PROF. DOTT. I. ROMANELLI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

GUIDA DEL MEDICO

PER LE

Assicurazioni sulla vita umana

ROMA
COOPERATIVA TIPOGRAFICA « CASTALDI »
FRA OPERAI EX COMBATTENTI
Piazza S. Croce in Gerusalemme N. 49
1926

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive

PROF. DOTT. I. ROMANELLI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

GUIDA DEL MEDICO

PER LE

Assicurazioni sulla vita umana

ROMA
COOPERATIVA TIPOGRAFICA « CASTALDI »
FRA OPERAI EX COMBATTENTI
Piazza S. Croce in Gerusalemme N. 49

1926

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

PROPRIETÀ LETTERARIA

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

PREFAZIONE

Nello scrivere queste poche pagine mi son prefisso di illustrare brevemente per i giovani medici fiduciari la pratica della medicina nell'assicurazione-vita in base alla mia ormai lunga esperienza in materia.

A tal fine, mentre la industria dell'assicurazione sulla vita umana si avvale di tutto lo scibile medico, io mi sono qui limitato ad esporre accenni di semeiotica medica, ed ho dato maggiore estensione ad alcune ricerche, allo scopo di fare meglio conoscere ai giovani medici fiduciari quanto da essi richiedono gli Istituti assicuratori.

Mi auguro di essere riuscito all'intento prefissomi nell'interesse della previdenza assicurativa, e desidererei che questa « guida » servisse di stimolo ad altri a ricercare la possibilità di diminuire il numero dei condannati alla imprevidenza forzata per le tare fisiche

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

da cui sono affetti, studiando il modo di accogliere in assicurazione rischi che ancora oggi debbono essere rifiutati.

Ringrazio vivamente il Clinico di Roma, il mio maestro Prof. Vittorio Ascoli, che mi ha confortato dei suoi preziosi consigli.

Roma, 21 aprile 1926.

I. ROMANELLI.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

LE ASSICURAZIONI

L'assicurazione sulla vita umana ed il compito del medico fiduciario.

Il medico oggi non può ignorare i vari capitoli di questa branca della medicina, la medicina sociale, che si è venuta sviluppando in Italia specialmente in questi ultimi tempi. Ed io ritengo che non correranno molti anni e dovrà istituirsi nelle nostre facoltà Mediche Universitarie una nuova cattedra, quella della *medicina sociale,* la quale addestrerà i medici anche all'esercizio della medicina applicata alle leggi sociali dettate dalla previdenza e derivanti da un senso più alto e sublime: quello della solidarietà umana.

Tutti coloro che sono minacciati dallo stesso pericolo di danno, che non è valutabile a priori nel tempo e nella entità, spinti da un senso di umana solidarietà si uniscono per distribuire egualmente il

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

danno stesso, sicchè esso possa essere meno dolorosamente sopportato. Su questo concetto nobilissimo si fondano le leggi sociali di assicurazioni, invalidità, vecchiaia, infortuni, ecc., che sono rese obbligatorie per legge per beneficare le classi meno abbienti e meno previdenti. Per le classi cui non difetta la possibilità economica e per le quali è superflua la dimostrazione dei benefici effetti della previdenza, questa è facoltativa. E dei vari rami di assicurazione per cui è richiesta l'opera del medico, certo uno dei più importanti è quello sulla durata della vita dell'uomo.

La morte è un danno inevitabile e capriccioso in quanto non colpisce tutti gli uomini alla stessa età e può sopravvenire improvvisamente. L'uomo che ha famiglia è danneggiato dalla morte nell'avvenire dei suoi cari. Finchè egli è in vita può col proprio lavoro sopperire ai bisogni della famiglia, sia a quelli quotidiani, sia a quelli per la preparazione dell'avvenire dei figli. Ma una morte prematura può far svanire l'opera di previdenza del singolo.

Se invece tutti coloro che possono andare incontro al male comune, la morte prematura, potessero rendersi solidali contro il danno distribuendolo ugualmente su tutti, in modo che esso diminuisca in ispessore essendo distribuito su più vasta superficie

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

il danno stesso peserebbe meno sui singoli che dovranno subirlo.

Se un gruppo di uomini della stessa età, supponiamo 1000 uomini dell'età di 30 anni, conoscendo che il coefficiente di mortalità a quella età è del 7 per mille si riuniscono per alleviare il danno che deriverà alle famiglie dei 7 di essi che saranno colpiti da morte entro l'anno con una somma, supponiamo di lire 1000 per ciascuna famiglia, è sufficiente che ciascuno di essi versi lire 7 appena, ed i 1000 uomini avranno così facilmente messo assieme la somma di lire 7000 da distribuirsi alle 7 famiglie colpite dalla perdita immatura del loro capo.

Questo sentimento di solidarietà non è nuovo; solo in tempi successivi esso è stato applicato ai vari danni cui l'uomo può andare incontro.

Le prime assicurazioni ebbero per oggetto il trasporto delle merci in mare. Veri contratti di assicurazione non si trovano prima del XIV secolo. Prima di quel tempo l'assicurazione merci, ossia il rischio marittimo, si praticava implicitamente, in quanto il prezzo delle merci variava secondo che erano contrattate « salvo in terra » od a « rischio e fortuna », cioè salvo arrivo della nave e della maggior parte del carico.

Nel primo caso chi riceveva « lo avere di buona

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

« gente da portare salvo in terra era tenuto di farne « ammenda comunque andasse poscia perduta. Se « egli avviene che un uomo affidi del suo avere ad « un altro, affinchè lo porti a guadagno per mare, « alla ventura di mare e di gente, e s'egli avviene « che i corsari lo incontrino e gli tolgano tutto ciò « che egli porta, oppure se fa tempo cattivo e, « rompe il vascello ed ogni cosa va perduta, ragione « comanda che egli ne sia del tutto franco, e nulla « si debba ammendare ». Così pattuivasi nei contratti dell'epoca.

La priorità storica nell'introduzione dell'assicurazione marittima spetta all'Italia; infatti negli archivi notarili di Genova dal 1347 in poi si trova una serie ininterrotta di contratti di assicurazione, e i contratti di Genova sono precedenti a quelli di Barcellona.

I primi assicuratori di merci furono i proprietari delle navi su cui esse venivano caricate, giacchè nessuno meglio di loro era in grado di custodire l'arrivo in salvo delle merci. Successivamente la necessità di suddividere i rischi portò a scindere la assicurazione del rischio di sicurtà dal noleggio; e già alla fine del XIV secolo e all'inizio del XV si trovano società costituite per l'assicurazione del rischio di sicurtà. Alle assicurazioni dei rischi trasporti

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

marittimi e terrestri si aggiunsero i rischi del ritardo e della precocità di arrivo di una nave, per cui poteva andare fallita una determinata speculazione.

Le prime assicurazioni sul rischio di morte possono considerarsi i contratti di assicurazione di schiavi imbarcati sopra navigli, giacchè essi erano considerati mercanzie. Successivamente le assicurazioni hanno avuto un largo sviluppo; ed è noto come oggi si pratica l'assicurazione contro ogni possibile danno, dai trasporti alla voce degli artisti, dalla vita umana alla grandine, dagli incendi alla navigazione, alla responsabilità civile, ai cristalli, al bestiame, agli infortuni, alla invalidità e vecchiaia, alla disoccupazione, alle malattie, ecc.

I benefici dell'assicurazione sono riconosciuti così altamente che l'uomo sente la necessità di questa forma di previdenza.

L'assicurazione sulla durata della vita umana si è venuta perfezionando in modo da soddisfare ai varî bisogni rispondenti alle condizioni di ciascun uomo. Oggi si praticano assicurazioni in caso di vita, in caso di morte, e miste.

Per le assicurazioni in caso di vita nelle quali, come è implicito nella definizione, il capitale o la rendita è pagabile solamente nel caso di sopravvivenza dell'assicurato, l'opera ed il giudizio del me-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

dico si rendono superflue. Nelle assicurazioni in caso di morte e miste al contrario, il contratto si basa sul rapporto compilato dal medico in seguito alla raccolta dei dati anamnestici ed obbiettivi ed al giudizio prognostico formulato in base a quei dati.

Le assicurazioni in caso di morte contemplano il puro caso di morte, ed in tal caso la somma pattuita viene pagata alla morte dell'assicurato agli eredi di lui.

Le assicurazioni miste uniscono al rischio di morte le operazioni di risparmio. Esempi di questo gruppo possono essere:

la *mista ordinaria* nella quale forma alla scadenza del contratto l'assicuratore paga la somma pattuita, ma se la morte dell'assicurato avvenisse prima della scadenza, l'assicuratore paga immediatamente il capitale assicurato immediatamente dopo il decesso.

Nella forma *termine fisso* il capitale assicurato viene pagato alla scadenza del contratto in ogni caso, sia in vita o già premorto l'assicurato, però cessa il pagamento del premio alla morte dell'assicurato. Si intende per premio la tangente che paga l'assicurato per ottenere la garanzia.

Altri svariati tipi, *effetti multipli, capitale e rendita, doppia mista*, ecc., provvedono ai bisogni del-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

l'uomo, giacchè ogni tipo di assicurazione risponde ad un determinato scopo da raggiungere.

Se tutti indistintamente i nati fossero obbligati ad assicurarsi per un capitale uguale per tutti, basterebbe applicare le tariffe secondo i risultati delle tavole di mortalità, computando gli interessi delle somme versate, e l'opera del medico si renderebbe superflua anche nelle assicurazioni in caso di morte e miste; ma finchè l'assicurazione vita è facoltativa ed è facoltativa la somma da assicurarsi, i risultati di una impresa di assicurazione vita dipendono dalla buona selezione medica. Ed ecco la ragione per cui tutti gli Istituti di assicurazione vita hanno medici fiduciari, nei quali ripongono piena ed assoluta fiducia per la selezione del lavoro compiuto dai loro agenti e produttori. Questi, apostoli della previdenza, hanno il compito di diffondere il concetto della previdenza assicurativa convincendo i riottosi a considerare i benefici effetti dell'assicurazione; quelli, i medici, hanno il compito di selezionare i rischi dividendoli in buoni, mediocri, e cattivi secondo i criteri che esporrò successivamente.

È questo, il compito del medico fiduciario, compito non lieve, e spesso difficile assai. Egli deve soddisfare il suo dovere con serena imparzialità adoperando cortesia di modi e fermezza, nonchè grande

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

acume nelle indagini specie anamnestiche. Qualche volta il compito del fiduciario è ostacolato dal produttore impaziente di concludere l'affare, di cui la acquisizione è costata a lui lunga fatica e spesa. Anche lo stesso assicurando può ostacolare il compito del fiduciario: l'assicurando, se in buonafede, si secca di perdere il tempo per la visita medica, ovvero dà ad essa scarsa importanza, perchè il produttore per convincerlo a sottoporvisi gli ha detto che la visita medica è una pura formalità e che il medico non ha altro compito che guardarlo in viso e tutt'al più esaminare lo stato della lingua e palpare il polso.

Qualche volta l'assicurando vuol constatare se il medico è così bravo da scoprirgli i difetti che egli ha e perciò tace quanto al curante avrebbe minuziosamente raccontato. Se poi l'assicurando ha ragione, come talvolta può accadere, di nascondere qualche dato, il compito del fiduciario diventa anche più difficile. Perciò il fiduciario alla abilità professionale, al pronto intuito, deve accoppiare qualità di carattere che lo rendano benviso subito all'assicurando, sicchè egli possa conquistarne la simpatia, incutendo il rispetto che deriva dalla stima. E quando l'assicurando ha l'impressione di essere esaminato da un buon medico allora egli stesso ne agevola il compito per avere un giudizio sulla propria salute,

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

giacchè la salute è il tesoro più caro che all'uomo è dato possedere.

Ed un'altra necessità della pratica di fiduciario è quella di non fare mai attendere l'assicurando, perchè questi non si stanchi e non cambi opinione mandando a monte il contratto di assicurazione. Giacchè qualche volta gli assicurandi si decidono a sottoscrivere pur non completamente convinti, ma per togliersi dai piedi quel *noioso* di assicuratore, come essi dicono, che loro predica da lungo tempo i benefici dell'assicurazione.

Perciò il medico deve essere sempre pronto ad accorrere per visitare l'assicurando appena invitato dall'Agente.

Un'altra grave difficoltà all'esercizio del fiduciario è spesso il luogo della visita medica, giacchè a causa della scarsa importanza che l'assicurando attribuisce alla visita medica, egli non intende perdere tempo per recarsi allo studio del medico o nei locali dell'Agenzia, ma pretende di essere visitato sul luogo di lavoro e qualche volta anche in un retrobottega o in un angolo di un'officina rumorosa. Spetta al medico di convincere l'assicurando a seguirlo in un luogo più adatto, suscitando l'interesse di lui ad una buona visita medica.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

L' ANAMNESI

Il Sahli nel suo « Manuale dei metodi di esame clinici » afferma giustamente che per raccogliere una buona anamnesi occorre molta diplomazia, molto tatto, conoscenza dell'uomo e cultura scientifica. E se è difficile raccogliere l'anamnesi di un malato che si rivolge al medico per averne consigli per la propria salute, molto più difficile riesce il raccogliere la anamnesi dell'assicurando che si presenta al medico con una preparazione mentale che gli fa considerare la visita medica a seconda dei casi, una pura e noiosa formalità, ovvero un ostacolo che devesi superare per ottenere un contratto di assicurazione. Ma se il fiduciario saprà imporsi alla simpatia dell'assicurando e destare in lui l'interesse della visita medica eseguita da un professionista coscienzioso, colto e padrone della propria arte, egli otterrà dall'assicurando tutte le notizie necessarie. E nella pratica delle assicurazioni-vita l'anamnesi ha una importanza di molto superiore che nell'eser-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

cizio professionale. Basti, per es., pensare a tutte le malattie dell'apparato digerente le quali spesso assai difficilmente potrebbero essere sospettate dal fiduciario in base al solo esame obiettivo.

L'anamnesi si distingue in anamnesi gentilizia e personale.

*
* *

Anamnesi gentilizia.

L'*anamnesi gentilizia* ha per compito di ricercare la longevità della famiglia cui l'assicurando appartiene e la eventuale presenza di malattie facilmente ripetibili, e di quelle che lasciano una impronta nei discendenti.

Nel raccogliere l'*anamnesi gentilizia* non è opportuno chiedere sinteticamente se negli ascendenti e nei discendenti e collaterali vi siano stati casi di malattie ereditarie. La risposta più frequente dell'assicurando sarà negativa. Ma il medico fiduciario riuscirà ad avere informazioni più precise quando egli si informerà particolarmente dello stato di salute e della causa di morte di ciascuno dei membri di famiglia. Se l'assicurando affermerà che sono vi-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

venti, il medico insisterà per conoscere se godono perfetta salute o se per caso non soffrano di qualche disturbo e invece che ripetere all'assicurando i nomi di quelle malattie che più facilmente si ripetono nelle famiglie, sarà più opportuno domandare a lui, per ciascuna persona di famiglia, se per caso non abbia qualcuno dei segni più caratteristici delle dette malattie.

Se vi sono persone di famiglia defunte è necessario chiedere in quale anno avvenne il decesso, l'età alla morte, la causa di morte e per assicurarsene meglio chiedere i sintomi più spiccati, se l'assicurando li ricorda, della malattia, che fu causa di morte; la durata dell'ultima malattia, se prima di quella il parente defunto avesse sofferto altri disturbi e quali.

Tutte queste domande sono necessarie se vi sono o vi sono state malattie così dette ereditarie.

Così, per es., l'assicurando dirà che un parente è morto in seguito ad un favo, ed indagando si verrà invece a constatare che colui soffriva di diabete; un altro assicurando affermerà che la madre od una sorella o la moglie sono morte di parto, ed il medico scrupoloso potrà in seguito ad opportune domande conoscere che la madre o la sorella o la moglie erano malate di tubercolosi polmonare, la

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

quale malattia ebbe un decorso più rapido dopo il parto, sì da uccidere la malata in pochi mesi; e gli esempi si potrebbero moltiplicare di assicurandi che nascondono la tubercolosi nella famiglia accusando una caduta, l'anemia, i disturbi dello sviluppo, i dispiaceri, ecc. Il fiduciario, solo insistendo nel chiedere notizie circa i sintomi ed il decorso della malattia riuscirà a stabilire la causa vera del decesso.

La importanza dell'anamnesi gentilizia quale elemento di giudizio per il rischio della assicurazione vita è grande. Il fiduciario dall'anamnesi gentilizia rileverà se l'assicurando appartiene ad una famiglia longeva ovvero ad una di quelle famiglie in cui la longevità è scarsa. Rileverà il frequente ripetersi o meno in quelle famiglie di certe malattie: è indubitato che vi sono famiglie nelle quali il tifo, per es., la polmonite, ecc., mietono numerose vittime; in cui le cardiopatie, l'apoplessia, le nefriti sono frequenti.

Constaterà la tara nel gentilizio per tubercolosi, cancro, diabete, malattie nervose, malattie mentali, sifilide, alcoolismo, ecc.

Esaminiamo brevemente la importanza delle principali tare del gentilizio in rapporto al giudizio sul rischio.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

La sifilide ereditaria. — La sifilide ereditaria va specialmente ricercata quando risulti che il padre dell'assicurando è morto in giovane età per apoplessia, aneurisma dell'aorta, paralisi progressiva ed in genere per tutte quelle malattie che la clinica ci insegna possano essere dovute alla sifilide. E si potrà sospettare anche quando risulta che la madre dell'assicurando abbia avuto aborti. Qualche volta essa può essere diagnosticata, indipendentemente dalle notizie anamnestiche, anche dalla constatazione della triade di Hutchinson. Dalla statistica di Fournier figlio risulta che su 681 casi di sifilide ereditaria 225 furono affetti da malattie del sistema nervoso. Peraltro le manifestazioni tardive della sifilide negli eredi-sifilitici sono poco frequenti nell'età adulta ed assai rare dopo il 25° anno di età. Ad ogni modo nel giudizio sul rischio bisogna distinguere coloro che hanno avuto vere e proprie manifestazioni della sifilide da coloro che tali manifestazioni non hanno mai avute.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

L'EREDITÀ DIABETICA diretta si riscontra secondo Von Noorden nel 18,5 per cento dei casi, la collaterale nel 6,9 per cento. Secondo il Seegen il 14 per cento dei diabetici che l'avevano consultato avevano il padre o la madre diabetica. Secondo il Kulz si constata l'eredità diabetica nel 23 per cento dei casi, per Cantani nel 26,7 per cento di cui la eredità paterna ha un peso maggiore della eredità materna. Negli israeliti il diabete è più frequente. Ma nel giudizio del rischio di un assicurando, di cui le orine siano normali, ma che abbia il gentilizio tarato per diabete, è necessario tenere conto del numero dei casi di diabete verificatisi in famiglia, dei casi di altre malattie del ricambio materiale constatate nella famiglia (obesità, gotta, calcolosi, ecc.) e specialmente della costituzione dell'assicurando, ricordando che è dato certo sfavorevole per un assicurando, di cui il gentilizio sia tarato per diabete, una costituzione magra, specialmente se l'assicurando ha oltrepassato il 40° anno di età.

Ad ogni modo supposti favorevoli all'assicurando tutti gli altri dati dell'anamnesi personale, della co-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

stituzione, dell'esame obiettivo e specialmente del risultato dell'esame delle urine, per la sola tara del diabete nel gentilizio il rischio deve essere accettato con qualche limitazione.

*
* *

Il cancro. — Il cancro miete in Italia ogni anno 25.000 vittime e le statistiche segnalano un progressivo aumento della mortalità per cancro non solo in Italia, ma in tutti gli Stati; facendo la media delle percentuali date da molti Autori della ereditarietà per cancro si può affermare che la percentuale della eredità per cancro si aggira intorno al 13 per cento ed è più frequente quando il caso di cancro si è verificato nella madre.

Nel giudizio sul rischio di un assicurando con gentilizio tarato per cancro oltre a tutte le condizioni che risultassero dall'esame obiettivo fatto con maggiore oculatezza e per gli organi e tessuti più facilmente sedi del cancro e per tutte quelle cosidette manifestazioni precancerose o lesioni che possono diventare cancro, si deve tenere conto del numero dei casi di cancro verificatisi nella famiglia dell'assicurando e dell'età di lui.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

La tubercolosi. — Fatta con speciale insistenza la ricerca della tubercolosi nell'anamnesi familiare dell'assicurando e qualora la ricerca risultasse positiva per quella malattia da infezione, il fiduciario deve stabilire l'anno della morte per tubercolosi e se l'assicurando ha convissuto con il parente morto per tale malattia.

Un assicurando che conviva con un parente affetto da tubercolosi, non può essere accettato in assicurazione, sebbene la infezione per convivenza nell'età adulta non sia molto frequente. Certo le donne che convivono con parenti malati di tubercolosi si ammalano più facilmente della stessa malattia che non gli uomini, i quali sono più lungamente tenuti lontani dal malato durante la giornata dalle occupazioni fuori di casa.

La ereditarietà tubercolare in assicurazione ha certo una grande importanza e pare che essa sia maggiore se i casi di tubercolosi in famiglia si siano verificati a carico della madre e delle sorelle e fratelli. Ma per il giudizio di un assicurando con gentilizio tarato per tubercolosi bisogna tener conto

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

del numero dei casi di tubercolosi verificatisi in famiglia, del grado di parentela con l'assicurando e della convivenza, e devesi dare grande importanza all'età dell'assicurando ed alla sua costituzione. È bene ricordare che se la mortalità aumenta di circa il 30 per cento negli individui con eredità tubercolare rispetto a coloro immuni da tale tara ereditaria, la percentuale di aumento di mortalità può considerarsi due volte più alta per coloro con gentilizio tarato per tubercolosi e con sottopeso rispetto agli assicurandi con gentilizio tarato per tubercolosi ma con soprapeso. Inoltre un soprapeso del 10 per cento non è garanzia sufficiente.

L'età degli assicurandi con gentilizio tarato per tubercolosi ha tale importanza per cui lo Schroeder calcola che la mortalità nelle persone in età inferiore ai 35 anni con l'anamnesi familiare tarata per tubercolosi ed un peso al disotto del normale si aggira intorno al 180 per cento mentre per le persone in età superiore ai 35 anni non aventi un peso al disotto del normale e con gentilizio tarato per uno, due ed anche più casi di tubercolosi egli calcola che la mortalità si aggira intorno al 107 per cento.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

La gotta. — La eredità della gotta è ammessa universalmente e da lungo tempo ed in una percentuale che oscilla tra il 50 per cento dei casi e persino il 100 per cento secondo alcuni autori; giacchè spesso si eredita non la gotta direttamente, ma la tendenza alle malattie del ricambio materiale.

Per il giudizio del rischio di assicurandi, nel gentilizio dei quali si notano dei casi di gotta, si deve tener conto:

1° del sesso: La gotta è assai più frequente negli uomini che nelle donne, sicchè su cento casi si ritiene almeno 85 siano maschi.

2° dell'età, giacchè la gotta difficilmente si manifesta prima del 30° anno di età.

3° della professione e delle abitudini di vita.

4° della costituzione, ricordando peraltro come gli antichi ammettevano oltre il tipo di gotta stenica (individui corpulenti, con le guance di colorito rosso acceso, grandi mangiatori, ecc.), anche il tipo di gotta astenica nei discendenti da famiglie gottose, che si presentano gracili, pallidi e limitati nel mangiare.

5° dell'anamnesi personale.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Ma non si deve peraltro dimenticare che la gotta spesso non è incompatibile con una lunga vita.

*
* *

Non è senza importanza l'*alcoolismo* nel gentilizio, giacchè spesso i figli di alcoolisti imparano dai genitori tali abitudini di vita, sebbene vi siano casi di astemii fra i figli di alcoolisti a causa del disgusto provato vedendo i genitori ubriachi.

*
* *

È superfluo ricordare l'importanza di alcune *malattie nervose e mentali* che facilmente si ripetono nei discendenti ed anche la *tendenza al suicidio* che qualche volta si constata presso alcune famiglie.

Il medico quindi deve registrare con somma accuratezza tutti i dati raccolti con la perizia, col tatto e con il sapere, che sono doti indispensabili al fiduciario.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Anamnesi personale.

Essa si divide in anamnesi *remota* ed anamnesi *prossima.*

Se il medico fiduciario si contentasse di domandare all'assicurando quali malattie ha sofferto dall'infanzia fino a quel giorno, si sentirebbe rispondere il più delle volte: nessuna importante.

Ma il fiduciario pratico deve insistere nel ricordare le malattie più frequenti e specialmente nel chiedere se l'assicurando ha sofferto dei sintomi principali da cui quelle malattie sono caratterizzate. E, se percorrerà la vita vissuta dall'assicurando fissando delle tappe (per es., il servizio militare, il matrimonio, la data di una malattia già denunziata, ecc.) e scruterà il passato patologico di lui tra una tappa e l'altra, verrà facilmente a conoscere le malattie sofferte. La ricerca di esse serve al medico non solo per indurlo ad un più accurato esame di alcuni organi, ma specialmente per formarsi, ai fini della prognosi sulla durata ulteriore della vita, un concetto della disposizione di lui alla morbilità. Giacchè le malattie sofferte si possono dividere in:

1° malattie che guariscono definitivamente senza lasciare postumi;

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

2° malattie che guariscono lasciando alterazioni permanenti;

3° malattie che guariscono, ma possono recidivare facilmente;

4° malattie che apparentemente guariscono e che possono dare più o meno frequenti manifestazioni della loro persistenza.

Ed è specie a questo ultimo gruppo di malattie che deve rivolgersi l'attenzione del fiduciario per indagare la frequenza, la intensità, la importanza e la data delle manifestazioni di esse.

Esaminiamo brevemente alcune delle malattie più frequenti ed importanti per l'assicurazione vita.

*
* *

Il reumatismo articolare acuto. — Ha tendenza a recidivare nell'età giovane, specialmente prima del 30° anno di vita: la malattia si localizza sull'endocardio e ne residua un vizio valvolare più frequentemente a carico della mitrale, ma spesso anche a carico delle semilunari aortiche: e può determinare lesioni progressive a carico del miocardio. Perciò il fiduciario con più accuratezza eseguirà l'esame del cuore degli assicurandi che abbiano sof-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

ferto reumatismo articolare. Quando anche nulla di anormale egli vi riscontrasse, sarà bene che, scrivendo il rapporto, dica esplicitamente di avere volto la sua speciale attenzione all'apparato cardiovascolare e di averlo trovato sano. Gli assicurandi che abbiano sofferto reumatismo articolare possono essere accettati in assicurazione ma con le dovute garanzie e queste saranno tanto più severe quanto più l'età dell'assicurando è al disotto del 30° anno e se nel gentilizio vi siano stati altri casi di cardiopatia.

*
* *

La tubercolosi può dare manifestazioni a carico di tutti gli organi e tessuti e in tutte le età. Le età giovani sono più facilmente colpite, specialmente da alcune manifestazioni come quelle a carico delle glandole linfatiche (scrofolosi) e delle articolazioni e delle sierose (pleuriti, ecc.). È noto come nella maggior parte dei casi l'infezione tubercolare si compie in gioventù. Gli assicurandi che abbiano in atto una manifestazione tubercolare, sia pure lieve, non possono essere accolti in assicurazione; se ne sono guariti è necessario che sia passato un periodo

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

di tempo non inferiore ad un anno per l'accettazione e che può essere ancora più lungo a seconda dell'importanza della manifestazione avuta, della costituzione dell'assicurando, dell'età di lui, ecc.

Il fiduciario deve indagare se in questo periodo di tempo di apparente sanità l'assicurando è aumentato di peso e quale genere di vita ha condotto. Se è passato un periodo di tempo confacente dalla guarigione clinica, e se la costituzione dell'assicurando è robusta, si può concedere una polizza di assicurazione con cautele che possono variare da un periodo di carenza ad un adeguato soprapremio.

*
* *

Gli assicurandi che abbiano sofferto di *asma bronchiale*, escluse le forme di asma sintomo di altra malattia fondamentale (per es.: asma cardiaco, uremico, ecc.), sono rischi tarati.

Per la patogenesi dell'asma essenziale tre teorie si contendono oggi il primato: peraltro nessuna delle tre (la riflessa, la endocrina, la anafilattica) risponde sempre in tutti i casi.

È stata constatata l'asma in numerosi membri della stessa famiglia per varie generazioni ed in altre

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

famiglie l'alternarsi dell'asma con altre nevrosi. Gli AA. francesi dànno molta importanza alla ereditarietà artritica avendo constatato nella stessa famiglia l'alternarsi ed il succedersi dei casi di gotta, diabete, obesità, litiasi, malattie cutanee ed asma.

Gli studi recenti hanno messo in evidenza i rapporti di questa malattia con la tubercolosi.

Il fiduciario deve ricercare oltre la forma completa di asma caratterizzata da tre caratteri clinici fondamentali:

1° la crisi, cioè il tipo accessionale dei sintomi;

2° la dispnea prevalentemente od esclusivamente espiratoria;

3° i disturbi vaso-secretori (secrezione abbondante della mucosa dei bronchi, della trachea, della laringe, del naso e della congiuntiva).

Deve ricercare anche le svariate forme fruste ed incomplete di asma in cui l'unico carattere costante è la crisi, ovvero il presentarsi dei sintomi od accessi.

Ad ogni modo il fiduciario nel rapporto medico dovrà mettere bene in rilievo le alterazioni dovute a questa malattia ed in special modo l'enfisema polmonare e le alterazioni a carico dell'apparato circolatorio. Quando queste alterazioni fossero constatate il rischio non può essere accettato.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Se gli accessi di asma non hanno lasciato alcuna alterazione a carico dei polmoni e del cuore si può concedere un contratto di assicurazione con le dovute cautele.

*
* *

Gli assicurandi affetti da *ulcera peptica dello stomaco o del duodeno* non potranno essere accettati in assicurazione. Qualora essi ne fossero guariti con cura medica o con cura chirurgica e fossero trascorsi alcuni anni dalla guarigione clinica, durante i quali il peso del corpo fosse aumentato e le condizioni generali e locali si fossero mantenute sempre ottime, si può concedere un contratto di assicurazione con le cautele che derivano dal ricordo che queste malattie possono facilmente recidivare anche a lunga distanza di tempo, e che su la cicatrice di esse può impiantarsi altra e più grave lesione (per es.: cancerigna), o ne può derivare comunque una stenosi.

È superfluo illustrare la importanza della raccolta di una buona anamnesi nelle malattie dell'apparato digerente, tanto più che un esame radiologico non è sempre possibile per il medico assicuratore.

I caratteri dei dolori, i loro rapporti con la inge-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

stione dei cibi, la sede, la eventuale presenza di vomito, di sangue, melena, ecc. dovranno essere ricavati dal fiduciario con opportune domande. Tenendo peraltro presente che spesso sono attribuiti allo stomaco dolori ed altri disturbi dovuti invece a *calcolosi biliare*, la quale costituisce anche essa per la prognosi una malattia grave.

*
* *

Nella *calcolosi epatica* il fiduciario dovrà indagare circa la intensità della colica, la frequenza di essa e la data dell'ultima colica sofferta. Quando sia trascorso un periodo di silenzio della malattia si potrà concedere un contratto di assicurazione con le cautele che derivano dal ricordo che la calcolosi del fegato può ridestarsi anche dopo lungo silenzio e che le complicazioni di esse possono essere gravi e molteplici (idrope, empiema della cistifellea, peritonite circoscritta e diffusa, ecc.).

*
* *

Nel raccogliere l'anamnesi il fiduciario non deve dimenticare di indagare circa una malattia piuttosto

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

frequente: *l'appendicite.* E nelle indagini deve tener presente anche la atipicità della malattia, la possibilità di forme attenuate o di forme con localizzazione anormale (sotto epatica, pelvica, prevescicale, retrocecale, erniaria, a sinistra) e la possibilità di forme comunque passate indiagnosticate o meglio diagnosticate dolori o coliche addominali. Se l'assicurando ha sofferto tale malattia è necessario precisare il tempo in cui tali sofferenze si sono manifestate e l'ulteriore svolgimento della malattia. Se l'assicurando fu operato a freddo indicare nel rapporto la data dell'operazione e se la cicatrizzazione avvenne per prima intenzione o per seconda; l'esame obiettivo rileverà in questo secondo caso se la cicatrice è sfiancata e se vi è ernia. Quando l'assicurando è stato operato di appendicectomia a freddo e se ne constata la cicatrice ben consolidata, egli può essere senz'altro accettato in assicurazione. Se fu un'appendicite suppurata bisogna indagare se l'assicurando ha subito solo la laparatomia, ovvero l'operazione fu completata con l'appendicectomia, se vi furono complicazioni o postumi (per es.: ascessi postoperatori) e se successivamente l'assicurando ha sofferto disturbi gastro-intestinali che possano attribuirsi ad aderenze.

Nel caso di appendicite suppurata curata chirurgicamente e perfettamente guarita si può accordare un

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

contratto di assicurazione con qualche cautela in rapporto al tempo trascorso tra l'operazione chirurgica e l'ingresso in assicurazione. Se l'appendicite è stata curata con cura medica, bisogna precisare bene la data del primo attacco, la intensità e la data degli attacchi successivi, ed in special modo dell'ultimo sofferto. Per le cautele nell'accettazione di tali rischi è necessario ricordarsi che le recidive sono frequentissime nel primo biennio e specialmente nel primo anno, che sono ancora frequenti fino al quinquennio e che poi diventano più rare, sebbene siano stati osservati casi di recidiva anche dopo un decennio.

*
* *

Se l'assicurando ha sofferto di *fistola anale* il medico deve indagare circa le cause e la natura di essa. Se si può escludere la natura tubercolare e la fistola è guarita, l'assicurando può essere senz'altro accettato: se invece non si può escludere tale natura del processo, anche se la fistola è guarita, bisogna essere molto cauti nell'accettazione valutando tutti gli altri dati favorevoli e contrari.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

Si deve sempre chiedere all'assicurando se egli ha mai fatto esaminare le proprie urine, quando e perchè; e qualora risulti che abbia sofferto di *albuminuria o nefrite* indagare il tempo in cui tale diagnosi fu fatta, i sintomi che accompagnarono la presenza di albumina nelle urine, la durata della malattia, se vi furono recidive. Questo servirà al medico per portare una maggiore attenzione non solo all'esame obiettivo delle urine, ma anche dell'apparato cardiovascolare.

*
* *

Che se invece vi fu *glicosuria* si deve indagare non solo sull'ulteriore andamento della malattia ma anche sulla eventuale presenza di segni del diabete (poliuria, polidipsia, polifagia) e sul comportamento del peso del corpo.

*
* *

Nell'indagare sulle malattie sofferte passando in rivista i singoli organi nelle loro manifestazioni

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

morbose più importanti occorre che l'attenzione del fiduciario si fermi su la *calcolosi renale*, ricordando non solo la diagnosi differenziale con la tubercolosi renale, gli attacchi classici di colica renale, ma quelli simulati da improvviso senso di peso alle regioni lombari monolateralmente, con diffusione del dolore all'inguine od alle regioni esterne della coscia, o con disturbi della minzione ecc. Se l'assicurando soffre od ha sofferto di coliche renali è necessario stabilire la data di esse, la intensità e la frequenza, se vi è stata piuria, se è stato necessario un intervento operatorio che abbia determinato la nefrotomia o la nefrectomia, ecc. L'assicurando che ha sofferto di colica renale, che non è stato operato e che presenta urine normali, puó essere accettato in assicurazione con cautele tanto più gravi quanto minor tempo è trascorso dalla data dell'ultima colica, e ricordando che anche dopo un lungo silenzio la calcolosi può ridestarsi.

Minori cautele possono usarsi per gli assicurandi che avendo sofferto di calcolosi renale furono operati di nefrotomia e ne guarirono bene e non ebbero altre manifestazioni. Le cautele per i nefrectomizzati per calcolosi saranno regolate in base alla funzione del rene residuo e delle condizioni dell'apparato cardio-vascolare, ricordando che essi sono

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

sempre rischi tarati, nei quali anche il rene residuo può andare soggetto alla calcolosi.

*
* *

Se l'assicurando ha sofferto *convulsioni* spesso è difficile al medico indagare sulla vera natura di esse; ad ogni modo molte domande devono essere rivolte ad accertare se si sia trattato di *vera epilessia,* insistendo su la precedenza di aura, la perdita della coscienza, del controllo degli sfinteri ecc., e ricordando specialmente gli attacchi larvati di piccolo male od equivalenti epilettici (assenze psichiche). Gli affetti da epilessia essenziale non possono essere accettati in assicurazione.

*
* *

Le malattie degli orecchi sono molto più frequenti di quanto si creda, e bisogna chiedere sempre all'assicurando e ricercare all'esame obiettivo il vero stato dell'organo. Gli assicurandi che ne abbiano sofferto e che ne siano perfettamente guariti possono essere accettati senz'altro in assicurazione.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

Le malattie degli occhi, specialmente la *irite* o la *cheratite parenchimatosa*, possono qualche volta far rivelare una *sifilide* che l'assicurando può aver taciuta in primo tempo. Giacchè spesso gli assicurandi sia in buona fede, perchè si credono guariti, sia perchè ad essi dispiace confessare di aver sofferto tale malattia, dati i persistenti pregiudizi sociali, ovvero qualche volta anche in mala fede, quando avendo bisogno del contratto di assicurazione temono che ai sifilitici non venga concesso, gli assicurandi negano la sifilide. Ma il medico esperto di assicurazione che ha saputo conquistarsi la fiducia dello assicurando, con domande adatte circa alcune importantissime manifestazioni di quella malattia saprà ottenere la esplicita conferma.

In tal caso è necessario accertare bene la data del contagio, le manifestazioni avute, la cura fatta e per quanto tempo, se, quante volte ed in qual tempo è stato eseguito l'esame del sangue ed il risultato di esso, se la moglie dell'assicurando ha avuto aborti e quali delle gravidanze hanno avuto tale esito, e in quale anno. Tutte queste domande ed i dati forniti dall'esame obiettivo serviranno al medico

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

esperto per un giudizio sul rischio. La sifilide è una malattia che determina il maggior numero delle invalidità morbose e quindi una delle cause più frequenti di mortalità fra gli assicurati, specialmente per le sue manifestazioni tardive, che si localizzano a preferenza negli organi più importanti e vitali (cervello, apparato circolatorio, reni, ecc.). E tanto più essa è temuta dagli assicuratori in quando insidia i prognostici medici anche sotto forma di sifilide effettivamente ignorata o comunque taciuta all'ingresso. Ecco perchè non si raccomanda mai abbastanza al fiduciario di indagare per scoprire e denunciare questa malattia all' ingresso in assicurazione. Qualche volta l'indagine anamnestica la più accurata riesce negativa; ma l'esame obbiettivo facendo rilevare noduli cicatriziali alle regioni glutee da pregresse iniezioni mercuriali, o qualche volta cicatrici alla piega del gomito da pregresse iniezioni endovenose, serve a svelare la sifilide che l'assicurando è costretto ad ammettere, dopo aver tentato di giustificare i noduli cicatrizzati alle regioni glutee come residui di iniezioni di chinino o di altri medicamenti. Se il sifilitico presenta in atto manifestazioni, qualunque esse siano, non può essere accettato in assicurazione.

Ma se l'esame obiettivo accerta l'assenza di qualsiasi manifestazione in atto, il sifilitico può essere

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

accettato con cautele, purchè sia passato un certo numero di anni dalla data del contagio e dalle ultime manifestazioni ed in questo tempo egli abbia fatta una cura adeguata.

E nell'accettazione dei sifilitici si deve tener conto che le manifestazioni tardive, cui ho sopra accennato, si manifestano per lo più quindici-venti anni dopo il sifiloma iniziale.

*
* *

E nelle ricerche anamnestiche non bisogna dimenticare le *malattie veneree* e specialmente la *blenorragia*.

Essa è importante non solo per le possibili gravi manifestazioni del periodo acuto (endocardite), ma specialmente per le manifestazioni a distanza (restringimenti uretrali).

*
* *

Per le assicurande è necessario chiedere l'età in cui comparvero le prime mestruazioni, il loro comportarsi successivamente per il tempo, la quantità e

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

la qualità, per i fatti che le accompagnano, per es.: dolori od altri disturbi nervosi, e circa tutti quei segni che possono fare prevedere la presenza di una malattia dell'apparato genitale (endometrite, tumori, ecc.). Se hanno avuto gravidanze, il numero di esse, il loro decorso, e se i parti e i puerperii sono stati normali o patologici, e specialmente se vi furono aborti o parti prematuri, e quali gravidanze ebbero tale esito. Se vi fu un parto distocico indagarne le cause.

*
* *

Fatta così l'anamnesi personale remota, si passa alla anamnesi personale prossima.

L'anamnesi personale prossima nella assicurazione vita si riduce alla domanda se l'assicurando si sente perfettamente bene.

Il fiduciario non può contentarsi per altro di un « sì » risposto dall'assicurando, anche se chiaro ed esplicito. È necessario passare in rivista le funzioni dei vari apparati con adatte domande. Così per *l'apparato respiratorio* si chiederà se l'assicurando respira bene anche profondamente senza dolori, se ha tosse, espettorazione specie alla mattina.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Per *l'apparato digerente* si domanderà circa il modo di comportarsi dell'appetito, se ha fame eccessiva, sete smodata: se ha sofferenze durante la digestione: devesi indagare la qualità, la sede, il tempo in cui si manifestano, i rapporti con l'ingestione dei cibi ecc. Come si compiono le defecazioni, se vi è alternativa di stitichezza e di diarrea, se le feci sono normali, se vi furono mai perdite sanguigne dal retto ecc.

Per *l'apparato uropoietico* si chiederà se urina assai o poco; ad ogni modo quale approssimativamente la quantità delle urine emesse nelle 24 ore e se è costretto ad alzarsi la notte per urinare; se urina spesso e magari più di notte che di giorno, se soffre di bruciore nella urinazione e se la urinazione si compie facilmente o con difficoltà, e se il getto è ampio o ristretto, ecc.

Per *l'apparato circolatorio* si chiederà se soffre affanno negli sforzi anche minimi, dolori alla regione precordiale, senso di palpitazione, vertigini, gonfiori agli arti inferiori, ecc.

Alle donne si chiederà se le ultime mestruazioni sono state regolari, la data dell'ultima di esse e se ritiene di essere incinta e a quale mese di gravidanza.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

Passata in rivista in tal modo la funzionalità dei singoli apparati, si indagherà circa le *abitudini di vita*. Alcune di esse sono talmente dannose che fanno escludere senz'altro dall'assicurazione coloro i quali fanno uso di *morfina*, di *cocaina* o di *etere*. È superfluo ricordare i danni dell'*alcoolismo* e come questo veleno attacca tutti gli organi, stomaco, fegato, intestino, cuore, vasi, reni, cervello.

Tutti gli assicurandi alla domanda se bevono vino rispondono con un avverbio: *moderatamente*, poco, ecc., ma il medico deve insistere per conoscere la quantità approssimativa di vino che l'assicurando beve, se ingerisce abitualmente liquori, sebbene in Italia sia diffuso il vinismo e poco l'alcoolismo vero. E le domande del medico saranno più insistenti a seconda della professione dell'assicurando. Giacchè è assai frequente l'alcoolismo fra gli esercenti alcune professioni, come per es.: i carrettieri, osti, ecc. Si deve tener conto che ogni persona ha un limite proprio di tolleranza per il vino, il quale è meglio tollerato da coloro che esercitano attivamente i loro muscoli all'aria aperta, e peggio da coloro che vivono nelle città popolose facendo vita sedentaria e

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

lavori intellettuali. Ai veri alcoolisti non si può certo accordare un contratto di assicurazione.

Anche il *fumo* è dannoso per la intossicazione da nicotina ed è superfluo ricordare gli attacchi di pseudo angina pectoris dovuti a tale veleno.

La *ginnastica fisica* e specialmente gli *sports* sono giustamente tornati in onore, ma essi possono riuscire dannosi quando siano irrazionalmente fatti, ed eccessivi rispetto allo sviluppo fisico dello *sportman*.

Compiuta così la raccolta dei dati anamnestici che un medico esperto espleterà in pochi minuti incitando a tempo opportuno i taciturni a parlare e frenando i loquaci, si passerà all'esame obiettivo dell'assicurando.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

L'ESAME OBIETTIVO

Raccolta l'anamnesi, il fiduciario procederà all'esame obiettivo con metodo, ordine ed accuratezza. Il metodo e l'ordine sono indispensabili perchè nulla sfugga al medico. Se egli si facesse influenzare dal racconto dell'assicurando e procedesse subito all'esame di determinati organi secondo le indicazioni anamnestiche, o esaminasse disordinatamente e saltuariamente i vari organi od apparati, potrebbe facilmente errare, sfuggendo a lui alterazioni che avrebbe certamente constatate se avesse proceduto con ordine e metodo.

*
* *

La prima cosa che colpisce all'esame obiettivo è *l'aspetto generale dell'assicurando.* Ha egli un aspetto florido, ovvero di persona sofferente o stanca o emaciata o comunque logorata? Egli nell'anamnesi

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

ha denunciato al medico la sua età reale; dimostra egli la sua età; ovvero mostra una età superiore o più giovanile?

L'importanza di questa constatazione ai fini del giudizio sul rischio non può sfuggire al medico, giacchè una senilità precoce, ovvero un aspetto sofferente possono riuscire di notevole indizio per più accurate ricerche.

*
* *

All'esame della pelle si dovrà ricercare:

1) il colorito (roseo, itterico, terreo, ecc.).

2) se è secca (come per esempio negli epatopazienti, ecc.), o normalmente grassa.

3) se presenta cicatrici o smagliature cutanee. Queste ultime potranno rivelare se l'assicurando si è dimagrato.

4) Se vi sono eruzioni, lesioni o cicatrici. Queste ultime dovranno mettersi in rapporto colle notizie anamnestiche raccolte e, se l'assicurando non ne avesse denunciata la causa, si dovrà insistere per completare l'anamnesi.

5) la presenza di tumefazioni, delle quali sarà indagato il decorso e la natura.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

6) l'eventuale presenza di un reticolo venoso, che farà indagare circa la sede e la causa dell'ostacolo alla circolazione venosa.

*
* *

All'esame delle mucose visibili si ricercherà:

1) il colorito (normalmente roseo, pallido, itterico, ecc.).

2) la presenza di eventuali alterazioni, o lesioni od eruzioni.

*
* *

Quindi il medico constaterà se il *pannicolo adiposo* è normalmente scarso o abbondante, ed in quest'ultimo caso se è uniformemente diffuso, o specialmente localizzato in determinate regioni, ricordando alcune malattie dovute a disturbi delle glandole a secrezione interna (per esempio l'adiposi dolorosa di Dercum, ecc.).

*
* *

L'esame dell'*apparato glandolare linfatico* sarà fatto con accuratezza nelle varie stazioni glandolari, specie

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

nelle regioni latero cervicali, alle regioni epitrocleari, all'inguine, e, qualora si riscontrassero glandole ingorgate, è necessario descriverne la grandezza, i rapporti con i tessuti circostanti, se sono dolenti alla palpazione, e ricercare le cause della loro presenza e quindi la natura di esse.

*
* *

Delle *masse muscolari* si verificherà se sono toniche e bene sviluppate, ovvero scarsamente sviluppate e flaccide, e se presentano differenze nelle varie regioni simmetricamente esaminate.

*
* *

L'esame dello scheletro e delle *articolazioni* farà rilevare se sono normali, o se presentano deformità, lesioni o malattie, la sede di esse é la natura.

Si passerà quindi alle misure somatiche.

*
* *

Le misure somatiche sono di somma importanza per il medico assicuratore. Esse vanno prese per-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

ciò con molta accuratezza. L'altezza ed il peso si misurano quando l'assicurando è ancora vestito; compresa quindi l'altezza dei tacchi delle scarpe ed il peso dei vestiti. In mancanza di altimetro basta fare avvicinare al muro l'assicurando e segnare con la mano a piano orizzontale dove arriva l'*altezza* di lui, che si misura successivamente con un comune nastro metrico allungato sul muro. Per il *peso* è necessaria una bilancia; quando non fosse assolutamente possibile prendere esattamente il peso si chiede all'esaminando quale è il peso di lui; il medico giudica se il peso indicato si approssima al vero, e scrive sul rapporto *peso chilogrammi x indicato e stimato.* Le altre misure si devono prendere sul corpo nudo.

La *circonferenza del collo* si misura girando il nastro metrico intorno al collo al livello della cartilagine tiroide. Un collo al disotto di 36 centimetri indica nell'adulto una notevole magrezza, mentre un collo al disopra di 40 centimetri denota un assicurando grasso, tranne il caso che egli non sia solito alla lotta giapponese.

Molte compagnie di assicurazione chiedono la misura del *diametro biacromiale* quale indice dello sviluppo del torace in larghezza. Esso si misura passando anteriormente il nastro da un acromion all'altro.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

La *circonferenza del torace* si misura nell' uomo girando il nastro intorno al livello dei capezzoli, nelle donne al disotto delle mammelle. È utile prendere la misura in ognuna delle tre fasi della respirazione: nella pausa respiratoria, nella profonda ispirazione, e nella massima espirazione. La differenza tra la massima inspirazione e la espirazione forzata nelle persone sane è di circa cinque o sette centimetri.

La circonferenza addominale si misura facendo scorrere il nastro nella insenatura lombare intorno all'addome a livello della cicatrice ombellicale. Essa nelle persone ben costituite non deve superare la circonferenza toracica; infatti essa per lo più nei giovani è di circa cinque o sei centimetri inferiore alla toracica nella massima espirazione: aumenta con l'età, con la ptosi-viscerale, e nelle donne con il susseguirsi delle gravidanze. Negli obesi la circonferenza addominale supera quella toracica nella massima inspirazione.

Peraltro non basta una sola misura per dichiarare obeso o magro un assicurando, giacchè varie sono le cause di errore. Per giudicare invece della magrezza o della obesità di un assicurando è necessario tener conto del rapporto di tutte le misure e cioè del rapporto tra peso ed altezza, della misura della circonferenza del collo, del rapporto tra l'al-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

tezza e la circonferenza toracica, fra la circonferenza addominale e la toracica. Solo l'insieme di questi dati può far giudicare quale è la costituzione fisica di un assicurando.

La costituzione ha una grande importanza nel giudizio definitivo per l'assunzione del rischio. Ma essa va messa in rapporto con i dati del gentilizio, dell'anamnesi personale e dell'esame obiettivo. Si dovrà essere severi con i magri giovani, con gentilizio tarato per turbecolosi, o che abbiano sofferto pleurite od altra manifestazione tubercolare, anche se l'esame obiettivo li dimostri assolutamente sani. Si giudicherà favorevolmente un uomo magro, con gentilizio longevo ed immune da tubercolosi e con buona anamnesi personale ed esame obiettivo normale.

È utile stabilire due gradi di magrezza: uno con sottopeso non superiore a 15 kg., e l'altro, da giudicarsi con maggiore severità, con sottopeso superiore a 15 kg.

Per l'obesità si terrà conto della obesità tonica e di quella flaccida, la quale sarà giudicata meno favorevole. Gli obesi in genere sono meno longevi dei magri ed hanno perciò una maggiore mortalità specie dopo il 50° anno di età; essi hanno una minore resistenza anche alle malattie infettive, per cui vanno

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

accettati con qualche cautela. Più severi si dovrà essere con gli obesi aventi nel gentilizio casi di emorragia cerebrale, cardiopatia, malattie renali.

L'obesità è invece un dato favorevole nei rischi tarati per glicosuria in età superiore al 45° anno di età.

Anche per gli obesi è utile stabilire due gradi di obesità in base al soprapeso inferiore o superiore ai 25 kg.: questi ultimi si giudicheranno più severamente.

Per la grande importanza che il medico assicuratore deve dare alle misure somatiche, non si raccomanderà mai abbastanza ai fiduciari l'esattezza nel rilevarle.

*
* *

Dopo l'esame generale, si procederà all'esame dei singoli segmenti del corpo: la testa, il collo, il torace, l'addome, quindi all'esame dell'apparato uropoietico, genitale, ed all'esame del sistema nervoso.

*
* *

Per la *testa* alcuni ricercano se l'esaminando ha un cranio dolicefalo o brachicefalo, ma questa con-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

statazione ha scarsa importanza per l'assicurazione vita. Più importante è l'esame della faccia e specialmente dei globi oculari. Si potrà osservare eventualmente esoftalmo, ovvero enoftalmo (infossamento del globo oculare), l'uno come l'altro da un lato solo o bilaterale. L'esoftalmo bilaterale farà pensare al morbo di Flajani-Basedow, di cui si ricercheranno gli altri segni e specialmente la tachicardia, che è il primo e più importante di essi. L'esoftalmo monolaterale farà ricercare lesioni della cavità orbitaria e specialmente tumori. L'enoftalmo farà sorgere il sospetto di lesioni del midollo cervicale o del gran simpatico.

*
* *

All'esame del collo si rileverà:

1) la forma di esso: la constatazione di un collo esile o di un collo corto e tozzo va messa in relazione con gli altri dati che si riferiscono alla costituzione dell'assicurando.

2) Lo stato della glandola tiroide. La presenza di eventuali tumefazioni di essa indurrà alla ricerca se l'aumento di volume è stazionario o progressivo; se trattasi di un gozzo benigno o di tu-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

more a rapido decorso; ovvero di morbo Flajani-Basedow.

3) la constatazione di eventuali pulsazioni arteriose o venose a carico dei vasi del collo.

*
* *

Per il torace dovrà esaminarsi prima l'apparato respiratorio, quindi l'apparato circolatorio.

Esame dell'apparato respiratorio.

È lungi da me l'idea di ripetere qui, sia pure riassunte, le nozioni di semeiotica medica, che si trovano bene esposte nei vari trattati e che ogni medico certo conosce.

Mi permetto invece di esporre uno schema di esame che a me sembra possa riuscire di aiuto al medico fiduciario per esaminare bene e rapidamente l'assicurando; poichè io sono convinto che è necessario eseguire l'esame degli assicurandi con metodo, se si vuol fare un esame completo e sicuro.

Il disordine nell'esame obiettivo dimostra scarsa

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

familiarità nell'esame dei malati e spesso scarse nozioni di semeiotica.

D'altra parte esaminando disordinatamente si rischia certamente di non eseguire un esame completo.

Per il torace si farà, come al solito, la ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione.

La *ispezione* riguarderà la parte *morfologica* e la parte *funzionale.*

Con la ispezione morfologica sarà esaminato dapprima il torace nel suo complesso per accertare se esso è armonico nelle sue parti e quale ne è la forma.

Constatare nell'assicurando un torace paralitico ovvero un torace enfisematoso, ovvero un torace carenato o imbutiforme, o cifotico, ecc., è di notevole importanza non solo per la prognosi *quo ad vitam,* ma anche come indicazione per le ulteriori ricerche semeiologiche.

Dopo avere esaminato il torace « in toto », si confronteranno le due metà del torace per cercare eventuali asimmetrie, sia sotto forma di inarcamenti, che di retrazioni che colpiscano tutta una metà del torace o parti circoscritte.

Per illustrare la necessità di queste ricerche mi basta ricordare l' importanza della constatazione di

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

una retrazione postuma di pleurite; il maggiore incavamento di una fossa sopraclavicolare, la costatazione del margine libero del cucullare di un lato del torace più atrofico e spianato; questi sono segni utilissimi pel medico esaminatore.

Esaminata con la ispezione la morfologia del torace, si passa all'esame della funzione. La frequenza della respirazione nell' adulto è da sedici a 24 atti respiratori al minuto, ma si può rilevare una oligopnea ovvero una tachipnea (ho potuto recentemente io stesso constatare quale unico postumo importante di encefalite letargica una tachipnea). Altri caratteri della funzione respiratoria sono l'ampiezza o intensità del respiro o la superficialità di esso: la limitazione delle escursioni costali e di quelle del diaframma è dovuta a lesioni che determinano dolore e comunque ne impediscono la normale espansione.

Ma la funzione può essere difficoltata (dispnea) per cause varie, e l' ispezione farà constatare se è più difficoltata la ispirazione ovvero la espirazione.

Ed alla ispezione potranno essere notati eventuali rientramenti ispiratori o rigonfiamenti espiratori o se vi è un ritmo speciale nel respiro.

E dopo aver esaminato la funzione respiratoria di tutto il torace « in toto », si confronteranno le due

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

metà di esso per osservare se per caso una si espanda più ampiamente dell'altra.

Si passerà quindi alla *palpazione*.

Anche la palpazione si può dividere in morfologica e funzionale. Con la palpazione delle parti molli si rileva se vi è edema o enfisema sottocutaneo in alcune regioni del torace, ovvero se si risveglia dolore negli spazi intercostali e specialmente nelle regioni sopraspinose e soprascapolari.

Inoltre dovrà saggiarsi comparativamente la resistenza del torace nelle due metà di esso. Ed il trofismo dei margini dei due muscoli cucullari.

Con la palpazione funzionale potrà ricercarsi se i due apici sono alla stessa altezza, se si espandono ugualmente e se le due metà del torace si espandono anche esse ugualmente. Per queste ricerche basta distendere il pollice lungo la spina della scapola da ambo i lati, infossare un po' ad artiglio l'indice e il medio nella fossa sopra clavicolare e poggiare l'anulare sulla clavicola, e quindi invitare l'esaminando a respirare profondamente. In tale modo guardando i pollici si osserverà se essi nelle inspirazioni si innalzano ugualmente ovvero se una metà del torace si espande più dell'altra; con l'indice ed il medio si constaterà se i due apici polmonari sono della stessa altezza e se durante la inspirazione

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

si espandono ugualmente. Sotto l'anulare si sentiranno sollevarsi le clavicole durante la ispirazione e potrà rilevarsi se anche esse si sollevano simmetricamente. Applicando le mani lateralmente alla base del torace ed invitando il soggetto a respirare profondamente, si osserverà se le basi toraciche si espandono ugualmente.

Con la palpazione potrà notarsi ancora un fatto importante: il propagarsi delle onde sonore prodottesi nella glottide con la parola parlata attraverso l'aria contenuta nei polmoni fino alla parete toracica ed alla mano ad essa applicata.

Se tra l'aria contenuta nei polmoni e la parete toracica si frapporrà un mezzo cattivo conduttore del suono, come per esempio un versamento liquido, le vibrazioni non saranno percepite dalla mano; ma se si frapporrà un mezzo buon conduttore del suono, come per esempio una infiltrazione polmonare, una epatizzazione di esso, ecc., le vibrazioni giungeranno alla mano rinforzate.

Per provocare questo fremito vocale tattile si userà una parola che contenga il maggior numero di « r » come *trentatre*, recitata dall'esaminando scandendo le sillabe.

Il fremito vocale tattile è normalmente rinforzato nella regione soprascapolare destra per la mag-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

gior vicinanza alla parete del bronco di destra più grande del sinistro.

Con la palpazione si potrà avvertire anche la presenza di sfregamenti pleurici.

Passando alla percussione, si terrà presente che scopi della percussione sono:

1° stabilire i limiti polmonari superiori ed inferiori.

2° constatare la mobilità dei margini, specialmente inferiori.

3° ricercare se vi sono alterazioni di suono su tutto l'ambito ovvero in alcune regioni.

Nella fossa sovraclavicolare si percuoterà lungo la linea bisettrice di un triangolo di cui la base è costituita dalla clavicola, il lato posteriore del margine libero del muscolo trapezio o cucullare, il lato anteriore dal bordo posteriore del muscolo sternocleide mastoideo. La percussione, fatta leggermente per la presenza delle vicinanze della trachea e laringe, si inizierà dalla clavicola verso l'angolo costituito dall'incontro del cucullare con lo sternocleido-mastoideo.

Lungo il margine libero del trapezio si delimiterà il diametro cucullare segnando dove cessa il suono polmonare sia verso la nuca, sia verso l'articola-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

zione della spalla. Risulterà in tal modo l'ampiezza dell'apice polmonare.

Posteriormente si farà la percussione lungo la linea che si innalzi perpendicolarmente in alto dal margine interno della scapola (linea scapolare interna) lungo la linea parallela alla colonna vertebrale e distante da essa due centimetri (linea paravertebrale) e lungo la linea delle apofisi spinose (linea vertebrale).

In tal modo saranno stabiliti i limiti superiori tenendo presente che l'apice polmonare destro è leggermente più alto di quello di sinistra.

Percuotendo in basso lungo la linea vertebrale, paravertebrale, la scapolare interna, la emiscapolare, la ascellare posteriore, media ed anteriore, la emiclavicolare e la parasternale, si delimiterà il limite polmonare inferiore.

Non dovrà dimenticarsi il diverso comportamento a destra e a sinistra del margine polmonare inferiore anteriormente per la presenza a sinistra del cuore in parte scoperto dal polmone.

I margini polmonari inferiori normalmente raggiungono a destra:

sulla parasternale il margine superiore della 6ª costola;

sulla emiclavicolare la 6ª costola;

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

sulla ascellare anteriore la 7ª costola;
sulla ascellare media la 8ª costola:
sulla ascellare posteriore la 9ª costola;
sulla emiscapolare la 10ª costola;
sulla paravertebrale il livello dell' 11ª vertebra.

A sinistra:

sulla parasternale la 4ª costola;
sulla emiclavicolare il 4° spazio;
sulla ascellare anteriore la 6ª costola;

e quindi segue lo stesso decorso del margine polmonare inferiore destro.

Segnato il limite polmonare inferiore, se l'esaminando sarà invitato a fare una profonda inspirazione e mantenersi in quella attitudine inspiratoria, il margine inferiore polmonare si abbasserà per occupare il seno costo-diaframmatico. Percuotendo allora in basso lungo le linee suddette sarà stabilito quale è il nuovo limite inferiore dei polmoni; la differenza tra il limite inferiore precedentemente segnato e quest'ultimo indicherà di quanto si espandono i margini polmonari inferiori.

Finalmente sarà raggiunto lo scopo prefisso, quello cioè di ricercare se vi sono alterazioni di suono in tutto l'ambito ovvero in alcune regioni, percuotendo lungo le linee suddette comparativamente a destra ed a sinistra.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

In tal modo potrà riconoscersi se la fonesi o sonorità polmonare è normale ovvero è aumentata (iperfonesi) o diminuita (ipofonesi), ovvero in alcune zone talmente ridotta da dare un suono ottuso, simile a quello che si risveglia percuotendo su masse muscolari (suono di coscia).

Patologicamente il suono polmonare in alcune zone può assumere un timbro timpanico (come per esempio in corrispondenza di cavità), ovvero una speciale modulità come nel suono anforico metallico e nel suono di pentola fessa.

Il suono metallico è stato paragonato a quello che si ottiene percuotendo sulla propria guancia gonfiata in modo non eccessivo; il suono di pentola fessa si paragona al suono che danno le palme delle due mani sovrapposte in modo che fra esse rimanga uno strato d'aria quando si percuotono contro il proprio ginocchio.

Nel segnare sul rapporto le eventuali alterazioni riscontrate all'esame polmonare il medico deve precisare in quali regioni del torace quelle alterazioni furono constatate, giacchè nel torace si delimitano, a scopo di precisare la sede di eventuali alterazioni, varie regioni e cioè: anteriormente, in ciascuna metà, la regione sopra-clavicolare, la sotto-clavicolare, la regione mammaria, la sottomammaria:

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

lateralmente, la regione ascellare e sottoascellare; posteriormente la regione sopraspinosa, la soprascapolare (o sopraspinosa interna), la regione scapolare, la infrascapolare, la sottoscapolare suddivisa in esterna ed interna, cioè verso la linea mediana.

Dopo la percussione sarà fatta l'*ascoltazione*.

Scopi dell'ascoltazione sono:

1° constatare se il murmure vescicolare è normale.

2° se vi sono alterazioni del murmure vescicolare.

3° se vi sono rumori bronchiali.

4° se si ascoltano rumori accessori.

5° il comportamento della voce ascoltata.

Normalmente ascoltando sul torace nella inspirazione si avverte un rumore caratteristico che si assomiglia alla aspirazione di una *f* molto dolce e durante la fase espiratoria un breve e leggero rumore paragonato alla *V* a carattere soffiante. Solo patologicamente per esempio (nell'enfisema polmonare) la fase espiratoria si avverte più lunga della inspiratoria.

Il murmure vescicolare può essere rinforzato ed in tal caso è stato paragonato alla aspirazione di una *ff*, come accade per esempio nel catarro dei bronchi fini; ovvero può essere indebolito fino a

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

scomparire (come per esempio per la presenza di liquido nelle cavità pleuriche).

Inoltre il murmure vescicolare può modificarsi e diventare aspro, impuro per presenza di catarro nei bronchi. E finalmente può essere interciso, ossia dare l'impressione che esso si produca saltuariamente con interruzione per ostacoli che l'aria incontra a entrare negli alveoli polmonari.

In condizioni patologiche, cioè quando il parenchima polmonare è pieno d'aria ovvero quando un bronco è dilatato, o comunica con una cavità patologica, si ascolta un soffio bronchiale che si paragona al rumore di un *h* soffiante. Il soffio bronchiale può essere aspro come nello stato di epatizzazione della polmonite, ovvero dolce come nella pleurite essudativa o può assumere un timbro metallico o anforico rassomigliante alla pronunzia afonica di *hu* soffiante, come si ode nelle grandi caverne polmonari. Il rumore di soffio bronchiale che dapprima si ode acuto e cambia quindi il suo carattere in molle nella stessa fase respiratoria, si chiama rumore respiratorio metamorfosante; esso è sintomo di caverna, ed è dovuto al modificarsi dell'ampiezza dell'orificio della caverna durante la prima parte della fase respiratoria.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

I rumori accessori possono essere *rantoli* o *sfregamenti.*

I rantoli, dovuti anche alla presenza di secreto nell'alveo respiratorio, possono essere « secchi » od « umidi ». A seconda della sede di formazione i rantoli umidi possono distinguersi in bronchiali, cavernosi ed alveolari; a seconda del tempo i rantoli bronchiali e cavernosi possono essere inspiratori od espiratori; per la grandezza delle bolle si distinguono a grosse, a medie e piccole bolle; per il numero in numerosi e scarsi.

I rantoli crepitanti sono inspiratori, finissimi, uguali; si chiamano anche alveolari perchè si producono negli alveoli. I rantoli sottocrepitanti sono più grossolani dei precedenti e si ascoltano sia nella fase inspiratoria che nella espirazione.

I rantoli secchi a seconda del loro carattere si distinguono in « russanti », « fischianti » e « sibilanti ».

Quando i due foglietti pleurici perdono la loro levigatezza per deposizione di essudato fibrinoso, nelle escursioni respiratorie producono un rumore di sfregamento, che può ascoltarsi nella fase inspiratoria e espiratoria.

Qualche volta gli sfregamenti possono essere confusi con i rantoli; giova a meglio distinguerli il ri-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

cordare che gli sfregamenti sono più superficiali; premendo leggermente con lo stetoscopio per l'avvicinarsi delle due lamine pleuriche gli sfregamenti aumentano di intensità e scompaiono per forte pressione o facendo cambiare posizione al soggetto: gli sfregamenti sono più facilmente incostanti, non si modificano sotto l'azione dei colpi di tosse; essi si ascoltano meglio nella regione ascellare dove le escursioni respiratorie sono più ampie.

La voce parlata viene trasmessa alla parete toracica con le stesse leggi che regolano la trasmissione del suono. Essa può essere patologicamente rinforzata e il suo più alto grado dicesi *pettoriloquia* come sul polmone privo d'aria (compresso o infiltrato) con bronchi pervii, ovvero su bronchiectasie, o su caverne polmonari.

La voce parlata può subire una modificazione assumendo il timbro nasale simile a voce di capra, perciò detta egofonica (da αἴξ, αἴγος = capra) come si osserva al limite della compressione del polmone da liquido libero nella cavità pleurica.

Il Baccelli utilizzava la trasmissione della voce afona per distinguere se un essudato pleurico è sieroso o corpuscolato, giacchè quanto più esso è corpuscolato tanto più viene ostacolata la trasmissione della voce afona e specialmente delle consonanti.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Non si deve mai trascurare di ascoltare nella regione laterale ed anteriore-inferiore del torace a destra, se non si vuol tralasciare di ascoltare il lobo medio del polmone destro.

Il medico può proiettare sulla parete toracica i lobi polmonari:

A sinistra: una linea che dal livello della terza vertebra dorsale si diriga obliquamente all'esterno ed in avanti ed in basso fino alla settima cartilagine costale, dividerà il lobo superiore dal lobo inferiore.

A destra: i lobi sono tre, e la linea che parte dal livello della terza vertebra dorsale giunta al margine esterno della scapola si biforca: un ramo si dirige quasi trasversalmente in avanti al margine sternale nel quarto spazio intercostale e divide il lobo superiore dal medio: l'altro ramo si dirige obliquamente in avanti ed in basso fino alla settima cartilagine costale destra e divide il lobo medio dal lobo inferiore.

Sicchè applicando l'orecchio posteriormente a destra potrà ascoltarsi il lobo superiore e l' inferiore, ma per ascoltare il lobo medio l'applicazione dovrà farsi alla regione laterale ed anteriore inferiore del torace destro.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

Certo l'assicurando affetto da malattia acuta dell'apparato respiratorio non può essere accettato in assicurazione e deve essere rinviato a guarigione dell'affezione in atto.

*
* *

Coloro che abbiano delle malattie croniche possono eventualmente costituire dei rischi tarati accettabili a condizioni speciali.

Così gli affetti da modico *enfisema polmonare* quando l'apparato circolatorio non ne abbia risentito e non vi è ancora aumento nei diametri cardiaci e le condizioni generali sono buone, e favorevoli tutti gli altri dati, possono essere accettati con molta cautela, ma se vi è ripercussione nell'apparato circolatorio e l'area cardiaca è aumentata, anche se tutti gli altri dati fossero favorevoli all'assicurando il rischio devesi rifiutare.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

* * *

Con estrema cautela possono anche qualche volta essere accettati assicurandi affetti da lieve *catarro bronchiale cronico* quando se ne possa escludere la natura tubercolare, e quando i dati del gentilizio, dell'anamnesi personale, della costituzione e dell'esame obiettivo del resto dell'organismo, e specialmente l'esame delle urine diano risultati a favore del candidato.

* * *

Per la *pleurite*, mi riferisco alla pleurite cosidetta primitiva, la essudativa e quella secca, giova ricordare che nel 99 per cento dei casi essa è una manifestazione tubercolare, e che spesso ad essa segue un'altra manifestazione più grave della stessa natura.

Infatti è frequente la tubercolosi polmonare dopo la pleurite, assai più frequente nel primo biennio, frequente nel primo quinquennio. Dopo questo tempo più raramente si constata la manifestazione polmonare.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Per cui i pleuritici in atto o recenti non possono essere accettati: per gli altri le cautele saranno in rapporto alle eventualità di altri casi di tubercolosi in famiglia, di altre manifestazioni specifiche tubercolari sofferte dall'assicurando, della costituzione e delle condizioni generali di lui, della sua professione, del genere di vita e dell'età del candidato.

*
* *

Che la *tubercolosi polmonare* guarisca è un fatto ormai accertato.

Nessuno potrà dire se la guarigione clinica durerà con la vita del paziente, o se un trauma, una influenza od in genere una qualsiasi causa potrà svegliare il processo tubercolare che covava quasi fuoco sotto la cenere.

Ad ogni modo quando si constata in un assicurando non più giovanissimo una sclerosi polmonare, espressione di guarigione clinica di processo tubercolare, e l'assicurando sia aumentato notevolmente di peso, conduca vita salubre, eserciti professione non dannosa e tutti gli altri dati siano a lui favorevoli, egli potrà essere accettato in assicurazione con quella cautela necessaria al caso in esame.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Esame dell'apparato circolatorio.

Dopo l'apparato respiratorio si effettuerà l'esame *dell'apparato circolatorio.*

La ispezione riguarderà prima la parte anatomica, poi quella funzionale.

All' ispezione anatomica si osserverà se vi è una bozza precordiale e l'estensione di essa.

All'ispezione funzionale si ricercherà:

1° la sede dell'itto: qualche volta non si vede ed allora si può rendere visibile facendo agitare l'assicurando;

2° i caratteri di esso: forte o debole, circoscritto o diffuso, ritmico o aritmico;

3° se vi è pulsazione alla regione epigastrica o sul resto della regione precordiale, o al giugulo, od ai vasi del collo.

Con la *palpazione* dovrà ricercarsi:

1° la sede dell'itto della punta;

2° i caratteri di esso;

3° se vi fossero fenomeni aggiunti: fremito o sfregamento, devesi stabilire la sede ed il tempo

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

rispetto alle fasi sistolica e diastolica dell'azione cardiaca, in cui essi si avvertono;

4° se la pulsazione epigastrica è dovuta al ventricolo destro ovvero a pulsazione dell'aorta addominale.

La *percussione* ha per scopo di stabilire i limiti dell'area cardiaca.

Si comincerà con lo stabilire la sede della punta, percuotendo molto piano per la risonanza del vicino spazio di Traube e della lingula polmonare, secondo tre linee convergenti verso la sede dell'itto: dal basso in alto e dall'esterno all'interno e poi lungo una linea obliqua dal basso esterno all'alto interno, sicchè le tre linee convergano verso la sede dell'itto della punta già stabilita con la ispezione e la palpazione.

Potranno quindi essere stabiliti i limiti dell'area cardiaca scoperta dal polmone o piccola area o zona di ottusità assoluta, ed in tal caso la percussione sarà fatta molto piano; ovvero i limiti di tutta l'area cardiaca, compresa la parte nascosta dal polmone ossia la grande area o zona di ottusità relativa.

Per stabilire questi limiti molti e pregevoli metodi sono noti ai medici: il più semplice è quello di percuotere concentricamente al cuore dall'esterno

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

al centro della zona cardiaca e stabilire così il limite superiore, quello di sinistra ed il limite destro.

Quello superiore si può stabilire percuotendo dall'alto in basso lungo la linea parasternale sinistra, quello sinistro dell'ascella alla regione precordiale, quello di destra percuotendo nel terzo e quarto spazio intercostale di destra, da destra verso sinistra.

Sarà utile aggiungere la delimitazione del fascio vascolare intra ed extrapericardico, percuotendo per la delimitazione del 1° (intrapericardio) nel secondo spazio intercostale a destra ed a sinistra dall'esterno verso la linea mediana, e per il 2° (extrapericardio) allo stesso modo nel primo spazio intercostale.

Spesso per l'abbondanza del tessuto adiposo sottocutaneo non è facile contare gli spazi intercostali. Perciò è sempre utile ricercare prima l'angolo del Louis (sporgenza angolare tra il manubrio ed il corpo dello sterno) strisciando col dito lungo la linea medio-sternale dalla fossetta del giugulo in basso.

L'angolo del Louis corrisponde all'inserzione della 2ª cartilagine costale sullo sterno, al disotto della quale trovasi il 2° spazio intercostale.

Importante anche la delimitazione dell'angolo cardioepatico formato dal margine destro del cuore

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

ed il margine sup. dell'ottusità epatica (esso normalmente corrisponde al 4° spazio lungo la marginale destra dello sterno), e dell'angolo cardiovascolare tra il limite superiore dell'area cardiaca ed il limite sinistro dell'ottusità del fascio vascolare intrapericardico.

Normalmente la sede della punta si trova nel 5° spazio intercostale a l'interno della linea emiclavicolare; il limite superiore dell'ottusità relativa alla 3ª costola sinistra: a destra non deborda dalla marginale dello sterno.

Se si unisce con una linea la punta del cuore con l'angolo cardiovascolare si ha la misura del ventricolo sinistro, che normalmente è di 8-9 centimetri.

La linea che unisce la punta all'angolo cardioepatico rappresenta la misura del ventricolo destro, ed è normalmente lunga 10-12 cm.

Quella linea che unisce l'angolo cardioepatico con l'angolo cardiovascolare rappresenta la misura della base del cuore, la quale normalmente è di 12-13 centimetri.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

L'*ascoltazione* servirà per stabilire:

1° i caratteri dei toni cardiaci;

2° se vi fossero rumori: la sede, la qualità, ed il tempo, rispetto alle fase sistolica e diastolica in cui i rumori si ascoltano.

L'ascoltazione dei toni della mitrale si farà alla punta e se vi fossero rumori anche all'ascella.

In alcuni casi difficili si può non individuare bene quale è il 1° tono; in tal caso basta applicare un dito al collo sul margine anteriore del muscolo sternocleidomastoideo per avvertire la pulsazione della carotide che è contemporanea al 1° tono.

I rumori prodottisi a livello della mitrale si ascoltano meglio quando l'esaminando è coricato in posizione supina.

Il focolaio di ascoltazione della polmonare coincide con il suo focolaio anatomico nel 2° spazio intercostale lungo la parasternale.

Il focolaio di ascoltazione dell'aorta è nel 2° spazio intercostale di destra sulla parasternale; ma è sempre utile ascoltare sul focolaio anatomico di esso, cioè sullo sterno a livello dell'inserzione della 3ª cartilagine costale sinistra e su tutto lo sterno.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

I rumori aortici si diffondono lungo i vasi e si ascoltano meglio tenendo l'esaminando in piedi.

Il focolaio anatomico e di ascoltazione della tricuspide corrisponde sullo sterno all'unione dei due terzi superiori con il terzo inferiore di una linea che congiunga la terza cartilagine costale di sinistra con la quinta cartilagine costale di destra.

*
* *

La diagnosi di vizio valvolare può essere fatta solo in base a tutti i dati dell'ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione tenendo conto dei segni extracardiaci, perchè la sola ascoltazione può trarre in inganno sia con i rumori accidentali, che con quelli pericardici ed extrapericardici.

I rumori accidentali sono per lo più sistolici e più dolci e lievi dei veri rumori e si ascoltano per lo più nelle persone anemiche.

I rumori pericardici si ascoltano più facilmente in una più vasta zona della base, sono più rudi e superficiali, sono variabili, non corrispondono esattamente alle singole fasi della rivoluzione cardiaca, aumentano per una lieve pressione dello stetoscopio, cessano se la pressione è eccessiva, come gli sfregamenti pleurici.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Gli sfregamenti pleurici nelle vicinanze del cuore si diagnosticano per il fatto che essi si producono durante le fasi in ed espiratoria e tacciono nella pausa respiratoria, per cui basta far trattenere il respiro perchè scompaiano.

Più difficile è il diagnosticare i rumori pleuropericardici, i quali per altro sono molto superficiali, si accentuano alla fine dell'inspirazione ed al principio dell'espirazione, si odono sia alla punta che alla base su una zona più vasta.

*
* *

Dall'esame del polso dovranno rilevarsi:

1° i caratteri anatomici della parete vascolare;

2° i caratteri funzionali, fra questi principalmente la frequenza, l'ampiezza, il ritmo, la pressione e la eventuale celerità, la quale si constata quando le pareti vasali rapidamente si dilatano all'arrivo dell'onda sanguigna, e celeremente ritornano su se stesse, come nell'insufficienza delle valvole aortiche.

La pressione arteriosa dovrebbe essere sempre esaminata specie per tutti gli assicurandi in età superiore ai 50 anni od anche in età inferiore se furono contagiati da sifilide o se soffrirono nefrite.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Per ragioni facili ad intendersi sul rapporto è necessario indicare quale è lo strumento adoperato per la misurazione, l'ora in cui è stata eseguita e quale è risultata la pressione sistolica e quale la diastolica.

La pressione massima sistolica normalmente dovrebbe essere circa 135 mm. di Hg., ma per gli usi clinici si considera normale anche una pressione sistolica fino a 150 mm. di mercurio. Essa varia a seconda dello strumento di misurazione adoperato e dell'ora della giornata.

Per gli assicurandi in età superiore ai 50 anni alcuni autori ritengono si debba considerare normale una pressione massima sistolica che non superi in mm. di Hg. oltre i cento il numero degli anni dell'esaminato. Così si potrebbe considerare normale la pressione massima sistolica di mm. 160 se l'assicurando ha l'età di 60 anni.

Per saggiare le forze di riserva del miocardio un metodo facile e semplice è quello di contare il numero delle pulsazioni della radiale al minuto, invitare quindi l'esaminando a fare numero 10 flessioni sulle ginocchia e ricontare le pulsazioni per riscontrare di quanto è aumentata la frequenza, ed osservare in quanto tempo il polso della radiale ritorna successivamente alla frequenza normale.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

L'esame radiologico può essere di grande aiuto al medico, ma esso deve costituire sempre un'aiuto all'esame clinico, che rimane perciò l'esame fondamentale.

*
* *

Per la concessione di un contratto di assicurazione agli affetti da vizi valvolari cardiaci in perfetta eusistolia si deve tener conto:

1° dello stato delle forze di riserva del miocardio;

2° e principalmente della natura della lesione;

3° che la maggiore mortalità di essi si verifica intorno al 55° anno di vita.

Gli affetti da lesioni a tendenza rapidamente progressiva come quelle di natura sifilitica ed arteriosclerotica, le quali si localizzano principalmente nel focolaio aortico, non possono essere accettati in assicurazione.

Coloro che presentano lesioni dovute a cicatrizzazione di un processo spento, o lesioni di natura reumatica, le quali hanno un tendenza a progredire più lentamente, possono essere accettati con la dovuta cautela quando tutti gli altri dati siano favorevoli, e specialmente siano buone le forze di riserva del miocardio,

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

con un contratto che non vada a scadere oltre il gruppo di età in cui si verifica la maggiore mortalità di questi malati.

Le alterazioni di ritmo e di frequenza negli assicurandi giovani non affetti da arteriosclerosi e con reperto per il resto normale all'ispezione, palpazione, e percussione ed ascoltazione del cuore, permettono l'accettazione incondizionata, quando tutti gli altri dati siano favorevoli.

*
* *

Esame dell'apparato digerente.

Per l'esame obbiettivo dell'*apparato digerente*, nella bocca si osserverà:

1° lo stato della lingua, la eventuale presenza su di essa di lesioni (specialmente sifilitiche e cancerigne, e di cicatrici.

2° lo stato dei denti.

3° la presenza sulla mucosa di macchie, per la importanza delle quali giova ricordare come primo segno del morbo di Addison può essere la presenza di pigmentazioni brune sulla mucosa orale.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

4° lo stato dell'istmo delle fauci e delle tonsille, ricordando con quanta facilità si può scoprire una sifilide dalle manifestazioni in questa regione.

5° lo stato dello sfondo faringeo.

*
* *

All'esame dell'addome con la *ispezione* si determinerà:

a) la forma ed il volume dell'addome, ricordandone l'importanza in alcune malattie come nei versamenti di liquido nella cavità peritoneale, nella presenza di tumori ecc.

b) la presenza di eventuali cicatrici da pregresse operazioni chirurgiche.

c) la posizione e l'aspetto della cicatrice ombellicale, la quale, per ragioni patologiche, può essere spostata in alto, in basso o lateralmente, ovvero può apparire sporgente o retratta.

d) lo stato delle vene superficiali, ricordando che per ostacolo al deflusso della vena cava inferiore si sviluppa il circolo venoso collaterale e quindi si rendono abnormemente evidenti le vene superficiali dell'addome al disotto della linea ombellicale trasversa, e che per ostacolo al deflusso della vena

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

porta si rendono evidenti le vene superficiali situate al disopra dellla linea suddetta.

e) l'osservazione di eventuali movimenti peristaltici ed antiperistaltici dello stomaco e dell'intestino.

*
* *

La *palpazione* si farà dapprima superficiale e di poi profonda allo scopo di esplorare anche gli organi più profondamente collocati.

Compiti della palpazione sono:

1° accertare lo stato delle pareti (per es: se vi sono edemi ecc.).

2° saggiare la consistenza, notando le eventuali resistenze anche circoscritte, e precisandone la sede, il volume e se appartengono ad organi intra ed extra peritoneali.

3° accertare la eventuale dolorabilità e stabilirne la sede sia con la palpazione superficiale che con la profonda, ricordando la somma importanza di questa ricerca per le affezioni dello stomaco, del duodeno, dell'appendice, della vescichetta biliare, del fegato, dell'uretere, ecc.

4° la ricerca del rumore di guazzamento specie nelle ectasie gastriche, da mettere in rapporto col

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

tempo trascorso dalla ingestione dei cibi, ed il senso di fluttuazione nei versamenti di liquido nella cavità peritoneale.

Con la percussione fatta lungo il prolungamento delle linee toraciche si stabilirà se vi è meteorismo o presenza di liquido nella cavità peritoneale; e, se vi sono zone di riduzione di suono, la sede e la estensione di esse.

*
* *

Dopo l'esame dell'addome, *in toto*, si proseguirà l'esame dei singoli organi in esso contenuti:

1° lo *stomaco*: ricerca di eventuali movimenti peristaltici, di dolorabilità, di eventuali tumefazioni, e se il limite inferiore della grande curvatura non oltrepassa come di norma la linea ombellicale trasversa.

Ma per le malattie dello stomaco e dell'intestino di grande aiuto per la diagnosi anatomica e funzionale può essere l'esame radiologico.

*
* *

2° Il *fegato*: con la palpazione si stabilirà il limite del margine inferiore, la consistenza e la qua-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

lità della superficie della grande e piccola ala; se si provoca dolore nel punto cistico, e, se si palpa la cistifellea, la forma e la consistenza di essa. Negli addomi voluminosi e ricchi di adipe non sempre la palpazione riesce agevole: in tal caso sarà più utile la percussione, la quale servirà specialmente per stabilire il limite superiore lungo le varie linee della superficie toracica. Non si deve mai dimenticare di stabilire il limite superiore e l'inferiore dell'area epatica lungo la linea emiclavicolare.

*
* *

3° La *milza*: se ne stabilirà con la percussione il limite superiore, anteriore ed inferiore, ma specialmente con la palpazione il limite inferiore, e se vi è tumefazione di essa, la grandezza e la consistenza.

*
* *

Con speciale attenzione si esamineranno le regioni delle fosse iliache, specie a destra per la presenza dell'appendice. Ed in queste regioni dovranno ricercarsi le eventuali resistenze, se si palpa l'appendice, se si provoca dolore, ecc.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

Si esaminerà quindi la regione anale per la ricerca di emorroidi procidenti o di fistole o di altre eventuali lesioni.

*
* *

Apparato uro=genitale.

Non si deve mai dimenticare la palpazione dei reni: mettendo una mano a piatto sulla regione lombare ed infossando l'altra sulla parete addominale alle regioni del fianco dello stesso lato, sicchè possano esse toccarsi attraverso le pareti addominali, mentre si invita l'esaminando a respirare profondamente; se i reni sono normali per sede e per dimensioni non si palperanno, si avvertiranno scendere tra le mani nel caso di rene mobile a seconda del grado di mobilità.

Il rene mobile è molto frequente nelle persone che si sono dimagrate, nelle donne che hanno avuto varie gravidanze, in coloro che hanno la tendenza

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

alla ptosi viscerale. Oltre i dati della accurata anamnesi circa gli eventuali disturbi della minzione sarà utile osservare l'ampiezza del getto urinario per constatare se esso è ampio e facile. Gli assicurandi affetti da restringimenti uretrali devono essere accettati con qualche cautela in assicurazione.

Non si deve dimenticare poi di osservare se nel solco balano-prepuziale vi sono segni di ulcerazioni in atto e pregresse.

Di grande importanza è l'esame dei testicoli per eventuali tumori o lesioni tubercolari o sifilitiche, mentre hanno scarsa importanza per l'assicurazione vita i postumi di lesioni blenorragiche.

*
* *

Esame del sistema nervoso.

È consigliabile lo schema che si insegna nella scuola del prof. Mingazzini di Roma.

Esso comprende:

a) l'esame della motilità;
b) » dei riflessi;
c) » della sensibilità;
d) » dei sensi specifici;

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

e) l'esame del linguaggio;
f) » delle prassie (da πραττειν fare);
g) » psichico.

*
* *

a) L'esame della motilità ricercherà movimenti atetosici e coreici e tic nervosi, ovvero spasmi tonici e clonici e contrazioni fibrillari; si esaminerà la motilità nei singoli segmenti:

1° i globi oculari: si ricercherà la motilità dei muscoli retti (superiore, inferiore, esterno ed interno) e degli obliqui (grande e piccolo) facendo girare i globi oculari in tutte le direzioni separatamente ed insieme.

Si potrà osservare nei globi oculari un movimento oscillatorio (nistagmo) che può essere orizzontale, verticale e rotatorio, che può far sospettare una sclerosi a piastre; si vedrà anche se vi è strabismo, e se è convergente verso la linea mediana o da questa divergente. Se è unilaterale o bilaterale.

Lo strabismo può essere congenito od acquisito; questo può essere dovuto a paralisi di alcuno dei muscoli motori del globo oculare ovvero ad un semplice difetto di refrazione.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Le paralisi dei muscoli possono essere periferiche o centrali (nucleari).

*
* *

2° L'esame dei muscoli mimici farà rilevare se le rughe frontali sono uguali nelle due metà della fronte: se i sopraccigli sono alla stessa altezza: se vi è una ptosi della palpebra, e una retrazione di essa come nel morbo di Flajani-Basedow, ovvero lagoftalmo per paralisi dell'orbicolare delle palpebre: se le pliche naso-labiali sono ugualmente profonde: se gli angoli della bocca sono allo stesso livello, specialmente nell'atto in cui l'esaminando mostra i denti.

Sarà in tal modo possibile accertare o negare una paralisi del facciale e, quando questa fosse presente, se è di origine periferica o centrale. Diagnosi tanto più importante in quanto gli assicurandi affetti da paralisi periferica del facciale, specialmente se di natura reumatica, potranno essere facilmente accettati in assicurazione, mentre dovranno essere rifiutati gli assicurandi affetti da paralisi di origine centrale.

L'esame della lingua farà notare se è deviata

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

dalla linea mediana e, se vi sono tremori, se essi sono fini, fibrillari o grossolani.

*
* *

3° Dei muscoli del collori dovrà cercarsi la motilità attiva e passiva facendo muovere il collo in tutte le direzioni.

*
* *

4° Arti superiori. — Dovrà esaminarsi la mobilità nei singoli segmenti (braccio, avambraccio e mano), ricercandone il trofismo e la forza muscolare e notando eventuali segni che possano far diagnosticare una lesione nervosa centrale o periferica.

*
* *

5° Anche degli arti inferiori dovrà esser notata la motilità attiva e passiva dei singoli segmenti (coscia, gamba, piede), provando la forza muscolare e ricercando il trofismo nei singoli arti. Se ci fos-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

sero lesioni articolari, dovrà indagarsi circa la natura di esse.

Si esaminerà la deambulazione per constatare se essa è normale o paretica o spastica, o atassica, ricordando alcune deambulazioni speciali come quelle degli emiplegici e dei Parkinsoniani e con speciale riguardo se vi fossero disturbi nella stazione eretta specialmente ad occhi chiusi ed a piedi ravvicinati (Romberg).

*
* *

b) All'esame dei riflessi si ricercherà, tra quelli superficiali: il riflesso plantare e gli addominali (epigastrico, mesogastrigo e ipogastrico).

Ma più importanti sono i riflessi profondi: il rotuleo, e specialmente l'*achilleo*, il quale a differenza dell'altro (rotuleo) non può essere simulato.

Tra gli altri riflessi importantissimi l'irideo alla luce ed alla accomodazione, controllando sempre se le pupille sono uguali o se vi è anisocoria.

*
* *

c) L'esame delle sensibilità generali si limiterà alla tattile, alla dolorifica ed alla termica.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Per saggiare la sensibilità tattile basterà servirsi di un pezzettino di carta e l'esaminando dirà quando da essa si sente toccare.

Per la sensibilità dolorifica servirà una comune spilla, e per la sensibilità termica basterà proiettare il proprio fiato caldo espirando a bocca aperta, ovvero soffiando come per fischiare, mentre l'esaminando tiene gli occhi chiusi.

*
* *

d) L'esame dei sensi specifici (vista, udito, olfatto, gusto) non può essere che sommario, salvo, quando si prospettassero fondatamente lesioni importanti, ricorrere all'opera dei medici specialisti.

Nell'atto in cui l'assicurando, per sottoscrivere le notizie anamnestiche fornite, legge la dichiarazione di avere detta tutta la verità, dal modo come legge il medico si formerà un concetto approssimativo della funzione visiva di lui. Ad ogni modo non mancherà di osservare se sulla cornea vi sono leucomi, e di apprezzare la pressione endooculare per eliminare il sospetto di glaucoma.

Un concetto della funzione uditiva può farsi subito dalla rapidità con cui l'esaminando risponde

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

alla nostra domanda circa l'anamnesi fatta con voce di conversazione.

Sarà utile per altro ricercare anche, sia col metodo della voce afona, pronunciando verso l'orecchio da esaminare alcune parole con voce afona (come per es.: sasso, testa, soffio), sia col metodo dei rumori, utilizzando il tit tac di un orologio di cui si conosce a quale distanza esso è normalmente percepito.

Ad ogni modo non si dovrà mai dimenticare di guardare in fondo al condotto uditivo esterno per ricercare se vi è presenza di secrezione abnorme.

*
* *

Esame del linguaggio.

e) Già facendo l'interrogatorio anamnestico il fiduciario, dal modo come ha risposto l'assicurando, si è formato un concetto, se egli è affetto da disturbi del linguaggio e specialmente bradilalia, parola scandita, incespicamento delle sillabe, parafasie, ecc.

Così pure osserverà le disgrafie sia dalla firma che egli deve apporre alle dichiarazioni anamnestiche e specialmente facendo riempire all'assicurando stesso

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

le risposte al questionario riguardante la anamnesi di lui.

Ed eventuali disturbi di alessia potrà constatare facendo leggere a voce alta la dichiarazione che gli assicurandi sottoscrivono, ed in cui affermano di nulla avere taciuto.

*
* *

f) L'esame delle prassie, cioè della possibilità che ha l'esaminando di eseguire i movimenti diretti e raggiungere lo scopo indicato dall'esaminatore, viene in gran parte fatto dal fiduciario durante la visita osservando in qual modo l'esaminando esegue i comandi ricevuti: per es.: quelli di voltarsi, mostrare la lingua, abbottonarsi, sbottonarsi, chiudere la mano, stringere le dita, ecc.

Se il medico ha ricevuto l'impressione che l'assicurando è aprassico potrà facilmente accertarsene dando altri ordini e constatandone l'esecuzione.

È utile ricordare che si distinguono diverse varietà di aprassie, di cui le principali sono l'aprassia motoria e l'aprassia ideatoria. La quale ultima si verifica quando il soggetto non riesce a concentrare i suoi pensieri per eseguire l'atto richiesto.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

g) Anche l'esame psichico in gran parte è già fatto dal medico alla fine dell'esame fisico.

Il fiduciario ha potuto saggiare la sfera intellettiva dalle risposte ottenute facendo l'anamnesi.

Con le risposte alle generalità l'assicurando ha dimostrato il suo orientamento circa la propria persona: dal modo con cui egli risponde alle altre domande anamnestiche si giudicherà della attenzione di lui, della memoria, sia degli avvenimenti lontani che recenti, e spesso anche del contenuto delle idee (idee deliranti, ossessioni, ecc.).

Il medico terrà conto inoltre del contegno, della condotta dell'assicurando durante la visita.

In base a tutti questi dati il fiduciario potrà dare un giudizio di normalità ovvero di anormalità psichica ed in quest'ultimo caso può chiedere l'aiuto di un medico specialista.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

ESAME DELL' URINA

L'esame chimico e microscopico delle urine è indispensabile per emettere un contratto di assicurazione vita: solo per contratti per cifre minime si può omettere l'esame microscopico tutte le volte che l'esame chimico delle urine risulti perfettamente normale.

Ma per somme superiori è sempre necessario l'esame microscopico anche quando l'esame chimico sia riuscito negativo: e ad avvalorare questa necessità basta ricordare i casi di cilindruria senza albuminuria, o con albuminuria così minima che possono sfuggire ad un rapido esame chimico.

L'assicurando deve emettere l'urina alla presenza del fiduciario, anche perchè questi possa giudicare della facilità della minzione, e dell'ampiezza del mitto. Per le signore il medico otterrà che esse rimangano sole nella stanza mentre il fiduciario attenderà con i famigliari in una stanza vicina, e si accerterà che l'urina è stata emessa dall'assicuranda

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

esigendo che gli venga presentata nello stesso recipiente che egli ha dato e che sia ancora calda.

All'esame dell'urina dovrà notarsi:

1° il *colore*: normalmente le urine sono di color giallo più o meno intenso; patologicamente possono assumere un colorito rossastro più o meno scuro per presenza di sangue o emoglobina o ematoporfirina; un colorito bruno per presenza di pigmenti biliari o di urobilina, od in seguito ad ingestione di acido fenico, di salolo, foglie di uva ursina ecc., un colorito giallo zafferano fino a verdastro che con l'aggiunta di liscivia di soda assume colore rossastro, dopo l'uso della santonina.

2° l'*aspetto*: le urine normali sono limpide; possono divenire torbide se sono scarsamente acide o addirittura alcaline, o per ragioni patologiche.

3° le urine normali non presentano *sedimento*: esso può essere più o meno abbondante per ragioni patologiche ed il colore del sedimento può variare dal bianco al rosso scuro, a seconda delle sostanze in esso contenute.

4° normalmente le urine emesse di recente hanno un *odore* caratteristico, *sui generis*, che non riesce sgradevole. L'urina in via di putrefazione emana odore urinoso, ammoniacale dovuto ai prodotti della putrefazione.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

La ingestione di alcune sostanze alimentari (per es.: asparagi), o medicamentose, può conferire alle urine un odore speciale (per es.: la inalazione di olio di trementina può donare un odore di violette alle urine).

5° la *reazione* si saggia immergendovi una listarella di carta di tornasole azzurra e rosa.

La reazione può essere:

a) *acida* come normalmente, ed in tal caso la carta azzurra vira al rosa;

b) ovvero *alcalina* se la carta rosa vira all'azzurro, come patologicamente nella fermentazione dell'urina nelle vie urinarie, o per presenza in essa di secreto alcalino delle vie uro-genitali; fisiologicamente la reazione delle urine può essere alcalina per abuso di cibi vegetali o di frutta, per introduzione di alcuni medicamenti, o di acqua alcalina.

c) *Neutra* se non arrossa la carta azzurra, nè trasforma in azzurra la carta rosa.

d) *Anfotera* se trasforma in azzurra la carta rosa, ed in rosa la carta azzurra.

6° Il *peso specifico* delle urine si misura immergendo l'urometro in un cilindro di vetro pieno di urina; quando l'urometro è in equilibrio si legge il punto in cui la scala di esso affiora alla superficie delle urine. Essendo l'urometro graduato per la

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

temperatura di 15°, è necessario leggere la temperatura dell'urina indicata dal termometro annesso all'urometro e per ogni tre gradi al disopra del 15° o al disotto è necessario correggere la densità di un millesimo in più o in meno.

Normalmente il peso specifico delle urine a 15° varia da 1015 a 1020-1025, a seconda della quantità di sostanze solide contenute. Varia la densità:

a) nelle diverse ore della giornata come per es.: le urine emesse allo svegliarsi alla mattina sono più dense, mentre quelle emesse dopo il pasto con buona libazione sono di scarsa densità.

b) varia anche a seconda della stagione: di estate, quando si elimina molta acqua con il sudore della pelle, le urine sono scure e dense: d'inverno, quando fa freddo, sono più diluite.

c) a seconda dei liquidi ingeriti: acqua, birra, caffè, thè, ecc.

Patologicamente si può avere peso specifico basso come per es: nella nefrite cronica; peso specifico alto, come nel diabete, ecc.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

Determinazione dell'urea.

La quantità di urea che normalmente un uomo adultó, tenuto a nutrizione mista, elimina nelle 24 ore è di circa grammi 33, oscillando tra grammi 24 a 40.

Vari sono i metodi e gli apparecchi per la ricerca quantitativa dell'urea. Essi si basano sulla misurazione della quantità di azoto che si sviluppa da una determinata quantità di urina, per es.: 10 cc., messa a contatto con una soluzione recente di ipobromito di sodio. Apposite tabelle indicano la quantità di urea per grammi mille, corrispondenti alla quantità di azoto sviluppatosi ed alla temperatura ambiente.

*
* *

7° Le urine normali non contengono *albumina* rivelabile con i comuni mezzi dei nostri laboratori medici. Accenno qui alle reazioni più facili e più alla portata di tutti.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

a) *reazione del calore.* Si versano in una provetta 10 cc. di urina filtrata e si riscalda la parte superiore sino alla ebollizione, e si osserva la provetta a luce incidente contro uno schermo, paragonando la parte superiore riscaldata con la inferiore. Se nella parte superiore in seguito alla ebollizione si è formato un intorbidamento, si aggiungono due gocce di una soluzione di acido acetico al 10 per cento in acqua distillata: se l'intorbidamento è dovuto ad albumina esso permane, scompare invece se è dovuto a fosfati od a carbonati, ed in questo ultimo caso si producono numerose bollicine per sviluppo di acido carbonico.

b) *Prova dell'acido acetico e ferrocianuro di potassio*: a 10 cc. di urina filtrata in una provetta si aggiungono 5 ovvero sei gocce di una soluzione di acido acetico al 10 per cento in acqua distillata: si agita l'urina e si fanno cadere una o due gocce di una soluzione di ferrocianuro di potassio al 10 per cento: se vi sono anche tracce minime di albumina guardando le urine al cadere delle gocce di ferrocianuro di K contro una sorgente luminosa si osserva un intorbidamento.

c) per avere un'idea approssimativa della quantità di albumina contenuta nell'urina giova la *prova di Heller.*

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Nel fondo di una provetta si versino tre cc. di acido nitrico fumante, quindi si fa cadere lentamente lungo le pareti della provetta tenuta inclinata l'urina filtrata e facendo in modo che l'urina si stratifichi sull'acido nitrico. Quindi si raddrizza la provetta, e se l'urina contiene più del 0,10 per mille di albumina, si formerà al limite di divisione dei due liquidi un anello opaco biancastro e, dallo spessore di esso, si potrà arguire la quantità approssimativa di albumina contenuta nell'urina.

Ma per la *determinazione quantitativa* il metodo più comunemente usato in clinica ed anche più facile è quello di Esbac.

Si riempie l'albuminometro di urina sino al segno U, si aggiunge una goccia di acido acetico se l'urina non è sicuramente acida, quindi si versa il reattivo di Esbac fino al segno r. Si tappa ed agita bene, si lascia sedimentare per 24 ore, dopo le quali si leggerà sulla scala di esso l'altezza a cui è arrivato il sedimento, che indica la quantità in grammi di albumina per mille di urina. Il reattivo di Esbac si prepara nel seguente modo:

In un litro di acqua distillata si sciolgono 10 grammi e mezzo di acido picrico e 20 grammi di acido citrico; si riscalda senza arrivare alla ebollizione, e si filtra.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

L'urina che trattata con calore ed acido acetico fosse rimasta limpida e si intorbidasse invece con il raffreddamento, farebbe sospettare la presenza di *albumosi*. Per accertarsene, dopo aver dealbuminizzata l'urina (trattandola col calore ed acido acetico e filtrandola), si aggiunge una quantità eguale di soluzione satura di cloruro di sodio: se l'urina contiene albumosi si forma un precipitato che scompare colla ebollizione e compare con il raffreddamento.

*
* *

Per la ricerca dell'*emoglobina* si versano in una provetta 5 cc. di urina acida e vi si stratifica al disopra una miscela a parti uguali di tintura recente di resina di guaiaco ed olio di trementina ozonizzato, al limite di contatto fra i due liquidi si forma un anello torbido, che va assumendo una colorazione bleu intensa.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

La *mucina* precipita a freddo con acido acetico ed il precipitato ottenuto è insolubile in eccesso di acido acetico.

*
* *

Per la ricerca del *muco-pus* a 10 cc. di urina si aggiungono cinque gocce di ammoniaca, quindi si riscalda fino alla ebollizione. Si forma uno straccetto dovuto alla presenza di muco-pus che sale alla superficie del liquido e si rende più evidente imprimendo un leggero movimento di rotazione alla provetta.

*
* *

Diagnosi dell'albuminuria.

Prima di far diagnosi di albuminuria è necessario eliminare il dubbio che si possa trattare di albuminuria spuria, giacchè alcune reazioni (per es.: quella del calore ed acido acetico) possono mostrare tracce

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

minime di albumina nelle urine delle donne, specie se leucorroiche, nei blenorragici, anche se di antica data, nella spermatorrea, nella cistite, nell'emoglobinuria e nella ematuria.

L'esame microscopico farà constatare nell'urina delle donne abbondanza di cellule epiteliali pavimentose delle basse vie urinarie e vulvari; la aggiunta di leucociti nella leucorrea: nelle urine dei blenorragici all'ispezione si noterà la presenza di filamenti in sospensione, ed all'esame microscopico cumuli di leucociti, tenuti insieme quasi da una rete, mentre nel resto del preparato non si riscontrerà nulla di anormale.

Nella cistite l'esame microscopico metterà in evidenza la presenza di corpuscoli di pus, di batteri ecc.; nella spermatorrea la presenza di spermatozoi; nell'ematuria e nella emoglobinuria la presenza di emazie, ed all'esame chimico e spettroscopico la presenza delle varie specie di emoglobina.

Stabilita la diagnosi di albuminuria, è necessario completarla con la diagnosi differenziale tra albuminuria, nefrite e nefrosi, giacchè accanto alle nefriti ed alle nefrosi vi sono varie forme di albuminurie non nefritiche. Nè basta la presenza di scarsi cilindri jalini e qualche volta di vari cilindri granulosi per

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

decidersi senz'altro per la diagnosi di nefrite, sebbene vi siano nefriti con scarsa quantità di albumina e con rari cilindri jalini.

Per la diagnosi di nefrite è necessario constatare anche la presenza di tutto un corteo sintomatico a carico del cuore, dei vasi, della pressione arteriosa, del sistema nervoso, digerente, ecc.

La tendenza agli edemi senza ipertensione farà pensare alle nefrosi; mentre le nefriti sono caratterizzate dall'aumento della pressione arteriosa accompagnate spesso da ematuria.

Fatta diagnosi di albuminuria non nefritica, per stabilire se trattasi di albuminuria costante o intermittente o comunque di quale forma di albuminuria non nefritica è affetto l'assicurando, è necessario esaminare le urine ripetute volte in ore e giorni differenti.

Gli assicurandi affetti da albuminuria della pubertà, albuminuria da sforzi corporei, albuminuria ortostatico-lordotica pura, albuminuria ciclica, albuminuria da bagni freddi, albuminuria digestiva, albuminuria emotiva, possono essere accettati in assicurazione concedendo una forma a termine e con lieve soprapremio.

Gli assicurandi affetti da albuminuria residuale o postnefritica, o albuminuria delle nefriti parcellari

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

possono essere accettati con maggiori cautele ricordando che il rischio migliora aumentando il numero degli anni trascorsi dal tempo della nefrite pregressa. Gli assicurandi affetti da albuminuria nell'obesità e nella gotta possono essere accettati con notevole aggravio di premio.

Si potranno eventualmente accettare con estreme cautele gli assicurandi affetti da albuminuria nell'arteriosclerosi, ricordando che il rischio peggiora con l'aumentare dell'età dell'assicurando all'ingresso dal 40° anno in poi.

* * *

Ricerca del glucosio. — Prima di procedere a questa ricerca qualora l'urina contenga albumina è necessario sia prima dealbuminizzata.

Un metodo semplice per la *dealbuminizzazione* è quello di bollire l'urina, cui si siano aggiunte poche gocce di acido acetico, e quindi filtrarla. .

Sul filtrato si eseguono le ricerche per il glucosio.

La reazione più facile e più pratica è quella fatta con *liquido di Fehling* secondo la formula Pasteur.

Esso si prepara nel seguente modo: in tre beute

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

contenenti ciascuna cc. 200 di acqua distillata si sciolgono: nella prima 40 gr. di solfato di rame, nella seconda 130 gr. di soda caustica, nella terza gr. 80 di potassa caustica e gr. 105 di acido tartarico. Si versa quindi il contenuto delle tre beute in una assai più grande, vi si aggiungono cc. 400 di acqua distillata, si riscalda fino alla ebollizione, si fa bollire per 10 minuti, e quindi si lascia freddare; quando è freddato si decanta per separarlo dal deposito di ossido di rame.

Per provarlo si fa bollire: se esso è alterato si intorbida con il riscaldamento, lasciando depositare ossidulo di rame.

In una provetta contenente 10 cc. di urina filtrata e dealbuminizzata si aggiungono 3 ovvero 4 cc. del liquido di Fehling così preparato: si agita e si riscalda la parte superiore; se l'orina contiene glucosio si intorbida ed assume un colorito variabile da giallo bruno al rosso bruno, dovuto al precipitare dell'ossidulo di rame. Se la riduzione è lieve ed avviene solo dopo il raffreddamento essa è facilmente data da acido urico in eccesso, dai composti dell'acido glicuronico, da materie coloranti o da medicamenti come l'acido salicilico ed il cloralio.

Un'altra reazione, facile anch'essa, utile ad eseguirsi sempre specialmente quando la precedente

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

riesce incerta, è quella con il reattivo di *Nylander*. Il reattivo si prepara sciogliendo 2 gr. di sottonitrato di bismuto e 4 gr. di tartaro sodico potassico (sale di Seignette) in cento cc. di acqua contenente 10 gr. di soda caustica: quindi si fa bollire e si filtra. A 10 cc. di urina filtrata e dealbuminizzata si aggiungono 2 ovvero 3 cc. del reattivo: si agita e si fa bollire: se l'urina contiene glucosio si forma un precipitato che dal colore grigio passa al nero, ed è dovuto alla riduzione del bismuto.

Se la quantità di urina di cui si dispone è assai scarsa, si può utilmente adoperare il *metodo della goccia*: a 5 cc. di acqua distillata si aggiunge una goccia di urina, si fa bollire, e quindi si aggiungono 3 goccie del liquido di Fehling, e si fa nuovamente bollire. Se vi è presenza di glucosio si forma il caratteristico precipitato.

*
* *

Tutte le volte in cui la riduzione del liquido di Fehling o della soluzione del solfato di rame col metodo di Trommer si verifica non durante il riscaldamento, ma in ritardo, quando il liquido si è raffreddato, ed è negativa la ricerca polarimetrica e quella della fermentazione col lievito di birra, si

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

deve sospettare la presenza di *pentosio*. Esso può ricercarsi con il metodo Blumental. A 3 cc. di urina si aggiungono 6 cc. di acido cloridrico fumante ed una punta di coltello di orcina: indi si fa bollire; se vi è pentosio si ha una colorazione azzurro-verdastra che si rende più evidente con l'aggiunta indicata dal Bial di poche goccie di percloruro di ferro.

*
* *

Per la *determinazione quantitativa del glucosio* contenuto nella urina, si può adoperare il metodo fisico, quello chimico, o quello della fermentazione.

Il *metodo della fermentazione* si può consigliare solo nei casi in cui la quantità di glucosio contenuto nella urina è assolutamente scarsa. Può servire a tale scopo il tubo di Einhorm che è un tubo ad U di cui la branca sinistra è graduata per la misurazione dell'acido carbonico sviluppatosi nella fermentazione, e la branca destra è più bassa e più ampia.

All'urina si aggiunge del lievito di birra per agevolare la fermentazione e si chiude la branca destra col mercurio per impedire la fuga dell'acido carbonico che, sviluppandosi dalla fermentazione (mentre il tubo è tenuto per 24 h termostato a 37°), si raccoglie nella branca sinistra del tubo.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Il *metodo fisico del polarimetro* è il più facile.

Si riscalda in una capsula di porcellana l'urina con del carbone animale allo scopo di decolorarla e far precipitare l'albumina. Si filtra quindi, ed il filtrato incoloro e limpido si versa nel tubo del polarimetro che si chiude ermeticamente impedendo che vi rimangano anche minime bolle di aria.

Osservando contro la luce di sodio col prisma a O la presenza di glucosio farà scorgere la metà destra del campo di colore nero, giacchè la soluzione di glucosio volge a destra il piano di polarizzazione della luce con una deviazione proporzionale al suo contenuto in glucosio. Si abbasserà quindi la leva fino a che il colore dei due campi sia perfettamente uguale e si misurerà col goniometro di quanto l'angolo è stato deviato: questa deviazione sarà uguale al contenuto in glucosio dell'urina.

Il metodo chimico di determinazione quantitativa del glucosio nella urina si basa sul fatto che per ridurre col riscaldamento 10 cc. di liquido Fehling occorrono 5 cgr. di glucosio. Perciò si versano in una capsula di porcellana 10 cc. del liquido del Fehling mantenuti sopra una fiamma a gas, e si fa cadere da una buretta graduata l'urina contenente glucosio, e si osserva quanti cc. di quell'urina sono necessarie per ridurre il reattivo di Fehling.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

Constatata la presenza di glucosio nelle urine, misuratane la quantità, il fiduciario deve giudicare se trattasi di glicosurie semplici o di diabete. Le prime, dal punto di vista della medicina assicurativa, eliminata quindi la glicosuria florizinica e comunque sperimentale, si possono dividere:

1° Glicosuria alimentare per abuso transitorio o abituale di alimento zuccherato.

2° Glicosuria degli affetti da malattie del ricambio (obesità, gotta, ecc.).

3° Glicosuria da infezioni o da intossicazioni acute o croniche (colera asiatico o nostro, sifilide, intossicazioni da cloroformio, etere, ossido di carbonio, morfina, cloralio, acido fosforico, alcool, ecc.).

4° Glicosuria da lesioni degli organi interni o del sistema nervoso (malattie del fegato e del pancreas, tumori cerebrali, paralisi progressiva, tabe dorsale, morbo di Parkinson, epilessia, morbo Flajani Basedow, psicosi, traumi).

Nelle ultime tre categorie la glicosuria è sintomo di lesioni che per se stesse fanno classificare il rischio tarato o addirittura cattivo.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Le glicosurie alimentari si possono avere per abuso di sostanze zuccherate (glicosuria e *saccaro*) ovvero sono dovute ad ingestione di sostanze amidacee (glicosuria ex *amilo*) ed in questo secondo caso la prognosi è meno favorevole.

In questi casi il fiduciario deve fare accurate indagini sulla quantità e qualità degli alimenti che l'assicurando introduce e deve ripetere l'esame delle urine senza preavvisare l'assicurando nelle ore pom. nei giorni successivi, allo scopo di accertarsi se la glicosuria è transitoria o costante, ovvero se per caso l'assicurando erasi messo a stretto regime dietetico prima della visita medica, in modo da ridurre la eliminazione del glucosio per le urine.

Nel *Policlinico*, Sezione Prat., fasc. 29 del 16 luglio 1916, io concludevo:

« Io ritengo che i pentusorici possono essere accettati in assicurazione ma con soprapremio, e che gli assicurandi affetti da glicosuria non diabetica e non dovuta a lesioni di organi possono essere accettati con soprapremio da valutarsi caso per caso, tenendo conto specialmente del gentilizio, della costituzione, e delle abitudini di vita dell'assicurando.

« Circa i diabetici: i soggetti giovani ed i soggetti magri affetti da diabete devono essere rifiutati.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

« I diabetici invece grassi, i quali abbiano superato il 40° anno di età, possono costituire dei buoni rischi tarati. »

*
* *

Altre importanti ricerche che possono qualche volta anche servire al medico fiduciario sono le seguenti, che descriverò brevemente:

Ricerca dell'*acetone*. A 10 cc. di urina filtrata in una provetta si aggiungono cinque goccie di una soluzione di acido acetico e quindi 4 o 5 goccie di una soluzione recente di nitroprussiato di soda al 10 per cento: si agita e quindi si fa cadere lungo la parete della provetta tenuta molto inclinata della ammoniaca, in modo che si stratifichi sulla urina. Se vi è dell'acetone si formerà al limite di contatto tra i due liquidi un anello bleu intenso fino al violetto.

*
* *

I *pigmenti biliari* potranno essere messi in evidenza o con la prova del Gmelin o con quella del Trousseau.

Prova del Gmelin: in una provetta contenente cc. 10 di urina si fa scorrere lungo le pareti del-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

l'acido nitroso-nitrico. Raddrizzando la provetta se vi sono pigmenti biliari al limite di contatto dei due liquidi si formerà un cambiamento di colore dall'azzurro-verde al rosso-violetto, al giallo-rosso.

Con il *metodo del Trousseau* si aggiungono alle urine alcune goccie di tintura di iodio, se vi sono pigmenti si ottiene una bella colorazione verde smeraldo. Se la tintura di iodio allungata con 10 parti di alcool si stratifica sull'urina facendola colare lungo le pareti della provetta, si formerà al limite di contatto dei due liquidi, se vi sono pigmenti biliari, un anello verde.

*
* *

Per la ricerca della *urobilina* si procede nel seguente modo. In una provetta contenente urina si aggiungono 2 cc. di etere (ovvero di cloroformio) per la estrazione del pigmento dalle urine. Si agita dapprima fortemente e quindi, fatta sedimentare la urina, si separa l'etere in un'altra provetta: si fa evaporare lentamente l'etere e si aggiungono 1 o 2 goccie di soluzione alcoolica od acquosa al 10 per cento di cloruro di zinco, e quindi 1 o 2 cc. di alcool a 70°: si agita, e, se vi è presenza di urobilina, il liquido assume una fluorescenza verde.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

La determinazione dei *cloruri* si può fare nel seguente modo: si acidifica l'urina contenuta nella provetta con 5 goccie di acido nitrico allo scopo anche di far precipitare l'albumina eventualmente presente, e si aggiunge una sola goccia di una soluzione acquosa al 10 per cento di nitrato di argento: per la presenza di cloruri si formerà un precipitato di cloruro di argento più o meno abbondante a seconda della quantità di cloruri contenuta nell'urina.

Esame microscopico dell'urina.

Per l'esame microscopico si raccoglie con una provetta l'urina dal fondo del recipiente e si fa centrifugare per 10 minuti primi. Quindi si preleva con una pipetta il sedimento centrifugato e si allestisce il preparato. È utile sempre esaminare dapprima a piccoli ingrandimenti, per es.: oc. 3, obb. 4 Koristka per avere l'impressione dell'insieme, potendo osservare un campo assai più vasto, e ricercare specialmente ai margini del vetrino coprioggetti, tenendo il diaframma socchiuso per mettere in evidenza anche piccoli cilindri ialini che sfuggirebbero alla vista qualora vi

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

penetrasse molta luce. Successivamente esaminando con maggiori ingrandimenti si preciserà meglio la osservazione. L'esame microscopico potrà far rilevare presenza di:

a) *elementi cellulari* (cellule epiteliali pavimentose, cellule renali, corpuscoli di pus, leucociti ben conservati, emazie scolorate e normali, spermatozoi).

b) *cilindri* (cilindri jalini o trasparenti, granulosi o ricoperti da granuli, epiteliali o composti di epiteli, ematici o coperti di emazie, cerei o di colorito giallognolo).

c) *cilindroidi* che dagli inesperti possono essere confusi con i cilindri.

d) *elementi chimici*: urati amorfi, cristalli di acido urico, cristalli di ossalato di calcio, di triplofosfato ammonico-magnesiaco.

e) *microrganismi.*

Quando l'esame clinico convalidato dall'esame di laboratorio fa diagnosticare una nefrite, ovvero una cistite o peggio ancora una lesione tubercolare, od un tumore delle vie urinarie, il rischio non potrà essere accettato.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

CONCLUSIONI DEFINITIVE

Finito l'esame clinico dell'assicurando e dopo aver analizzato le urine di lui, il medico deve redigere le conclusioni sul rapporto, giudicando se si può ritenere che l'esaminato potrà vivere la durata media probabile della vita, assegnata dalle indagini statistiche alle persone di quella età.

Il giudizio definitivo si basa su questi elementi:

1° Il gentilizio dell'assicurando.

2° la anamnesi personale.

3° la costituzione fisica.

4° la condizione attuale dei suoi organi ed apparati.

5° le abitudini di vita, l'ambiente in cui vive, la professione che esercita.

Solo se tutti questi elementi sono favorevoli il rischio si dovrà classificare ottimo. A seconda della importanza dei dati sfavorevoli il rischio potrà classificarsi buono, mediocre o addirittura cattivo.

Il fiduciario nel dare il suo giudizio definitivo dovrà brevemente motivarlo nelle conclusioni, mentre

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

avrà cura che il rapporto medico sia completo, chiaro e preciso nelle singole parti per agevolare il compito dei medici della Direzione, che dovranno definitivamente pronunziarsi sulla accettazione del rischio a tariffa normale o con aumento.

Se i medici della Direzione giudicano che il rischio proposto debba iscriversi nel gruppo dei rischi che possono far prevedere una supermortalità, il premio normale sarà aumentato di un soprapremio, che potrà applicarsi in diversi modi: o sotto forma di aumento del premio di tariffa, o elevando la età reale dell'assicurando agli effetti del calcolo del premio, o gravando la polizza di un prestito fittizio, ovvero concedendo forme di assicurazione più cautelative.

Ma perchè i medici della Direzione possano valutare convenientemente il rischio è necessario che i medici fiduciari inviino rapporti dettagliati e precisi anche per quegli assicurandi che essi ritenessero non accettabili. Giacchè uno dei compiti dei medici della Direzione è quello di studiare insieme agli Attuari la possibilità di accogliere sempre un numero maggiore di rischi tarati, per poter ridurre al minimo la schiera di coloro che sono costretti per le loro tare fisiche ad essere imprevidenti, non potendo fruire dei benefici dell'assicurazione vita.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

IL RISCHIO DI INVALIDITA

Gli Istituti di assicurazione accettano anche il rischio invalidità. Alcune compagnie, specie americane, all' assicurando riconosciuto invalido concedono anche una rendita per la durata della invalidità. La maggior parte, invece, delle compagnie di assicurazione si limita ad esonerare dall'ulteriore pagamento dei premi gli assicurati riconosciuti affetti da invalidità permanente e totale.

Perciò l'assicurato riconosciuto totalmente e permanentemente invalido non paga più i premi (cioè la quota rateale che egli versa per ottenere la garanzia), e rimane assicurato per la stessa somma convenuta all'ingresso in assicurazione.

La invalidità può essere *totale* o *parziale*:

È *totale* quando l'assicurato è impossibilitato ad accudire alle proprie occupazioni; se invece ad esse può accudire limitatamente dicesi parziale.

Sia la invalidità totale, che la parziale possono essere *permanenti* o *temporanee*.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Se la prognosi della lesione che ha determinata la invalidità fa ritenere che la persona colpita non guarirà mai, *l'invalidità sarà permanente.* Se, invece, si ritiene che egli possa in breve riprendere le sue occupazioni, *l'invalidità sarà temporanea.*

Così, per esempio:

a) Sarà invalido totalmente e permanente il malato di paralisi progressiva.

b) sarà affetto da invalidità totale presumibilmente temporanea il malato di tifo.

c) sarà invalido parzialmente, ma permanentemente, colui al quale sia stata asportata una mano.

d) sarà, invece, affetto da invalidità parziale temporanea colui che ha subìto lussazione semplice dell'omero.

Circa le cause che la determinano, la invalidità può essere:

1) *Senile,* dovuta a senilità.

2) *morbosa,* dovuta a malattia.

3) *traumatica,* dovuta a trauma.

*
* *

La base del contratto per il rischio d'invalidità è la definizione di « invalido » che varia presso ciascuna Compagnia.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Così, per es.: la definizione adottata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, è la seguente:

« S'intende per invalido, ai sensi e per gli effetti « del presente contratto, colui che per sopravvenutagli « malattia o lesione fisica qualsiasi, purchè l'una come « l'altra indipendenti dalla sua volontà e oggettiva- « mente accertabili, abbia perduto in modo presu- « mibilmente permanente o totale la capacità all'e- « sercizio della sua professione o mestiere, ed abbia « perduto altresì la capacità ad ogni altro lavoro « confacente alle sue attitudini ed abitudini ».

La Cassa Nazionale di Assicurazioni Sociali, la quale concede una rendita ai suoi assicurati riconosciuti invalidi, ha adottato la seguente definizione; nella quale entra un altro elemento di giudizio: la capacità di guadagno.

Essa suona così:

« Si considera inabile al lavoro l'assicurato, la cui « capacità di guadagno nel proprio mestiere, od in « qualsiasi altra occupazione confacente alle attitu- « dini di lui, sia ridotta a meno di un terzo del « guadagno abituale normale delle persone che eser- « citano nella stessa località lo stesso mestiere che « l'assicurato esercitava quando divenne invalido ».

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

*
* *

Il rischio di invalidità si può concedere a tutti i rischi buoni; si deve essere cauti nel concederlo ai rischi mediocri e si deve negare ai rischi tarati come per es.: agli affetti da vizi valvolari cardiaci, sia pure nella più perfetta eusistolia; agli assicurati clinicamente guariti da un processo di tubercolosi polmonare, ecc.

*
* *

Per lo accertamento della invalidità il fiduciario deve stabilire la diagnosi della malattia o della lesione fisica che ha determinato la invalidità temporanea o permanente, e nell'uno come nell'altro caso, deve giudicare se trattasi di invalidità totale o parziale.

In caso di invalidità permanente e totale il fiduciario deve giudicare anche se l'assicurato, oltre ad aver perduto la capacità ad esercitare la professione o il mestiere che esercitava prima di divenire invalido, abbia perduto anche la capacità ad esercitare qualsiasi altro lavoro confacente alle attitudini ed alle abitudini di lui.

Il compito, perciò, del fiduciario nel riconoscere la invalidità dell'assicurato è molto delicato e spesso non facile.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Inoltre, deve ricercare:

a) La causa che ha determinata la malattia o la lesione fisica.

b) se essa fu indipendente dalla volontà dell'assicurato.

c) se vi è un nesso fra la malattia che ha determinata la invalidità e le precedenti condizioni del soggetto, ed in quest'ultimo caso, da quanto tempo esistevano queste condizioni patologiche.

E una speciale indagine va fatta per ricercare la sifilide, qualche volta ignorata, spesso taciuta per mille ragioni dall'assicurato.

Le cause più frequenti di invalidità morbose sono risultate, alla mia esperienza personale, in primo luogo le malattie nervose e mentali, specialmente la paralisi progressiva. È superfluo illustrare quanta parte abbia la sifilide nella etiologia di quelle malattie.

Dopo le malattie nervose mentali, la causa più frequente della invalidità morbosa, è la tubercolosi polmonare; seguono le malattie dell'apparato digerente; e, fra le altre cause, non è trascurabile la cecità dovuta alle complicazioni della miopia (distacco di retina).

Di queste esperienze si deve tenere conto nella accettazione dei rischi di invalidità.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

LA RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Quando l'assicurato, per una qualsiasi ragione, non paga il premio convenuto, la polizza rimane sospesa e può essere riattivata. Se il periodo trascorso dalla data del mancato pagamento alla riattivazione è superiore a 2 o 4 mesi (secondo le norme delle varie compagnie di assicurazione) è prescritta una nuova visita medica. Per rimettere in vigore la polizza decaduta l'assicurato dovrà denunciare al medico le malattie sofferte dal tempo della emissione del contratto in poi.

In genere gli assicurati, alla domanda del fiduciario, rispondono senza pensarci tanto: « Sono stato sempre bene ». Ma il fiduciario ha il compito di indagare, con adatto interrogatorio, prima di passare ad esaminare accuratamente l'assicurato. Giacchè può, qualche volta, darsi il caso di persona che, sentendosi non bene in salute, o minato da malattia grave, trovi la convenienza di riattivare il contratto di assicurazione, che fu sospeso quando egli trovavasi in buona salute.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

E mentre il medico fiduciario deve essere molto rigoroso nella visita medica per la rimessa in vigore, per accertare il vero stato di salute dell'assicurato, i medici della Direzione devono, invece, esaminare con molta serenità la posizione dell'assicurato, tenendo conto specialmente del tempo trascorso dalla data di emissione del contratto, e giudicando se i dati contenuti nel rapporto medico all'ingresso non potevano eventualmente far supporre che col tempo si sarebbero determinate nel soggetto quelle alterazioni patologiche riscontrate alla rimessa in vigore del contratto.

In casi specialissimi la riattivazione si potrà consentire applicando un soprapremio.

Ma la riattivazione deve essere assolutamente negata quando le condizioni di salute dell'assicurato facciano presagire una fine non lontana.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

INDICE

PREFAZIONE . . . . . *Pag.* 3

LE ASSICURAZIONI — L'ASSICURAZIONE SULLA VITA UMANA ED IL COMPITO DEL MEDICO FIDUCIARIO . . . . . » 5

L'ANAMNESI . . . . . » 14
L'anamnesi gentilizia . . . . . » 15
L'anamnesi personale . . . . . » 25

L'ESAME OBIETTIVO . . . . . » 44
L'esame generale . . . . . » 44
Misure somatiche . . . . . » 47
Esame della testa . . . . . » 51
» del collo . . . . . » 52
» dell'apparato respiratorio . . . . . » 53
» dell'apparato circolatorio . . . . . » 70
» » digerente . . . . . » 79
» » uro-genitale . . . . . » 84
» del sistema nervoso . . . . . » 85

ESAME DELL'URINA . . . . . » 94
Caratteri generali . . . . . » 95
Determinazione dell'urea . . . . . » 98
Ricerca qualitativa dell'albumina . . . . . » 98

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Determinazione quantitativa dell'albumina. . *Pag.* 99
Ricerca dell'emoglobina . . . . . » 101
» del muco pus . . . . . » 102
Diagnosi dell'albuminuria . . . . . » 102
Ricerca qualitativa del glucosio . . . . . » 105
» » » pentosio. . . . . » 107
Determinazione quantitativa del glucosio . . » 108
La glicosuria in rapporto all'assicurazione vita » 110
Ricerca dell'acetone . . . . . » 112
» dei pigmenti biliari . . . . . » 112
» dell'urobilina . . . . . » 113
» dei cloruri . . . . . » 113
Esame microscopico dell'urina . . . . . » 114

CONCLUSIONI DEFINITIVE . . . . . » 116

IL RISCHIO DI INVALIDITÀ. . . . . » 118

LA RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO. . . . . » 123

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Pubblicazioni dello stesso autore

in argomento di medicina dell'assicurazione vita

1 - **Gli elementi di giudizio per il medico delle assicurazioni vita.** — *Policlinico,* Sez. prat., Fasc. 2, 11 gennaio 1914.

2. - **L'appendicite e l'assicurazione vita.** — *Policlinico,* Sez. prat., Fasc. 34, 23 agosto 1914.

3. - **La sifilide e l'assicurazione vita.** — *Policlinico,* Sez. prat., Fasc. 4, 24 gennaio 1915.

4. - **La calcolosi biliare e l'assicurazione vita.** — *Policlinico,* Sez. prat., Fasc. 24, 13 giugno 1915.

5. - **L'obesità e l'assicurazione vita.** — *Policlinico,* Sez. prat., Fasc. 32, 8 agosto 1915.

6. - **La magrezza e l'assicurazione vita.** — *Policlinico,* Sez. prat., Fasc. 7, 13 febbraio 1916.

7. - **La glicosuria e l'assicurazione vita.** — *Policlinico,* Sez. prat., Fasc. 29, 16 luglio 1916.

8. - **L'albuminuria e l'assicurazione vita.** — *Policlinico,* Sez. prat., Fasc. 33, 13 agosto 1916.

9. - **L'appendicite in rapporto all'assicurazione vita.** — *Policlinico,* Sez. med., Vol. XXV, 1918.

10. - **Le albuminurie non nefritiche.** — *Policlinico,* Sez. med., Vol. XXVI, 1919.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

11. - **La sifilide in rapporto all'assicurazione vita.** — *Rivista Ospedaliera*, N. 20-21, 1918.

12. - **La mortalità per tubercolosi polmonare tra gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nel sessennio 1913-1918.** — *Tubercolosi*, Vol. XI, Fasc. 7.

13. - **La prognosi dei vizi valvolari del cuore nel periodo di eusistolia.** — *Le malattie del cuore*, Anno 3°, 1919, N. 10-11.

14. - **La tubercolosi in rapporto all'assicurazione vita.** — *Policlinico*, Sez. prat., 1920.

15. - **La mortalità per influenza fra gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.** — *Policlinico*, Sez. prat., 1920.

16. - **La statistica medica presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.** — *Rassegna della Previdenza Sociale*, Anno VIII, N. 5, maggio 1921.

17. - **La prognosi dell'asma.** — *Rivista Ospedaliera*, Anno XI, Vol. XI, 1921.

18. - **Saggio di mortalità per cancro tra gli assicurati.** — *Rivista Ospedaliera*, Anno XI, Vol. XI, 1921.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive