

## NUOVI COMPITI E NUOVI INDIRIZZI NELLA PREPARAZIONE DEL MEDICO

PROF. FERRUCCIO BANISSONI  
della R. Università di Roma.

La rivoluzione fascista continua in tutti i campi. La Scuola, matrice di lavoratori del braccio e della mente, si adegua alle modificazioni profonde che il nostro clima fascista ha posto in tutti i settori della vita sociale, negli assetti esterni, nel costume, nella « forma mentis » dell'italiano nuovo. Di tale maturarsi di eventi il Ministro dell'Educazione Nazionale, presi ordini dal DUCE, si è reso concretamente interprete con la fondamentale Carta della Scuola. In questo grande quadro acquista particolare significato anche la istituzione di un nuovo insegnamento dedicato al lavoratore: medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica. Piccola cosa in sè un nuovo insegnamento, benchè esso rispecchi nel nome la effettiva solidarietà di tutti gli interessati all'ordine nuovo. È l'Università che in modo sempre più specifico si prepara ad assolvere i compiti a lei spettanti nell'ambito della vita della Nazione, come a Roma nel discorso inaugurale dell'anno accademico ebbe ad affermare con parole migliori delle mie il Magnifico Rettore, e come in questi giorni con tutta autorità ha detto S. E. Bottai nella relazione che accompagna la Carta degli Studi, istituita perchè la « Scuola fascista possa adempiere ai suoi compiti nella vita reale del popolo italiano, vita di studi, di industrie, di traffici di combattimento, di invenzioni, di lavoro ».

Queste recentissime parole di S. E. Bottai danno un appog-

gio altissimo a molte affermazioni e richieste che soltanto alcuni giorni or sono sarebbero state non più che l'espressione dell'opinione di una persona o di un piccolo gruppo di studiosi.

Questo gruppo di studiosi italiani che si è occupato specificamente del lavoro sotto tutti i suoi aspetti, ma soprattutto in rapporto ai problemi della formazione, dell'orientamento, della selezione del lavoratore, trova oggi premiata la sua opera svolta con fede e con tenacia anche in ambienti e in tempi che non davano entusiastici consensi a quei principî e a quelle finalità che la Carta della Scuola ora proclama solennemente.

Dicevamo che la Scuola non deve essere chiusa in sè e che il passaggio dalla scuola al lavoro è di fondamentale importanza. Ma altri studiosi credevano che si volesse creare tra la scuola, che ha suoi problemi specifici, e il lavoro, che ha altri problemi specifici, un passaggio di dubbia praticabilità e di dubbia efficacia. Ora si proclama e si attua la compenetrazione tra scuola e lavoro.

La Carta della Scuola dice che « uno è lo spirito con cui il Regime procede dal Lavoro alla Scuola », e innesta la scuola fascista » *per virtù del lavoro* nella concreta attività dei mestieri, delle arti, delle professioni, delle scienze, delle armi ». Mentre le alte gerarchie preparavano ponderatamente il nuovo assetto, da molti si vedeva, ed erano i casi più favorevoli, con benevole freddezza il nostro preoccuparci di problemi che sembravano essere o poco concreti o accessori oppure costituire uno sbandamento verso questioni di nessuna o poca importanza scolastica e medica. La nostra stessa nomenclatura veniva, ed era già grande onore, discussa. Ed ora la Carta della Scuola parla di « orientamento degli alunni » (dich. VII) di « valutazione individuale » (dichiarazione II), di « capacità e attitudini dimostrate » (dich. III) o di « saggiare le attitudini » (dich. VI), ecc.

Ma qui, prendendo occasione dal nuovo insegnamento, dobbiamo anzitutto vedere preliminarmente il medico e il futuro medico in rapporto alla Carta della Scuola e non soltanto per quanto riguarda il preannunciato riordinamento universitario,

ma in rapporto alle nuove funzioni alle quali il medico sarà certamente chiamato, perchè continui la sua costante e fedele collaborazione col Partito, con le Corporazioni, con la scuola e con le famiglie.

Necessariamente il medico (come l'educatore) deve adeguarsi alle nuove esigenze e può farlo con tanta maggiore comprensione in quanto segue il lavoratore non solo nella fase di preparazione ma anche in quella di piena efficienza, di malattia, di declino, in pace ed in guerra.

Nei vari altri settori della vita nazionale, oltre che in quello tanto importante della scuola, il medico si trova di fronte al lavoro con compiti che non sono soltanto quelli della terapia e della prevenzione. Questi permangono ad essere di fondamentale importanza, ma ad essi si aggiungono compiti nuovi.

È noto a tutti cosa si intenda per medicina preventiva.

La medicina preventiva fa convergere l'attività del medico in una direzione che è quella della prevenzione. Ma prevenzione di che? Delle minacce maggiori da cui il medico difende l'umanità: malattia, danno traumatico, dolore, morte. È questo il compito che dà significato altissimo al medico che combatte questa strenua battaglia, nella quale la medicina curativa spesso senza discontinuità viene a collegarsi alla medicina preventiva.

Un compito altissimo questo del medico che si svolge in un'atmosfera più o meno densa di drammaticità. Ma da questo concetto della missione del medico si va distaccando un particolare indirizzo dalla medicina che non ha più al suo centro focale la malattia, il danno, la morte; ma la vita, la salute, la potenza; che non ha come finalità l'uomo esente da malattie, danni, imperfezioni, ma l'uomo pienamente efficiente cioè l'uomo del più alto valore sociale.

In un campo vicino a quello della medicina ho esposto il concetto dell'assistenza sociale come l'intervento sostitutivo, correttivo, compensativo per riportare alle condizioni medie del gruppo (spirituali, sanitarie, culturali, lavorative ecc.) chi se ne

fosse per un motivo qualsiasi sensibilmente scostato sia che egli stesso senta soggettivamente tale inferiorità, sia che questa risulti oggettivamente. Nel termine ipotetico di paragone (condizioni medie del gruppo) mi riferivo specificamente al fattore ambiente proprio del gruppo cui l'assistito appartiene; per cui, per esempio, l'assistenza sociale deve assumere altri programmi e altre modalità esecutive a seconda si svolga nei territori metropolitano o dell'Impero, in campagna o in città. Ma ormai da molti anni insegno come l'assistenza sociale fascista, che è costruttrice e rivoluzionaria, vuole riportare l'assistito non al livello dei valori medi attuali ma a quello della veniente generazione, a quello di un domani glorioso preparato dal nostro sacrificio. Ciò è specialmente evidente nelle organizzazioni della GIL in cui ogni sforzo tende non soltanto ad evitare danno o a dare un indifferenziato e perciò vago *maximum* di forza morale e materiale ma a un concreto ravvicinamento ad una figura prerappresentata dell'italiano di domani cui il DUCE fa con tanta dimostrativa frequenza, riferimento.

Analogamente la medicina preventiva non studia e combatte soltanto quanto può arrecare malattia, danno, dolore, morte, ma combatte e studia quanto possa impedire la realizzazione dell'italiano di domani, che parte da una figura ideale media dell'ambiente odierno, ma ormai collocata ingrandita e migliorata in quell'indomani che noi prepariamo con tutti i nostri sforzi.

Quali sono i mezzi di una medicina preventiva intesa in questo senso? Anzitutto la conoscenza del possibile danno attuale o futuro, la conoscenza dei mezzi per difendersene, la costruzione di una attrezzatura culturale, tecnica, economica, legislativa, politica per attuare tale difesa. In queste parole si sintetizza un programma enorme, la cui soluzione anche parziale, richiede l'impegno di ogni nostra forza.

Ma alla difesa ed allo studio della causa danneggiante, va unito lo studio della personalità umana su cui tale causa agisce, personalità che reagisce in modo suo proprio non meccanico, ma biologico, originale, inconfondibile, individuale.

In una medicina preventiva, che include veramente lo studio della personalità umana, questa deve essere intesa come personalità umana, cioè individualità biologica, caratterizzata da un aspetto psichico-sociale, che non va dimenticato se non si vuole che la medicina umana diventi qualcosa che non si discosta troppo dalla medicina veterinaria.

Anche nella psicotecnica, applicazione della psicologia, abbiamo naturalmente l'esigenza dello studio della personalità completa, cioè anche psichica, sopra tutto in una psicotecnica *nostra*, che ha come sua naturale atmosfera il corporativismo, cioè il regime del lavoro, e come punti costanti di riferimento la Carta del Lavoro ed ora anche la Carta della Scuola.

La psicotecnica così intesa si affianca naturalmente ad una medicina che non è soltanto un nobile mezzo di difesa da malattia e morte, ma un'arma per la conquista di un avvenire il quale viene di diritto a chi ha la forza del numero, la forza della salute spirituale e somatica e la migliore preparazione per utilizzarle valendosi nel modo conveniente di quanto nella natura e nel mezzo sociale sta a disposizione.

È in un concetto di *efficienza realizzata nel lavoro*, che medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica convergono unitariamente e che esse, più che procedere per vie parallele, si fondono.

Non si tratta cioè di una medicina preventiva a cui sia aggiunta come appendice un pò di psicotecnica, nè di una psicotecnica che abbia un po' esteso la parte preliminare considerando le premesse igieniche somatiche e psichiche del lavoro e la parte relativa alle interrelazioni benefiche tra psicotecnica e morbilità ed infortuni. Si tratta invece della considerazione in cui entrino simultaneamente e sinergicamente il concetto di salute e di rendimento lavorativo, realizzati o realizzanti, intendendo entrambi non in rapporto al solo campo del lavoro, ma al lavoratore veduto sotto tutti gli aspetti del cittadino (vita militare, capacità riproduttiva, valore sociale). Medicina preventiva e psicotecnica così intese non devono costituire un

accostamento in cui le due discipline mantengano ben distinta la loro individualità, nè una miscela le cui proporzioni varino a seconda degli interessi, della preparazione, della mentalità dei singoli, ma appunto una fusione, una « lega » inscindibile avente caratteristiche, finalità, aspetti nuovi.

Questo concetto di efficienza realizzantesi nel lavoro non deve essere specifico di qualche corso, ma deve a nostro modo di vedere, permeare tutta la preparazione del medico nuovo del corporativismo; e questo concetto del lavoratore del braccio e della mente come figura centrale della nostra Nazione di lavoratori deve essere presente, oltre che nella scuola, in tutti i campi in cui il medico deve portare oltre alle sue tradizionali nobilissime attività, una mentalità ed una preparazione nuova. Ciò è reso necessario anzitutto dal delinearsi deciso di un nuovo modo d'essere della Nazione in guerra, e in quella preguerra che è la pace modo d'essere da cui deriva anche la necessità di una nuova attrezzatura e di una nuova preparazione tecnica.

Dal punto di vista militare il lavoratore non è soltanto importante perchè ad un determinato momento indossa la divisa, ma perchè una volta indossatala ha non solo compiti di combattente, ma di lavoratore, come lo esige la guerra moderna con la sua attrezzatura tecnica sempre più complessa. Ma anche il lavoratore che resta al suo posto abituale di lavoro è di altissimo valore militare. Difatti la guerra moderna è una prova delle virtù militari, ma anche un collaudo della efficienza lavorativa, produttiva economica di tutta la Nazione. L'interesse dei capi militari che una volta veniva rivolto particolarmente, se non esclusivamente, ad una piccola parte della popolazione quella dei giovani maschi validi, ora in tempi di Nazioni armate e di guerra di popoli viene rivolto a tutti i produttivi dei due sessi e di ogni età, anche se di minore o minorata efficienza lavorativa, anche se parzialmente invalidi, perchè vi sia un apporto di quel rendimento lavorativo, riconosciuto prezioso in ogni sua forma ed in ogni entità.

In questo campo l'importanza del lavoro e la necessità di compiti valutativi, e di quelli che a questi seguono e che non possono essere affidati che al medico, ad un medico ben preparato, risultano chiaramente da un libro che non è di un teorico, ma di un uomo di azione, del *Quadrumviro De Bono*; libro che si onora di una prefazione del Duce.

La deficiente attrezzatura valutativa, la deficiente preparazione a tale valutazione, che come dice S. E. De Bono, non riguarda solo le condizioni fisiche ma anche quelle morali; più ancora la mancanza di una coscienza presente in tutti, della necessità di una valutazione tecnica della personalità, hanno pesato in modo preoccupante in un momento delicatissimo ed hanno dato uno ostacolo in più da aggiungersi a quelli costituiti dalle forze armate avversarie, dalla natura, dalla massa di 52 Nazioni coalizzate per soffocarci. È vero che il genio del DUCE, il valore dei capi e l'eroismo del popolo italiano, armato e non armato, ci hanno fatto superare gloriosamente tutti questi ostacoli ma ciò non giustifica una obliosa autoassoluzione.

Per sanare e far dimenticare definitivamente questa manchevolezza io vorrei che i compiti valutativi fossero considerati in rapporto alla loro effettiva importanza; e, per quanto riguarda la preparazione universitaria, vedo necessario che ogni nuovo giovane medico sia in grado non solo di giudicare se una persona è sana o malata, ma sia in grado di dare un giudizio globale su una personalità messa in rapporto ideale non solo con un letto di ospedale, ma con una trincea, con un posto di lavoro, con un campo sportivo conosciuti nelle loro esigenze tecniche.

Si dirà da qualcuno, che dal 1935, le cose sono state messe a posto e si darà l'esempio di quanto da allora è stato fatto o è in corso di esecuzione: selezione, organizzazione, utilizzazione dei 20.000 libici, migrazioni interne, rimpatrio dei residenti all'estero ecc.

Ma l'esempio di queste mirabili realizzazioni fasciste non sarebbe portato a proposito: altro è il tempo di guerra e altro è

il tempo di pace. Altro è agire a cose relativamente tranquille, avendo tempo a disposizione, e altro è agire in fretta, mentre si combatte, il che come abbiamo visto già è avvenuto e può avvenire nuovamente; altro è agire su gruppi limitati e altro è agire sul piano nazionale. Allora deve intervenire e dare i suoi aiuti anche una tecnica valutativa, che il medico ben preparato può meglio di ogni altro utilizzare, pur conoscendone tutte le manchevolezze.

Alla difesa e alla valorizzazione del lavoratore mira anche il movimento autarchico cioè dell'indipendenza economica e politica conquistata col lavoro, con l'ingegno. Il movimento autarchico vede nei lavoratori della mente e del braccio il più importante patrimonio nazionale, di gran lunga più importante e reale di quello convenzionale e inanimato dei metalli preziosi, i quali agevolano gli scambi ma qualche volta li appesantiscono e li paralizzano. Il patrimonio nazionale più importante è quello delle attitudini e di tutte le forze vive e umane somatiche, psichiche, spirituali capaci di valorizzare, di rendere redditizio, di aumentare ogni altro patrimonio, di rivelarlo impensatamente quando la natura lo cela, di sostituire la stessa natura. L'autarchia vuol dire difesa, valorizzazione, aumento di questo come di ogni altro patrimonio: minerario, forestale, idrico; vuol dire anche come problema fondamentale; perchè preliminare a tutti gli altri, il censimento, catasto di questa come di ogni altra ricchezza, rilievo nazionale in cui si incontrano le necessità militari, la esigenza medico-psicotecnica, terapeutica, l'igienico-sociale, vazziale.

Questo «catasto» delle disponibilità nazionali di possibilità lavorative quantitative e qualitative, che dal punto di vista teorico può sembrare cosa assurda ed impossibile è però tanto concretamente urgente e reale che di esso si è iniziata la preparazione ed in parte la realizzazione.

Si è affrontato un primo problema quello della «scheda medica», cioè di un mezzo di compilazione del bilancio nazionale del «fattore uomo», problema che si ricollega a quello ormai po-

sto dalla dichiarazione II della Carta della Scuola che parla del « libretto personale ai fini della valutazione individuale negli impieghi e nel lavoro ».

Non si tratta di una scheda medica specialistica, assicurativa, preventiva, riguardante una funzione, un organo, una malattia, una scheda che rilevi singole deficienze o attitudini spiccate. Si tratta di una scheda valutativa di tutta la personalità in rapporto al suo rendimento sociale attuale ed al suo raggiungibile rendimento ottimale con la indicazione delle vie e dei mezzi per raggiungerlo in vista di concetti di cui ho già parlato. In questo senso implicito od esplicito sono state già ideate le schede della GIL, il « libretto personale di valutazione dello stato fisico e della preparazione militare » che accompagna il cittadino dagli 11 ai 32 anni, il libretto personale biotipologico sanitario del cittadino dalla nascita all'età adulta ideato dal Sen. Pende e da lui presentato alle massime Gerarchie del Regime. A queste schede si può aggiungere quella già applicata annualmente su 20-30 mila ragazzi per cura del Ministero dell'Educazione nazionale, rispettivamente del servizio di orientamento professionale della Direzione generale dell'Istruzione media tecnica. Quest'ultima scheda, fatta in collaborazione con gli insegnanti mira soprattutto all'accertamento delle contro indicazioni mediche lavorative; conduce però necessariamente alla considerazione di tutta la personalità somato-psichica dell'esaminato e alla possibilità del suo miglioramento sanitario-pedagogico oltre che al suo migliore impiego.

Il « libretto personale », che per cura della GIL è in corso di realizzazione presso centinaia di migliaia di premilitari, si chiama modestamente di « valutazione dello stato fisico » ma siccome è anche relativo alla « preparazione militare » include con questa che non è solo somatica, fattori psichici e la loro valutazione. Lo dice chiaramente l'art. 1 delle norme generali relative al libretto « documento constatante lo sviluppo fisico, l'attività fisica e intellettuale svolta » e l'adempimento dei doveri premilitari, militari e post militari. Lo confermano parec-

chie voci, per esempio — «attitudini al comando», «attività intellettuale o mestiere», speciali attitudini dimostrate e in quale misura, «speciali attitudini organizzative e di comando in relazione anche all'attività civile», «giudizio complessivo» e annotazioni varie che, «a parere dell'autorità compilatrice possono giovare alla migliore utilizzazione dell'interessato in caso di mobilitazione», consigli dati e note ecc.

Qualche altra voce dovrebbe venire aggiunta in una prossima ristampa.

Del suo completissimo «libretto personale» ha detto molto meglio di quanto possa fare io il suo ideatore e compilatore Sen. Pende.

Ma da un altro punto di vista la valutazione della personalità assume una particolare responsabilità che non è soltanto diagnostica. La Carta del lavoro, già commentata dal punto di vista psicotecnico dal Prof. Ponzo, dispone che non solo in seno alle grandi Corporazioni, ma nelle singole Confederazioni e più ancora nei Singoli sindacati, che contengono ed esprimono le grandi masse di lavoratori si addivenga all'assolvimento sempre più perfezionato di compiti igienici, culturali, educativi assistenziali. Il recentissimo provvedimento relativo alla disciplina dell'apprendistato e del collocamento, all'istituzione di corsi di formazione e di perfezionamento dei lavoratori, anche previsti dalla Carta della scuola ci indicano la direzione di marcia di quel movimento profondamente rivoluzionario che è il corporativismo. Il miglioramento della personalità e del suo rendimento generico e il miglioramento specifico dell'attività lavorativa di categoria implicano doveri per i quali è necessaria una collaborazione sanitaria e psicotecnica unitariamente considerate.

Seguo perciò con appassionato interesse questo formarsi di un ordine nuovo in un nuovo assetto, questo attrezzarsi per un futuro che soltanto in minima parte potremo individualmente vedere, perchè trascende la nostra personale esistenza. Vedo collegamenti qualche volta gracili qualche volta robusti

costituirsi tra Sindacati e Ministeri, vita universitaria, e Consiglio delle Ricerche e singoli Istituti; convocarsi, riunirsi, dissolversi oppure mantenersi vitali, commissioni di studio e comitati scientifici misti, concretarsi proposte di singoli, evolversi di enti. Tutto questo movimento è qualche volta in apparenza caotico ma in realtà esprime qualche cosa di vivo di vigoroso che cresce e che cerca le sue vie, e che spesso già sin d'ora trova vie nuove e realizza istituzioni originali.

Nell'ambito del Sindacato dei lavori agricoli abbiamo veduto dei fatti veramente significativi e nuovi per quel settore: convocazioni periodiche e collaborazione continuata di medici clinici, igienisti, fisiologi specialisti di varie specialità, psicotecnici per affrontare il problema umano del lavoro da tutti i suoi punti di vista e studiare il lavoratore nelle varie situazioni di lavoro e nel fabbisogno alimentare, nel problema della casa rurale, nelle condizioni economiche e nelle premesse razziali.

Nel campo del lavoro industriale e del commercio contiamo già alcune importanti realizzazioni, per ora isolate ma che vorrei fossero, per dirla in gergo industriale, degli impianti « pilota » e che in ogni modo ci segnano alcune vie direttrici dell'avanzata.

Accenno soltanto brevemente ad alcune di queste realizzazioni, che dimostrerò più ampiamente altrove.

A Torino si è costituito un ben funzionante Centro del lavoro, dovuto alla collaborazione tra Università e Sindacati, tra i psicotecnici e medici. Centro legato sopra tutti ai nomi di Venturi e Gatti e dedicato in un primo tempo alla valutazione e valorizzazione dei minorati, degli infortunati e dei disoccupati. Trieste ha nella sua Cassa provinciale di malattia varie realizzazioni impiegate sulla collaborazione tra medici e Direzione amministrativa. Così un Centro per la rivalorizzazione lavorativa di minorati e infortunati, ai quali non basta dare un sussidio o un indennizzo, ma la piena dignità del lavoro, adatto alle possibilità attitudinali residue convenientemente valutate; un « Centro diabetici » in cui oltre a dare al malato una modernis-

sim a terapia lo si agevola in un soddisfacente e non pericoloso adattamento lavorativo; un ambulatorio medico per adolescenti che iniziano il lavoro, dove in occasione della richiesta di un espettorante o di un ricostituente il richiedente viene studiato metodicamente anche in rapporto alla scelta di una professione adatta. La scelta professionale viene considerata più importante del ricostituente anche ai fini della salute fisica oltre che a quelli della prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni. L'amministrazione considera che le spese relative a queste attività verranno largamente compensate dal risparmio di indennizzi di malattia.

Ma nell'istesso campo corporativo si presentano varie difficoltà tecniche tra cui anzitutto quella di problemi spesso coraggiosamente affrontati per la prima volta, con mezzi spesso del tutto insufficienti. Non abbiamo ancora « profili » professionali per i singoli mestieri, non abbiamo neppure un elenco aggiornato delle singole occupazioni lavorative.

Un'altra cosa preoccupante è la difficoltà di adeguare il passo degli studiosi, relativamente lento per le necessarie maturazioni, per gli indispensabili controlli, col passo molto più spedito ed impaziente degli uomini politici, di questo tempo dinamico. Una volta erano per lo più la ricerca scientifica, la sistematizzazione teorica che, dopo lunga preparazione in sede propria, richiedevano riforme ed applicazioni sociali e loro espressioni legislative.

Ora è invece la sistemazione politica che richiede la preparazione e l'attrezzatura tecnica necessaria per le sue nuove fulminee realizzazioni, per i suoi nuovi indirizzi, rifiutando o rimandando sistemazioni dottrinali. Ciò si può vedere per es. oltre che in campo sindacale in tutto il movimento autarchico in cui non è la scienza ad offrire scoperte, invenzioni atte a modificare l'aspetto politico economico, ma è la politica questo a richiederle con urgenza agli studiosi, invenzioni e scoperte e, quello che è mirabile, spesso ottenerle.

Tutto ciò non ha voluto che essere il lungo e necessario

preambolo per esporre la preoccupazione più urgente e più propria in sede universitaria.

Non preoccupa tanto la difficoltà dei problemi, la mancanza dei mezzi quanto la mancanza assoluta di esecutori e di collaboratori ai compiti nuovi. Abbiamo in molti settori degli ufficiali generali che devono e dovrebbero assolvere tutti i compiti di un esercito tecnico che non sta ancora a loro disposizione. Chi dovrà loro fornire i quadri? Formarseli sarà ancora il loro compito o almeno in questo dovranno aiutarli le università? Pongo la domanda.

Noi vogliamo perciò estensione di un determinato indirizzo, familiarità con un determinato ordine di cose, che dia ai neo-laureati possibilità di azione efficace in qualsiasi posto di lavoro.

Ma perciò dobbiamo avere dei giovani genericamente se non specificamente preparati a questi compiti.

Quando potranno essere veramente offerti al Ministero delle Corporazioni, ai Sindacati, al Ministero dell'Educazione nazionale dei giovani utilizzabili in queste direzioni nuove, quando saranno stati formati non soltanto pochi specializzati ma si sarà ottenuta una diffusa preparazione, nella nostra categoria potremo veramente dichiararci pronti a collaborare all'ordine nuovo. Insomma a me sembra che in quel cantiere, in quella sonante officina che è il corporativismo in marcia, molti siano i compiti attuali e molti più ancora i compiti futuri dei medici dell'Era Fascista che noi dobbiamo preparare con mentalità nuova, con insegnamenti nuovi, con indirizzi integrativi non contraddicenti a quelli della nostra scuola medica italiana.

Il nuovo medico dovrà trovarsi perfettamente preparato a svolgere la sua opera in istituzioni tipicamente fasciste cioè Milizia, G.I.L., O.N.D., C.O.N.I. per le quali non basta essere dei buoni clinici che improvvisano il loro adattamento ai nuovi compiti.

Il medico ideale che noi dobbiamo preparare non deve soltanto sapere concretamente cosa significa malattia, ma sapere

graduare i normali e avere presenti anche le esigenze del lavoro, dell'esercito, dallo sport.

Da questo medico dipende anche il risultato del censimento del patrimonio sanitario attitudinale cui ho accennato, compito preliminare di tutto un nuovo orientamento medico e sociale.

Nè questo è compito a cui siano da prepararsi soltanto alcuni medici specialisti. I gerarchi che ora chiedono da noi in collaborazione con gli insegnanti centinaia di migliaia di schede, ne richiederanno probabilmente fra breve milioni. Una prima tappa è quella degli iscritti alla premilitare; una seconda può fissarsi nel numero degli iscritti alla GIL oppure può fissarsi nel numero degli alunni italiani.

Il che vuol dire 8-10 milioni di schede ripartite su almeno 20 mila dei 35 mila medici italiani con una media di 400 schede a testa per anno. Si è ormai convinti che tale compito sia necessario e d'importanza fondamentale. Tralasciamo gli aspetti economici sindacali, organizzativi di questo enorme compito che non sono di nostra competenza e domandiamoci: siamo noi medici tecnicamente preparati? Consideri la questione soltanto in qualche aspetto didattico-universitario.

Per quanto riguarda lo studio della personalità somatica normale e malata, la preparazione fatta con 1200-2000 ore complessive di insegnamenti è ottima benchè si facciano sentire le conseguenze della tendenza a mettere a fuoco il problema del malato trascurando la valutazione e la graduazione del normale.

Ho veduto schede riempite da ottimi giovani sanitari con esattezza clinica; ma con la stessa mentalità del medico di turno di un deposito « ospedaliero », deposito in cui quanto non specializzabile viene escluso, e, in quella sede, giustamente considerato non esistente.

Ma nel lavoro è sempre e soprattutto impegnata la personalità psichica. E per lo studio della personalità psichica negli orari di sei anni sono previste nel migliore dei casi 37 lezioni di fronte ad almeno 1200 dedicate allo studio della personalità somatica, cioè 12 ore di psichiatria per lo studio della perso-

nalità psichica malata e 25 ore del corso complementare di psicologia, quando c'è.

E la psicologia è materia complementare cioè non obbligatoria esistente solo in qualche Università e data, meno che in due casi, per incarico, come un di più, come un lusso culturale, per chi ascolta come per chi insegna.

Uno stato di cose che ha mosso un grande Clinico, il Senatore Pende ad affermare, con tutto il vigore, la necessità per il patologo, per ogni medico oltre che per il medico sociale, dello studio completo della personalità unitaria, cioè intesa anche nel suo aspetto psichico.

Nè si dica che per giudicare intelligenza, carattere, attitudine basti l'intuizione, la stessa intuizione che è ritenuta insufficiente quando si tratta di giudicare cose egualmente familiari a noi e più semplici e concrete quali una mano, un piede e un torace.

Nè si dica ancora che la nostra psicologia, la nostra psicotecnica, lo nostra biotipologia ci danno pochi reattivi, poche tecniche, pochi sistemi valutativi attendibili. Intanto vi è necessità di conoscere quelli che ci sono e poi quella maggiore di studiarne e prepararne degli altri, il che attraverso l'incomprensione delle nuove esigenze e dei tempi nuovi è di fatto proibito a chi volesse dedicarvisi con tranquillità. E assistiamo al fenomeno dell'estero, per lo più a noi ostile, dove tali studi incoraggiati danno possibilità tecniche non realizzabili sul posto in vasta scala e da noi non trapiantabili senza adattamento, di contro al fenomeno di casa nostra dove vi è la richiesta di modalità da applicarsi su vastissima scala, senza che vi sia per ora modo di studiarle e prepararle.

Ma più che le tecniche più che i « reattivi », da noi considerati mezzi sussidiari o anche pretesto od occasione per lo studio della personalità psichica, ci sembra necessario che il medico abbia presente nel suo giusto valore e nella sua importanza la personalità psichica in *ogni* disciplina medica, in ogni intervento valutativo, curativo e preventivo; che il medico ab-

bia presente che nel clima fascista scuola nuova, preparazione militare, autarchia, corporativismo, convergono sulla unitaria personalità del lavoratore. E in questo senso, cioè in un adeguamento al piano dell'avvenire e alle necessità attuali che il Consiglio nazionale delle Ricerche ha costituito una Commissione permanente per le applicazioni della psicologia.

L'istesso adeguamento al piano dell'avvenire, al piano dell'Impero realizzato in pieno, all'autarchia, alla potenza e indipendenza conquistata col lavoro e coll'ingegno, è da avere presente in tutto gli studi medici ma sopra tutto nell'insegnamento di « medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica », esposizione di quanto favorisca e di quanto ostacoli l'efficienza della personalità umana somatica e psichica realizzantesi concretamente nel lavoro, cioè come produttrice di valori materiali e spirituali.

Sono persuaso che sono legittime le preoccupazioni del futuro medico, dello studente che è in attesa di un riordinamento universitario, dello studente attuale non ancora preparato da una scuola elementare e media che saranno permeate non solo di corporativismo, di lavoro concretamente attuato.

I progressi della gloriosa e basilare medicina curativa e dell'igiene, gli assetti legislativi medico-sociali, rivoluzionari, il continuantesi riordinamento corporativo impongono sempre nuovi compiti.

Sono persuaso che questo martellante incalzare di richieste sempre maggiori, sempre più urgenti, sempre più vicine abbia qualcosa di tragico; ed è questo, secondo me un aspetto drammatico della vita della gioventù attuale. Ma questo non è soltanto il tributo che si deve pagare per l'onore di vivere e di agire in questa epoca eroica ma è anche un'esigenza di vita, per cui drammaticamente individui, categorie sociali, nazioni, razze, tipi di civiltà devono armare tutte le armi e tra queste quelle più potenti, quelle dello spirito, devono sfruttare ogni loro risorsa, devono massimalizzare fino allo spasimo ogni loro sforzo per non essere sorpassati, per non essere travolti, per affermarsi.

In questa rovente atmosfera tra i molti di cui dobbiamo tener conto, due fenomeni non vanno dimenticati.

L'individualismo, inteso nel senso di un prevalere dell'imposizione egocentrica, di un prevalere dell'arbitrio e non della libera volontà la quale implica meditate ed accettate autolimitazione nei rapporti con la collettività, è sul finire. È pure sul finire la « borghesia » intesa nel senso di un acquetamento pavidò e soddisfatto, ottenuto con la limitazione del proprio orizzonte, con la illusoria creazione di un ambiente soggettivo in cui è più facile spaziare, sentirsi a proprio agio e grandeggiare.

La medicina, se accetta e continuerà ad accettare con pietà l'individualismo egocentrico del malato e del sofferente, tende pure verso le masse di popolo, di lavoratori, di combattenti, verso gli orizzonti più ampi luminosi, verso il grande compito della preparazione di una generazione sana, efficiente e potente.

Così saranno realizzate le parole, pronunciate dal DUCE nell'Ateneo romano :

..... « farete di questa come di tutte le Università d'Italia una palestra, un baluardo, una fortezza dello spirito e delle armi, che quando siano associati, assicurano la vittoria ».



Corporate Heritage  
& Historical Archive

## I PROGRESSI DELLA MEDICINA NELLE ASSICURAZIONI VITA IN ITALIA

PROF. ILARIO ROMANELLI  
Capo Servizio dell' I.N.A.

Ai Congressi internazionali di Medicina delle assicurazioni, di cui il primo ebbe luogo a Bruxelles nel 1899 ed il quarto ed ultimo di quella prima serie a Berlino nel 1916, l'Italia, se pur vi fu rappresentata, non prese certo parte attiva.

Ivi si parlò specialmente di rischi tarati poichè già all'estero si cominciavano ad accettare assicurandi con affezioni in atto, ed i medici dirigenti degli enti di assicurazione, consci della propria responsabilità, sentivano il bisogno di consultarsi.

In Italia in quel tempo la medicina delle assicurazioni vita era assai bambina, anzi le stesse assicurazioni sulla vita costituivano una pratica riservata a pochi.

Le compagnie italiane erano di scarsa entità ed in numero assai limitato: lavoravano di più, in Italia, le compagnie estere.

La legge del 4 aprile del 1912, che istituiva in Italia l'ente di Stato per le assicurazioni vita, richiamò l'attenzione del pubblico su questa pratica di previdenza sociale. Peraltro anche l'Istituto nazionale delle assicurazioni nei primi anni accettò solo rischi normali e spesso la definizione di normale corrispondeva con quella di persona sana: alcuni assicurandi affetti da imperfezioni lievi, come per esempio, ernie, varicocele, varici, ecc. ovvero da infezioni croniche (come per es. sifilide purchè curata da lungo tempo) venivano accettati con lieve soprapremio, con limitazione di differimento o cambiamento di forma. Si era molto

severi con gli obesi, che venivano senz'altro rifiutati, come venivano rifiutati tutti coloro che presentavano una qualsiasi lesione a carico dei vari apparati ed organi.

L'ente di Stato, che sin dai primi giorni del suo funzionamento ritenne necessario affidare all'Illustre Prof. Ettore Marchiafava la direzione del Servizio sanitario, dopo i primi anni spesi per la organizzazione del Servizio sanitario periferico e centrale, sentì il bisogno di cominciare lo studio delle questioni di medicina delle assicurazioni vita.

Nel 1917 una Commissione di medici presieduta dal Prof. Marchiafava, e di cui facevano parte tra gli altri il Prof. Amico Bignami ed il Prof. Gaetano Mazzoni, iniziò lo studio dei rischi mediocri e tarati insieme agli attuari dell'I.N.A.

In base agli studi di questa Commissione l'ente di Stato cominciò ad accettare gli albuminurici, gli appendicitici, ecc. Successivamente iniziò l'accettazione anche dei portatori di vizi mitralici.

La legge del 1923 che dava all'Istituto di Stato il compito di regolatore del mercato assicurativo e permetteva l'esercizio dell'assicurazione vita anche alle compagnie private, ha dato un ritmo sempre più crescente alla diffusione delle assicurazioni vita in Italia.

Anche le compagnie private cominciarono ad accettare rischi tarati: si sentì il bisogno di dare un indirizzo unico all'accettazione di questi rischi e fu costituito il Consorzio italiano dei rischi tarati, il quale cominciò a funzionare il 1° gennaio 1928.

Per accettare i rischi tarati fu necessario perfezionare la visita medica all'ingresso in assicurazione con ricerche di semeiotica adatte all'ambiente assicurativo.

Dico adatte all'ambiente assicurativo perchè, mentre in clinica o nella clientela privata il medico ha a propria disposizione il cliente per tutte le ricerche da farsi e da susseguirsi, ed il cliente che attende dal medico la liberazione dai disturbi che non gli consentono la vita normale è docile e disposto a sottoporsi a tutte le ricerche con pazienza e sincerità, nell'ambiente

dell'assicurazione vita è canone fondamentale dare minor noia possibile all'assicurando e cercare di arrivare con i mezzi più semplici ad una diagnosi che più si approssimi al vero e consenta un giudizio prognostico quanto più possibile esatto.

La medicina delle assicurazioni vita ha selezionato dalla clinica tutte le pratiche sicure ed adatte allo scopo ed alla mentalità dell'ambiente assicurativo per costituire la speciale semeiotica delle assicurazioni vita che si è venuta sempre più arricchendo in rapporto allo estendersi della accettazione dei rischi tarati.

E per la valutazione di questi rischi ai fini della accettazione, è indispensabile la statistica medica. Già l'I.N.A. sin dal 1913 aveva impiantato la statistica medica per i rischi accettati, successivamente impiantò la statistica medica per i rischi rifiutati per i quali come ente di Stato poteva ottenere facilmente notizie circa l'ulteriore durata della vita ed infine: dopo il 1930, la statistica medica degli assicurati che usufruiscono delle provvidenze sanitarie ai fini di ricercare la utilità dell'assistenza sanitaria agli assicurati.

Alla Conferenza internazionale di Praga del settembre 1934, la Delegazione italiana con a capo il Comm. Bruno De Mori Vice Presidente del Consorzio italiano rischi tarati, presentò lo schema di una scheda di statistica medica che fu approvata e da adottarsi da tutti gli enti europei ai fini di poter confrontare ed eventualmente sommare tutte le ricerche.

Frattanto nel settembre 1928 si era tenuto a Torino il primo Congresso nazionale delle scienze delle assicurazioni con tre sezioni: attuariale, medica e legale: nella sezione medica si parlò di cause di morte in rapporto alle misure somatiche, del rischio di invalidità nell'assicurazione vita, ecc.

Sembrava che dal quel Congresso dovesse sorgere l'Associazione per le Scienze delle assicurazioni. Fu invece ricostituito « L'Istituto Italiano degli Attuari avente il compito di promuovere il progresso di detti studi ed il loro coordinamento, nel campo dell'assicurazione, col diritto, con la medicina e con ogni altra disciplina concorrente ».

Peraltro lo stesso Congresso approvò il seguente Ordine del giorno: « Il Congresso italiano di Scienza delle assicurazioni, ritenuto che la medicina delle assicurazioni abbia ormai in Italia una larga applicazione pratica e sia assunta alla adeguata dignità scientifica, fa voto che al prossimo Congresso la medicina delle assicurazioni sia più largamente trattata ».

Il Congresso di Torino servì ad avvicinare sempre più gli uomini delle Compagnie private e dell'Istituto nazionale delle assicurazioni.

Di qui nacquero le intese per una unicità di indirizzo fra tutti gli enti nel campo della medicina delle assicurazioni vita in Italia a cominciare specialmente dalla preparazione di formulari unici fra tutti gli enti.

Il secondo Congresso nazionale delle Scienze delle assicurazioni ebbe luogo a Trieste nel novembre 1932. Si parlò specialmente di questioni medico-legali in rapporto alla contestabilità delle polizze.

Seguì il Congresso del giugno 1933 di Medicina legale generale e di medicina delle assicurazioni che in una apposita Seduta tenuta presso l'Istituto nazionale delle assicurazioni, delineò le varie questioni medico-legali in rapporto alle assicurazioni vita.

Questa parte costituì la novità per i Congressi di medicina legale e precedette quindi la trasformazione delle cattedre universitarie da Istituti di medicina legale in quelli di medicina legale e delle assicurazioni.

Dai suddetti Congressi scaturì anche la necessità di tutelare con la lotta contro la frode la moralità del contratto di assicurazione che deve sempre rimanere un contratto di buona fede. Se qualche piccolo ente può contentarsi del vecchio concetto strettamente industriale per cui basta la constatazione di non avere un numero di sinistri superiore a quello preveduto nella compilazione delle tariffe, gli enti importanti e specialmente un ente di Stato, hanno invece il dovere di tenere alto il concetto morale di questa pratica sociale dell'assicurazione

vita così nobile e così necessaria in uno Stato bene organizzato che vuol preparare al paese un avvenire economicamente migliore.

Nel luglio 1935 fu ripresa a Londra la serie dei Congressi internazionali di medicina delle assicurazioni vita.

Questa volta all'Italia fu affidato un seggio Vice Presidenziale e furono notevoli le relazioni e le comunicazioni degli Italiani a quel Congresso.

Si parlò di rischi tarati, si parlò di statistica medica e di assistenza sanitaria agli assicurati.

L'Italia dimostrò di aver lavorato intensamente in questo campo e di non essere seconda ad alcuna Nazione.

Frattanto il Consorzio italiano rischi tarati veniva sempre più allargando la possibilità di accettare in assicurazione persone affette da tare che precedentemente venivano rifiutate.

Nella valutazione delle varie tare si teneva conto non solo della esperienza clinica, ma anche dei dati statistici che si potevano raccogliere e dell'opinione dei medici dirigenti i Consorzi esteri di assicurazione vita rischi tarati. Queste opinioni venivano raccolte mediante i così detti « pareri circolari » per cui i dati di un determinato rischio importante vengono trasmessi a tutti i Consorzi collegati per conoscere il giudizio di ciascuno di essi sullo stesso rischio.

La quarta Conferenza internazionale per i rischi tarati, tenutasi a Parigi nel giugno 1937, affidò all'Italia la Segreteria internazionale dei Consorzi rischi tarati. Ivi fu stabilito di nominare una Commissione di medici per l'esame di tutti i pareri circolari e per la preparazione di una specie di codice europeo per l'accettazione dei rischi tarati. Fu stabilito che la Commissione dovesse essere costituita di due nuclei: un nucleo centrale costituito da medici del Comitato medico-attuariale del Consorzio italiano rischi tarati, col compito di raccogliere i dati e predisporre le norme per l'accettazione dei rischi tarati dopo aver sentito anche il parere dei medici corrispondenti residenti nei vari Stati facenti parte di Consorzi esteri rischi tarati. Questi ultimi costituiscono il nucleo periferico.

Il Congresso Nazionale di medicina legale e delle assicurazioni tenutosi a Napoli nell'ottobre 1937 fissò i concetti che guidano il medico nel giudizio prognostico nella medicina delle assicurazioni vita, sia nelle assicurazioni ordinarie che nelle collettive e nelle popolari.

Nel 1936 fu sentita la necessità di ricostituire quella unione tra i medici di Direzione degli enti di assicurazione che dopo il Congresso di Torino del 1928 sotto la presidenza di Vittorio Ascoli clinico di Roma, Consulente Capo dell'I.N.A. aveva dato così buoni risultati ed in modo speciale i formulari comuni a tutti gli Enti per l'esame medico degli assicurandi.

Il nuovo Comitato che fu chiamato « Comitato medico consultivo » fu costituito d'accordo fra l'Istituto e tutti gli Enti di assicurazione vita ed ebbe sede presso il Consorzio italiano rischi tarati.

Esso ha il compito di coordinare l'attività medica presso tutti gli Enti di assicurazione vita e di collaborare col Consorzio rischi tarati nello studio delle questioni di medicina delle assicurazioni vita.

Esso è formato di vari organi: un ufficio di Presidenza, l'Assemblea dei Medici Capi dei vari enti di assicurazione per le elezioni dei membri del Comitato, il Comitato, che si riunisce periodicamente almeno tre volte l'anno per lo studio delle questioni mediche assicurative, ed infine l'Assemblea di tutti i medici di Direzione di tutti gli enti di assicurazione vita in Italia. Questa ultima effettivamente potrebbe chiamarsi il Congresso nazionale annuo dei medici di Direzione degli enti di assicurazione vita.

I due volumi degli Atti di quel Comitato che contengono i lavori eseguiti durante l'anno 1937 fanno fede della importanza del contributo apportato al progresso della medicina delle assicurazioni vita. Da essi si rileva che i medici si sono occupati della possibilità di accettare rischi tarati anche senza visita medica

Con lo sviluppo e l'accettazione dei rischi tarati a categorie

di portatori di tare che precedentemente venivano rifiutati si è venuta sviluppando la semeiotica della medicina delle assicurazioni vita che ha per compito lo studio di tutti i sintomi necessari alla diagnosi ed alla prognosi con la tecnica che permetta di arrivare allo scopo nel più breve tempo, col minor fastidio dell'assicurando e con la maggiore precisione possibile.

Al vecchio esame delle urine che in primo tempo era semplicemente limitato alla ricerca dell'albumina e dello zucchero, si sono aggiunte le ricerche più fini di chimica clinica quale l'azotemia per la valutazione degli albuminurici e la glicemia e qualche volta anche la curva glicemica per la valutazione dei glicosurici.

Gli esami serologici (WASSERMANN, KAHN, MEINEICKE, ecc.) si sono resi più frequenti ed in questo momento sono allo studio le nuove reazioni per cui con minor disagio dell'assicurando e con maggiore rapidità, facilità e precisione, si ottengono gli stessi risultati della WASSERMANN (la IDE e la NUOVA MEINEICKE).

L'esame radiologico del torace viene utilizzato in un numero sempre maggiore di casi per la valutazione delle affezioni dell'apparato respiratorio e di quello circolatorio e per queste ultime in molti casi viene utilizzato anche l'elettrocardiografo.

Perciò è stato possibile estendere, con le dovute cautele, l'assicurazione vita a molti portatori di affezioni a causa delle quali prima veniva negata. Si accettano oggi sifilitici con reazione Wassermann positiva, bronchitici cronici anche con enfisema polmonare, tbc. polmonare senza fatti umidi in atto, cardiopatici in periodo di eusistolia, nefritici, diabetici, epilettici, affetti da postumi di encefalite. Si accettano infine anche individui affetti da ulcera duodenale, da colecistite cronica, tumori operati, ecc. Si tiene naturalmente conto delle condizioni generali di resistenza dell'organismo e del periodo evolutivo della malattia.

Si tende ad escludere dall'assicurazione solo coloro che possono far prevedere una fine a breve scadenza. In breve la medicina delle assicurazioni vita si è adeguata alla importanza

della funzione sociale che la polizza di assicurazione ha raggiunto.

Intanto ai Congressi di medicina del lavoro di Napoli dell'ottobre 1929, a quello internazionale di Ginevra dell'agosto 1931, al Congresso Nazionale di Milano dell'aprile 1932 ed a quello di Napoli dell'ottobre 1936, la medicina delle assicurazioni vita partecipava esaminando le cause di morte più frequenti fra gli assicurati esercenti professioni o mestieri e proponeva al Congresso di medicina del lavoro di Napoli del 1936 ricerche che « dimostrino di quanto la vita umana viene abbreviata a causa dei vari lavori nei quali si esplica l'attività dell'uomo ».

Il rischio professionale è quindi allo studio sul tappeto: è comparso già qualche articolo sulla rivista « L'Assistenza Sanitaria agli Assicurati dell'I.N.A. » e se ne sta occupando attualmente il Comitato medico consultivo.

\*  
\* \*  
\*

La Rivista « L'assistenza Sanitaria » è nata nel 1931.

Essa raccoglie tutti gli studi e le ricerche di medicina delle assicurazioni vita, gli studi e le ricerche di statistica medica in rapporto dall'assicurazione vita, tratta le questioni di medicina legale delle assicurazioni vita ed ha una rubrica per la semeiotica medica nell'assicurazione vita.

Inoltre dà consigli di vita sana agli assicurati.

Quest'ultima rubrica « I consigli agli assicurati » costituisce la parte fondamentale della « Edizione speciale » della Rivista che viene diffusa tra gli assicurati.

Dal primo decennio di questo secolo la medicina delle assicurazioni vita si è arricchita di una funzione che nobilita l'industria ed è la funzione assistenziale.

Nata in America fu introdotta in Europa verso il terzo decennio del secolo XX specialmente dalle compagnie dell'Europa centrale, Svizzera e Germania.

L'I.N.A. sentì la bellezza di questa nuova funzione come

compito dell'Ente di Stato. Avendo la missione di diffondere il concetto di solidarietà umana fra i cittadini attraverso la previdenza assicurativa, la quale in caso di premorienza tutela non solo il risparmio conseguito ma per intero quello che si intendeva conseguire, ha ritenuto e ritiene che la funzione assistenziale elevi, nobiliti e completi il concetto morale dell'assicurazione sulla vita.

D'altra parte un Ente di Stato che si occupa della durata della vita non può non sentire il dovere di collaborare con lo Stato per la tutela della salute della stirpe, poichè la salute è il patrimonio più grande del singolo e della collettività.

Sin dalla primavera del 1930 l'I.N.A. ha iniziato tutto un programma di assistenza sanitaria ai propri assicurati nello intento di contribuire al prolungamento della vita di essi nelle migliori condizioni di salute.

Al Congresso internazionale di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica tenutosi a Milano nel 1931 si parlò dell'assistenza sanitaria agli assicurati vita e delle provvidenze adottate dall'I.N.A.

Al terzo Congresso internazionale di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica tenutosi a Lione nel 1932 fu dimostrata l'assistenza sanitaria alle classi medie realizzata dall'I.N.A.

Al Congresso nazionale di Igiene tenuto a Roma nell'ottobre 1932 fu esposto il contributo dell'I.N.A. all'igiene ed all'assistenza sanitaria. Al primo Congresso nazionale delle assicurazioni popolari tenuto a Venezia nel settembre 1935, fu comunicata la estensione dell'assistenza sanitaria agli assicurati in forma popolare, ed al X Congresso nazionale di Igiene tenuto a Napoli nell'ottobre 1936, furono esposti l'attività ed il programma dell'I.N.A. nel campo della prevenzione.

Infine alla inaugurazione del Centro Sanitario di Napoli del novembre 1938 il Presidente dell'I.N.A. Senatore BEVIONE ha affermato che l'Istituto intende creare e rafforzare la coscienza della medicina preventiva non solo nell'ambito degli assicurati ma in tutta la popolazione del Regno.

Per lo sviluppo di questa parte nuova la medicina delle assicurazioni si vale di conoscenze di medicina clinica, di statistica, di igiene e di medicina sociale.

L'Istituto nazionale delle assicurazioni svolgendo il suo programma si è posto all'avanguardia rispetto a tutte le Nazioni europee ed extra europee.

Fondamento di questo programma sono:

1° le consultazioni gratuite di medicina preventiva per il collaudo periodico della salute fatto non solo con la visita clinica, ma con l'aiuto di tutti gli esami di laboratorio sia di fisica che di chimica applicati alla medicina e che la scienza medica ritiene più utili ad indicare sin dall'inizio ogni deviazione dalla norma;

2° il Consultorio di igiene che nessun altro ente di assicurazione al mondo possiede e presso il quale tutti, comunque assicurati, ed in qualunque momento possono ottenere consigli circa l'igiene personale, l'igiene della famiglia, della casa, del lavoro, ecc.;

3° il Consultorio per la idoneità alla vita coloniale ove gli assicurati che desiderino recarsi a valorizzare l'Impero italiano possono ottenere i consigli necessari.

L'Istituto nazionale delle assicurazioni per essere più vicino agli assicurati nello espletamento di questo programma ha attrezzato Centri Sanitari con apparecchi di radiologia, di chimica e serologia. I Centri Sanitari ed i Consultori da essi dipendenti nelle città più importanti sono diretti da medici di ruolo assunti per concorso nazionale.

In tal modo la medicina delle assicurazioni vita in Italia si è completata assumendo una fisionomia propria che le deriva dal contenuto tutto proprio e dai metodi speciali che deve adoperare. Per queste ragioni essa è entrata di diritto nelle aule universitarie.

Infatti nel 1935 è stata creata presso l'Istituto di Medicina legale e delle assicurazioni delle R. Università di Roma una

Scuola di perfezionamento in medicina legale e delle assicurazioni e nel programma di insegnamento di questa scuola figura anche la medicina delle assicurazioni vita.

Quella medicina delle assicurazioni vita che nel 1913 serviva solamente a distinguere l'assicurato sano da quello che in qualsiasi modo leggermente se ne discostasse, che fece i primi passi verso lo studio dei rischi mediocri e tarati nel 1917, ha avuto un rapido e fiorente sviluppo nel periodo dal 1928 al 1938.

Essa si vale delle cognizioni di patologia e di clinica, delle cognizioni di statistica medica, di medicina legale, di medicina del lavoro, di igiene, e di medicina sociale. Si serve di una semeiotica tutta propria in quanto è l'insieme di tutte quelle ricerche che nel più breve tempo e col minor disagio dell'assicurando possono portare ad una diagnosi che più si approssimi al vero per un giudizio prognostico sereno e più possibilmente esatto che possa permettere a quanti più è possibile il beneficio dell'assicurazione vita.

Il bisogno dell'insegnamento è determinato dal fatto che oggi molti medici sono chiamati a collaborare nell'ambito della medicina delle assicurazioni vita.

Oggi la medicina delle assicurazioni vita è la più completa delle medicine assicurative. Essa si occupa di diagnostica, di prognostica e di statistica ai fini dell'accettazione dei rischi. Si occupa di invalidità sia totale che parziale, sia permanente che temporanea, sia morbosa che traumatica, poichè molte forme di assicurazione consentono il beneficio della esenzione dai premi in caso di invalidità, ovvero una rendita durante il periodo di invalidità

Lo sviluppo ulteriore che certamente non potrà mancare, eleverà il tono scientifico di questa medicina dell'industria sociale delle assicurazioni vita.

La medicina delle assicurazioni vita possiede un'arma formidabile di progresso nella statistica medica. La statistica dei

rischi accettati, la statistica dei rischi rifiutati ai fini di conoscere l'ulteriore durata della vita, la statistica dei sinistri di invalidità, la statistica di coloro che usufruiscono delle provvidenze sanitarie ai fini di dimostrare la utilità della assistenza sanitaria, potranno apportare notevoli contributi sociali e scientifici.

---