

Al Comm. Prof. Donald, Stringher
oggi
Dott. Romanelli

DOTT. I. ROMANELLI

4

L' OBESITÀ E L' ASSICURAZIONE VITA

Estratto dal POLICLINICO (Sezione pratica), anno 1915

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO,"
N. 46 - Via del Tritone - N. 46

1915



Corporate Heritage
& Historical Archive

DOTT. I. ROMANELLI

L' OBESITÀ E L' ASSICURAZIONE VITA

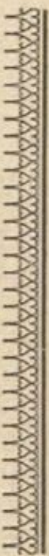
Estratto dal POLICLINICO (Sezione pratica), anno 1915

R O M A
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",
N. 46 - Via del Tritone - N. 46

1915



Corporate Heritage
& Historical Archive



L'obesità e l'assicurazione vita.

I profani di medicina spesso protestano per l'applicazione di un soprappremio o per il rifiuto del rischio di un assicurando obeso. Ed è tanto più logico il loro ragionamento in quanto essi giudicano essere l'obesità l'esponente di una florida salute; dimenticano invece che anche Galieno aveva notato che gli obesi hanno vita breve. Intendo di parlare dell'adiposità generale, escludendo quindi le adiposità parziali (lipomi ecc.), l'anasarca e l'adiposità dolorosa di Dercum. Ciò di quello stato detto erroneamente di poliarca (dal greco πολύς = molto e σὰρξ = carne), ma che consiste invece in un accumulo eccessivo di grasso nel connettivo sottocutaneo e negli organi, che normalmente ne contengono una quantità minore.

Spesso la diagnosi di obesità si può fare anche guardando l'assicurando ed osservandone la disarmonia delle forme esterne ed il portamento, ma la difficoltà s'incontra al limite tra obesità e stato normale e nella determinazione del grado di obesità. Perciò è necessario basare la diagnosi sulle misure somatiche accuratamente prese. Nell'esercizio della pratica medica un criterio utile per la diagnosi oltre il conoscere il peso del paziente è quello di accertarsi se il peso del corpo

Proprietà letteraria

si mantiene costante, giacchè nell'adulto il peso normale, salvo lievi oscillazioni, rimane costante.

Nell'esercizio della medicina delle assicurazioni non bastano le risposte dell'assicurando, le quali qualche volta possono, anche in buona fede, non rispondere a verità. Il peso del corpo poi per sé non ha valore se non comparato alle altre misure e specialmente all'altezza.

Riservandomi di ritornare sull'argomento delle misure normali, accenno brevemente che il peso dell'assicurando, salvo le variazioni dovute all'altezza, alla professione, al clima, alla razza, al sesso, dovrebbe essere, secondo il Broca, di tanti chilogrammi di quanti centimetri l'altezza supera il metro.

Le ricerche di parecchi osservatori hanno stabilito che la regola del Broca non sempre è esatta. Il Villaret afferma che la formula del Broca si verifica per le persone di bassa statura e che la differenza si fa sempre più sensibile con il progredire dell'altezza.

Il Bonchard ha stabilito il rapporto $P = \frac{A}{10} \times 4$ e cioè il peso è uguale al prodotto dell'altezza espressa in decimetri moltiplicato per 4. Per il dott. Mahillon (consulente medico della Cassa di assicurazione annessa alla Cassa generale di risparmio sotto la garanzia dello Stato, in Belgio, Bruxelles) la cifra del peso non deve superare quella che rappresenta la metà dell'altezza.

Così, per esempio, secondo la formula del Broca, un individuo alto m. 1.65, dovrebbe pesare 65 kg.; secondo la formula del Bonchard dovrebbe pesare $16,5 \times 4 = 66$ kg. Secondo la formula del dott. Mahillon l'assicurando alto m. 1.65 non dovrebbe avere un peso superiore ai kg. 82.500 e qualora superasse questo peso sarebbe dichiarato obeso.

Alcune Compagnie di assicurazione dichiarano

obesi coloro i quali hanno un peso superiore al normale del 20%.

Per il dott. Norton (medico della Compagnia « Mutual Life » di New York) si può considerare obeso, qualunque sia l'altezza e l'età, ogni assicurando di cui la circonferenza addominale superi la circonferenza toracica nella massima inspirazione; la circonferenza addominale si prende a livello dell'ombelico e negli addomi penduli, evitando le natiche e le creste iliache, obliquamente dalla insellatura lombare all'ombelico.

Per altri la circonferenza dell'addome, presa allo stato di riposo, non deve superare i 6/10 dell'altezza. Perciò l'assicurando alto m. 1.65 deve avere una circonferenza addominale non superiore a cm. 99.

Il dott. Florsschütz (medico capo del Banco Assicurazioni Vita per la Germania in Gotha) determina la obesità dal coefficiente di obesità che egli ricava nel modo seguente: sottrae dal doppio della circonferenza addominale l'altezza e per il resto ottenuto divide l'altezza: il quoziente ottenuto dà il coefficiente di obesità; pes. es.: se lo assicurando alto m. 1.65 avesse una circonferenza addominale di cm. 105 il calcolo sarebbe il seguente: $105 \times 2 = 210$; $210 - 165 = 45$; $165 : 45 = 3,6$ coefficiente di obesità.

Egli ritiene 5 coefficiente normale ed i coefficienti inferiori al 5 indicano un'obesità sempre più grave. Quando gli assicurandi hanno un coefficiente di obesità inferiore a 3 sono rifiutati.

Non trovo esatte le formule che si basano solo sul peso in relazione all'altezza; giacchè non mi sembra che si possa dichiarare obeso colui che, avendo delle masse muscolari molto bene sviluppate, ha in conseguenza un peso superiore al normale. Si aggiunga poi che spesso il peso segnato nel rapporto medico per l'assicurazione-vita è un peso approssimativo, denunciato dall'assicurando

e giudicato ad occhio dal medico fiduciario, il quale si trova certo nell'impossibilità di avere in ogni caso una bilancia a disposizione.

Nè mi pare che la maggior ampiezza della circonferenza addominale rispetto a quella toracica possa far diagnosticare un'obesità. Tale criterio di diagnosi non è valido nelle donne che hanno avuto parecchie gravidanze, nè risponde negli individui nei quali per ipotonia delle pareti addominali vi è una ptosi viscerale, come si verifica non raramente dopo i 50 anni di età.

La formula del Flornschütz è un po' lunga e non si presta per i medici che devono giudicare molti rapporti al giorno; inoltre si basa solo sul rapporto tra altezza e circonferenza addominale.

Io credo che per la diagnosi di obesità bisogna tener conto non solo del rapporto tra peso ed altezza e del rapporto tra circonferenza addominale e toracica nella massima inspirazione, ma anche della circonferenza del collo. Questa misura che si prende a livello della cartilagine tiroide, se supera i 39 cm., quando l'assicurando non è affetto da gozzo, serve a denotare un collo grosso e proconsolare. Solo tenendo conto di tutte queste misure sopraindicate si può fare con esattezza la diagnosi di obesità ed evitare le cause di errore.

Dopo aver stabilito che l'assicurando è obeso, è utile per il giudizio sul rischio distinguere vari gradi di obesità.

Il Maurer ammette 4 gradi di obesità:

il 1° che comincia dall'aumento di un decimo del peso normale e arriva fino ai tre decimi;
 il 2° grado dai tre decimi ai cinque decimi;
 il 3° grado dai cinque ai sette decimi;
 il 4° comprende tutti gli aumenti a partire da quei di sette decimi al di sopra del peso normale.

Ai fini della Medicina dell'Assicurazione-Vita, io credo che basti distinguere due gradi di obesità fondandosi sul peso dell'assicurando: un primo grado per coloro che pesano dai 20 ai 29 chilogrammi in più del normale, ed un secondo per gli assicurandi che hanno un peso superiore al normale di chilogrammi 30 ed oltre.

E superfluo ripetere qui quanto ho detto sopra della necessità di valersi del concorso delle altre misure per la diagnosi della obesità.

L'osservazione clinica poi ci fa notare come vi sono degli obesi che, con viso acceso, guance sostenute, collo grosso, spingono innanzi la loro pancia con vivacità, dimostrando elasticità nei movimenti, e vi sono altri invece pallidi, con guance flosce che con apatia trasportano un addome pendulo che pare impedisca loro il cammino.

Possiamo dire i primi affetti da obesità tonica, i secondi da obesità flaccida.

Vi sono delle persone che, ad onta di un'altra bondante alimentazione, non ingrassano mai, mentre altri ingrassano con immensa facilità contrariamente al loro volere. Si ammette perciò una disposizione ereditaria all'obesità, che secondo alcuni si avrebbe in circa la metà dei casi e che può essere diretta e collaterale o similiare. Gli autori francesi danno importanza nella eredità al gruppo di quelle malattie dovute a modificato ricambio materiale e che va sotto il nome di artritismo.

Bonchard in 94 casi ha trovato nell'eredità l'obesità 43 volte, 45.85 %;

il reumatismo	33	volte	35.10 %
la gotta	28	»	29.78 %
l'asma	24	»	25.53 %
il diabete	14	»	14.89 %
le affezioni cardiache	12	»	12.76 %
la calcolosi vescicale	5	»	5.31 %
la Httasi biliare	4	»	4.25 %

Norden nota che in molti casi si tratta della eredità di speciali abitudini di vita di cui è conseguenza l'obesità.

Alcuni affermano che la razza israelitica sia più predisposta all'obesità.

Molta importanza si dà all'iperalimentazione come causa dell'obesità, ciò che spiega anche la etimologia della parola (dal latino *ob* e *edere* = mangiare). Ed anche quando gli obesi protestano affermando di mangiare poco, i sostenitori di questa teoria incolpano i pazienti di avere mangiato molto prima che si stabilisse la obesità e di continuare ad ingerire un'alimentazione che è superiore ai bisogni dell'organismo obeso, pur sembrando scarso per un organismo normale. Certo le sostanze idrocarbonate possono favorire la obesità, ma anche le sostanze proteiche introdotte in quantità superiore ai bisogni organici permettono che siano messe in serbo le sostanze grasse ed idrocarbonate. Allo stesso modo agisce la introduzione di piccole quantità di alcool e di sostanze alcooliche (vino e specialmente la birra la quale contiene oltre all'alcool anche idrati di carbonio).

Nella Germania meridionale dove si fa uso di molta birra, si nota un maggior numero di obesi.

I forti bevitori di alcool difficilmente diventano obesi, perchè l'alcool alterando la mucosa dell'apparecchio digerente non permette l'assimilazione delle sostanze nutritive ed anche perchè i tristi effetti dell'alcool non tardano a farsi sentire su tutto l'organismo.

Anche la eccessiva introduzione di acqua favorirebbe l'obesità. Iskovesco afferma che per *idiosintasia* (imbibizione di acqua dei tessuti) gli obesi trattengono nel loro organismo una maggiore quantità di acqua che non i magri; Maurel afferma che la privazione di acqua fa diminuire la quantità di alimenti ingeriti, ed altri pensano

che un cibo abbondantemente inaffiato viene più facilmente digerito ed assimilato.

L'età in cui si inizia l'obesità negli adulti è per gli uomini dai 25 ai 30 anni e per le donne dai 20 ai 25, come risulta dalle statistiche del Bouchard, del Mathieu, ecc.

Esaminando le schede di coloro i quali, avendo chiesto nel 1913 e 1914 un contratto di assicurazione all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ne furono rifiutati per ragioni mediche, ho trovato n. 308 obesi. Di questi solo 111 furono rifiutati per obesità; i rimanenti lo furono per altre cause. Avendo divisi questi rifiutati per età ho trovato le seguenti cifre:

Età	Uomini	Donne	Totale	Percentuale
Fino ai 20 anni	1	—	1	0.32
Dai 21 ai 25 anni	2	—	2	0.64
Dai 26 ai 30	8	2	10	3.24
Dai 31 ai 35	21	1	22	7.14
Dai 36 ai 40	46	—	46	14.93
Dai 41 ai 45	45	6	51	16.55
Dai 46 ai 50	61	6	67	21.75
Dai 51 ai 55	42	5	47	15.25
Dai 56 ai 60	48	3	51	16.55
Oltre i 60 anni	10	1	11	3.57

Per cui mi risulta che il maggior numero degli obesi si è avuto all'età dai 46 ai 50 anni e mentre alla stessa età corrisponde il massimo per gli uomini, per le donne invece si ha dai 41 ai 50 anni.

Le donne sono più predisposte degli uomini all'obesità a causa del genere di vita più sedentaria e della funzione sessuale. Un certo impopolamento si verifica nelle donne nella pubertà, subito dopo il matrimonio, dopo lo slattamento, ed in ispecial modo dopo la menopausa.

Il genere di vita, scarso di movimenti, vita

sedentaria, infine certo favorevolmente allo sviluppo dell'obesità, e gli obesi tendono sempre più alla vita sedentaria perchè qualsiasi piccolo movimento richiede in essi uno sforzo maggiore, tanto da affaticarli ed affannarli con fatica, sicchè essi preferiscono muoversi il meno possibile, ciò che contribuisce a farli divenire sempre più obesi.

Certe professioni agevolano lo stabilirsi della obesità, e così sono facilmente obesi i pizzicagnoli, i pasticciieri, i macellai, i birrai.

Tra gli obesi rifiutati nel 1913 e 1914 dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il 33,37 % erano commercianti, il 17,53 % erano impiegati, il 10,7 % professionisti; gli industriali e i possidenti partecipano nella stessa misura 9,09 per cento; il minimo è dato dai marinai, ferrovieri e tramvieri, agricoltori e domestici. Questi risultati potrebbero essere vizianti dal fatto che non tutte le classi sociali adiscono nella stessa misura all'assicurazione.

Alcune sostanze tossiche introdotte a piccole dosi possono provocare l'obesità, così la stricnina, il fosforo, il piombo ed in ispecial modo l'arsenico.

Oltre la obesità che si verifica nella convalescenza di alcune malattie infettive acute, come per esempio il tifo e quella che è stata notata qualche volta in un periodo intermedio di una tubercolosi polmonare o di una paralisi progressiva, non bisogna dimenticare l'obesità di origine endogena dovuta a soppressione o modificata secrezione delle glandole a secrezione interna. È nota la obesità degli eunuchi e delle donne ovariectomizzate, ma si può avere anche obesità di origine tiroidea, ipofisaria, pancreatica.

Difficilmente si guarisce dall'obesità conclamata, solo con adatto regime dietetico e con un

genere di vita opportuno si potrà mantenerla stazionaria.

La prognosi dell'obesità *quo ad vitam* è subordinata anche alle alterazioni che facilmente si riscontrano negli obesi. Nei quali si rilevano con notevole facilità le malattie del ricambio materiale (la glicosuria, la gotta, l'ossaluria, ecc.), la litiasi, l'arteriosclerosi diffusa e specialmente localizzata alle arterie coronarie del cuore, ai reni, nel quale ultimo caso si riscontra albuminuria ed all'esame microscopico delle urine spesso si nota la presenza di piccoli cilindri ialini.

L'accumulo di grasso negli organi addominali impedisce al diaframma notevole estensione dei movimenti, onde respiro frequente, piccolo, facile dispena per piccoli sforzi, stasi polmonare, catarro bronchiale cronico, ecc.

L'aumento della superficie vasale dovuto ai capillari del tessuto adiposo, lo sforzo maggiore dei movimenti, dovuto all'aumentato peso, la difficoltà della respirazione, l'accumulo di grasso nel pericardio, l'arteriosclerosi sono causa della tachicardia, della aritmia, della insufficienza funzionale del cuore, della miocardite degli obesi.

Dei 308 obesi rifiutati nel 1913 e 1914 dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni il 36,38 % era stato rifiutato per obesità, il 21,75 % per glicosuria, il 10,38 % per nefrite, il 7,18 % per albuminuria, il 5,84 % per cardiopatia, il 5,19 % per arteriosclerosi. Il rimanente era stato rifiutato per altre cause (sifilide, alcoolismo, catarro bronchiale, ecc.).

Esaminando inoltre le schede di coloro che erano stati rifiutati per obesità, ho trovato che il 65 % dei casi non presentavano altre alterazioni in atto, ma che il 15 % dei casi era affetto da arteriosclerosi ed il 20 % da albuminuria.

Galeno aveva notato che gli obesi hanno vita breve e F. Bacon (secolo XVII) nella « Istoria della vita e della morte » affermava che la grassezza in età giovanile indica vita breve.

Il dott. Moses, esaminando il materiale della « Vittoria », ha raccolto e seguito 407 assicurati, i quali, all'ingresso in assicurazione pesavano non meno di chilogrammi 10 oltre il normale secondo la formula del Broca e che avevano una circonferenza addominale superiore ai 6 decimi dell'altezza. La vita media di costoro fu di 47 anni e 10 mesi, mentre quella degli altri assicurati nello stesso periodo di tempo fu di 50 anni ed un mese.

Il dott. Brandreth Symonds divise gli obesi in obesi moderati aventi un soprappeso del 20 % superiore al normale ed obesi eccessivi con soprappeso del 30 % oltre il normale e trovò, come risulta dalla seguente tabella che riporto dallo Schroeder (Insurance Medecine) che la mortalità raggiunse il massimo all'età dai 43 ai 56 anni e che in ogni età la mortalità è stata sempre più alta aumentando il grado di obesità.

Età	Obesi moderati	Obesi eccessivi
15 a 28	80 %	88 %
29 a 42	103 %	124 %
43 a 56	133 %	162 %
57 a 70	125 %	156 %

Anche il prof. A. Beneduce nelle *Prime linee di demografia degli assicurati* con il materiale delle Compagnie Americane raccolto da una Commissione medico-attuariale, dimostra che gli obesi hanno una più alta mortalità rispetto agli assicurati con misure somatiche normali ed inoltre che la mortalità degli obesi è ancora più alta se uno od entrambi i genitori sono morti in età al di sotto dei 70 anni. Così mentre gli assicurati

con soprappeso figli di genitori longevi presentano una mortalità del 118 %, gli obesi figli di genitori non longevi presentano una mortalità del 147 %: la mortalità aumenta progressivamente nell'uno e nell'altro caso con l'aumentare dell'età all'ingresso in assicurazione.

Mi piace riportare qui la interessante tabella del prof. Beneduce (op. cit. pag. 29, tabella VII):

Numero dei sinistri in ciascun gruppo scelto di assicurati per cento sinistri previsti sulla base della tavola di mortalità tipo.

Età all'ingresso in assicurazione	Rischi con pesi anormali (extrapesi)		
	con genitori morti in età pari o superiore al 70 anni	con uno od entrambi i genitori morti al di sotto del 70 anni	con circonferenza addominale più ampia della circonferenza toracica
15-28	73	104	115
29-42	113	130	136
43-56	144	172	167
57-70	132	172	164
In complesso	118	147	152

Le cause di morte più frequenti per gli obesi sono la emorragia cerebrale, l'angina pectoris, i vizi di cuore, la morte improvvisa per paralisi cardiaca, il coma diabetico, l'iremia, ecc. È nota la minor resistenza degli obesi ai traumi in genere, alle operazioni chirurgiche ed in special modo alle malattie infettive.

Il 28 % dei morti per diabete fra gli assicurati della « Connecticut Mutual Life Insurance Company » erano obesi.

Dalle ricerche del dott. Moses con materiale della « Vittoria » risulta:

	In tutti gli assicurati		nel compulsi
	1901-03	1903-05	
Malattie acute degli organi respiratori	11.0	12.0	11.1
Malattie croniche degli organi respiratori (tubercolosi compresa)	17.0	14.0	5.4
Malattie del cuore . . .	13.0	14.0	18.9
Id. dei reni	9.0	9.0	13.8
Apoplessia	8.0	6.0	11.3
Malattie chirurgiche . .	—	1.0	3.9

Dopo quanto si è detto mi pare superfluo spendere delle parole per dimostrare quanto siano importanti le misure somatiche degli assicurati, e come il medico fiduciario debba prenderle sempre con grande esattezza. Mi pare utile avvertire che il nastro metrico, quando non è metallico, deve essere sempre tenuto con eguale tensione, onde evitare possibili errori, e di richiamare l'attenzione sull'espedito cui possono ricorrere alcuni assicurandi, di compiere cioè un atto di inspirazione mentre il medico misura la circonferenza addominale, tirando così indietro l'addome per fare in modo che risulti una circonferenza addominale meno ampia del reale. Speciale attenzione deve porre il medico nell'esaminare l'assicurando obeso all'apparecchio cardiovascolare, al respiratorio ed all'uro-poietico. All'esame del cuore cercherà di determinare con pazienza ed esattezza i limiti dell'ottusità cardiaca e, dopo aver rilevato il reperto ascoltorio, fer-

merà la sua attenzione sui caratteri del polso e specialmente sulla frequenza, sul ritmo e sulla tensione e possibilmente misurerà col Riva Rocci la pressione arteriosa.

Dopo aver fatto l'esame dell'apparecchio respiratorio il fiduciario conterà con esattezza il numero dei respiri al minuto. Speciale attenzione merita l'esame delle urine nelle quali bisognerebbe determinare oltre che la reazione e il peso specifico, anche la quantità di urea; e dopo aver ricercato con l'esame chimico se vi è presenza di albumina, di glucosio e di acetone, bisognerebbe procedere in ogni caso all'esame microscopico, ricordando come spesso in urine con assenza di albumina o con tracce appena percettibili di albumina si riscontra all'esame microscopico la presenza di piccoli cilindri ialini.

Il dott. Weill-Manton (medico della Compagnia «La Renée», Parigi) nel «Manuale del Medico di Assicurazione sulla Vita» esprime così il suo parere sull'obesità:

Possono essere rifiutati perchè obesi:

1° Tutti gli obesi giovani la cui polisarcia cresce rapidamente e regolarmente;

2° Tutti gli obesi la cui polisarcia conduce a dei disturbi meccanici apprezzabili (affanno, dispnea) e nei quali si constati o si supponga la abbondanza di grasso del cuore;

3° Tutti gli obesi di cui il polso sarà rapido o aritmico (tener conto nell'apprezzamento di questo sintomo della emotività del candidato durante l'esame) o nei quali si constati la tendenza all'arteriosclerosi;

4° Gli obesi accentuati, giovani e fortemente affetti di artrismo.

Io penso che il giudizio sul valore del rischio di un obeso si può formulare *per caso*. I rischi degli assicurandi obesi si potranno a volte accettare con soprapremio ovvero accettare in una

forma di assicurazione più favorevole all'Istituto, in alcuni casi si dovrà rifiutare il rischio.

Ad ogni modo, nel giudicare del valore del rischio di un assicurando obeso si dovrà sempre tener conto dell'età dell'assicurando; del sesso; dell'epoca in cui si è iniziata l'obesità; del grado di obesità; della longevità nel gentilizio, e della presenza o assenza nel gentilizio stesso di malattie del ricambio materiale, del cuore, dei vasi, dei reni; delle malattie pregresse dell'assicurando ed in special modo della condizione degli organi dell'assicurando al momento dell'assicurazione. In tutti quei casi nei quali si riscontrasse la presenza di una glicosuria, di una nefrite, di aritmia, di arteriosclerosi o di una lesione cardiaca, il rischio si deve senz'altro rifiutare.

Dott. I. ROMANELLI.