla conoscenza da parte loro di un vero difforme da quello dichiarato, fa esulare il vizio di consenso; la conoscenza da parte dei secondi nulla rileva, perchè essi non intervengono nella conclusione del contratto ».

La dottrina afferma gli stessi principi ed al riguardo mi prime riferire quanto scrive il Vivante: « La Compagnia che, saputo l'errore, comunque ne sia informata sia pure dal proprio medico o dal proprio agente, riscuote premio, dimostra l'intenzione di accettare il rischio qual'è, e di rinunciare alla causa di nullità che le compete. Ma la conoscenza degli agenti non equivale alla conoscenza della Compagnia, perchè essi non la rappresentano ».

« La Compagnia esamina ed accetta il rischio sulla fede della proposta, e quanto non è scritto in quel documento non giunge alla sede centrale. Una diversa dottrina aprirebbe facilmente l'adito alla collusione fra gli assicurandi e gli agenti avidi di provvigioni, avvertiti dalla propria esperienza a tacere le circostanze che farebbero respingere la proposta ».

In altro punto lo stesso autore dice: « Le sole dichiarazioni scritte giungono alla sede centrale e servono di base al contratto ».

9. - PARATIFO. — Individuo di a. 48, commerciante, ammogliato con figli. Nel novembre 1932 avanzò domanda di assicurazione.

Sottoposto a visita medica il 7 novembre 1932 dichiarò precedenti gentilizi e personali buoni e la visita risultò favorevole. Misure somatiche: m. 1,60, kg. 84, collo 36, torace 86-85, addome 100.

La polizza fu emessa con soprapremio sanitario dell'1‰ per lieve obesità.

Il contratto fu perfezionato con autodichiarazione di buona salute il 9 gennaio 1933. Il 23 gennaio 1933 l'assicurato venne a morte per enterite acuta (paratifo) giusta la diagnosi del medico curante, che nel suo certificato diceva di aver cominciato a curare l'infermo alla fine di dicembre.

Lo stesso sanitario interpellato da un Ispettore Medico, confermò tale dato aggiungendo che nel gennaio, finchè visse, l'assicurato fu sempre febbricitante ed a letto.

Niun dubbio che all'atto del perfezionamento del contratto l'assicurato era tutt'altro che in buone condizioni di salute. La polizza era quindi contestabile per dichiarazione falsa oltrechè erronea.

10. - POLMONITE ACUTA. — Donna di a. 26, maritata con figli. Nell'agosto 1930 avanzò proposta di assicurazione e il 4 settembre 1930 fu sottoposta a visita medica, che ebbe risultato favorevole. Notizie anamnestiche negative dal lato morboso.

Misure somatiche: m. 1,55, kg. 50, collo 32, torace 72, addome 72. Fu giudicata un po' gracile e oligoemica ma sana.

Fu emessa la polizza col soprapremio sanitario del 2‰ il 16 settembre 1930, ma presentata all'assicuranda per perfezionamento, questa, dopo aver firmato il semplice con la dichiarazione di buona salute, disse di non avere la somma occorrente, cosicchè l'incaricato non consegnò la polizza e trattenne il semplice. Furono fatte poi sollecitazioni per pagamento, ma invano, senonchè al mattino del 21 ottobre 1930 il marito dell'assicuranda si presentò presso la sede dell'Agenzia Generale chiedendo di voler pagare il premio e ritirare la polizza. Gli fu detto che questa era in consegna al produttore che aveva anche la quietanza, ma egli insistette per pagare il premio dicendo che poi avrebbe curato di ritirare la polizza.

Gli fu fatta una ricevuta provvisoria. Il 25 ottobre 1930 lo stesso marito si presentò al produttore esibendo la ricevuta provvisoria e ritirando la quietanza regolare e la polizza.

Alla domanda del produttore sullo stato di salute della moglie il marito disse che stava benissimo e che anzi si pentiva di non averla portata con sè per ritirare la polizza.

La sera dello stesso giorno il produttore passando casualmente innanzi al negozio esercito dall'assicurata, ebbe a rilevare, con grande meraviglia, una striscia di lutto con la scritta « Per morte della moglie ». Di ciò avvertì subito l'Agenzia Generale che a sua volta ne rese edotta la Direzione dell'Istituto. Il beneficiario della polizza non esitò a chiedere il pagamento della stessa, esibendo un certificato del medico curante che diceva di avere cominciato a curare l'assicurata la sera del 20 ottobre 1930 alle ore 21, e che aveva rilevato « rantoli a medie e piccole bolle diffusi in tutto l'ambito polmonare, ipofonesi diffusa, in qualche punto respiro soffiante ». Il marito sosteneva che la malattia si era iniziata nel pomeriggio del 20 ottobre, e che quando egli pagò il premio, ritirando ricevuta provvisoria, al mattino di detto giorno, la moglie stava bene.

Da un'inchiesta eseguita viceversa risultò che l'assicurata la domenica 19 ottobre stando in casa della mamma, verso mezzanotte cominciò ad avvertire malessere generale con sensazione di freddo; dolore alle spalle e febbre. Il malessere andò sempre aumentando e il giorno seguente il medico fece diagnosi di polmonite grave. Si ebbe la morte la sera del 21 ottobre. Allorchè fu pagato il premio di assicurazione, evidentemente l'assicurata era già affetta dalla grave infermità che ne determinò la morte. Ciò risultò chiaramente dalle indagini compiute. Dallo stesso certificato del medico curante esibito dal marito dell'assicurata per la liquidazione del sinistro, si deduce che la mattina del 20 ottobre la malattia era già in atto. Difatti, come sopra si è detto, il medico curante diceva di aver rilevato la sera del 20 « rantoli a medie e piccole bolle diffusi in tutto l'ambito polmonare, ipofonesi diffusa, in qualche punto respiro soffiante ».

È questo il reperto della broncopolmonite conclamata, che per svilupparsi in tutta la sua totalità ed imponenza sintomatologica aveva bisogno di un certo tempo, che non poteva essere assolutamente inferiore a quello che risultò dalle varie testimonianze raccolte, compresa quella della madre dell'assicurata, che aveva dichiarato essersi ammalata la figlia mentre stava in casa sua verso le ore 12 del 19 ottobre.

Nel caso di cui ci siamo occupati, il contratto si deve ritenere nullo. Quando avvenne il pagamento del premio l'assicurata era in gravissime condizioni di salute e quando fu consegnata la polizza, l'assicurata era già morta da 4 giorni!

11. - ATROFIA GIALLA ACUTA DEL FEGATO. — Individuo di anni 36, ammogliato con figli. Ai primi di giugno avanzò domanda di assicurazione, forma mista, per L. 100.000.

Il 12 giugno fu sottoposto a visita medica e trovato sano.

Ai medici visitatori dichiarò di avere sempre goduto buona salute e che solo all'età di 7-8 anni soffrì di tifo, e durante il servizio militare di itterizia catarrale.

Il contratto fu perfezionato il 1° luglio 1931, con dichiarazione di buona salute.

Il 6 luglio 1931 l'assicurato morì per atrofia gialla acuta del fegato, giusta il certificato del medico curante.

Da un'inchiesta eseguita risultò che la malattia si era iniziata verso la metà di giugno ed ebbe un decorso progressivo. Quando l'assicurato perfezionò il contratto era evidentemente affetto dalla grave malattia che ne troncò l'esistenza dopo pochi giorni. Lo stesso medico curante che redasse la relazione circa la malattia che fu causa della morte, diceva di aver visitato l'ammalato il 26 giugno.

La polizza fu quindi ragionevolmente contestata.

Di questo caso, date le circostanze che l'accompagnarono e la grande autorità del medico-legale che redasse apposito parere, a richiesta degli interessati, mi occuperò in modo particolare in una prossima pubblicazione.

Specialmente per l'ultimo gruppo di malattie contemplato, può dagli interessati essere addotto, per il riconoscimento della validità del contratto, il motivo che della malattia era a conoscenza il rappresentante dell'Istituto; ma al riguardo vale quanto abbiamo riferito a proposito del caso 8°.

Da quanto si è esposto si rileva che l'assicurando nell'interesse della piena validità del contratto che va a stipulare, deve dire sempre, fino all'atto del perfezionamento della polizza, tutta la verità ed essere leale nelle dichiarazioni che a lui si richiedono sulla sua salute.

Dott. FABIO MARSELLA

La pagina del Medico fiduciario

Danni che potevano essere evitati.

Verso i primi di Dicembre 1933 venne avanzata proposta di assicurazione sulla testa di una persona di 42 anni per una notevole somma; contraente e beneficiario altro individuo che si diceva datore di lavoro dell'assicurato, a favore del quale voleva fare un atto di previdenza dato che era un suo dipendente.

Le dichiarazioni dell'assicurando sul suo stato di salute passato e presente furono buone e la visita medica risultò favorevole. Fu emessa quindi la polizza che venne perfezionata con la prescritta dichiarazione di buona salute dell'assicurando e del contraente il 29 Dicembre 1933. Senonchè verso la metà di Febbraio pervenne notizia alla Direzione dell'Istituto che l'assicurando era degente in Ospedale per grave affezione polmonare.

Fu disposta una visita e un'indagine sanitaria. Risultò che l'assicurato era un girovago senza mestiere e senza fissa dimora, malandato in salute ed alcoolizzato con affezione polmonare cronica e che dal 22 Gennaio 1934 era degente in Ospedale.

L'assicurato decedette il 28 Febbraio e l'autopsia fece rilevare postumi di pleurite bilaterale e tubercolosi diffusa con grave processo distruttivo del lobo superiore destro e caverna della grandezza di una grossa arancia.

* * *

Nell'ottobre 1932 fu sottoposto a visita medica un giovane assicurando che dichiarò di trovarsi in buone condizioni di salute e solo disse di aver sofferto tre anni prima di flebite di cui si dichiarava perfettamente guarito.

Il medico fiduciario nel suo rapporto disse di non aver rilevato nulla di anormale.

La polizza fu quindi emessa ed il contratto fu perfezionato con la di-

chiarazione di buona salute dell'assicurando.

Successivamente l'assicurato fu ricoverato in Ospedale per morbo di Bürger e sottoposto ad amputazione della gamba sinistra.

Dalle indagini eseguite è risultato che la malattia si era iniziata con fenomeni dolorifici e distrofici alcuni mesi prima dell'ingresso in assicurazione.

Dott. MARSELLA.

L'opera dell'Ispettore medico.

Verso la fine di Gennaio 1934 venne avanzata proposta di assicurazione sulla testa di una persona di 57 anni.

Nella proposta e in occasione della visita medica l'assicurato dichiarava di essere in buona salute e di non avere mai avuto alcuna malattia importante. La visita medica risultò favorevole sotto ogni riguardo. Senonchè una visita di controllo eseguita da un Ispettore medico di Direzione dopo qualche settimana ha fatto accertare una classica forma di sclerosi laterale amiotrofica in periodo avanzato e che, a detta dello stesso assicurando, si era iniziata nel Settembre 1933.

Dott. MARSELLA.

Toracimetro Lanzerini.

Richiamiamo l'attenzione dei nostri medici fiduciari sopra questo toracimetro differenziale che permette la misurazione dei due emitoraci in riposo e nelle varie fasi della respirazione. Tale apparecchio, che è il perfezionamento del centimetro simmetrico di Rosenthal, è costituito da due nastri metrici metallici contenuti in una piccola scatola; le forze di svolgimento dei nastri stessi durante l'esame sono mantenute da due piccole molle a spirale.

L'uso del toracimetro è molto semplice: le emicirconferenze si leggono direttamente in una doppia fenestrazione dell'apparecchio che viene applicato sulla linea mediana dello sterno dopo aver agganciato posteriormente i nastri metrici sulla linea mediana posteriore. Il ritorno automatico dei nastri per azione delle molle a spirale nelle espirazioni permettono un'esatta

misurazione comparata degli emiperimetri toracici in condizioni di osservazione che non turbano i normali movimenti della gabbia.

Ci auguriamo che questo toracimetro differenziale, detto a ritorno automatico dal Lanzerini, incontri larga diffusione tra i medici per la facilità e la utilità pratica che presenta.

St.

Notiziario

Norme che regolano il Servizio Sanitario periferico dell'I. N. A.

Riportiamo la Circolare n. 163 del Direttore Generale in data 19 marzo 1934:

Si ritiene opportuno riepilogare le norme che regolano il Servizio Sanitario periferico:

1°) I signori Agenti Generali devono incaricare delle visite agli assicurandi soltanto i medici iscritti nello elenco trasmesso dalla Direzione Generale. I rapporti redatti da medici non fiduciari non possono essere ritenuti validi.

2°) L'invito a visitare gli assicurandi deve essere dato al medico esclusivamente dall'Agente Generale e locale e mai dal produttore.

3°) I medici fiduciari possono eseguire le visite solo nelle località nelle quali risiedono e per le quali sono stati esclusivamente autorizzati dalla Direzione Generale.

4°) Per ovvie ragioni non possono essere inclusi nell'elenco dei fiduciari i medici che abbiano un grado di parentela con gli Agenti. Qualora una simile evenienza venisse a determinarsi i signori Agenti hanno l'obbligo di renderne immediatamente edotta la Direzione Generale.

5°) I medici che vengono inclusi nell'elenco dei fiduciari possono essere

utilizzati per le visite agli assicurandi fino al 65° anno di età.

6°) I signori Agenti dovranno curare che i medici fiduciari siano sempre provvisti dei moduli che la Direzione Generale fornisce per i rapporti di visita medica e delle buste relative.

7°) Per le visite mediche dovranno essere adoperati i seguenti moduli:

Modulo n. 10 per nuovi contratti per somme non superiori alle lire ventimila;

Modulo n. 1 per nuovi contratti per somme superiori alle lire ventimila;

Modulo n. 14 per ritardato perfezionamento dei contratti;

Modulo n. 3 per riattivazione dei contratti

Nelle trasformazioni di contratti S. V. M. in contratti con V. M. adoperare il Mod. n. 10 per capitali sino a lire ventimila ed il Mod. n. 1 per capitali superiori alle lire ventimila;

Modulo n. 7 per il certificato del medico di famiglia;

Modulo n. 15 per invalidità totale permanente;

Modulo n. 93 per dichiarazione di inizio di invalidità sia morbosa che traumatica;

Modulo n. 92 per certificato di continuazione di infermità;

Modulo n. 94 per rapporto definitivo del medico circa la invalidità temporanea;

Modulo n. 79 per analisi gratuite

presso il Laboratorio Centrale della Direzione Generale;

Modulo n. 80 per visite mediche periodiche gratuite.

8°) Poichè i fiduciari debbono astenersi dal produrre direttamente affari essi sentiranno l'obbligo morale di non praticare la visita medica ogni volta che siano comunque interessati nella produzione di un contratto.

In tal caso i signori Agenti provvederanno ad incaricare della visita altro fiduciario.

9°) È preferibile che la visita medica non venga mai eseguita dal medico di famiglia dell'assicurato.

10°) Allorchè un assicurato contragga una nuova assicurazione, la visita medica non dovrà essere di regola affidata al fiduciario che visitò precedentemente l'assicurato.

11°) Nelle località ove risiedono più fiduciari i signori Agenti Generali cureranno in modo speciale una ripartizione equa delle visite agli assicurandi fra tutti i medici fiduciari della località.

12°) Per capitali di lire centomila ed oltre sono necessarie due visite mediche. Esse devono essere eseguite separatamente e possibilmente in ore diverse da due medici fiduciari, di cui uno deve essere preso dallo speciale elenco inviato dalla Direzione Generale.

13°) È utile che il maggior numero di visite vengano effettuate nella sede dell'Agenzia o a domicilio del medico e solo in via eccezionale a domicilio dell'assicurando.

14°) Alla visita medica non deve assistere alcuno: se si deve visitare una signora, potrà assistervi persona di famiglia.

15°) Il fiduciario deve eseguire la visita nel più breve tempo dall'invito ricevuto e deve consegnare il rapporto al più tardi entro le 24 ore.

16°) Il rapporto deve essere chiuso dal medico in busta. Al disopra della linea di chiusura il medico deve apporre la sua firma od il suo sigillo.

La busta chiusa o sigillata deve essere consegnata all'Agente perchè la inoltri alla Direzione dell'Istituto.

17°) Non appena il medico fiduciario avrà consegnato il certificato di visita medica, chiuso come sopra è detto, l'Agente dovrà immediatamente provvedere all'onorario secondo la tassa della del modulo Servizio Sanitario numero 49, facendosi rilasciare dal fiduciario la ricevuta quietanzata.

18°) Tutti gli inconvenienti che si verifichino nell'esercizio dei medici fiduciari devono essere subito denunciati alla Direzione Generale (Servizio Sanitario) dalla quale i medici dipendono e per essa ai signori Ispettori della Circostrizione.

Il Direttore Generale
f.to GIORDANI.

Corso di cultura in Medicina Legale Generale e Medicina Legale delle Assicurazioni

Il 21 febbraio scorso si è inaugurato all'Istituto di Medicina Legale questo Corso trimestrale di cultura, le cui lezioni sono affidate ai seguenti Professori:

Prof. S. OTTOLENGHI - Istituzioni di Medicina Legale in rapporto alla legge.

Id. - Esame somatico-psichico del delinquente.

Prof. A. ASCARELLI - Medicina Legale speciale e casistica medico legale.

Prof. A. BELLUSSI - Infortunistica medico-legale e giurisprudenza infortunistica.

Prof. A. GIANNELLI - Psichiatria generale e casistica psichiatrico-forense.

Prof. B. DI TULLIO - Psicopatologia forense ed Antropologia Criminale.

Prof. C. GIANNINI - Assicurazioni sociali.

Prof. I. ROMANELLI - Medicina legale delle Assicurazioni-Vita.

Con piacere rileviamo che numerose sono state le iscrizioni al Corso stesso di medici e di dottori in giurisprudenza.

Organizzazione di un Corpo Medico comune alle Compagnie di Assicuraz. vita in Francia

Le Compagnie di assicurazione sulla vita che lavorano in Francia si sono preoccupate da qualche tempo di perfezionare il loro servizio medico.

Parecchie di queste compagnie hanno dovuto constatare delle deficienze, sia per la trascuratezza da parte di qualche sanitario, sia perchè qualche altro si è lasciato influenzare dagli Agenti.

Il Sindacato delle Compagnie a tariffa fissa, composto di 14 Compagnie, ha allora incaricato il Dott. Metzger di studiare la questione di un servizio medico comune affidato a medici capaci e coscienziosi,

Il Sindacato delle Compagnie straniere di assicurazione sulla vita che lavorano in Francia, non sembra molto propenso ad accettare il servizio medico unico, e la principale obiezione che esso fa è basata sui pericoli che presenta tale servizio medico in comune e sull'interesse che ha ogni Compagnia di conservare la libera scelta dei medici.

Tuttavia, l'Assemblea generale della Riunione delle Compagnie straniere di assicurazione, ha riconosciuto che si può fare qualche cosa per eliminare i medici indesiderabili.

Il Dott. Metzger ha presentato un rapporto nel mese di ottobre 1933, di cui diamo un breve riassunto.

CONSIDERAZIONI GENERALI - Nella seduta dell'8 marzo 1932 l'Assemblea del Sindacato delle Compagnie francesi di assicurazione-vita a premio fisso aveva deciso di incaricare un medico di Parigi di organizzare un corpo di medici nella provincia.

L'8 Aprile 1932 fu deciso di cominciare a scegliere, in un certo numero di città, un medico comune alle Compagnie del Sindacato.

Dopo un primo periodo di prova, ci si accorse che non tutte le Compagnie sindacate avrebbero accettato la desi-

gnazione di un medico comune e, dopo un secondo periodo di prova, si venne alla conclusione della possibilità di un'organizzazione medica comune nelle provincie, senza rigidità.

In una riunione tenuta il 25 di ottobre 1932, il Sindacato nominò un medico-ispettore, con l'incarico di preparare gradualmente la selezione e l'unificazione dei medici della provincia, lasciando però facoltà agli Agenti delle varie Compagnie sindacate di servirsene o no di tali medici.

Ma le divergenze fra le Compagnie si accentuarono: le une si dichiararono soddisfatte di tutti i loro medici, le altre invece dichiararono di non esserlo di nessuno.

Nel terzo rapporto che il medico-ispettore ha presentato il 25 ottobre 1933, egli ha cercato di dimostrare:

a) i risultati importanti già ottenuti;

b) di essere rimasto fedele allo spirito della missione affidatagli;

c) che tale organizzazione è veramente desiderata dai migliori medici delle varie città e corrisponde ad una necessità reale.

Egli ha organizzato le principali città di undici dipartimenti in dieci mesi.

Nei centri che hanno popolazione inferiore a 10.000 abitanti, dato il numero ristretto dei medici (tre o quattro), non c'è possibilità di scelta.

Venne raccolta tutta la documentazione amministrativa riguardante 1.138 medici che avessero passato almeno una visita per le Compagnie di Assicurazione, e fra questi, su 441 che lavorano nelle 31 città visitate, furono proposti 127 medici (venne cioè chiesta la soppressione del 71,21 % dei medici.

Criteri di scelta dei medici.

Medici che non si devono, per principio, proporre.

Quattro categorie di medici sarebbero poco raccomandabili:

a) Medici che occupano situazioni amministrative o municipali e che fini-

scono per diventare dei veri funzionari spesso volte sottomessi a direttive locali;

b) Medici che hanno grossa clientela, che non sono mai liberi, arrivano in ritardo all'appuntamento od esaminano troppo sommariamente gli assicurandi;

c) Medici che essendo ricchi esercitano la professione da dilettanti;

d) Medici che nel corso di un anno hanno passato una sola visita, a meno che i loro titoli scientifici od il loro lavoro professionale li rendano desiderabili.

Medici che non devono essere proposti.

La selezione dei medici consta di eliminazione e di scelta. I medici eliminati appartengono a tre categorie:

a) Medici che, pur offrendo tutte le garanzie di onestà, sono eliminati per motivi differenti (vecchi o stanchi, di valore professionale mediocre che desiderano fare solo la propria clientela o che esercitano una specialità;

b) Medici sui quali si hanno dei dubbi (squilibrio mentale per vita miserevole od esistenza tralasciata, per faciloneria, per compiacenze abituali o malavoglia, o perchè specializzati in infortunistica;

c) Medici francamente sospetti (sfruttano cliniche di accidenti del lavoro o comunque sospette, sono stati colpiti per procurato aborto o comunque esonerati dagli ospedali, o tradotti davanti al Consiglio di famiglia del Sindacato medico per inganni sugli onorari, citati in giudizio per oltraggio al pudore, o sospetti di traffico al Tribunale delle pensioni od agli accidenti del lavoro o per traffico dei «carnets medici».

Medici che devono essere scelti:

a) Medici pratici, di buona nomea, sia per la qualità della diagnosi, sia per il modo con cui praticano le loro visite;

b) Medici di Ospedale o forniti di

titoli scientifici universitari od ospedalieri.

Vengono citati, per sostenere questo modo di vedere, vari casi di assicurandi rifiutati dai medici scelti con questi criteri, per malattie in evoluzione, ed accettati invece da altre Compagnie.

In totale:

Un assicurato per 500.000 franchi	500.000
Tré assicurati per 200.000 franchi	600.000
Due assicurati per 100.000 franchi	200.000
Quattordici assicurati per 50.000 franchi	700.000
	<u>2.000.000</u>

Vale a dire due milioni di franchi assicurati su assicurandi colpiti da malattie gravi in evoluzione acuta, rifiutati da medici scelti.

* * *

Verso quali medici l'Agente invia più facilmente gli assicurandi?

Dalle ricerche fatte risulterebbe:

1° Per l'insieme dei 441 medici scelti nelle 31 città visitate il totale delle visite è stato di 2823; la media è quindi 6,4 per medico.

2° Per l'insieme dei 21 medici dubbi, il totale delle visite è stato di 179, la media di 8,5.

3° Per l'insieme dei 18 medici francamente sospetti o tarati, il totale delle visite passate è stato di 265 e la media di 14,7.

Ed ecco la conclusione:

In assenza di qualunque organizzazione, meno un medico è onesto e più fa visite di assicurazione.

* * *

Relazione tra medici ed agenti.

L'Agente conduce l'assicurando al medico con un solo desiderio (legittimo, del resto): *fare l'affare.*

Il medico invece, fa il suo esame con coscienza; se l'assicurando è sano, tutto

va bene; se è tarato, l'interesse dell'agente diverge da quello della Compagnia che ha come sola garanzia l'onestà del medico.

1) L'Agente cerca di esercitare una pressione sul medico chiedendogli di essere di manica larga (quasi tutti i medici seri si lamentano). Questa pressione agisce se il medico è giovane, esercita da poco e quindi non completamente indipendente.

2) Difficile questa pressione su medici noti e di grande clientela, ed appunto perciò gli agenti non si dirigono a loro.

3) L'Agente cerca quindi il medico di manica larga.

In qualche caso sarebbe anche risultato che dei medici hanno versato una parte degli onorari all'Agente, o che l'Agente abbia dato la metà della commissione al medico se l'assicurando fosse stato accettato.

4) In certi casi l'Agente apriva il rapporto e, se sfavorevole, lo lacerava e faceva rifare l'esame da altro collega di manica larga.

5) Evitare che il medico curante esamini il proprio cliente, e ciò per ovvie ragioni.

* * *

Punto di vista delle Compagnie.

Secondo l'Ispettore-medico che ha redatto il rapporto, sarebbero anche risultate delle varie difficoltà per l'esame delle urine quando la visita viene passata a domicilio dell'assicurando. In più egli consiglia che i rapporti medici vengano inviati direttamente dai medici alla Sede Centrale. Ha avuto anche l'impressione che in generale i medici esaminatori chiedano di poter fare delle radioscopie nei casi dubbi con maggiore larghezza.

Le conclusioni sono quindi che l'organizzazione è necessaria, sia perchè fa realizzare alle Compagnie delle economie considerevoli, riducendo al minimo i sinistri, sia perchè evita l'attrito fra i medici e gli agenti.

La Rappresentanza di un Ente estero che esercita in Francia, ha, da parte sua, fatto delle proposte.

Risulta chiaro da quanto precede che la preoccupazione delle Compagnie di assicurazione è di migliorare la qualità dei rapporti medici per evitare la assunzione di rischi da rifiutarsi.

Già funziona a Parigi l'ufficio delle statistiche, che ha già dato risultati apprezzabili, richiamando l'attenzione delle Compagnie sui rischi tarati.

Per la scelta dei medici ha quindi proposto la creazione di un ufficio analogo che raccolga una documentazione completa sui medici, e che dovrebbe funzionare sotto la direzione ed il controllo di quattro o cinque medici scelti fra i Capi dei Servizi Sanitari delle Compagnie sindacate.

Il lavoro di tale ufficio dovrebbe procedere per tappe successive:

1° Stabilire una cartella personale per ogni medico fiduciario delle Compagnie aderenti al Sindacato, (le Compagnie interessate fornirebbero una lista completa dei medici con una nota per ognuno di essi).

2° Per la nomina dei nuovi medici esaminatori, ogni Compagnia presenterà le candidature all'ufficio di documentazione che stabilirebbe ed invierebbe alla Compagnia tutti i documenti che possono interessare. Per di più ogni Compagnia non dovrebbe nominare definitivamente i medici che dopo sei mesi di prova.

3° Dopo un certo periodo di tempo l'ufficio documentazione giungerebbe a costituire così una classifica di tutti i medici e sarebbe in grado di indicare per ogni località quei sanitari che meritano la fiducia.

In tale modo ogni Compagnia potrebbe scegliere fra i sanitari indicati quelli che più preferisce, conservando così una certa libertà d'azione.

Dott. M. SAINI.

Dai Libri e dalle Riviste

La legge italiana sulle malattie professionali

Nella rubrica di medicina sociale de « *La Medicina internazionale* » del febbraio il Prof. Pellegrini prende occasione dalla imminente applicazione della legge sulle malattie professionali per fare considerazioni medico-legali di notevole interesse sull'argomento.

L'A. distingue le malattie del lavoratore in: 1) malattie del lavoro propriamente dette quando il lavoro con azione non rapida ma diretta ha dato origine alla malattia; 2) malattie del lavoro allorquando il lavoro come tale ha dato una forma morbosa non specifica del lavoro; 3) malattie indirettamente connesse al lavoro.

Espone l'ordinamento legislativo dell'assicurazione del lavoro e quali soggetti abbiano diritto a tale assicurazione rilevando come per i lavoratori non basti la dimostrazione del nesso fra una qualunque occupazione e una malattia dichiarata professionale ma occorre anche che essi esercitino uno dei mestieri qualificati e compresi in una tabella acclusa al regolamento delle malattie professionali.

Altri requisiti per poter beneficiare dell'assicurazione delle malattie professionali sono il nesso di casualità, la presenza di manifestazioni cliniche e l'occupazione specifica al comparire di queste o entro un periodo successivo che varia per le singole malattie. L'A. espone poi quali sono le singole manifestazioni cliniche che per ogni malattia vengono indennizzate. Quanto poi alla qualifica di invalidità, che come per le assicurazioni infortunistiche può essere temporanea o permanente, essa va riferita non al lavoro specifico ma al lavoro generico alla stessa guisa dell'assicurazione invalidità praticata dall'I. N. A. sulla vita.

L'operaio di fronte ai benefici assi-

curativi ha l'obbligo di sottoporsi alle cure necessarie (la salute è patrimonio individuale ma anche della società) e a modificare l'occupazione di lavoro se sarà il caso, pena, in caso contrario, la perdita dei diritti assicurativi.

Per l'applicazione della legge il medico deve come libero professionista denunciare le malattie professionali riconosciute ai Circoli di Ispezione dell'industria e del lavoro territoriale; è previsto in caso di inadempienza del medico una ammenda da 25 a 50 lire. È poi devoluto a due medici di fiducia, uno dell'Istituto assicuratore, l'altro dell'assicurato valutare l'inabilità della malattia professionale; in caso di disaccordo un perito del Tribunale deciderà la controversia.

* * *

Anche il Prof. Ranelletti in una nota illustrativa pubblicata nella « *Rassegna della previdenza sociale* » dal titolo « *Il governo fascista per i lavoratori* » s'occupa dello stesso argomento come completamento di quanto è già stato espresso nella Carta del Lavoro. Finora l'aver tralasciato le malattie professionali è stato un'ingiustizia sociale, come osserva l'A., perchè lo stesso fattore causale lavorativo dell'infortunio si riscontra in queste malattie.

Illustrati i vari articoli del Regolamento il Prof. Ranelletti si sofferma infine a parlare dei nuovi compiti sociali dei medici e della necessità dell'insegnamento delle malattie professionali.

St.

La personalità fisico-psichica del lavoratore

La medicina del lavoro che ha avuto in Italia la sua culla per merito del Ramazzini, ha sempre avuto da noi cultori insigni di questa "branca della medicina sociale, e sempre più si è

affermata coll'aumentare della media e della grande industria. I progressi dell'igiene e dell'assicurazione infortuni hanno molto contribuito all'affermarsi delle funzioni del medico negli stabilimenti ove ora la opera del sanitario è divenuta indispensabile.

Leggiamo perciò con piacere sulla *Rassegna di Medicina applicata al lavoro* (n. 1, 1934) un articolo del prof. Ottolenghi che riguarda la personalità fisico-psichica del lavoratore. L'A. che ha vasta competenza in tale argomento richiama l'attenzione sul fatto che il medico di fabbrica, oltre le funzioni mediche ne ha altre importantissime medico-legali infortunistiche e di assistenza morale del lavoratore.

Per poter bene adempiere tale compito l'Ottolenghi osserva come sia indispensabile che il medico conosca la personalità dell'operaio e ciò non potrà ottenere che con un esame antropo-psicologico biografico a simiglianza dello psicogramma che l'A. ha creato nella Scuola di Polizia scientifica e oggi è ovunque diffuso.

Ricorda poi l'importanza per l'evenienza di infortuni del Casellario centrale degli Infortuni istituito in Italia dal Ministero delle Corporazioni nel 1921 per opera di Giannini dopo appena due anni dalla proposta avanzata dalla Società di Medicina Legale di Roma. La grande utilità e diffusione del casellario gli fa ritenere imminente la compilazione del libretto operaio che è nei voti di tutti.

Infine l'Ottolenghi chiude la sintetica esposizione ricordando come nello spirito della Carta del Lavoro l'assistenza morale dell'operaio sia devoluta specie al medico il cui esercizio professionale si confonde e si sublima con il sentimento più profondo di fratellanza e di solidarietà. St.

La patologia arteriosa funzionale nel cimento della vita moderna

Su questo argomento il Prof. Greppi, Direttore dell'Istituto di Patologia

Medica di Catania ha tenuto la proiezione del suo corso che è stata pubblicata dalla *Rivista Sanitaria Siciliana* (1934, n. 7).

Con elevate parole l'A. ricorda la importanza nel glorioso passato della civiltà mediterranea e come ad essa corrisponda oggi il bisogno di una rinascenza che Paul Valery ha auspicato recentemente. Passa poi, dopo avere accennato ad una patologia mediterranea, ad esaminare il problema della suscettibilità funzionale arteriosa, argomento di grande valore sociale quando si rifletta alla grande frequenza di essa, alle numerose malattie che determina ed al fattore preponderante ereditario ed ambientale che vi si partecipa. Soprattutto l'oratore si sofferma a parlare della necessità di fare ricerche sull'inizio e sul primo sviluppo dell'ipertensione quando cioè questa è ancora in potenza nei predisposti nei quali ancora non è sopravvenuta la sclerosi vasale ad alterarne la fisiologia anatomica.

Greppi riconosce l'importanza in tale studio delle ricerche statistiche e del largo contributo dato dagli Enti assicuratori nella valutazione patogenetica dell'iperteso. Ricordando il gran numero di ipertensioni riscontrate nei diabetici l'A. opina che la facile associazione della tara ipertensiva e diabetica sia dovuto alla costituzione neuroartrita su cui queste tare entrambe sorgono e che un disquilibrio della regolazione glicemica sia con la sclerosi la causa dell'insufficienza epato-pancreatica del diabete grasso.

Passa poi ad una disamina dei fattori psico-nervosi, endocrini ed ereditari che tendono a formare nell'individuo l'abito pletorico-apoplettico degli ipertesi. Ma oltre l'esame somatico qualche prova bioclinica-funzionale ci può indicare la tendenza del soggetto all'angiospasma ipertensivo. Infine l'A. esamina nella storia di questi individui i disturbi presentati all'inizio e che ritiene appartengano alla sfera

nervosa generale e viscerale. Questi si possono riassumere come elementi di un «eretismo angioespastico interessante con precoce preferenza l'equilibrio endocranico» il quale ultimo per l'A. è un complesso neuro-endocrino a sè stante ma inserito nell'equilibrio generale e soprattutto nelle funzioni circolatorie e respiratorie.

Il ripetersi e il sommarsi dei fattori ereditari e costituzionali contribuisce alla costituzione del temperamento angiospastico che nella vita febbrile moderna accelera la tendenza individuale alle malattie arteriose in modo sempre più evidente, come comprovano le statistiche americane. Per evitare che i fattori esterni contribuiscano sulla tendenza individuale, l'opera del medico deve essere fortemente preventiva con mezzi svariati, poichè a forme conclamate il problema è molto più arduo.

Chiude l'esposizione, dopo aver accennata alla collaborazione dei giovani colleghi negli Istituti di Milano e di Catania alle sue ricerche, alla necessità della stretta collaborazione tra le varie discipline mediche per la soluzione di questo problema sociale. St.

La sifilide del cuore

Su questo argomento tanto trascurato il nostro collaboratore dr. Walter Galli pubblica un articolo nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* (1934, n. 4).

L'A. ricordata la rarità di tale forma rispetto alle localizzazioni della lue sulle valvole aortiche, all'imbocco delle coronarie e lungo il primo tratto dell'aorta, è di opinione che diversi casi di miocardite luetica sfuggano data la scarsa conoscenza di questa malattia; passa poi ad esporre l'anatomia patologica di questa malattia secondo la classifica di Virchow.

Nella sintomatologia si sofferma a parlare specialmente dei frequenti disturbi del ritmo per la presenza di gomme che interrompono il fascio atrio-ventricolare.

Dopo l'esposizione di un caso clinico osservato l'A. chiude con considerazioni terapeutiche favorevoli all'uso di preparati bismutici e mercuriali anzichè arsenicali. St.

Le nuove tariffe dei premi del C. I. R. T.

Nel 1° numero del corr. anno del «Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari», R. Ottaviani espone le espressioni algebriche del calcolo dei sovrappremi puri per le tre forme di assicurazione che dal 1932 sono entrate in vigore al C. I. R. T., corrispondenti alla sovrarmortalità crescente, costante e decrescente.

Il Consorzio Italiano si è giustamente preoccupato negli anni scorsi della contrazione dei perfezionamenti delle polizze che erano accettate con sovrappremio e dei frequenti storni che si verificavano nel portafoglio. Ciò è da imputarsi oltre che alla crisi anche alla impressione che aveva l'assicurato di essere troppo gravato in rapporto al proprio sovrarischio.

L'accettazione dei rischi tarati che è stata fatta finora col metodo numerico come in Germania ed in America, col metodo dei gruppi di tarature come in Austria e col metodo individuale basato esclusivamente sull'opera del sanitario si è così arricchito di questo ultimo metodo italiano.

Un'accurata analisi dei rischi da assumere eseguita dal Comitato Medico del C. I. R. T. ha permesso di rilevare come i rischi non siano tutti uniformi; i medici assicuratori italiani per una equa e più razionale ripartizione del sovrarischio hanno perciò introdotto questa classifica. Infatti dal punto di vista medico mentre alcune malattie offrono un maggiore rischio in modo costante, altre ad esempio: l'obesità, la nefrite, la glicosuria, ne offrono un crescente, mentre infine altre malattie, che nelle nuove tabelle del C. I. R. T. rappresentano il ragguardevole numero di 38, sono comprese tra i rischi decrescenti

che entro 10 anni si riducono a sovramortalità minime.

Gli attuari hanno conguagliato queste forme di tarature costanti, crescenti e decrescenti con le tabelle dei rischi normali.

Tutto lascia ritenere che il sacrificio del C. I. R. T. trovi una giusta comprensione negli assicurandi tarati ai quali si è andati incontro in modo apprezzabile.

Dott. A. STARNA

L'assicurazione dei nefrectomizzati

Dal « *Blätter für Vertranensärzte der Lebensversicherung* » aprile 1932.

Se la medicina assicurativa non può soltanto considerare come via di guida le esperienze, guadagnate a mezzo di statistiche nel grande materiale delle Compagnie, ciò avviene perchè essa per la sua giovinezza non può ancora privarsi delle esperienze acquistate nella pratica medica e anzitutto quando si tratta di ripercussione, di nuovi metodi di cura sulla prognosi della malattia fondamentale prognosi che non si può rilevare dal materiale posto a sua disposizione. Sono specialmente le operazioni chirurgiche che possono nella maniera più radicale influire sulla prognosi della malattia fondamentale, spesso in verità per porre un nuovo problema prognostico al posto di quello vecchio.

Simili operazioni sono per esempio la resezione dello stomaco, la colecistectomia, la nefrectomia. Come si presenta dopo tali operazioni la prognosi considerata prima dell'intervento infelice, nei riguardi di una lunga vita?

È divenuta essa buona, e può senza altro il medico assicuratore accettarla così; oppure egli deve fare serie considerazioni per l'accettazione in assicurazione?

Prendiamo un caso concreto, quello del contraente che presenta un solo rene in seguito ad operazione subita. Come si comporta di fronte a lui il medico assicuratore?

Egli sa, come hanno dimostrato le esperienze sugli animali e gli interventi sull'uomo, che la vita con un solo rene può mantenersi benissimo a lungo e che l'operazione non comporta con sé per l'avvenire danni temibili.

Il rene rimasto espleta la funzione anche dell'altro asportato, si ipertrofizza e in questa maniera può far fronte adeguatamente al cresciuto lavoro. Il medico assicuratore sa però pure, che il rene rimasto può solo sopperire a questo sopralavoro soltanto, se esso stesso è completamente sano, anatomicamente e funzionalmente, e sa che questi dati erano la premessa per la operazione, la quale altrimenti avrebbe dovuto essere tralasciata, e non si sarebbe fatta.

Ma persiste questo stato di salute del rene rimasto, anche al momento in cui il nefrectomizzato si presenta all'assicurazione e fondamentalmente la medesima domanda, che si è posta l'operatore prima di procedere all'operazione; adesso la sua risposta è per il medico assicuratore decisiva per l'accettazione in assicurazione. Ad essa può rispondere con precisione sia per il medico assicuratore, sia per l'operatore solo l'applicazione meticolosa delle ricerche richieste per stabilire la sanità.

Fortunatamente i progressi diagnostici della patologia renale sono divenuti così perfetti negli ultimi decenni, che con scrupolosi esami si può calcolare su un risultato della ricerca sicuro; invero tali metodi di ricerca non stanno a disposizione del medico esaminatore, ma solo possono essere eseguiti da uno specialista. Ma essi devono essere stati eseguiti in ogni caso in cui il medico assicuratore deve dare la giusta decisione.

Però anche il più favorevole esito delle ricerche può decidere il medico fiduciario di porre l'assicurazione come possibile, ma non di accettare immediatamente nell'effettivo dell'assicurazione il contraente. Poichè ancora ri-

mane la domanda importante per la sua prognosi di vita, per quali ragioni è stato allontanato il rene.

Poco può preoccupare il medico assicuratore l'esportazione del rene per idronefrosi, che per il suo andamento cronico ha lasciato il tempo all'altro di adattarsi, ma invece molto l'asportazione per tumori, tubercolosi, calcolosi. In questi casi il buon risultato delle ricerche non può garantire l'avvenire, ma si deve avanzare la considerazione che il rene sano per lo meno può essere minacciato dello stesso pericolo di quello asportato.

E di questo pericolo si deve tenere conto nell'assicurare simili operati. Vi si può ovviare collo stato attuale della medicina assicurativa soltanto se il medico assicuratore utilizza le esperienze della medicina clinica, e permette solo allora l'assicurazione dopo un determinato tempo trascorso dall'operazione. Gli sarà di guida pratica l'autorevole giudizio del chirurgo Küm-mel, il quale già alcuni anni fa nel suo lavoro «La sorte tardiva dei nefrectomizzati» ha posto le linee direttive, che dai suoi colleghi specialisti, anche oggi, sono validamente confermate. Secondo questi si può accettare come guarigione duratura, un lasso di tempo da 2 a 3 anni dopo l'operazione nei casi con causa fondamentale benigna, e di 5 anni con causa fondamentale sfavorevole e perciò, dopo questo spazio di tempo, possono i nefrectomizzati essere accettati in assicurazione.

Se ciononostante la prudenza non consente in vero di poter prevedere un peggioramento nel futuro, deve ad ogni modo esser consentito al medico assicuratore l'accettare secondo suo personale giudizio i singoli casi; la medicina assicurativa potrà allora un giorno fornire con dati statistici gli elementi necessari per stabilire l'ulteriore decorso dei nefrectomizzati.

SUL.

Il fattore sanitario nell'azienda industriale moderna.

Dopo aver inteso esporre questo argomento da tanti igienisti che studiano l'organizzazione sanitaria industriale, merita di essere segnalato sull'argomento un articolo apparso sulla *Rassegna Medica applicata al lavoro* (1933 n. 6) del prof. Serono che unisce alla qualità di medico quella di direttore di una vasta azienda industriale. Dalla lettura di questo articolo permeato di logica e di buon senso pratico proprio dell'industriale, si comprende come si possa in una equa sintesi contemperare l'andamento industriale agile e senza eccessive spese passive ad una ottima organizzazione igienica e sanitaria ideale per una massa di operai dalla cui perfetta efficienza fisica l'azienda può molto avvantaggiarsi.

L'A. dopo aver affermato che la crisi attuale segna il trionfo dell'uomo sull'organizzazione industriale concepita da Taylor e spinta fino alle ultime conseguenze da Ford, tocca i punti principali dell'igiene del lavoro negli opifici.

Deplora come nella costruzione delle fabbriche talvolta non ci si preoccupi del modo come verranno a trovarsi gli operai ai quali quanto maggiore è il lavoro, tanto maggiore devono concedersi locali vasti, ben arieggiati, illuminati ed asciutti.

Dà pure grande importanza alla scelta dell'operaio che dovrà subire una visita preventiva escludendo i colpiti da difetti fisici ripugnanti, gli alcoolizzati e gli epilettici, sarà bene ripetere queste visite nei primi tempi del servizio perchè non raramente possono sfuggire psicopatie o epilessie larvate.

Accennato anche ad un importante argomento di medicina industriale cioè all'assegnazione del lavoro già rispondente alle caratteristiche psico-fisiche dell'operaio si dimostra favorevole alla istituzione della Mutua per malattie ove è possibile perchè prolungando il

sussidio anche durante la convalescenza ne trae beneficio l'operaio e il rendimento dell'azienda.

È favorevole all'istituzione nella fabbrica oltre alla sala di ritrovo, della mensa per il desinare ove con minimo prezzo l'operaio possa rifocillarsi con vitto caldo ed igienico anziché lasciarlo rifugiare nelle osterie vicine o farlo stancare per percorrere la strada di casa.

Nel grave problema del lavoro delle donne mentre riconosce utile per l'industria l'opera della donna nubile, che permette di produrre a minimo prezzo, è contrario al lavoro della donna sposata che deve riservare tutte le sue energie per il grande scopo sociale, la maternità, per cui è stata creata. Nega alla donna giovane posti di comando poichè in tale periodo di vita la donna può, per lo scarso controllo psicologico di sè stessa, essere indotta dal sentimento ed agire in modo nocivo per l'azienda.

Esamina infine le Mutue interne delle quali è fautore allorchè il numero degli operai supera la cifra di 50. Nel proprio stabilimento Serono ha riscontrato usando rigorosi criteri di accettazione e vaste norme igieniche, una morbidità ridottissima per cui il contributo dell'operaio alla Mutua stessa è minimo, inferiore all'1 % della paga.

Conclude la sua trentennale esperienza di medico e di industriale col-l'auspicare una semplice maggiore collaborazione dell'operaio nel quotidiano lavoro dell'azienda industriale che, come tutte le attività umane, sarà tanto più prospera quanto più si svolge in ambiente di collaborazione.

STARNA.

La mortalità antenatale.

Il Laboratorio di statistica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano ha pubblicato in questi giorni una monografia di Salvatore Alberti sulla mortalità antenatale.

Il lavoro si occupa degli aborti avanti il 7° mese e poichè non esistono dati ufficiali in merito l'A. da piccole collettività conosciute ha desunto i dati per gruppi di popolazione. Egli ha per quanto possibile cercato di evitare i fattori secondari che turbano profondamente i risultati di questi problemi, come era accaduto ad ostetrici e ginecologi che hanno pubblicato in proposito.

Questo lavoro colma appunto questa lacuna perchè l'argomento è trattato da uno statista. Vengono nella monografia riportati numerosi esempi di rapporto percentuale tra gravidanza ed aborti, come pure in riferimento alla professione del coniuge, all'età della donna, alla fecondità, ecc.

Di particolare interesse per il medico sociale risultano le tabelle sulla mortalità antenatale in donne sifilitiche o tubercolose.

St.

Varie

Riunioni settimanali dei medici del Servizio Sanitario della Direzione Generale dell'I. N. A.

Indice delle relazioni e discussioni svoltesi
dall'ottobre 1933 al febbraio 1934

- 16-X -1933 - Discussione sull'accettazione dei rischi tarati.
- 23-X -1933 - Discussione sugli elementi di giudizio per l'assunzione dei rischi.
- 30-X -1933 - Relatore dott. STARNA - Neopopocratismo e costituzione endocrina.
- 6-XI -1933 - Relatore dott. FORTUNATI - Prognosi dell'ulcera duodenale e sindrome addominale destra.
- 13-XI -1933 - Relatore dott. TROTTARELLI - Restringimento uretrale e rischio assicurativo.
- 20-XI -1933 - Relatore dott. SULTANO - I disturbi del ritmo e loro prognosi.
- 27-XI -1933 - Relatore dott. STARNA - Pseudotubercolosi e assicurazione vita.
- 4-XII-1933 - Relatore dott. MARSELLA - Discussione medico-legale sopra un sinistro di invalidità.

- 11-XII-1933 - Relatore dott. FORTUNATI - Diagnosi e prognosi della colelitiasi in rapporto all'assicurazione vita.
- 18-XII-1933 - Relatore dott. STARNA - La prognosi dell'emottisi nella pseudo-tubercolosi.
- 15-I -1934 - Relatore dott. TROTTARELLI - Le affezioni prostatiche nella assicurazione vita.
- 22-I -1934 - Relatore dott. MARSELLA - Le funzioni dell'Ispettore Medico.
- 29-I -1934 - Relatore dott. STARNA - Le pseudo-tubercolosi parassitarie e loro prognosi.
- 5-II -1934 - Relatore dott. BARNABEI - Prima delimitazione sintomatologica della tabe all'ingresso in assicurazione.
- 12-II -1934 - Relatore dott. MARSELLA - Le dichiarazioni dell'assicurando all'ingresso in assicurazione. Questioni medico-legali.
- 19-II -1934 - Continuazione della discussione precedente.
- 26-II -1934 - Relatore dott. FORTUNATI - Le coliti dal punto di vista assicurativo.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Prof. Dott. Tommaso Manciolì. — *Malattie dell'orecchio, del naso e della gola.* Terza edizione. Editore Ulrico Hoepli, Milano, 1934-XII.

Dott. Calogero Valentì. — *Zolfoterapia.* Estratto dal Vol. XXI, 1933-XI, della « Rivista Sanitaria Siciliana ». Stab. Tip. Santi Andò e figli, Via Giorgio Castriota, Palermo.

Dott. Gabriele Leonardo. — *Azione terapeutica delle acque e dei fanghi di Santa Cesarea.* Maglie, Tip. Francesco Capece, 1933-XI.

Dott. Salvatore Alberti. — *La mortalità antenatale.* Milano, Società editrice « Vita e Pensiero », 1934.

E. J. Pampana. — *Il problema sociale delle cardiopatie.* Estratto dalla Rivista « Annali d'Igiene », anno XLIII n. 10. Roma, Industria Tipografica Romana, Via Germanico, 136, 1933-XII.

Prof. A. Stilo:

1. *I lipoidi della cornea.* Stabilimento Tipografico « La Nuovissima » (Sez. Rinascenza Medica). Estratto N. 19, 1931. Portamedina alla Bignasecca, 44, Napoli, 1931.
2. *Sulla tecnica di scelta nelle operazioni di entropion cicatriziale delle palpebre.* Estratto N. 22, 1931. (Idem come sopra).
3. *Studio sperimentale sulla patogenesi della peritonite batterica da propagazione gastro-intestinale.* Milano, Casa Editrice dr. Francesco Vallardi, Corso Magenta, 48.
4. *Sulla etiologia del tracoma.* Tipografia del « Corriere di Calabria », diretta da Bruno Surace, 1916.

5. *Dacrioadenite orbitaria suppurata da pneumococco.* Reggio Calabria, Tipogr. Ditta F. Lombardi, diretta da V. Surace, 1907.
 6. *Paralisi del retto esterno dell'occhio destro d'origine otitica.*
 7. *Su di un caso di paralisi traumatica del facciale con una complicanza non frequente.* Nocera Inferiore, Tipografia del Manicomio, 1917.
 8. *Plasmoma della congiuntiva.* Estratto da « La Rivista di Medicina Sociale », N. 7. Stab. Grafici Vitalone, Reggio Calabria.
 9. *Melanosarcoma della coroidea.* Estratto dalla « Lettura oftalmologica », Anno VI, Aprile 1929, n. 4.
 10. *Contributo alla costituzione morfologica, chimica ed istoc'ímica della glandula di Harder e al suo significato biologico.* Estratto dagli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica », 1933, fasc. n. 6. Pisa, Tipografia Editrice Pacini Mariotti, cav. Emilio Pacini, successore.
 11. *Importanza degli elementi del reticolo endotelio negli stati infiammatori semplici dell'occhio.* Estratto dagli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica ». Roma, « L'Universale », Tipografia Poliglotta, 1931.
 12. *Contributo alla struttura microfisica dei bastonoini della retina.* Estratto dagli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica ». Roma, « L'Universale », 1931.
 13. *Sul contenuto in f. solubile dell'umore acqueo.* Estratto dagli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica ». Roma, « L'Universale », 1931.
 14. *Sul sistema reticolo-endoteliale (apparato di Goldmann) dell'occhio.* Estratto dagli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica ». Roma, « L'Universale », 1931.
- Prof. Enrico Greppi.** — *La patologia arteriosa funzionale nel cimento della vita moderna.* Estratto dalla « Rivista Sanitaria Siciliana » N. 2, 1934, vol. XXII. Stab. Tipogr. Santi Andò e Figli, Palermo.
- Dott. Antigono Donati.** — *Retenza e buona fede nell'Assicurato (1934).* Estratto da « Il Foro Italiano », vol. LIX, fasc. III.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Segnalazioni di articoli di medicina

Rassegna Clinica - Scientifica I. B. I. - 1934
N. 1-2.

DE VECCHI - *Spunti di patologia vasale.*

Giornale di Medicina Militare - N. 2.

COLELLA - *Sifilide del sistema nervoso.*

Policlinico Sezione pratica - 1934.

N. 4 - TADDEI - *Il problema dell'appendicite cronica.*

N. 7 - ZINGALE - *Linfatismo e costituzione.*

Le forze sanitarie - 1934, N. 3.

BUSINCO - *Epatolienografia.*

Minerva Medica - 1934.

N. 9 - GAMMA - *Sul significato dell'infiltrato precoce.*

N. 9 - SEVERI - *Formula reticulocitaria e infezione tbc.*

N. 10 - CONDORELLI - *Nuovi aspetti della fisiopatologia dei vizi cardiaci.*

Riforma Medica - 1934, N. 4.

FOLCO - *Sul concetto biologico di identità.*

Rassegna di Medicina applicata al Lavoro Industriale.

B. I. T. - *Documentazione sulla silicosi.*

Cuore e circolazione - 1934, N. 2.

PESERICO - *Le cardiopatie nell'ipertiroidismo.*

La cultura medica moderna - 1934, N. 2.

CALVO - *Sul metabolismo degli I. di C. e cura insulinica nella tbc. polmonare.*

Tubercolosi - 1934, N. 1.

CHIUCINI - *Contributo sperimentale alla bacillemia e al virus filtrabile.*

Medizinische Klinik - Berlino, 19 gennaio 1934.

SCHMIDT - *Malattie del sangue ed alterazioni del sangue in rapporto alle affezioni del collo, del naso e dell'orecchio.*

STRAUSS - *Sulla diagnosi del cancro.*

— 26 gennaio 1934.

PLASCHKES - *Herpes zoster diabetico e neurite diabetica senza glicosuria.*

ANTON - *Parkinsonismo traumatico.*

— 2 febbraio 1934.

JÖNKÖPING - *Sul ricambio degli idrati di carbonio nell'ipertonia essenziale e sull'acromegalia e del morbo di Simmonds.*

LINKS - *Diagnosi precoce chimica dei tumori maligni.*

— 6 febbraio 1934.

GROTE - *Sull'ereditarietà del diabete.*

— 23 febbraio 1934.

GUTZMANN - *Disturbi della favella ed ereditarietà.*

STEINER - *Sull'etiologia della sclerosi multipla.*

— 2 marzo 1934.

SALLER - *Influenza della razza sull'insorgenza e sul decorso delle malattie.*

The British medical Journal - Londra 6 gennaio 1934.

NIXON - *I valori nella dieta degli alimenti e la loro applicazione pratica.*

— 13 gennaio 1934.

CASSIDY - *Cura delle cardiopatie.*

— 20 gennaio 1934.

MYLES BICKERTON - *La minaccia della cecità ereditaria.*

— 3 febbraio 1934.

MUIR DICKSON - *Appendicite cronica.*

— 10 febbraio 1934.

MOORE, O' FARRELL, HEADON - *Ipoglicemia spontanea con epatite.*

BROOKFIELD e CORBETT - *Diabete mellito con degenerazione della ghiandola surrenale.*

MARSHALL - *Un caso di morbo di Recklinghausen.*

— 17 febbraio 1934.

BRUCE PERRY - *L'etiologia delle cardiopatie.*

— 24 febbraio 1934.

GARLAND - *Scoliosi ereditaria.*

Medical record - New York, 3 gennaio 1934.

ASHLEY FAUGHT - *L'assicurazione sulla vita e gli esami periodici per la salute.*

DAVIDSON - *Il problema del suicidio.*

— 17 gennaio 1934.

KNAPP - *Morbo di Recklinghausen.*

STIMSON - *Comuni malattie contagiose.*

— 7 febbraio 1934.

EPSTEIN e KUSHNER - *Atrofia gialla acuta del fegato.*

— 21 febbraio 1934.

SILVERSTEIN e VIVIRITO - *Scoliosi congenita.*

Rassegna di articoli di igiene pratica.**La salute e l'igiene nella famiglia - Roma, 1° gennaio 1934.**

BAJLA - *Le malattie della stagione fredda.*

PENDE - *La donna e gli sports.*

GEROLI - *Le applicazioni calde in medicina.*

ALLARIA - *L'empastro di farina di lino.*

— 1 febbraio 1934.

GRANDE - *Il sonno che ristora.*

— 15 febbraio 1934.

SANTANGELO - *Il regime dei nefritici.*

PUGLIESE - *L'ipertiroidismo.*

— 1 marzo 1934.

PUGLIESE - *L'ipotiroidismo.*

Gesundheitsdienst - Berlino, febbraio 1934.

— *La misura della pressione sanguigna.*

— *Si deve scaldare il latte?*

— *Contro i bocconi per traverso.*

— *La febbre quale rimedio contro le nevralgie.*

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte.