Prof. Dott. I. ROMANELLI

Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Compiti ed ordinamento del servizio sanitario nelle moderne imprese di assicurazione sulla vita umana

o dalla "RASSEGNA DELLA PREVIDENZA SOCIALE„
Anno XVII, n. 8, agosto 1930 - ROMA, Piazza Cavour, 3

Prof. Dott. I. ROMANELLI

Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Compiti ed ordinamento del servizio sanitario nelle moderne imprese di assicurazione sulla vita umana

Estratto dalla "RASSEGNA DELLA PREVIDENZA SOCIALE„
Anno XVII, n. 8, agosto 1930 - ROMA, Piazza Cavour, 3

Poichè i fattori principali della floridezza di una impresa di assicurazione sulla vita umana sono la selezione dei rischi e l'impiego dei capitali ricavati dai premi riscossi dagli assicurati, ne deriva che al Servizio Sanitario spettano compiti e responsabilità non lievi. E d'altra parte la storia della medicina dell'assicurazione vita dimostra che l'industria assicurativa ha sentito il bisogno di utilizzare sempre più il medico.

Cenni di storia della medicina delle assicurazioni vita.

L'assicurazione vita, così come attualmente si intende, si è affermata nel 18° secolo, specie in Inghilterra dapprima e negli Stati Uniti d'America successivamente. In primo tempo si è valsa di quella medicina empirica che era il frutto delle conoscenze e del buon senso degli amministratori delle Società di Assicurazione.

Infatti gli assicurandi dovevano presentarsi al Consiglio di Amministrazione della Società ed i Consiglieri giudicavano dall'aspetto, e da qualche domanda rivolta all'assicurando, dell'accettazione di lui.

Con l'aumento degli affari e col moltiplicarsi quindi degli uffici della Società nelle varie località, non fu più possibile far presentare l'assicurando al Consiglio della Società stessa.

Ed allora, oltre il rapporto del rappresentante della Società circa le impressioni che egli ricavava dalla vista dell'assicurando, si sentì il bisogno di ottenere informazioni dal medico curante.

In un primo tempo si chiesero solo informazioni circa la salute dell'assicurando e successivamente le richieste si estesero alle eventuali malattie ritenute ereditarie, verificatesi nelle persone della famiglia e poi alle malattie pregresse del proponente, alle abitudini di vita di lui e si richiese anche al medico curante un giudizio prognostico sull'ulteriore durata della vita dell'assicurando stesso.

Nella seconda metà del XIX secolo troviamo già da qualche anno veri rapporti medici di esame diretto fatto da un medico di fiducia della Società.

Da questo momento la medicina dell'assicurazione vita segue il progresso della medicina clinica mettendo a profitto dell'industria assicurativa le conquiste di essa specialmente nel campo della diagnostica. I formulari medici subiscono variazioni in rapporto alle nuove conoscenze mediche. Si gonfiano dapprima di domande, che vengono successivamente sfrondate, sempre in rapporto ai progressi della medicina, e si richiedono al Fiduciario risultati dei nuovi metodi di indagine clinica che la medicina delle assicurazioni vita fa proprî quando la esperienza clinica ne ha confermato la bontà e la utilità.

Ed ecco infatti, dopo che la clinica ha acquisito ai mezzi di indagine la percussione, l'assicuratore richiede al Medico di fiducia che anche egli si valga di questo mezzo di diagnosi; e quando la medicina riconosce la utilità dello stetoscopio, l'assicuratore chiede al suo medico il referto stetoscopico della ascoltazione, ed allorchè l'antropometria assurge a maggiore importanza si chiedono l'altezza, il peso e la circonferenza toracica dell'assicurando.

Il rapporto medico è sempre accompagnato dal rapporto confidenziale dell'Agente della Compagnia, il quale espone il risultato delle indagini che egli ha fatto, circa le abitudini di vita e lo stato di salute dell'individuo.

Ma maggiore importanza viene sempre più data al rapporto del medico di fiducia, al quale si chiede di indagare specialmente sulle abitudini di vita dell'assicurando, sull'uso del tabacco e dell'oppio. Si aumentano le domande circa la anamnesi familiare e circa i precedenti anamnestici dell'assicurando stesso e, con la conoscenza delle malattie tropicali, si dà importanza al rischio di viaggio, chiedendo in quali regioni l'assicurando si reca.

Successivamente, visto i buoni risultati che l'esame delle urine dà alla diagnostica medica, anche l'assicuratore richiede al suo medico di fiducia che esamini le urine dell'assicurando per ricercarne l'albumina, e di poi richiede ancora il peso specifico, la ricerca dello zucchero e gli raccomanda che le urine vengano emesse alla presenza di lui. E dopo la utilizzazione del microscopio in medicina, verso la fine del XIX secolo si chiede ancora al fiduciario il risultato dell'esame microscopico delle urine.

E contemporaneamente le Compagnie meglio organizzate, specie quelle del Nord America, sentono il bisogno di utilizzare al massimo l'opera del medico ed assumono medici funzionari della Direzione, i quali si occupano esclusivamente dell'accettazione del rischio, tenendo conto della esperienza clinica e della statistica medica.

Un avvenimento importante è il 1° Congresso Internazionale dei Medici delle Assicurazioni Vita che ha luogo a Bruxelles nel 1899, al quale aderirono i Medici Capi delle principali Compagnie di America, Austria, Belgio, Bulgaria, Danimarca, Francia, Inghilterra, Nicaragua, Norvegia,

Paesi Bassi, Romania, Russia, Serbia, Svezia, Svizzera, Turchia. Per l'Italia vi aderirono la Compagnia l'Alleanza, la Compagnia di assicurazione di Milano e la Fondiaria Vita di Firenze, che inviò anche il suo Consulente Capo prof. Grocco, clinico di Firenze.

Gli argomenti in discussione erano di medicina e di statistica medica.

Gli argomenti dibattuti furono l'antropometria nei suoi rapporti con l'assicurazione vita, l'esame del cuore nelle assicurazioni vita, la diagnosi precoce della paralisi generale progressiva, la nevrastenia in rapporto alle assicurazioni vita, l'ereditarietà tubercolare, la sifilide, la glicosuria, l'alcoolismo, l'albuminuria, l'importanza della radiologia nell'assicurazione vita, il segreto medico nei rapporti di essa, la frode in materia di assicurazione vita, comunicazioni di statistica medica, ecc.

Interessante l'argomento svolto dal Dr. Poëls, Medico Capo della Compagnia Belga di assicurazioni generali e segretario generale del 1° Congresso internazionale dei Medici delle Compagnie di assicurazione, su « La utilità di un formulario medico universale ».

A questo primo, altri Congressi seguirono. La medicina dell'assicurazione vita, seguendo da vicino i progressi della medicina clinica, utilizza anche l'esame radiologico; e, quando anche la misura della pressione arteriosa si afferma nella clinica, l'assicuratore richiede al suo medico anche quella ricerca, e poi l'azotemia e la glicemia sono richieste dall'assicuratore per valutare specialmente i rischi tarati.

E poichè l'interesse della Impresa di assicurazione vita coincide con l'interesse degli assicurati in quanto questi ultimi desiderano vivere più a lungo possibile e quelle hanno interesse a liquidare il maggior numero dei contratti a scadenza, riducendo al minimo le liquidazioni per premorienza, il Servizio Sanitario si assume il nuovo compito: quello cioè di escogitare e propagare tutti i mezzi validi al prolungamento della vita degli assicurati.

Si diffondono perciò fra gli assicurati pubblicazioni di norme di igiene, si crea dapprima in America l'Istituto per il prolungamento della vita, si agevolano le cure che possono ridare la salute agli assicurati malati, ecc.

Come si vede, il Servizio Sanitario ha oggi tali compiti e tante responsabilità per cui è necessario che esso sia bene organizzato perchè possa rispondere in pieno ai suoi doveri.

Esporrò qui quali io ritengo siano oggi i compiti del Servizio Sanitario di una moderna Impresa di Assicurazione sulla Vita Umana e come dovrebbe, a mio modo di vedere, essere organizzato.

Esso comprende il Servizio Sanitario periferico e quello Centrale.

SERVIZIO SANITARIO PERIFERICO

In tutte le località ove si possano raccogliere proposte di assicurazione sulla vita umana è necessario che l'Ente assicuratore abbia i suoi periti che sono chiamati abitualmente medici fiduciari ed ai quali deve essere affidata la perizia dell'assicurando.

I medici periti di assicurazione vita devono avere qualità morali e tecniche di primo ordine, devono essere specialmente competenti in medicina interna e devono essere alla diretta dipendenza della Direzione dell'Ente. Essi hanno il compito molto delicato, e non sempre facile, di selezionare i rischi proposti dagli Agenti produttori.

Medici fiduciari.

Vi è quindi tra i periti medici ed i produttori un contrasto nelle funzioni: mentre il produttore ha tutto l'interesse di vedere coronata la sua opera di persuasione verso l'assicurando con la stipulazione del contratto di assicurazione, il perito, medico di fiducia dell'Ente assicuratore, ha il compito invece di esaminare e giudicare della bontà del rischio e quindi selezionare i rischi buoni da quelli cattivi.

Per questa ragione il medico non può essere alla dipendenza degli Agenti, ma egli deve essere alla diretta dipendenza della Direzione dell'Ente assicuratore, con la quale deve avere diretti rapporti e dalla quale deve anche ricevere l'onorario della sua perizia, per la stessa ragione per cui l'Ingegnere che ha periziato una casa riceve l'onorario dall'acquirente committente e non dal mediatore.

E' stata ventilata l'idea che gli Enti assicuratori abbiano medici non retribuiti a visite, ma retribuiti a stipendio fisso e quindi a completa disposizione dell'Ente assicuratore.

La lunga esperienza ha dimostrato e dimostra chiaramente che ciò sarebbe un grave errore.

Il medico di fiducia deve essere scelto fra coloro i quali attraverso il lungo e difficile esercizio professionale meglio sanno cimentarsi nell'esame del malato, per poter descrivere con maggiore precisione lo stato fisico dell'assicurando e permettere alla Direzione di valutare se il rischio è accettabile a condizioni normali o a condizioni speciali oppure debba essere rifiutato. Giacchè il rapporto del perito deve esseer sempre completo e preciso per evitare che i medici della Direzione debbano chiedere nuovi chiarimenti e informazioni che fanno perdere del tempo, annoiano l'assicurando e spesso sono causa di perdita degli affari.

Compito dei fiduciari.

Compito del medico di fiducia è quello di raccogliere i dati anamnestici dell'assicurando, procedere all'esame obiettivo e in base ai dati del gentilizio, a quelli dell'anamnesi personale, alle misure somatiche e al risultato dell'esame dei vari organi e sistemi, tenendo conto della professione e delle abitudini di vita di lui, dare il giudizio sul rischio.

Non si raccomanderà mai abbastanza al medico fiduciario di prendere le misure somatiche, con la maggiore esattezza possibile, specialmente l'altezza e il peso. Esse hanno nella valutazione del rischio nell'assicurazione vita una importanza di primo ordine e spesso i medici non attribuiscono ed esse quel valore che hanno.

Il Fiduciario deve possedere qualità speciali per poter esercitare il suo mandato.

Per questo egli deve saper adoperare cortesia di modi, fermezza, acume nelle indagini e serena imparzialità nel giudizio perchè la sua perizia possa rispecchiare la perfetta verità dei fatti e perchè l'assicurando stesso volentieri si sottoponga all'esame di lui e ne agevoli il compito, riconoscendo la importanza e la utilià della visita medica anche ai fini della propria salute.

Perciò non tutti i medici sono adatti alle funzioni di medico fiduciario, anche perchè il fiduciario deve tener conto delle esigenze della industria sia per l'ora della visita che per il luogo dove questa deve essere eseguita.

Visita medica.

Circa il luogo della visita medica, alcuni produttori, preoccupati di dare all'assicurando meno noie possibili e di agevolare a qualunque costo la conclusione del contratto, svalutano la importanza della visita medica. Essi dichiarano al cliente che la visita del medico è una pura e semplice formalità, che si riduce a mostrare al medico la lingua e fargli contare le pulsazioni e che quindi può essere eseguita in qualunque luogo, dove meglio aggrada all'assicurando.

Essi vorrebbero poi che il medico eseguisse la visita nel modo più sommario possibile e nel luogo meno adatto, quale una officina rumorosa od un retrobottega oscuro, e vorrebbero, allo scopo di frenare lo zelo del medico, assistere alla visita. Se questa può essere la concezione del piccolo mediatore, preoccupato solo dal miraggio della provvigione, ciò non corrisponde all'interesse nè dell'assicuratore, nè dell'assicurando.

Il primo ha bisogno di una perizia completa che gli prospetti con esattezza il rischio che va ad assumere; l'altro, l'assicurando, deve considerare la visita medica come un collaudo della sua salute. E se egli è un lavoratore, non può non ritenere la salute come il bene più grande che l'uomo possiede. Perciò il collaudo fatto da persona seria e stimata e pratica di simili perizie deve essere apprezzato nel suo giusto valore dell'assicurando.

A tal uopo è necessario che tutte le Agenzie abbiano una stanza adibita a solo uso delle visite mediche e che sia arredata di tutto il necessario per un esame clinico completo ivi compresa la misurazione del peso e dell'altezza, che tanta importanza hanno per il giudizio della longevità dell'assicurando.

I medici fiduciari poi devono cercare di esaminare l'assicurando nel più breve tempo dalla firma della proposta di assicurazione; giacchè qualche volta gli assicurandi, per compiacenza verso un Agente produttore e qualche

volta anche per liberarsi dalla noia di lui, sottoscrivono la proposta nella speranza che nelle more tra la sottoscrizione della proposta e la perizia medica possano liberarsi dall'impegno assunto.

E' anche vero che alcuni Enti di assicurazione hanno adottato il provvedimento della proposta impegnativa, ma questo provvedimento non ottiene sempre completo risultato e la pratica dimostra la necessità che il medico esamini l'assicurando nel più breve tempo possibile dopo la sottoscrizione della proposta.

Per queste ragioni l'Ente deve avere in ogni località ottimi medici disposti a visitare gli assicurandi. Ed il numero dei medici in ogni località deve essere proporzionato al guadagno che essi possono ritrarre dall'Ente assicuratore, perchè in tal modo. riconoscendo nell'Ente un ottimo cliente, possano ad esso affezionarsi.

Nelle assicurazioni per somme notevoli è buona pratica richiedere due perizie mediche fatte da medici fiduciari. Però in questi casi bisogna evitare che la visita medica sia una visita collegiale. Ogni medico deve esaminare l'assicurando per proprio conto per redigere il relativo referto senza lasciarsi influenzare dal collega. Le due visite devono essere fatte in ore diverse, e possibilmente, se una è fatta nelle ore antimeridiane, l'altra deve essere eseguita nelle ore pomeridiane.

Incompatibilità con le funzioni di medico fiduciario.

E' superfluo illustrare la incompatibilità che Medici parenti degli Agenti produttori possano essere contemporaneamente fiduciari dell'Ente: come pure è utile che il medico di famiglia dell'assicurando non funzioni da perito dell'Ente. Il medico di famiglia dell'assicurando, esonerato dal segreto professionale da parte del cliente, potrà dare le notizie richieste con apposito questionario, ma non deve essere adoperato come fiduciario dell'Ente assicuratore.

Medici periti specialisti.

Oltre ai medici periti che, come dicevamo, devono essere scelti tra coloro che più specialmente coltivano la medicina interna, è necessario avere, almeno nelle località principali, dei periti specialisti, i quali possano intervenire nei casi in cui il Fiduciario prospetti la necessità dell'esame di un medico specializzato in una branca della medicina, come l'otoiatria, l'oculistica, l'analisi di laboratorio, ecc. Anche costoro devono possedere qualità morali di primo ordine e qualità tecniche che derivano dalla sicura competenza della branca coltivata. Giacchè il referto del medico specialista deve essere talmente completo e preciso da non ammettere la necessità di ulteriori esami.

Medici peritiori.

Vi sono poi casi di difficile diagnosi, come spesso può accadere nella pratica medica, o casi nei quali due medici fiduciari non concordino nel giudizio (abbiano essi esaminato l'assicurando nello stesso periodo di tempo o a breve distanza). Per questi casi è necessario che l'Ente assicuratore abbia

nei centri di maggiore importanza medici peritiori, i quali con la loro abilità tecnica intervengano a definire la diagnosi.

Concludendo: la organizzazione periferica di un Ente di assicurazione deve avere:

a) medici periti di fiducia in ogni località ove si raccolgano affari ed in numero proporzionato alla produzione;

b) periti specialisti per eventuali esami speciali (otoiatri, analisti, radiologi, ecc.);

c) medici peritiori nei capoluoghi di regioni col compito di intervenire nei casi di difficile interpretazione.

SERVIZIO SANITARIO CENTRALE

I compiti del Servizio Sanitario Centrale sono i seguenti:

1°) organizzazione e disciplina del Servizio Sanitario periferico;

2°) accettazione dei rischi;

3°) elaborazione della statistica medica ai fini di trarne sempre nuove norme per l'accettazione dei rischi e permettere ad un maggior numero di persone di beneficiare dell'assicurazione vita alle migliori condizioni;

4°) assistenza all'assicurato perchè questi possa vivere più a lungo che sia possibile.

* * *

Ispettori medici.

Per l'organizzazione e la disciplina del Servizio Sanitario periferico è necessario avere Medici Ispettori.

Gli Ispettori Medici devono essere scelti fra coloro i quali abbiano i requisiti dei Medici Fiduciari elevati all'ennesima potenza per quanto riguarda le doti morali, tecniche e il modo di trattare.

Essi devono essere a completa disposizione dell'Ente per poter essere dislocati da un momento all'altro in tutte le direzioni, dove si renda utile l'opera dell'Ispettore Medico.

Non è necessario avere molti Ispettori Medici: è bene anzi che siano pochi ed affezionati all'Ente del quale debbono curare gli interessi.

Compiti degli ispettori medici.

I compiti dell'Ispettore Medico sono i seguenti:

1°) proporre alla Direzione i Medici da nominare periti nelle varie località, dopo aver assunte le debite informazioni;

2°) eseguire visite di controllo;

3°) fare indagini in alcuni casi di sinistri;

4°) tener vivi i rapporti fra i medici della periferia e quelli della Direzione Generale.

Le visite di controllo devono essere fatte anche saltuariamente e quando non sono aspettate, allo scopo di sorvegliare l'opera dei medici fiduciari.

Perfezionamento dei contratti per somme rilevanti.

Ma compito importante degli Ispettori è quello di visitare gli assicurandi ed assumere informazioni specialmente quando vengono proposti contratti per somme rilevanti, giacchè è assai più utile per una impresa di assicurazione esercitare la massima vigilanza alla accettazione del rischio pur di evitare la eventuale contestazione del sinistro. La contestazione del sinistro, anche se giusta e provata, può riuscire dannosa all'Ente assicurativo in quanto può creare inimicizie e diffidenze; mentre le imprese di assicurazione devono sempre godere la più ampia simpatia in tutte le classi sociali e la più illimitata fiducia.

Inchieste su i sinistri.

Peraltro in alcuni casi è necessario, a sinistro avvenuto, indagare se l'assicurato ha detto tutta la verità come egli ha dichiarato di fare all'atto della stipulazione del contratto e se il medico ha adempiuto con tutto scrupolo al suo incarico di fiducia. Ciò non solo per accertare le verità dei fatti ed il diritto alla liquidazione del sinistro, ma anche perchè il pubblico è sempre amante della giustizia e giudica sempre male quell'Ente di assicurazione che eventualmente si lasci truffare.

Le inchieste per i sinistri non possono essere fatte che da Ispettori medici i quali soli sono in grado di valutare le circostanze di fatto e di ottenere, specialmente dai colleghi che hanno curato l'assicurato, la documentazione atta a provare la malafede dell'assicurato stesso. I documenti utili e necessari per contestare il sinistro sono specialmente i documenti medici.

Rapporti con medici della periferia.

E' superfluo illustrare la utilità dei rapporti fra i periti della periferia ed i medici della Direzione. I periti medici debbono in ogni tempo sentirsi legati alla Direzione Generale e questi legami meglio si possono tenere saldi mercè l'opera dell'Ispettore medico, il quale recandosi nelle varie località ha modo di avvicinare i medici e portare loro verbalmente le idee della Direzione.

Formazioni sanitarie nel Paese.

Per la buona organizzazione dei medici fiduciari, per quella dei periti specialisti e dei peritiori è necessario che il Servizio Sanitario Centrale conosca bene tutte le organizzazioni mediche del paese, le formazioni sanitarie più importanti, gli uomini che ne stanno a capo, ecc. Nessuno meglio dell'Ispettore medico può fornire queste informazioni.

Presso il Servizio Sanitario Centrale si costituisce perciò uno schedario, periodicamente aggiornato, di tutte le formazioni sanitarie della zona in cui si svolge il lavoro dell'Ente. Così pure è necessario avere:

Schedari dei medici.

a) uno schedario di tutti i medici che hanno fatto domanda per essere nominati fiduciari;

b) uno schedario di tutti coloro che sono stati nominati. In queste schede, oltre prendere nota dei titoli posseduti e delle eventuali osservazioni che si sono dovute fare all'opera del fiduciario, è necessario allegare la fir-

ma autografa del medico per confrontarla con quella dei rapporti di visite mediche che il fiduciario invia dopo avere esaminato l'assicurando;

c) uno schedario dei medici che hanno perduto la fiducia dell'Ente con le indicazioni dei motivi che hanno determinato la radiazione.

Con questi elementi si può procedere alla buona organizzazione del Servizio Medico Periferico.

Disciplina del Servizio Sanitario periferico.

Per la disciplina del Servizio Sanitario Periferico il Servizio Sanitario Centrale deve seguire l'opera di ciascuno di essi, richiamare il Medico tutte le volte che egli non ha adempiuto completamente al suo mandato, e specialmente se ha trascurato la ricerca di dati importanti per il giudizio sul rischio.

Pagamenti degli onorari ai periti medici.

Anche l'onorario per le perizie fatte è utile venga direttamente inviato dal Servizio Sanitario al Medico periferico per dimostrare sempre più che il Fiduciario non dipende dall'Agente produttore, ma è la sentinella avanzata della Direzione dell'Ente, del quale egli, godendone la fiducia, tutela gli interessi alla periferia.

Distribuzione delle perizie mediche.

E per questa ragione, e anche perchè non si costituiscano delle preferenze che spesso possono riuscire dannose, il Servizio Sanitario Centrale deve sorvegliare perchè le perizie ai Medici fiduciari siano distribuite in modo equo tra tutti i fiduciari della stessa località.

Radiazione dall' elenco dei fiduciari.

Ma se un perito viene meno alla fiducia accordatagli o per leggerezza o per ignoranza, egli deve essere senz'altro radiato dalla organizzazione ed il provvedimento, preso dopo assai ponderato esame, deve essere mantenuto con fermezza perchè serva di esempio a tutta la organizzazione periferica. La revoca del provvedimento diminuirebbe la importanza del mandato di fiducia che l'Impresa di assicurazione affida al Medico per la tutela dei propri interessi.

Perciò nelle lettere di nomina l'Ente deve riservarsi tutta la libertà di aumentare o ridurre il numero dei medici senza che esso abbia l'obbligo di dirne le ragioni, giacchè la fiducia non può mai essere messa in discussione.

Bollettino medico.

Ma perchè i Medici periti possano meglio compiere il loro mandato con maggiore cognizione di causa è necessario che essi ricevano periodicamente un bollettino redatto dal Servizio Sanitario Centrale. Esso deve essere redatto in modo da suscitare interesse nei fiduciari: deve illustrare i compiti dei periti, la utilità di ricerche e di indagini da farsi in determinati casi, gli accorgimenti di semeiotica medica più utili a svelare lesioni iniziali e specialmente deve sviscerare ed illustrare quelle che risultano le più frequenti manchevolezze dei rapporti di perizie ricevute dalla Direzione.

* * *

Accettazione dei rischi.

Così come negli Istituti immobiliari l'acquisto di una casa è fatto dall'ingegnere e quello di una tenuta agricola da un agronomo, l'accettazione dei rischi nell'assicurazione vita deve essere fatta dal medico della Direzione Generale. Egli solo può valutare a pieno i dati contenuti nel rapporto del medico perito fiduciario e, valendosi della esperienza clinica e dei risultati della statistica medica, definire l'accettazione del rischio o a condizioni normali ovvero a condizioni speciali, derivanti dalla valutazione delle tare messe in evidenza dal perito fiduciario.

Perciò il Servizio Sanitario, ricevuto il rapporto del fiduciario si accerta dell'autenticità della firma del perito, provvede alla liquidazione dell'onorario della perizia, esamina il rapporto e giudica dell'accettazione del rischio.

L'impresa di assicurazione ha interesse di avere medici funzionari che, non distratti dalle cure e dai guadagni professionali, si dedichino esclusivamente all'industria e, mentre perfezionano le proprie conoscenze di medicina, coltivino la statistica medica ed acquistino quelle cognizioni richieste dall'industria dell'assicurazione vita mettendo a profitto i consigli dell'attuario.

Corrispondenza con i medici fiduciari.

Qualche volta la perizia del fiduciario può non riuscire completa e non perfettamente chiara; spetta al Servizio Sanitario illustrare al fiduciario le manchevolezze della perizia perchè egli, in casi simili, conosca le esigenze della industria e se ne valga nelle perizie successive.

Questa corrispondenza, se fatta bene, può servire alla formazione di un corpo di medici fiduciari che risponda perfettamente alle necessità della industria.

Consulenti medici.

E perchè l'Ente possa procedere con la massima larghezza nella accettazione dei rischi e possa allargare sempre più le basi di accettazione e far usufruire del beneficio della assicurazione un numero sempre maggiore di assicurandi, è necessario che i Medici funzionari dell'Ente, responsabili dell'accettazione del rischio, si valgano oltrechè dei risultati delle statistiche mediche, anche del parere di Medici che esercitano quotidianamente la professione di medico, e che abbiano la più ampia esperienza clinica insieme ad una cultura medica veramente superiore.

Questi Medici Consulenti devono essere interpellati non solo per ottenere il loro parere sui casi di difficile prognosi, ma anche devono essere interessati alla discussione di questioni di massima che devono permettere all'Ente di accettare in assicurazione rischi che precedentemente venivano esclusi.

Criteri di accettazione dei rischi.

Il giudizio del medico sulla accettazione del rischio è un giudizio prognostico ed egli deve giudicare se il rischio in esame può far parte di un gruppo di rischi che fanno prevedere una mortalità normale, ovvero di un gruppo che faccia prevedere una mortalità aumentata. In quest'ultimo caso, il medico deve prevedere la sopramortalità del gruppo per stabilire le condizioni della accettazione ovvero il rifiuto del rischio.

Dopo che il Servizio Sanitario ha definite le condizioni di accettazione del contratto, spetta al Servizio Emissione Polizze stipulare il contratto, esaminando le questioni amministrative e legali annesse al contratto stesso. In una parola, il Servizio Emissione polizze rappresenta il Notaio dell'Ente, e, come negli affari di compra-vendita, esso ha il compito di esaminare le questioni legali e dare forza di contratto legalmente definito al patto concluso fra assicuratore ed assicurato.

Laborato centrali.

I locali del Servizio Sanitario Centrale debbono essere forniti di tutti i mezzi più moderni per le visite e per le indagini cliniche di laboratorio. Ciò è necessario:

a) per le visite di controllo e per quelle delle assicurazioni dirette;

b) per eseguire nei laboratori centrali quelle ricerche che non sono possibili alla periferia per mancanza di mezzi;

c) per il perfezionamento professionale dei funzionari medici della Direzione.

Riattivazione dei contratti.

Il Servizio Sanitario deve inoltre seguire i rischi nelle riattivazioni e nei casi di sinistri di invalidità o di premorienza.

Nelle riattivazioni il Servizio Sanitario deve adottare criteri di massima larghezza specialmente tenendo conto del tempo trascorso dalla stipulazione del contratto. Quando le condizioni di salute dell'assicurato, che chiede di rimettere in vigore un contratto sospeso, sono tali che potevano essere prevedibili anche all'ingresso in assicurazione, come per esempio la notevole obesità, l'arteriosclerosi, ecc., la riattivazione deve essere consentita anche se il rischio si presenta inaccettabile.

Perciò nell'esame delle riattivazioni bisogna adottare criteri di benevolo riguardo per l'assicurato e solo eccezionalmente deve rifiutarsi la rimessa in vigore del contratto.

I sinistri vanno esaminati dal Servizio Sanitario con molta cura, giacchè essi per la loro utilità possono essere paragonati a quella che ne deriva dalla anatomia patologica alla clinica medica. Perciò dall'esame dei sinistri, confrontando il rapporto medico all'ingresso e quello di decesso, il Servizio Sanitario Centrale, deve ricavare le norme che devono guidarlo nella accettazione dei rischi.

* * *

Statistica medica dei rischi accettati...

In special modo il Servizio Sanitario deve disporre e coltivare la statistica medica, la quale insieme alla clinica costituisce la base fondamentale della medicina dell'assicurazione vita. Per ogni contratto emesso il Servizio Sanitario deve avere una scheda, in cui siano riuniti tutti i dati medici più importanti in modo che esso possa in tutte le ricerche fare il paragone con gli esposti al rischio.

... e dei rischi rifiutati.

Il Servizio Sanitario deve avere inoltre uno schedario di tutti i rischi rifiutati ed anche queste schede debbono contenere tutti i dati che si riferiscono ad ogni singolo caso. Periodicamente devono farsi censimenti dei rifiutati, che possono riuscire di grande utilità per la industria delle assicurazioni vita.

La statistica medica deve essere predisposta in modo che essa possa riuscire non solo utile ai fini dell'assicurazione (cioè valutare la fondatezza delle previsioni e preparare nuove condizioni), ma essa deve prefiggersi anche uno scopo più alto, quello cioè di portare un valido contributo alla patologia.

* * *

Assistenza all'assicurato.

Concluso il contratto di assicurazione, i rapporti con l'Ente assicuratore non devono limitarsi a semplici rapporti pecuniari.

Dal giorno in cui l'Ente assicuratore e l'assicurato sono legati da un contratto, l'uno e l'altro hanno un unico interesse, quello della maggiore longevità dell'assicurato stesso. Infatti l'assicurato desidera vivere più lungamente che gli sia possibile, come è sempre nel desiderio degli uomini, e l'Ente assicuratore ha tutto l'interesse che il contratto sia liquidato per scadenza e non per sinistro di premorienza.

A tal uopo il Servizio Sanitario ha il compito importantissimo di esaminare i bisogni della località in cui si opera e di predisporre provvidenze adatte a contribuire alla tutela della salute.

Questo compito rende servigi non solo all'Ente assicuratore ed ai singoli assicurati, ma persegue uno scopo altamente sociale nell'interesse dello Stato.

* * *

Biblioteca.

Il Servizio Sanitario deve avere un'ottima biblioteca medica e seguire il movimento scientifico per poterlo utilizzare ai fini dell'assicurazione.

Il Bollettino perciò che il Servizio Sanitario deve redigere e diffondere fra tutti i medici fiduciari deve portare a questi ultimi tutto ciò che di più importante risulta nel movimento scientifico internazionale. In tal modo il Bollettino potrà essere apprezzato e seguito con interesse dai fiduciari.

Questi sono i miei concetti circa i compiti e l'ordinamento del Servizio Sanitario in una moderna impresa di assicurazione; ma aggiungo che a far parte di esso è necessario siano scelti uomini non solamente adatti dal punto di vista morale e tecnico, ma che siano animati dall'interesse scientifico contemperato dall'interesse della industria.

RIASSUNTO. — L'A., accennato alla storia della medicina dell'assicurazione vita, dimostrando come questa industria si sia valsa sempre più dell'opera e della scienza medica, espone come dovrebbe essere oggi organizzato il Servizio Sanitario nelle imprese di assicurazione sulla vita umana.

Il Servizio Sanitario viene diviso in periferico e centrale. Quello periferico comprende i medici periti di fiducia, i medici periti specialisti ed i medici peritiori. Di ciascuna categoria l'A. illustra le attribuzioni ed enuncia i requisiti. Quello Centrale ha per compito: 1ª) la organizzazione e la disciplina del Servizio Sanitario periferico. A questo proposito l'A. parla degli Ispettori medici e dei compiti di essi; 2ª) l'accettazione dei rischi: l'A. rivendica al medico tale importante funzione ed accenna ai criteri che devono servire di guida sia nella accettazione dei nuovi rischi che nella riattivazione dei contratti sospesi; 3ª) la preparazione e la elaborazione della statistica medica ai fini di trarne sempre nuove norme per la accettazione dei rischi e permettere ad un maggiore numero di persone di beneficiare dell'assicurazione vita alle migliori condizioni. L'A. paragona l'esame dei sinistri a quello che è l'anatomia patologica per la clinica e sostiene che le basi fondamentali della medicina dell'assicurazione vita sono la clinica e la statistica medica. Aggiunge che la statistica medica deve essere utilizzata anche per portare un contributo alla patologia.

Infine l'A. illustra il quarto compito del Servizio Sanitario Centrale, quello cioè dell'assistenza all'assicurato perchè questi possa vivere più a lungo.

ARGOMENTI DI MEDICINA ASSICURAZIONE VITA
TRATTATI DALLO STESSO AUTORE

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.

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 III, 1919.

14. - *La tubercolosi in rapporto all'assicurazione vita.* « Policlinico », Sez., prat., Fasc. 1, 5 gennaio 1920.

15. - *La mortalità per influenza fra gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* « Policlinico », Sez. prat., Fasc. 37, 13 settembre 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. JI, 1921.

19. - *La Guida del Medico per le Assicurazioni sulla vita umana.* (Tip. Castaldi - 1926).

20. - *La prognosi dell'epilessia in rapporto all'assicurazione sulla vita umana.* « Rassegna delle Assicurazioni », gennaio 1928.

21. - *Confronto fra la mortalità generale del Regno e la mortalità nel gruppo scelto degli assicurati per alcune cause di morte.* Estratto dagli « Atti del Primo Congresso di Scienza delle Assicurazioni », Torino, 20-23 settembre 1928-VI.

22. - *Le cause di morte in rapporto alle misure somatiche.* Estratto dagli « Atti del Primo Congresso Nazionale di Scienza delle Assicurazioni », Torino, 20-23 settembre 1928-VI.

23. - *Le cause di morte più frequenti fra i Medici assicurati presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni verificatesi nel decennio* 1919-1928.

24. - *Gli utili di mortalità delle imprese di assicurazione vita e le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*