

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
FEDERAZIONE NAZIONALE FASCISTA IMPRESE ASSICURATRICI

ATTI
DEL
COMITATO MEDICO CONSULTIVO

ANNO 1937

PRIMO VOLUME





BIBLIOTECA
13612

19F 9.92



Corporate Heritage
& Historical Archive



Corporate Heritage
& Historical Archive



1180

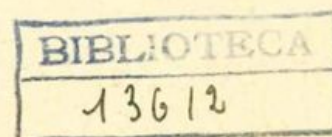


ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
FEDERAZIONE NAZIONALE FASCISTA IMPRESE ASSICURATRICI

Atti
del
Comitato Medico Consultivo

ANNO 1937

PRIMO VOLUME



19F
g. 92

ROMA
TIP. COPPITELLI & PALAZZOTTI
1938 - XVI



Corporate Heritage
& Historical Archive



Accordo intervenuto fra l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il Sindacato Vita della Federazione Nazionale Fascista Imprese Assicuratrici, ed il Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati, per la costituzione di un

“COMITATO MEDICO CONSULTIVO”

Art. 1.

Il Sindacato Vita della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici (FIA) istituisce, d'intesa con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (INA) e col Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), un *Comitato Medico consultivo* (CMC), per lo studio:

a) di tutte le questioni che possono interessare il servizio medico degli Enti di Assicurazione Vita;

b) di proposte tendenti ad uniformare i criteri che debbono regolare le funzioni mediche presso gli Enti suddetti.

Art. 2.

I quesiti saranno segnalati al *Collegio di Presidenza* del C. M. C. (di cui all'art. 3), o dal Sindacato Vita, o dai Membri o organi del C.M.C.

Il Sindacato Vita farà proprie quelle conclusioni del C.M.C. che riterrà opportuno di comunicare alle Imprese per il tramite della F.I.A.

Art. 3.

Sono organi del Comitato:

1) Il *Comitato Medico Consultivo* propriamente detto, costituito di dieci Membri di cui tre nominati dall'I. N. A. tra cui il Capo del Servizio Sanitario dell'I. N. A. stesso e sette eletti dall'Assemblea dei Medici Capi dirigenti del Servizio Sanitario

degli Enti di assicurazione, fra i Capi Medici delle Imprese private, con esclusione di quelle che cedono il 100 % all'I. N. A. Di questi sette Membri due devono essere scelti tra i Medici Capi delle « Assicurazioni Generali », due fra quelli della « Riunione Adriatica di Sicurtà » e tre tra i Medici Capi delle altre Compagnie. I Membri di questo Comitato durano in carica tre anni.

2) *L'Ufficio di Presidenza* costituito da due Presidenti assistiti dal Segretario del C.I.R.T.

Dei due Presidenti uno è il Capo del Servizio Sanitario dell'I. N. A., l'altro viene eletto annualmente tra i Medici delle Compagnie private in seno al Comitato stesso, l'Ufficio di Presidenza fissa l'ordine del giorno e convoca i vari organi.

I due Presidenti presiedono a turno le sedute.

3) *L'Assemblea dei Medici Capi dirigenti* del Servizio Sanitario degli Enti di Assicurazione, con il compito di eleggere i componenti del Comitato di cui al paragrafo 1), e di prospettare alla Presidenza tutti quei problemi che ritiene debbano essere esaminati. Essa ha luogo ogni tre anni.

4) *L'Assemblea di tutti i Medici di Direzione* di tutti gli Enti di assicurazione Vita. Essa viene convocata annualmente ed esamina le questioni che l'Ufficio di Presidenza sottopone ed, a sua volta, segnala all'Ufficio stesso quelle che ritiene degne di studio.

Le varie questioni possono essere segnalate all'Ufficio di Presidenza o dagli Enti di Assicurazione o dai Medici di Direzione degli Enti stessi.

COMITATO MEDICO CONSULTIVO

Presidenti:

Prof. Dr. Ilario ROMANELLI - Istituto Nazionale delle Assicurazioni; Dott. Augusto COEN-PORTO - Assicurazioni Generali Venezia.

Membri:

Prof. Icilio BONI - Riunione Adriatica di Sicurtà; Dott. Giulio CAVALIE' - Compagnia di Assicurazione di Milano; Prof. Carlo DE GREGORIO - La Fondiaria Vita; Dott. Amelio GALLIA - Compagnia Anon. d'Assicurazione di Torino; Dott. Paolo ISRAELI - Riunione Adriatica di Sicurtà; Dott. Fabio MARSELLA - Istituto Nazionale delle Assicurazioni; Prof. Giovanni PILOTTI - Consorzio Italiano Rischi Tarati; Dott. Pietro TROTTARELLI - Istituto Nazionale delle Assicurazioni; Prof. Leopoldo WINTERNITZ - Assicurazioni Generali.

Segretario:

Dott. Alessandro LAMBERTI-BOCCONI - Segretario del Consorzio Italiano Rischi Tarati.

ELENCO DEGLI ENTI DI ASSICURAZIONE VITA

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI, Roma.

ANONIMA VITA, Società Italiana di Assicurazioni e Riassicu-
razioni sulla Vita, Milano.

ALLEANZA, Società di Assicurazioni sulla Vita dell'Uomo,
Milano.

ASSICURAZIONI GENERALI, Trieste-Venezia.

COMPAGNIA ANONIMA D'ASSICURAZIONE DI TORINO,
Torino.

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE DI MILANO, Milano.

DANUBIO, Società Anonima di Assicurazioni Generali, Vienna-
Roma.

IL MONDO, Compagnia di Assicurazioni sulla Vita, Parigi-Mi-
lano.

L'ABEILLE VITA, Compagnia Anonima di Assicurazioni, Pa-
rigi-Milano.

LA FONDIARIA VITA, Firenze.

LA PREVIDENTE VITA, Compagnia Italiana di Assicurazioni
sulla Vita, Milano.

LA PRÆVIDENTIA, Società Anonima Assicurazioni, Riassicu-
razioni, Capitalizzazioni, Roma.

LE PHENIX, Compagnia Francese di Assicurazione sulla Vita,
Parigi-Roma.

RIUNIONE ADRIATICA DI SICURTA', Trieste.

SOCIETA' ANONIMA ITALIANA PER L'ASSICURAZIONE
SULLA VITA, Milano.

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE, Verona.

SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI, Torino.

Verbale della prima Assemblea dei Medici Capi dirigenti i Servizi Sanitari degli Enti di Assicurazione Vita operanti in Italia.

Roma, 9 Dicembre 1936-XV

A cura del Sindacato Vita della Federazione Nazionale Fascista Imprese Assicuratrici, di concerto con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e con il Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati, è stata convocata per il giorno 9 dicembre 1936-XV alle ore 15,30 presso l'Unione Italiana Riassicurazione, piazza San Bernardo 101, Roma, l'Assemblea dei Medici Capi dirigenti i Servizi Sanitari degli Enti di Assicurazione Vita operanti in Italia, per la costituzione d un « Comitato Medico Consultivo ».

Presero parte alla riunione:

l'On. A. REDENTI, Presidente della Federazione Imprese Assicuratrici; il Dott. B. DE MORI, Vice Presidente del Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi tarati.

Ed i seguenti Medici Capi dirigenti i servizi sanitari degli Enti a fianco di ciascuno indicati:

Prof. Dott. Ilario ROMANELLI - dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Dott. Augusto COEN PORTO - delle Assicurazioni Generali Venezia.

Dott. Paolo ISRAELI - della Riunione Adriatica di Sicurtà Trieste.

Prof. Dott. Carlo BARINETTI - della Previdente Vita, Milano.

Prof. Dott. Leopoldo WINTERNITZ - delle Assicurazioni Generali Trieste.

Prof. Dott. Guido MALAN - della Compagnia Anonima d'Assicurazione di Torino.

Prof. Dott. G. B. PERCACINI - della Società Cattolica di Assicurazione di Verona.

Prof. Dott. Carlo DE GREGORIO - della Fondiaria Vita, Firenze.



Dott. Angelo RICOTTI - della Italiana Vita, Milano.

Dott. Alberto ALLINEY - della Prævidentia di Roma.

Assenti giustificati i Signori:

Dott. Giulio CAVALIE' - della Compagnia di Assicurazione di Milano, Milano.

Prof. Icilio BONI - della Riunione Adriatica di Sicurtà, Milano.

Dott. Abramo FOA' - dell'Anonima Vita di Milano.

Dott. Paolo LITTARDI-BUNIVA - della Società Reale Mutua di Assicurazioni di Torino.

Viene assunta la presidenza dall'On. REDENTI che, rivolto un cordiale saluto agli intervenuti, prega il Prof. ROMANELLI di voler illustrare gli scopi a cui dovrà tendere l'attività del « Comitato Medico Consultivo » che sarà eletto dalla Assemblea all'uopo indetta.

Il Prof. ROMANELLI accenna all'esistenza, all'estero, e specialmente in America, di associazioni di Medici delle Compagnie di Assicurazione Vita, che si occupano dei tanti problemi attinenti con la medicina assicurativa.

In Italia, invece, poco si è fatto finora e la costituzione del Comitato Medico Consultivo mira appunto a colmare la deplorata lacuna, dovendosi occupare tanto di questioni d'ordine pratico, come la preparazione e l'aggiornamento di elenchi di Consulenti e Fiduciari, le proposte di provvedimenti disciplinari a carico di medici fiduciari, ecc., quanto dello studio di argomenti scientifici, di ricerche ed indagini nell'ambito della medicina assicurativa con particolare riguardo all'applicazione dell'assicurazione dei rischi tarati.

Spiega poi che gli organi del C. M. C. dovrebbero essere quattro:

1) l'Assemblea dei Medici Capi dirigenti i servizi sanitari delle Imprese, che si riunisce ogni tre anni per la nomina, fra l'altro, dei membri che costituiscono il C. M. C.;

2) l'Assemblea dei Medici di Direzione delle Imprese, con riunioni annuali, ove si discutono problemi di carattere generale, proposti dalla Presidenza o da proporre alla stessa, ecc.;

3) l'Ufficio di Presidenza, costituito come prevede l'accordo fra la Federazione Imprese Assicuratrici e l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni;

4) il Comitato, propriamente detto, formato di dieci

Membri, che dovranno appunto essere eletti nella Assemblea attuale.

La Segreteria è affidata al Consorzio Italiano Assicurazione vita dei Rischi Tarati.

Il Prof. ROMANELLI termina il suo dire manifestando la convinzione che mercè la collaborazione di cui è certo, di tutti i Medici che si occupano della materia e più specialmente di coloro che hanno la responsabilità del servizio sanitario in ogni impresa, il lavoro che svolgerà il Comitato Medico Consultivo darà sicuramente buoni e non lontani frutti.

Il Prof. DE GREGORIO ricorda l'opera svolta dalla precedente Commissione Medica, del Sindacato Vita, lavoro che fu notevole e di cui resteranno i segni, ed è lieto che la nuova organizzazione preveda il funzionamento continuo di un Ufficio di Presidenza, perchè solo così è possibile rimediare agli inconvenienti verificatisi per il passato e che sorgevano principalmente dal fatto che le riunioni erano rarissime e non sufficientemente coordinata l'attività. Attività, aggiungasi, che trascurava tutto il lato scientifico ed auspica pertanto che l'indirizzo scientifico che verrà imposto al costituendo Comitato sul terreno della medicina assicurativa sia tale che anche all'estero possa, nel futuro, venir giustamente apprezzato.

Il Prof. WINTERNITZ pensa che si debba riassumere la attività che dovrà svolgere il C. M. C. in compiti permanenti e compiti la cui necessità sarà considerata di volta in volta. Fra i primi pone i problemi relativi agli elenchi dei Consulenti e dei Fiduciari, alla sorveglianza dell'operato dei medici fiduciari, all'aggiornamento dei moduli usati per visite generali e particolari ecc. ecc., fra gli altri pone problemi esclusivamente scientifici.

Il Dott. ALLINEY accenna alla utilità che anche i problemi statistici non siano trascurati.

Il Prof. WINTERNITZ rileva che dal punto di vista statistico già si è fatto qualche cosa con la creazione della « Scheda per indagini statistiche » che ha adottato il Consorzio Rischi Tarati, ma poichè il C.I.R.T. dispone di solo materiale italiano, considera che il contributo delle Compagnie che lavorano anche all'estero potrà essere assai importante ed auspica a questo proposito una stretta collaborazione fra C. I. R. T. e Compagnie.

Il Dott. DE MORI, nella sua qualità di Vice Presidente del C.I.R.T. prende la parola per ringraziare sia la Federazione che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni di aver voluto affidare la Segreteria del C. M. C. al Consorzio Italiano Rischi Tarati e, rivolto un saluto ai presenti, porge un cordiale augurio al costituendo C. M. C. perchè i lavori di esso siano ricchi di benefici risultati.

Prendono ancora la parola su argomenti di varia indole il Prof. MALAN, il Dott. BARINETTI, il Dott. PERCACINI, il Dott. ISRAELI e il Dott. RICOTTI.

Il Presidente rilevando che nessun altro chiede di parlare, dichiara esaurita la discussione sulle direttive di massima che dovrà seguire il C. M. C., prega l'Assemblea di voler procedere alla elezione dei Membri del C. M. C., tenendo conto delle seguenti designazioni che a termine del citato accordo fra Imprese e I. N. A. sono state notificate alla Presidenza:

Istituto Nazionale delle Assicurazioni:

Prof. Ilario ROMANELLI

Dott. Fabio MARSELLA

Dott. Pietro TROTTARELLI.

Assicurazioni Generali:

Dott. Augusto COEN PORTO

Prof. Leopoldo WINTERNITZ.

Riunione Adriatica di Sicurtà:

Prof. Icilio BONI

Dott. Paolo ISRAELI

Procedutosi alla votazione con approvazione unanime, il Comitato Medico Consultivo, per il triennio 1937-1939, è risultato costituito dai Signori:

Prof. Ilario ROMANELLI

Dott. Augusto COEN PORTO

Prof. Icilio BONI

Prof. Leopoldo WINTERNITZ

Dott. Paolo ISRAELI

Dott. Fabio MARSELLA

Dott. Pietro TROTTARELLI

Prof. Carlo DE GREGORIO

Prof. Guido MALAN

Dott. Giulio CAVALIE'.

Estratto del Verbale della prima riunione del "Comitato Medico Consultivo",

Roma 10 dicembre 1936-XV

Presidente: Prof. Ilario ROMANELLI - funge da *Segretario* il Prof. WINTERNITZ in assenza del Dott. LAMBERTI.

Presenti i Signori: Dott. COEN PORTO - Prof. DE GREGORIO - Dott. ISRAELI - Dott. MARSELLA - Dott. TROTTARELLI - Prof. WINTERNITZ.

Assenti giustificati: Dott. BONI (rappresentato dal Dottor ISRAELI) - Dott. MALAN (rappresentato dal Prof. DE GREGORIO) e Dott. CAVALIE'.

Nomina del 2° Presidente: si elegge all'unanimità il Dottor COEN PORTO.

Il Presidente Prof. ROMANELLI propone di richiedere che i medici che fanno parte del Comitato Medico Attuariale del C.I.R.T. possano — senza voto — assistere e collaborare alle sedute del Comitato Medico Consultivo.

Si accetta tale proposta ad unanimità.

Il Comitato delega il Collegio di Presidenza di stabilire la data delle riunioni prossime.

Il Comitato Medico Consultivo si propone di svolgere nelle sue sedute un doppio ordine di lavori:

- I. — A. - Lavoro di organizzazione medica (consulenti, fiduciari, specialisti);
— B - Proposte di provvedimenti disciplinari a carico dei fiduciari;
— C - Esame e aggiornamento dei moduli.
- II. — Studi e ricerche di medicina assicurativa con particolare riguardo alla pratica applicazione nell'assicurazione dei rischi tarati.

Il Comitato delega l'Ufficio di Presidenza di invitare tutti i Medici che dirigono il servizio sanitario dei vari Enti di assicurazione di inviare proposte che si riferiscano al programma sopra annunciato.

RELAZIONI DELL'ANNO 1937



*Relazione del Prof. Dr. L. WINTERNITZ
Riunione del 26 febbraio 1937-XV*

L'IPERTENSIONE ARTERIOSA NELL'ASSICURAZIONE VITA

Le relazioni da tenersi al Comitato Medico Consultivo devono avere, secondo l'opinione dell'autore, un carattere differente da quelle destinate alle riviste scientifiche ed ai congressi.

Mentre nel campo della scienza pura una conclusione va tratta, soltanto quando le cognizioni acquisite in argomento lo permettono, il Comitato Medico Consultivo, chiamato a guidare gli Enti di assicurazione nell'assunzione di candidati non sempre normali, deve saper dare delle direttive precise, anche quando le acquisizioni scientifiche non permetterebbero che una indicazione approssimativa. Nell'assicurazione di rischi tarati, l'attuazione pratica sempre precedette la sicura conoscenza scientifica ed anzi fornì il materiale di studio statistico, ma il presupposto teorico, tratto dalla clinica e dalla patologia, guidò il giudizio verso l'equità sia ai confronti dell'assicurato che a quelli dell'assicuratore.

Ispirandomi a questi concetti, presento la seguente tabella per l'assunzione degli ipertesi, tabella non ottenuta statisticamente, ma costruita in base alle più recenti conoscenze, ritenendola equa ed utilizzabile praticamente.

Tabella N. 1.

Saggi di sopra-mortalità per l'ipertensione arteriosa.

Età	Pressione		Limite	PRESSIONE ARTERIOSA MASSIMA							
	Sist.	diast.		145	150	155	160	165	170	175	180
				SAGGI DI SOPRAMORTALITA'							
20	120	79	140	25°/o	25°/o	25°/o	50°/o	75°/o	75°/o	100°/o	150°/o
25	121	80	140	25	25	25	50	75	75	100	150
30	122	81	140	25	25	25	50	75	75	100	150
35	123	82	150	15	25	25	50	75	75	100	150
40	125	83	150	—	—	25	50	75	75	100	125
45	127	84	150	—	—	25	50	75	75	100	125
50	129	85	150	—	—	25	50	50	75	100	125
55	131	86	150	—	—	25	25	50	75	100	125
60	134	87	150	—	—	25	25	50	75	100	125

I valori normali della pressione arteriosa massima e minima corrispondono a quelli della Medical Impairment Study 1929. I valori limiti da accettarsi ancora normalmente si avvicinano a quelli della tabella americana Medico-Actuarial Mortality Investigation, leggermente arrotondati per semplificare il lavoro. Precisamente la M. A. M. I. ammette il valore limite per 20 anni pari a 137 (io a 140) e per 60 anni pari a 154 (io a 150).

Nella seguente tabella si confrontano le quote di sopra-mortalità proposte da me con quelle applicate da Compagnie Americane e dal C. I. R. T.

Tabella N. 2.

*Quote di sopramortalità per ipertensione arteriosa
secondo varie tabelle.*

1 = Hunter & Rogers 1921.

2 = Canadian Life Insurance Officers 1930.

3 = Medical Impairment Mortality Ratings 1932.

C = Cirt.

W = Winternitz.

— = rischio normale.

Rif. = rischio da rifiutarsi.

Le Compagnie americane rifiutano gli ipertesi oltre 170.

Età	135				140				145				150				155			
	1	2	3	W	1	2	3	W	1	2	3	W	1	2	3	W	1	2	3	W
20	10	—	5	—	20	10	10	—	30	20	20	25	45	35	35	25	65	60	55	25
25	5	—	5	—	15	10	10	—	25	20	20	25	35	35	35	25	50	55	55	25
30	—	—	5	—	10	5	15	—	20	15	25	25	30	30	40	25	45	55	60	25
35	—	—	10	—	5	5	20	—	15	15	30	15	25	30	45	25	40	50	65	25
40	—	—	10	—	—	5	20	—	10	15	30	—	20	30	50	—	35	50	70	25
45	—	—	10	—	—	5	20	—	5	15	30	—	15	30	50	—	30	45	70	25
50	—	—	10	—	—	5	15	—	—	10	25	—	10	25	45	—	25	40	65	25
55	—	—	5	—	—	5	10	—	—	10	20	—	5	20	35	—	20	35	50	25
60	—	—	—	—	—	—	5	—	—	5	15	—	5	15	20	—	15	25	30	25

segue Tabella n. 2

Età	160					165					170					175		180		185	190	200
	1	2	3	C	W	1	2	3	C	W	1	2	3	C	W	C	W	C	W	C	C	C
20	90	90	80	50	50	115	Rif	105	75	75	Rif	Rif	135	100	75	125	100	150	150	200	250	300
25	75	85	80	50	50	100	Rif	110	75	75	Rif	Rif	145	100	75	125	100	150	150	200	250	300
30	65	80	85	50	50	90	Rif	115	75	75	125	Rif	155	100	75	125	100	150	150	200	250	300
35	60	75	90	50	50	80	Rif	120	75	75	110	Rif	160	100	75	125	100	150	150	200	250	300
40	50	70	100	50	50	70	Rif	130	75	75	100	Rif	170	100	75	125	100	150	125	200	250	300
45	45	65	95	50	50	65	95	125	75	75	90	Rif	165	100	75	125	100	150	125	200	250	300
50	40	60	90	50	50	60	90	120	75	50	80	Rif	155	100	75	125	100	150	125	200	250	300
55	35	55	75	50	25	55	85	100	75	50	70	Rif	130	100	75	125	100	150	125	200	250	300
60	30	45	50	50	25	50	80	75	75	50	65	Rif	100	100	75	125	100	150	125	200	250	300

Il confronto fra la tabella da me proposta e le tabelle americane, nonché quella del C. I. R. T., mette in evidenza principalmente due differenze:

- 1) la mitezza maggiore della mia tabella;
- 2) la quasi mancanza di una diminuzione scalare della sopramortalità per le classi di età più anziane.

La maggior mitezza riguarda l'inizio dell'ipertensione tababile, l'estensione dell'accettabilità a gradi più elevati di pressione, i saggi di sopramortalità.

La mitezza maggiore è dovuta, oltre che al concetto generale che le tabelle di mortalità generalmente usate in Europa sono troppo severe e corrispondono per se stesse ad una sopramortalità del 40 % circa rispetto al decorso reale della mortalità di rischi normali, anche ad altre considerazioni inerenti più particolarmente al problema dell'ipertensione. Anzitutto una indagine da me fatta sul materiale delle Assicurazioni Generali di Trieste, del C. I. R. T. e di alcuni rifiutati gentilmente fornitimi dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, rivelò un andamento molto favorevole della mortalità degli ipertesi. I risultati sono stati comunicati al Congresso di Londra e sono riassunti nella seguente tabella:

Tabella N. 3.

Mortalità degli « ipertesi ».

	MORTI AVVENUTE	MORTI ATTESE	
		Tabella della popolazione ita- liana M. 901	Tabella della popolazione ita- liana M. F. 1931
ASSICURAZIONI GENERALI Pressione arteriosa 155 - 170 Casi osservati: 410	17	19.64 sottomort. 13.4 ‰	13.86 sopramort. 22.9 ‰
C. I. R. T. Pressione arteriosa 160-175 ed oltre Casi osservati: 242	9	8.19 sopramort. 9.89 ‰	5.78 sopramort. 55.71 ‰
ISTITUTO NAZ. ASSICURAZIONI Pressione arteriosa 160 - 240 Casi osservati: 111 Soggetti rifiutati	9	5.95 sopramort. 51.3 ‰	4.27 sopramort. 101 ‰

Il risultato di questa ricerca è in apparente contraddizione con il relativo pessimismo delle Compagnie americane. Per quanto riguarda il materiale delle Assicurazioni Generali di Trieste, esso si spiega col criterio di selezione severamente adottato di ammettere all'assicurazione soltanto gli ipertesi rientranti nel quadro dell'ipertensione rossa di Volhard. Per quanto riguarda il limite della tensione da considerarsi ancora normale, ho creduto di fissare i 140 mm.Hg. per i giovani ed i 150 per i vecchi. Questi sono i limiti fissati anche dal May e dall'Ollivier; però si potrebbe portare anche a 150 il limite normale per tutte le età e ciò tenendo anche conto dei risultati del recente Congresso di medicina sportiva (Berlino 1936), in cui si concluse che una pressione di 160 mm. di mercurio è da considerarsi ancora normale per giovani sani. L'« Unione » di Zurigo, la « Münchener » ed il « Val » austriaco trascurano le pressioni arteriose fino a 150 inclusi. Il limite superiore dell'assicurabilità è stato fissato a 180 in concordanza con quasi tutte le Compagnie europee, come si rileva dalla seguente tabella:

Fascic. pagina numero	Età	Notizie cliniche	Altezza	Peso	Pr. Art.	
					Mx	Mn
V. p. 35	60		153	56	215 200 254	115 110 130
II. N. 9 Cecosl.	43	Tiroide ingrossata	160	65	200	120
VII. p. 43	60	2. aortico accentuato addome eccedente	172	86	190	100
V. p. 7	56	Brachitipo un po' pletorico	165	85	190 180	150 110
V. p. 10	46	Lue pregressa ben curata Salassi periodici	172	82	185 200	110 140
V. p. 33	40		183	86	180	120
III. N. 50	57	Genitori longevi Lieve arteriosclerosi 1. aortico impuro 2. aortico accentuato	—	—	185	—
III. N. 51	53- 54	Genitori longevi Ifto un po' allungato	178	90	180	100
I. N. 5 Svedese	57		156	75	170 180 175	120 — 120
IX p. 32	55	Genitori + per causa circolatoria	170	90	175 175	70 115
VII. p. 48	48		171	97	170	110
IV. p. 26	55	Aorta ai raggi X più oscura	171	67	185 155	100 85
IV. p. 35	38		184	133	170	110
III. N. 31	59	Arteriosclerosi periferica Lieve ipertrofia V. S. Marg. polm. abbassati Aorta più oscura	168	80	165	70
V. p. 43	44		164	80	155	—
VI. p. 21	45	Eccesso di fumo, Cardiopalmo, Lieve ipertrofia V. S. Aorta allungata	164	72	155	70
V. p. 48	45	Az +	168	73	152	—
III. N. 52	59	Genitori longevi	174	106	150	95
III. N. 12 Sverige	38		176	86	150 140	90

Cirt	Cecosl.	Dana	Norske	Suisse	Sverige	Varma	Val	Münchener
rifiuto	rifiuto	rifiuto	rifiuto	rifiuto	rifiuto	rifiuto	rifiuto	rifiuto
„	rinvio	250%	De Hoop 125-150%	„	„	„	„	—
„	rifiuto	rifiuto	rifiuto	„	„	„	„	rifiuto
„	„	„	„	„	„	„	150%	domanda visita cardiol.
„	„	„	„	„	„	„	rifiuto	rifiuto
125%	75%	170%	„	„	„	„	„	—
rifiuto	75%	80%	—	„	rinvio	„	100%	rifiuto
„	rifiuto	80%	—	„	175%	„	100%	„
misure som. appa- recchio ora Pr. Art.	—	219% aumento premio	De Hoop 115.7% aum. pr.	„	108.5% aumento premio	250%	125%	—
100%	100%	255%	rifiuto	„	150%	rifiuto	100%	75%
100%	100%	70%	„	„	200%	„	125%	25-50%
75%	100%	85%	„	„	175%	200%	75%	50-75% + 1/5 sc.
150%	150%	rifiuto	„	„	rifiuto	rifiuto	175%	75-100%
125%	75%	300%	„	„	50%	100%	50%	75-100%
50%	75%	50%	—	50%	50%	150%	50%	—
75%	100%	210%	rifiuto	rifiuto	150%	150%	75%	75%
50%	75%	60%	75%	50%	50%	100%	normale	—
100%	75%	86%	—	75%	50%	76%	50%	75%
50%	75%	35%	100%	25%	50%	150%	50%	—

I saggi più miti di sopramortalità permettono una esatta selezione del materiale, perchè la tabella deve essere considerata valevole soltanto per le ipertensioni pure, le cosiddette ipertensioni essenziali, quelle senza impronta renale appartenenti al gruppo delle ipertensioni rosse di Volhard.

Nella mia relazione al Congresso di Londra ho illustrato ampiamente questo concetto ed ho dimostrato che la ipertensione rossa di Volhard è riconoscibile con un esatto esame dell'orina ed eventualmente del fondo oculare e che soltanto rarissimamente essa riceve nel corso degli anni una complicazione renale. Pur ammettendo che una lieve albuminuria per sé stessa non indica ancora l'esistenza di una ipertensione maligna, tuttavia, qualora vogliano adottarsi le quote della tabella, anche questi casi dovranno essere scartati.

La mancanza di una diminuzione scalare della sopramortalità per le classi di età più anziane (in concordanza con la tabella del C. I. R. T.) e contrariamente a quanto avviene nella tabelle americane, è dovuta alle seguenti ragioni: anzitutto si cercò di non frazionare le classi di giudizio, che aumentano di 25 in 25 % di sopramortalità. In secondo luogo, perchè anche la pressione arteriosa normale non varia molto con l'età. Infine perchè non è proprio sicuramente accertato che l'ipertensione nei vecchi dia una prognosi migliore che nei giovani; anzi dall'ultima tabella americana sembrerebbe che le classi più colpite siano quelle di 40 e 45 anni.

PRESSIONE ARTERIOSA MINIMA

Fino a questo punto ho considerato soltanto la pressione massima. I relatori francesi del problema dell'ipertensione al Congresso di Londra, May e Ollivier, imperniarono la loro classifica sulla pressione minima, mentre io conclusi allora « che lo studio della pressione diastolica potrebbe portare dati utili in merito al problema prognostico dell'ipertensione, ma la difficoltà di ottenere valori esatti rende attualmente incerta la valutazione ».

Questa affermazione può essere ripetuta anche oggi, perchè la grande maggioranza dei fiduciari indica valori errati della pressione minima.

Ma, quando si possono ottenere valori esatti, quale sarà allora la nostra valutazione?

Vari autori americani hanno proposto delle tabelle di sopra-mortalità per l'ipertensione minima, analoghe a quelle per l'ipertensione massima. Ne riporto le più recenti:

Tabella N. 5.

Canadian Life Insurance Officers Association

Tassi addizionali di sopra-mortalità per la pressione minima.

Età	91	94	97	100	103	106	109
20	10	20	25	30	60	105	Rif
25	5	15	20	25	55	95	Rif
30	0	10	15	25	50	85	Rif
35	0	5	15	20	45	75	Rif
40	0	5	10	20	40	65	100
45	0	0	10	15	35	55	90
50	0	0	10	15	30	50	80
55	0	0	5	10	25	45	70
60	0	0	0	10	25	40	60

Tabella N. 6.

Medical Impairment Mortality Ratings.

Pr. sistolica	135	140	145	150	155	160	165	170
Pr. diastolica	92	95	98	100	102	104	—	—
ETÀ								
20	5	10	20	35	55	80	105	135
25	5	10	20	35	55	80	110	145
30	5	15	25	40	60	85	115	155
35	10	20	30	45	65	90	120	160
40	10	20	30	50	70	100	130	170
45	10	20	30	50	70	95	125	165
50	10	15	25	45	65	90	120	155
55	5	20	20	35	50	75	100	130
60	0	5	15	20	30	50	75	100

Tabella N. 7.

BASSFORD

*Tassi addizionali di sopramortalità per gli scostamenti
dalla pressione arteriosa diastolica media.*

Scostamenti dalla pressione arteriosa media diastolica	S. m. per tutte le età
10	10
15	20
20	35

La Canadian Life Insurance Officers Association ed il Bassford seguono un metodo differente dalla Medical Impairment Mortality Ratings. Mentre i primi due addizionano le rispettive quote di sopramortalità corrispondenti alla pressione massima ed alla pressione minima, la Medical Impairment Mortality Ratings applica quella sopramortalità che risulta la più alta delle due.

Non posso raccomandare nè l'uno nè l'altro dei due metodi e ciò per le seguenti ragioni:

Possiamo misurare la gravità del fenomeno ipertensivo sia con la determinazione della pressione massima che con quella minima. Entrambe sono una funzione dello stesso fenomeno. Prescindendo dal loro differente significato emodinamico, quando esiste equilibrio circolatorio, le due pressioni si trovano in un determinato rapporto, esprimibile ad esempio mediante le formule di Lian. Si preferisce di graduare il fenomeno ipertensivo con la misurazione della pressione massima, perchè di esecuzione più facile ed esatta. Non sarebbe giusto di tarare due volte lo stesso fenomeno anomalo, applicando quote addizionali separate per entrambe le tensioni, come si dovrebbe fare secondo la Canadian Life I. O. A. ed il Bassford. D'altronde il procedimento della M. I. M. R., se evita

l'inconveniente delle altre due tabelle, porta pure ad altre incongruenze e precisamente, un soggetto con pressione arteriosa massima 160 e minima 92 ottiene la stessa sopramortalità come uno con la stessa pressione massima, essendo 104 la pressione minima, mentre lo stato del sistema circolatorio dei due soggetti è profondamente diverso, equilibrato il primo e meno equilibrato il secondo.

Un aumento della tara si ha soltanto, quando il fenomeno ipertensivo è congiunto ad una rottura del rapporto normale fra le due pressioni. L'equilibrio può essere rotto sia nel caso di una divergenza maggiore che in quello di una maggiore convergenza delle due pressioni. Queste due possibilità hanno un valore differente, avendo la divergenza un significato diagnostico e la convergenza un significato prognostico.

Infatti esistono delle ipertensioni come quelle dei neurovegetativi o degli arteriosclerotici o degli ammalati di insufficienza aortica, di cui lo scarto fra massimo e minimo è superiore a quello indicato dalle formule di Lian. Invece il convergere delle due pressioni significa sempre un indebolimento del cuore.

Da quanto esposto si deve concludere che quando esiste equilibrio fra i valori della pressione massima e della pressione minima, allora basta applicare il tasso di sopramortalità corrispondente alla pressione arteriosa massima, ma quando questo equilibrio non vi è, allora il caso deve essere analizzato ulteriormente e giudicato a seconda che l'analisi sveli l'esistenza o di una ipertensione divergente oppure di una incipiente insufficienza cardiaca. Fra le ipertensioni a tipo divergente, quella delle forme neurovegetative può essere considerata relativamente benigna, a meno che il disturbo neuroendocrino non abbia per se stesso una gravità tale da richiedere delle restrizioni speciali. L'ipertensione divergente degli arteriosclerotici deve essere considerata più grave di quella senza segni di lesioni delle arterie. L'insufficienza aortica rappresenta per se stessa una tara tanto grave da fare considerare l'ipertensione soltanto come anomalia secondaria. Le ipertensioni convergenti indicano sempre uno stato di insufficienza miocardica e rappresentano un rischio assicurativo molto grave, forse addirittura non accettabile.

Da quanto esposto risulta quanto siano inopportune tutte le tabelle che danno dei saggi di mortalità per le variazioni della pressione minima.

ALCUNE OSSERVAZIONI SUI PARERI CIRCOLARI RIGUARDANTI LA « IPERTENSIONE »

Nella tabella riportata più sopra ho riunito tutti i pareri circolari che riguardano casi di ipertensione non nefritica pubblicati fino ad ora dal « C. I. R. T. ». Dall'esame di questa tabella si rileva anzitutto che quasi tutte le Compagnie mettono come limite di accettazione la pressione arteriosa massima di 180-190.

Per quanto riguarda i casi con pressione arteriosa inferiore a questa, l'esame della tabella dimostra una disparità di giudizi veramente sconcertante: casi che vengono nettamente rifiutati da certi enti assicurativi, vengono proposti da altri per la accettazione con 25-50 % di sopramortalità. In un altro caso il giudizio oscilla fra il 100 % di sopramortalità e l'assunzione a tasso normale. Un esame più approfondito di questi casi lascia supporre che tali notevoli differenze non siano dovute al grado della ipertensione per sè stessa, ma alle tare secondarie concomitanti. La tara secondaria più frequente in questi casi è data dal sovrappeso e si ha l'impressione che la concomitanza di ipertensione ed obesità sia sottoposta più delle altre a discordanti valutazioni. Le condizioni più miti in questi casi sono proposte di regola dal « Val » e dalla « Münchener ». Data la competenza e la lunga esperienza di questi due enti assicuratori di rischi tarati, l'autore ritiene di dover dare notevole importanza ai loro giudizi e propone di trattare l'associazione di obesità con ipertensione, sommando semplicemente le rispettive quote di sopramortalità per il sovrappeso e per l'ipertensione.

*Relazione del Dott. PIETRO TROTTARELLI
Riunione del 26 febbraio 1937-XV*

CONCETTI FONDAMENTALI PER L'ORGANIZZAZIONE MEDICA SEGUITI DALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

E' a tutti nota l'enorme importanza dei medici fiduciari presso le Compagnie di Assicurazione Vita.

Essi, che si potrebbero chiamare i periti di fiducia delle Direzioni Generali delle Compagnie, debbono possedere requisiti di onestà, di scrupolo e di sapere superiori alla norma.

Forse non esagero se dico che i fiduciari sono i modesti custodi ed artefici della floridezza economica degli Enti Assicuratrici.

Avere un corpo di medici fiduciari che senta l'importanza della propria missione, che non transiga con la coscienza e che possieda una cultura professionale salda e reale, deve essere la finalità di tutti i Servizi Sanitari delle Compagnie di Assicurazione, ed è appunto con questi criteri fondamentali che l'I.N.A. ha affinato e sta affinando la propria organizzazione.

Attualmente i nostri fiduciari in Italia raggiungono il rispettabile numero di 6.000, ma l'organizzazione è ancora ben lungi dal potersi ritenere completa.

Infatti il fine che ci siamo prefissi è il seguente:

a) possibilmente due fiduciari per ogni piccolo Comune: ciò per la snellezza e continuità del servizio e per non intralciare la produzione di quei contratti che raggiungendo le lire 100.000 abbisognano di doppia visita medica;

b) nei Centri più importanti adeguare il numero al lavoro locale in modo che il guadagno rappresenti uno stimolo che abbia lo scopo di affezionare i fiduciari all'Ente Assicuratrice e di assecondare l'opera dei produttori i quali in tal modo troveranno sempre il medico disposto alla visita... anche nelle ore meno opportune!...;

c) nei Centri ove il lavoro è cospicuo, procedere sempre alla nomina di uno o più « fiduciari preferiti ». Questi, che dovranno possibilmente essere o Liberi Docenti in Medicina Interna o Medici Ospedalieri dei reparti di medicina, debbono sempre intervenire nei contratti nei quali è richiesta doppia visita medica, oppure debbono essere chiamati di preferenza in tutti quegli altri il cui capitale superi le lire 50.000;

d) i « fiduciari preferiti » vengono pure utilizzati, nelle città ove non esista un Consulente, per le eventuali visite di controllo o per le ricerche di laboratorio che la Direzione dovesse richiedere;

e) nelle Città sede di Università, *tutti* i medici fiduciari debbono essere prescelti o fra i Liberi Docenti in Medicina Interna o fra gli ospedalieri dei reparti medici.

* * *

Accanto all'organizzazione dei fiduciari, viene perfezionata quella dei Consulenti e degli Specialisti.

I primi sono in genere « Titolari delle Cattedre di Clinica o di Patologia Medica » e ad essi si ricorre o per controllo di assicurazioni con capitali molto rilevanti oppure (ciò che è più frequente) per visite di controllo nei casi nei quali, dai rapporti di visita medica precedenti, si rilevi un contrasto di opinione.

I secondi, cioè gli Specialisti, vengono prescelti fra i Titolari di Cattedra ed utilizzati per le visite di controllo che riguardano la loro specialità.

* * *

A questa organizzazione l'I.N.A. ha oggi aggiunto quella dei « Centri Sanitari ».

Dirò due parole su questa nuova istituzione.

I Centri Sanitari (sono già in funzione quelli di Torino, Padova, Roma, Messina, Cagliari, Bolzano, ai quali si aggiungeranno prossimamente quelli di Milano, Ancona, Napoli) sono

forniti di attrezzamento completo di laboratorio (sierologia, radiologia, ecc.) e sono diretti da medici di ruolo della Direzione assunti per concorso.

Essi hanno la doppia funzione: assicurativa ed assistenziale per gli assicurati dell'I.N.A.

Ed è a questi Centri che facciamo convergere le visite di controllo della regione oppure sono i medici del Centro che si recano presso l'assicurando della zona per tutti quei chiarimenti richiesti dalla Direzione Generale.

Altri compiti e non meno importanti, dei Medici dei Centri, sono quelli di proporre, in accordo con gli Ispettori Amministrativi, le nomine dei Medici Fiduciari vagliandoli dal lato tecnico e di avere frequenti contatti con i produttori per valorizzare quella medicina assicurativa spicciola che ha tanta importanza per la prima selezione dei rischi.

*Relazione del Dr. PIETRO TROTTARELLI
Riunione del 26 febbraio 1937-XV*

ASSICURAZIONI SENZA VISITA MEDICA

Le assicurazioni senza visita medica che prima del 1920 erano poco conosciute nel Continente, hanno avuto una rapida diffusione dopo la grande guerra e tendono sempre ad affermarsi maggiormente.

In Europa solo le Compagnie Inglesi, ed in modo speciale la « Prudential Assurance Company », avevano iniziato sin dal 1854 le *Assicurazioni Popolari* senza visita medica.

Esse avevano avuto un rapido sviluppo tanto che prima della guerra il portafoglio delle Compagnie inglesi aveva raggiunto con tale forma assicurativa un capitale di 300 milioni di sterline, capitale che attualmente è forse raddoppiato.

Allo scopo di favorire in ogni modo il concetto della previdenza, le assicurazioni popolari si sono andate man mano diffondendo in tutti gli Stati tanto più che esse hanno lo scopo

precipuo di stimolare le classi più umili ad un costante miglioramento del loro avvenire.

In Italia, ad esempio, l'Istituto Nazionale da appena un decennio ha iniziato la propaganda per le popolari, propaganda che ha raccolto ottimi frutti se si pensa che in sì breve scorcio di tempo, i capitali assicurati hanno raggiunto la rispettabile cifra di circa 1.400.000.000.

Ma accanto a queste forme, che per avere la caratteristica di rappresentare assicurazioni a piccolo taglio, avevano avuto la denominazione di « popolari », si andarono man mano sviluppando, sempre più nel dopo guerra, le assicurazioni senza visita medica per capitali ben più considerevoli.

Molte Compagnie sia in Italia che all'Estero sono state e sono tuttora riluttanti a praticare un tal genere di assicurazione che potrebbe, in determinate circostanze, rappresentare un vero salto nel buio.

Ed allo scopo di premunirsi da possibili sorprese è invalsa la consuetudine che le « senza visita medica » possano essere assunte quando s'abbia la sicurezza che il rischio, in base alle risposte del formulario, *sia normale* e si adottino le seguenti misure prudenziali:

- 1) un periodo di carenza che varia dai due ai dieci anni;
- 2) una limitazione dei capitali assicurabili che in ogni modo non oltrepassi le lire centomila;
- 3) una limitazione nella scelta della forma assicurativa e che per lo più non si discosta dalla mista o dal termine fisso.

Ho fatto a tal proposito una piccola indagine fra le Compagnie esercenti in Italia ed ho avuto dalla cortesia dei Medici Capi, che sentitamente ringrazio, le notizie che qui appresso riporto:

RIUNIONE ADRIATICA DI SICURTA'

Categoria senza visita medica:

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
1 - Mista	L. 5.000	L. 25.000
2 - T. Fisso	» 5.000	» 25.000
3 - Caso morte a p. t. (al 75° anno di età)		» 25.000

1 - Decorrenza rischio dal 3° anno.

Caso morte nel 1° anno pagamento di una somma uguale ai premi;

Caso morte nel 2° anno pagamento di una somma uguale a metà del capitale assicurato, più tanti dodicesimi dell'altra metà quanti sono, al momento della morte, i mesi interamente trascorsi del 2° anno di assicurazione.

Criteri di accettazione:

a) *Comunicazioni del Dr. Boni - Milano:*

L'accettazione presso la Riunione Adriatica, delle assicurazioni senza visita medica, avviene in base all'unito formulario di proposta, il quale contempla anche una serie di dichiarazioni relative alle condizioni ed ai precedenti sanitari dell'assicurando. Tale proposta è completata da un rapporto confidenziale, di cui pure allego copia, e l'esame dei rischi viene eseguito secondo le norme risultanti riprodotte nello stesso libretto di tariffa che pure accludo ed al quale faccio quindi riferimento.

Il giudizio sulla accettabilità di quei rischi viene espresso in genere in via amministrativa, senza intervento della Consulenza Medica, alla quale vengono sottoposti quei casi nei quali, per dichiarate malattie, pregresse o in atto, l'amministrazione considera il rischio non normale. Naturalmente talvolta, quando esistono dei dubbi, occorre richiedere la visita dell'assicurando.

b) *Comunicazione del Dr. Israeli - Trieste.*

I criteri della mia Compagnia in questo riguardo è quello di accettare soltanto quei rischi che in base alle domande dell'Agente ed a tutti gli altri dati che sia possibile raccogliere, risultino perfettamente normali.

ALLEANZA VITA.

1 - Mista

Carenza:

1 - Decorrenza del rischio dopo il 5° anno.

In caso di morte durante il 1° quinquennio, il capitale viene pagato immediatamente, ridotto però a tanti decimi, quante saranno state le annualità di premio scadute e pagate.

Criteri di accettazione:

Non sono esattamente al corrente dei criteri di accettazione.

COMPAGNIA ANONIMA D'ASSICURAZIONE DI TORINO

Categoria senza visita medica.

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
Mista	— —	L. 20.000
Termine Fisso	— —	» 20.000

Carenza:

Decorrenza rischio dal 3° anno.

Caso morte nel 1° anno pagamento di una somma uguale al capitale assicurato diviso per il numero di anni della durata del contratto.

» » » 3° semestre: pagamento di una somma uguale alla metà del capitale assicurato;

» » » 4° semestre: pagamento di una somma uguale ai tre quarti del capitale assicurato.

Criteri di accettazione:

— Comunicazione del Dr. Malan.

Vengono presi in esame i dati della longevità dei genitori, sulle eventuali malattie superate dal candidato, sull'idoneità al servizio militare, sulle misure somatiche, su eventuali altre assicurazioni contratte.

In caso di dubbio giustificato, circa le condizioni di salute dell'assicurando, si fa domanda di visita medica.

ANONIMA VITA.

Categoria senza visita medica.

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
Mista	— —	L. 50.000
Termine Fisso	— —	» 100.000

Carenza:

Caso morte nel 1° quinquennio pagamento di una somma uguale ai premi pagati meno $\frac{1}{2}$ premio, aumentati dall'interesse composto del 4 %.

Criteri accettazione:

— Comunicazione del Dr. Foà.

Quanto ai criteri che si seguono per l'accettazione di tali rischi, è ovvio siano per quanto possibile restrittivi per evitare il pericolo di assumere rischi tarati, dato che l'accettazione deve basarsi esclusivamente sulle dichiarazioni dell'interessato.

Salvo a consigliare la visita medica ogni qual volta dalle notizie raccolte si abbia motivo di dubitare imprudente l'accettazione stessa.

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE.

Categoria senza visita medica.

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
V. p. v.	— —	L. 20.000
Mista	— —	» 20.000

Carenza:

Decorrenza rischio dall'11° anno.

Caso morte nel 1° decennio pagamento di una somma uguale ai premi pagati, meno uno, capitalizzati al 3 %.

Criteri di accettazione:

Per le forme senza visita medica, il Medico revisore esprime il suo giudizio in base alle dichiarazioni rese dall'assicurando sul Mod. 3.

Questo si fa per le forme ordinarie (vita intera e mista) con carenza di 10 anni, tenendo conto di tutti gli elementi perché

presumibilmente il sinistro non debba avvenire appena trascorso il periodo di carenza.

DANUBIO.

Categoria senza visita medica.

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
Mista	L. 3.000	L. 15.000
T. Fisso	» 3.000	» 15.000

Carenza:

Decorrenza rischio dal 3° anno.

Caso morte nel 1° semestre pagamento di una somma uguale ai premi pagati;

» » » 2° semestre pagamento di una somma uguale ad $\frac{1}{4}$ del capitale assicurato;

» » » 2° anno pagamento di una somma uguale alla metà del capitale assicurato.

Criteri di accettazione:

— Comunicazioni della Compagnia.

Come rileverete i moduli di proposta in nostro uso contengono, oltre ai dati che si riferiscono alla persona ed alla combinazione di assicurazione richiesta, anche una quantità di quesiti riguardanti:

1) il gentilizio, 2) le misure somatiche, 3) l'attuale stato di salute, 4) eventuali malattie ed abitudini di vita di possibile cattiva influenza sul rischio.

Innanzitutto accertiamo se dai bollettini del CIRT non risultano che il rischio sia stato in precedenza rifiutato oppure dichiarato tarato da questo Ente.

Teniamo inoltre calcolo delle indicazioni rese dal proponente in merito al gentilizio, nel senso di far dipendere l'accettabilità della proposta, fra l'altro, dal fatto che almeno uno dei genitori sia senza difetto.

Le indicazioni relative alle misure somatiche ed al peso, benchè non degne di troppa fede in una proposta di assicurazione senza visita medica, vengono comunque prese da noi in

considerazione inquantochè giudichiamo non accettabile una proposta in caso di sottopeso o sovrappeso tale da caratterizzare tarato il rischio. In merito ci atteniamo alle tabelle del CIRT, diminuendo però i limiti in esse indicati di chili 10 per il sovrappeso, ed aumentando invece di chili 5 quelli per il sottopeso.

Richiediamo infine che le indicazioni sullo stato attuale di salute e sulle eventuali malattie sofferte in passato siano tali da consigliare l'accettazione del rischio. In merito ci atteniamo pure ai criteri enunciati nelle tabelle di sopramortalità del CIRT.

Qualora ci risultasse dagli elementi di cui sopra che un rischio non è accettabile senza riserva, richiediamo in genere la visita medica, ammenochè non riteniamo di rifiutare senz'altro il rischio.

LA FONDIARIA VITA.

Categoria senza visita medica.

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
1 - Vita int. Vital.	— —	L. 20.000
2 - Mista 34 bis		» 100.000

Carenza:

1 - Decorrenza rischio dopo il 10° anno.

Caso morte nel 1° quinquennio: pagamento di una somma uguale ai premi pagati meno uno;

» » » 2° quinquennio: pagamento di una somma uguale alla metà del capitale assicurato.

2 - Decorrenza rischio dal 6° anno.

Caso morte nel 1° triennio: pagamento di una somma uguale ai premi pagati.

» » » 4° anno: pagamento di una somma uguale alla quarta parte del capitale assicurato;

» » » 5° » : pagamento di una somma uguale alla metà del capitale assicurato.

Criteri di accettazione:

Quanto ai criteri che si seguono per l'accettazione di quei rischi, si riassumono nel giudizio presuntivo che si può formare sulla base delle poche notizie esposte con la compilazione dei moduli stessi, e che conseguentemente ha soltanto un valore generico di presunzione.

Quando risultino dati di morbosità che possono essere illustrati insufficientemente dalle informazioni del medico di famiglia, si richiedono queste a mezzo del solito modello speciale. In tutti gli altri casi, nei quali questa procedura è ritenuta insufficiente l'ufficio medico esprime parere contrario all'accettazione del rischio senza gl'indispensabili accertamenti sanitari.

ASSICURAZIONI GENERALI.

Categoria senza visita medica.

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
Mista	— —	L. 25.000

Carenza:

Caso morte 1° anno: pagamento di una somma uguale al capitale assicurato diviso per il numero degli anni della durata, in ogni caso detta somma non dovrà essere inferiore al premio pagato.

Caso morte 1° trim. del 2° anno: pagamento di una somma uguale ad $\frac{1}{4}$ del capitale assicurato;

» » 2° » » 2° » : pagamento di una somma uguale alla metà del capitale assicurato;

» » 3° » » 2° » : pagamento di una somma uguale ai $\frac{3}{4}$ del capitale assicurato;

» » 4° » » 2° » : pagamento dell'intero capitale assicurato.

Criteri di accettazione.

a) *Comunicazione del Dr. Winternitz - Trieste:*

Le risposte del candidato vengono sempre sottoposte al parere del consiglio medico di revisione.

b) *Comunicazione del Dr. Coen-Porto - Venezia:*

Oltre che rispondere alle varie domande, l'assicurando deve presentare il solito modulo del medico di famiglia.

In base a tali risultanze accettiamo o meno il rischio: in caso di speciali accertamenti sanitari si richiede la consueta visita medica per le tariffe comuni.

IL MONDO VITA

Finora la Compagnia non ha accettato in Italia assicurazioni senza visita medica, sebbene le attui in Francia.

Ha però l'intenzione di presto adottarle anche in Italia.

Criteri di accettazione adottati in Francia:

— Comunicazione della Compagnia.

«La nostra Compagnia in Francia accetta proposte senza visita medica fino a 10.000 e senza carenza alcuna fino a 45 ed anche 50 anni di età, con differimento non oltre 65 anni — ed eccezionalmente 70 anni.

I proponenti devono però completare con le loro risposte un questionario speciale. Tale questionario oltre le domande necessarie alla valutazione del rischio, comprende clausola che stabilisce la nullità dell'assicurazione nel caso di reticenza — falsa o erronea dichiarazione (art. corrispondente al 429 del Cod. di Comm. italiano)».

ITALIANA VITA

La Società Anonima «Italiana Vita» non assume assicurazioni senza visita medica, ad eccezione di quelle riguardanti l'assicurazione degli impiegati privati, ma limitatamente ad un capitale massimo di L. 10.000.

L'ABEILLE VITA

Presso la nostra Compagnia non sono in uso forme di assicurazione sulla vita senza visita medica (salvo che per le comuni forme per il solo caso di vita).

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE DI MILANO

Come l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.



PHENIX VITA

La Compagnia di Assicurazioni «Phénix» non pratica detta forma di assicurazione.

LA PREVIDENTE VITA

Categoria senza visita medica.

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
Mista	— —	L. 25.000

Carenza:

Decorrenza rischio dopo il 6° anno.

Caso morte nel 1° triennio: pagamento di una somma uguale ai premi pagati senza interesse.

» » » 2° triennio: pagamento di una somma uguale alla metà del capitale assicurato.

Criteria di accettazione:

— Comunicazione del Prof. Barinetti.

Per l'assunzione del rischio, viene prima consultato lo schedario CIRT, e se questo risulta positivo, la proposta non viene accettata.

Nel caso negativo, se l'età del proponente supera i 40 anni, ed il capitale da garantire è superiore alle 10.000 lire, viene generalmente interpellato il medico di famiglia dell'assicurando.

Quando il proponente dichiara di essere stato già assicurato sulla vita, si richiedono informazioni sanitarie alle Compagnie nominate.

SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI

Categoria senza visita medica.

	Capitale ass. minimo	Capitale massimo
Mista	— —	L. 100.000
Termine Fisso	— —	L. 100.000

Carenza:

Caso morte nel 1° quinquennio: pagamento di una somma uguale ai premi pagati meno mezzo premio, aumentati degli interessi composti al 4 %.

Criteri di accettazione:

— Comunicazione del Dr. Littardi.

L'assunzione dei rischi in parola viene fatta con criteri direzionali e dopo aver sentito il parere di questo Ufficio Medico si tiene conto principalmente della classe e categoria della tara, mantenendo una limitazione alla durata dei contratti e proponendo di preferenza, la tariffa « Termine Fisso ».

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

Capitali minimi - L. 10.000

Capitali massimi - L. 100.000.

Tariffa N. 3 (S. V. M.) - *Mista a premio annuo* — Il capitale è pagabile alla morte dell'assicurato se questa avviene dopo i primi 5 anni di assicurazione e prima della scadenza convenuta, oppure alla scadenza stessa se l'assicurato sarà in vita.

N. B. — In caso di morte dell'assicurato entro i primi 5 anni di assicurazione l'Istituto restituirà l'ammontare dei premi pagati, meno mezza annualità di premio, aumentato degli interessi in ragione del 4 % all'anno.

Tariffa N. 4 (S. V. M.) - *Termine Fisso a premio annuo* — Il capitale è pagabile alla scadenza convenuta sia o no in vita l'assicurato purchè la morte non sia avvenuta nel 1° quinquennio.

N. B. — In caso di morte dell'assicurato entro i primi 5 anni di assicurazione l'Istituto restituirà l'ammontare dei premi pagati, meno mezza annualità di premio, aumentato degli interessi in ragione del 4 % all'anno.

Criteri di accettazione: vedi oltre.

Da quanto sopra si rileva che su 16 Compagnie esercenti in Italia, 12 accettano le assicurazioni senza visita medica e 4 non praticano detta forma assicurativa.

Che il capitale assicurabile in tale forma varia dalle 3 alle 100.000 lire.

Che il periodo di carenza varia da 2 a 10 anni.

L'Istituto Nazionale iniziò nel maggio 1918 detta forma assicurativa con periodo di carenza di sei anni e con un capitale minimo assicurabile di lire 10.000 e massimo di lire 100.000.

Nel luglio 1930 la carenza venne ridotta ad anni 5 fermo restando il capitale massimo assicurabile.

Sia l'I. N. A. che le altre Compagnie esercenti in Italia accettano detti rischi solo se dalle risposte del questionario essi risultino normali.

Non appena sorga un dubbio circa la normalità del rischio da assumere, la proposta non viene accettata e viene sollecitata la visita medica, qualora il certificato del medico di famiglia che alcune Compagnie richiedono, non sia rassicurante.

Presso l'I. N. A. la Commissione Accettazione Rischi, della quale fanno parte i medici della Direzione, dà il suo giudizio sull'accettazione di quelle proposte che dai precedenti diretti o indiretti (cessioni legali) non risultino normali o di quelle il cui capitale sia rilevante.

Le altre vengono accettate d'ufficio.

Rimane pertanto stabilito che in Italia si accettano senza visita medica solo quei rischi che dalla documentazione risultino normali e che tutti gli altri che dalla normalità per qualsiasi ragione si discostino, vengono rifiutati o accettati in base alle informazioni del medico di famiglia o, se permangono dubbi, dopo regolare visita medica.

Unica eccezione è rappresentata dalle « Popolari » gestite dall'I. N. A. dove vengono accettati anche rischi che si discostano dal normale.

Credo che siano a tutti note le caratteristiche di dette popolari.

Ricorderò ad ogni modo: 1) che il capitale assicurabile può raggiungere un massimo di lire 10.000; 2) che vengono accet-

tate le seguenti tariffe: *Vita Intera Premio Temporaneo - Mista - T. Fisso - e Mista crescente (C. D.)*.

Qualora il sinis'ro avvenga entro i primi tre mesi dalla stipulazione del contratto, si restituiscono i premi pagati; dai tre mesi ai sei, si paga metà del capitale: oltre i sei mesi la polizza viene liquidata per l'intero capitale. Inoltre per infortunio si paga il doppio del capitale assicurato.

Ed a proposito delle accettazioni dei rischi tarati nelle « Popolari », ripeterò quanto ebbi occasione di comunicare al Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari tenutosi in Venezia nel 1935.

« Come si regola il medico in tali casi? »

Sino alla fine del 1933, l'accettazione da parte dell'I. N. A. si uniformava a concetti un po' più severi e che risentivano molto dei criteri di accettazione delle assicurazioni normali con visita medica.

Allorchè i dati risultanti dalla proposta non erano molto rassicuranti e si nutrivano dei dubbi circa la bontà del rischio, questo veniva al massimo accettato in mista crescente.

In pratica si è visto che detta forma assicurativa dava luogo, nelle liquidazioni, a contestazioni di vario genere ed in ogni modo poteva ingenerare un vago senso di sfiducia fra tutti gli assicurati.

Avere infatti la sensazione di dover riscuotere un modesto capitale e vedersi invece restituire presso a poco i soli premi pagati, è cosa che effettivamente lascia perplessi, e detta perplessità deve esser giustamente maggiore fra le classi umili, le quali spesse volte non riescono a comprendere con esattezza la differenza fra le varie forme assicurative.

Pertanto dai primi del 1934 l'I. N. A. ha quasi abolito nelle « Popolari » detta forma assicurativa a meno che non sia espressamente richiesta, ed ha iniziato un altro sistema per la accettazione dei rischi tarati.

Detto sistema consiste nel lasciare il più che si può integra la forma richiesta (mista, termine fisso, vita intera) e di limitare invece il capitale o con diminuzione delle quote mensili o con riduzione della durata (escluso s'intende per il termine fisso) allorquando all'esame delle proposte si rilevano dati che

non permettono di far classificare come normale il rischio sottoposto all'esame.

E nei casi dubbi, anzichè l'accettazione in « mista crescente » si preferisce senz'altro il rifiuto salvo il risultato di una visita medica.

Questo sistema che salvaguarda egualmente l'interesse dell'Istituto assicuratore, si è sino ad oggi dimostrato buono e non ha dato luogo ad inconvenienti di sorta ».

E' stato questo il primo tentativo in Italia di accettazione di rischi tarati nelle « senza visita medica » e che ormai è in vigore da circa quattro anni con risultati soddisfacenti.

In Germania però si fa molto di più.

La « Münchener » infatti da circa due anni accetta senza visita medica rischi tarati e sembra (quantunque sia ancora troppo presto per poter giungere a conclusioni probative) con risultati incoraggianti.

Il Dr. Sturm al quale mi sono rivolto per informazioni dettagliate, non ha specificato le caratteristiche di dette assicurazioni se cioè esista periodo di carenza, ed esistendo, quale ne sia la durata.

Ma dall'insieme mi è sembrato di intuire che la carenza sia di uno o due anni e che il capitale assicurato possa raggiungere i 10 od al massimo i 20.000 marchi.

In ogni modo mi ha fornito le altre importanti notizie che qui appresso riferisco e che possono essere basilari per lo studio in Italia delle accettazioni dei rischi tarati nelle « senza visita medica ».

« Finora si accettavano senza visita medica solo assicurandi che dichiaravano di essere *sani*.

« Assicurandi non normali, cioè quelli che ora definiamo *rischi tarati* non erano accettati senza visita medica poichè si era del parere che l'assicurazione vita può essere concessa solo a quei rischi tarati che mediante visita medica siano sufficientemente accertati.

« Ma con il diffondersi dello spirito di previdenza si venne necessariamente a considerare l'opportunità di accettare — per lo meno in misura limitata — anche individui tarati senza visita medica.

«Pertanto due anni or sono ponemmo le basi (confesso sinceramente, in principio con una certa diffidenza) per accettare s. v. m. rischi tarati sia in forma popolare che per capitali maggiori. Nelle nostre considerazioni partimmo dal seguente punto di vista:

« Un rischio può essere tarato: 1) per la anamnesi familiare (eredità); 2) per la sua costituzione (sovrappeso o sottopeso); 3) per la sua anamnesi personale (malattie avute prima della proposta); 4) per ogni e qualsiasi affezione morbosa denunciata al momento della proposta; 5) per altre ragioni come ad esempio: professione, clima, abitudini di vita, ecc.

« Per gli assicurandi facenti parte delle classi 1), 2) e 5), dovrebbe essere possibile calcolare senz'altro la sopramortalità in base alle nostre esperienze con i rischi tarati con visita medica.

« Difficoltà molto maggiori si incontrano invece nei rischi appartenenti alle classi 3) e 4), vale a dire quando sussistono morbosità nell'anamnesi e all'epoca della proposta.

« Ad evitare — almeno in gran parte — che l'assicurando possa tacere qualche affezione o per lo meno che descriva migliori le sue condizioni — il che non è del tutto impossibile neanche nelle assicurazioni c. v. m. — ci siamo forzati di compilare un questionario abbastanza dettagliato con il quale poniamo all'assicurando tutte quelle domande che ci sono necessarie — sempre che egli non dichiari scientemente il falso — per renderci conto del suo vero stato di salute.

« Inoltre per ultimo abbiamo inserito — vedi allegato N. 1 — una dichiarazione firmata nella quale l'assicurando conferma esplicitamente di aver detta tutta la verità e che non ha taciuto o celato nulla e che la Compagnia avrà diritto di rescindere il contratto qualora avesse contravvenuto a tali disposizioni.

« Ora, se dalle dichiarazioni dell'assicurando risulta che in passato, ha sofferto o soffre all'epoca della proposta di qualche malattia, gli viene rimesso uno speciale questionario che si riferisce alla malattia dichiarata. Abbiamo fatto il possibile per compilare per tutte le anomalie o malattie, dei singoli questionari che se da una parte sono così semplici, che ogni assicurando deve capirne le domande, dall'altra sono talmente det-

tagliati da permetterci di formulare un preciso giudizio circa l'accettabilità di ogni singolo rischio.

« Abbiamo compilato tali questionari per le seguenti malattie:

Asma - Epilessia - Malattie dell'apparato circolatorio - Vene varicose - Gozzo - Malattie del fegato e cistifellea - Malattie nervose - Malattie renali - Malattie dell'orecchio - Reumatismo - Pleurite - Deviazioni colonna vertebrale - Diabete.

« In base a questi elementi — vedi allegati dal N. 2 al N. 16 — due anni or sono abbiamo iniziato l'assicurazione dei rischi tarati s.v.m. — A prescindere da una serie di casi nei quali i capitali assicurati oscillavano tra i 2000 e i 100.000 marchi, abbiamo finora esaminato circa 9000 proposte per un capitale di quasi 2 e mezzo milioni di marchi. Di queste proposte fummo costretti a rifiutarne il 23% ed a rinviarne ad altra epoca il 14%. Delle rimanenti (63 %) il 54 % degli assicurandi accettò le nostre condizioni. Questa cifra corrisponde grosso modo a quella realizzata per assicurazioni c. v. m. La sopramortalità da noi stabilita viene compensata mediante un adeguato aumento di età, innanzi tutto per facilitare il lavoro delle Compagnie, dato che queste esigono dagli assicurandi anzichè il premio normale relativo alla loro età all'ingresso, il premio per una presunta maggiore età. Per contratti piccolissimi, nei quali ad esempio gli assicurati pagano un premio mensile di un marco e per i quali in caso di morte viene liquidato un capitale determinato, si procede nel senso che in quest'ultimo caso non si paga il capitale rispondente alla loro vera età bensì quello minore relativo alla presunta maggiore età.

« Naturalmente le esperienze fatte finora sono troppo limitate per potere trarne un qualsiasi giudizio conclusivo. Tuttavia in questi due anni non si è ancora verificato nulla che avesse potuto preoccuparci. D'altra parte il momento sociale che attraversiamo ci sembra talmente incalzante che è nostra intenzione di continuare a diffondere l'idea di assicurare rischi tarati senza visita medica ».

Le veramente interessanti notizie fornite dal Dott. Sturm e l'esame dei moduli speciali, danno luogo ad alcune riflessioni e prima fra tutte, a questa: che cioè due soli anni di esperienza non possono per il momento far giungere a conclusioni certe.

Il fatto però che la nostra statistica di sinistri sulle « Popolari » dimostra come il maggior numero dei sinistri avvenga entro il primo anno, mentre questo il Dr. Sturm non avrebbe notato, è già un indice per quanto vago che denoterebbe la bontà del metodo.

Sarà interessante seguire l'andamento dei sinistri nel prossimo avvenire ed a tal proposito mi riprometto di chiedere ulteriori notizie al Dr. Sturm.

La seconda riflessione che balza evidente è questa e che cioè il medico è elemento non solo necessario ma indispensabile nell'esame delle proposte delle « senza visita medica ».

Dirò anzi che specialmente nelle s. v. m. è giocoforza conoscere il giudizio del medico il quale deve da una risposta ambigua o poco chiara dell'assicurando, intuire la possibilità di una affezione e richiedere la compilazione del modulo speciale per la malattia sospettata.

Per un assicurando ad esempio che ci riveli soffrire di un po' di affanno chi, se non il medico, potrà intuire con i dati della costituzione, del gentilizio, delle malattie pregresse, ecc. se questo si debba mettere in rapporto con turbe dell'apparato respiratorio o circolatorio?

E così via che di esempi se ne potrebbero trovare a centinaia.

I moduli in vigore per le s. v. m. presso le singole Compagnie esercenti in Italia sono pressochè consimili e possono benissimo rappresentare con qualche opportuno ritocco, quello che si potrebbe chiamare una visione panoramica del rischio da esaminare.

Quello che occorre invece creare sono i moduli per i dettagli delle singole entità morbose, moduli chiari che non possano dar luogo a dubbi od equivoci, e, in altre parole, fotografino il caso in esame e diano modo di esprimere un giudizio per quanto più possibile aderente alla realtà.

E son sicuro che un po' sulla scorta dei moduli tedeschi, un po' con l'esperienza singola dei valorosi Medici Capi delle compagnie italiane, si possa facilmente raggiungere l'intento ed iniziare anche da noi su vasta scala (qualora gli Enti assicuratori lo vogliano) le assicurazioni « senza visita medica » anche per i rischi tarati.

Questionari per le s. v. m. usati
dalla Münchener

Allegato N. 1

QUESTIONARIO

per assicurazioni senza visita medica

1. — Domande generali:-

Domande:

Risposte :

1 - a) Chi è l'assicurando?

(cognome, nome: per signore anche
il cognome di nascita)

b) Professione, condizione, mestiere,
occupazione:

c) La Vostra attività vi porta in qual-
che modo in contatto con il commer-
cio degli alcoolici?

(alberghi, osterie, birrerie, bottiglie-
rie, ecc.)

d) Domicilio?

e) Luogo e data di nascita:

2 - a) Che capitale desiderate assicurare?

b) Con quale forma?

c) Desiderate pagare il premio annual-
mente, semestralmente o trimestral-
mente?

3 - A favore di chi è fatta l'assicura-
zione?

4 - a) Siete già assicurato o lo siete stato
in passato? (presso quale Compagnia?)

b) Siete mai stato rifiutato o vi venne
mai chiesto un soprapremio?
(indicare la Compagnia e l'epoca)

c) Avete attualmente altre proposte in
corso? presso quale Compagnia?

d) Siete già stato assicurato presso di
noi? Qual'è il N° della Vostra po-
polizza?



5 - a) Avete prestato servizio militare in tempo di pace?

In caso contrario indicate le ragioni per cui foste esentato

b) Avete preso parte alla guerra? Quando? in quale corpo?

c) In caso contrario indicare la ragione.

Per ragioni di salute?

d) Percepisce una pensione di guerra? Perchè? A quanto ammonta?

b) Vi siete ammalato nei tropici?

6-c) E' nelle vostre previsioni di recarvi in Paesi extraeuropei? In quali?

Quale malattia avete sofferto?

Siete guarito perfettamente, da quando?

o sono residuati dei postumi?

c) Siete professionista in qualche sport o avete intenzione di svolgere una qualsiasi attività in qualità di aviatore?

2. — Personali:

Viventi:

Età - Stato di salute.

Defunti:

Età - Causa di morte.

Padre

Madre

Fratelli

Sorelle

Coniuge

Figli

(se il coniuge è deceduto indicare la data e la causa di morte).

- 1) Chi dei vostri genitori, fratelli, nonni o zii, soffre o ha mai sofferto di tisi, cancro, malattie mentali, epilessia o diabete? C'è stato nessun caso di suicidio?

Domande speciali per donne.

- 1 - a) Le mestruazioni sono regolari?
b) Soffrite o avete sofferto di malattie dell'utero?
(nel caso affermativo indicare il medico curante)
c) Siete incinta? Di quanti mesi?
d) Avete mai avuto aborti? Quanti? Quando?
- 2 - a) Vogliate favorirci il nome dei sanitari che negli ultimi 5 anni ebbero a visitarvi, curarvi od operarvi (indicare anche la data e la natura del male)
b) Chi è attualmente il Vostro medico di famiglia e chi lo era precedentemente?
c) L'avete mai consultato per Voi? Quando? Perché?
d) Avete difetti organici o degli organi dei sensi? (gambe, piedi, orecchie, occhi)
e) Qual'è il Vostro peso vestita? Kg.
Qual'è la Vostra altezza cm.
Siete recentemente aumentata o diminuita di peso? di quanto?
- 3 - Le Vostre attuali condizioni di salute sono buone o soffrite o avete mai sofferto di:
a) disturbi nervosi, svenimenti, capogiri, paralisi?
b) Malattie dell'apparato circolatorio? (affanno, palpitazione, asma, ecc.)

- c) Tosse prolungata?
 - d) Tosse con escreato sanguinolento?
 - e) Polmonite o pleurite?
 - f) Catarro bronchiale? Tubercolosi?
 - g) Vomito sanguinolento?
 - h) Disturbi della digestione?
 - i) Appendicite?
 - k) Reumatismo articolare? Gotta?
 - l) Malattie veneree (ulcera, sifilide?)
 - m) Malattie dei reni?
- 3 - Intorbidamento, sedimento abbondante, calcoli, sangue o zucchero nelle urine?
- Di malattie non precedentemente menzionate o di un qualsiasi altro disturbo? Deviazione della colonna vertebrale, perdita di organi, gozzo cecità, otorrea, ecc.?
- 4 - Vi siete mai fatto analizzare il sangue e le urine? Quando? Perché? Da chi e con quale risultato?

Dichiaro di aver risposto fedelmente a tutte le domande e di non aver taciuto o celato nulla.

Prendo atto e riconosco che la Compagnia avrà il diritto di rescindere il contratto qualora avessi contravvenuto a tali disposizioni.

li

19

(firma dell'assicurando)



Allegato N. 2.

Questionario per l'asma

*Dichiarazione supplementare alla proposta
di assicurazione vita*

del Signor _____ nato il _____

Domande:

Risposte:

- 1) Da quanto tempo soffrite di asma?
- 2) Che frequenza hanno gli attacchi asma-
tici?
- In quali occasioni?
- 3) Che durata hanno?
- 4) Siete solito coricarvi durante tali attac-
chi?
- 5) Soffrite anche di disturbi cardiaci?
- In che cosa consistono tali disturbi?
- 6) E' l'asma per voi causa di completa ina-
bilità al lavoro?
- 7) Potete ancora svolgere una limitata at-
tività?
- 8) Qual'è la vostra altezza?
- (m.... cm.... con-senza scarpe)
- Qual'è il vostro peso?
- (Kg.... vestito-svestito)

Allegato N. 3.

Malattie dei reni.

- 1) Avete mai sofferto di nefrite o di calco-
li renali?
- 2) Foste ricoverato in case di cura per det-
te malattie? In quale epoca e per quan-
to tempo?

- 3) Avete sofferto di coliche? quante volte e quando?
- 4) Siete mai stato operato? Quando?
- 5) Vi venne asportato un rene?
- 6) Siete più stato in cura da allora?
(nome e domicilio del medico curante)
- 7) Soffrite tuttora ai reni?
- 8) Qual'è la vostra pressione arteriosa?
Quando vi venne misurata?
- 9) Vi siete recentemente fatto analizzare
le urine? Da chi? con quale risultato?
- 10) Altezza m.... cm.... (con-senza scarpe)
- Peso Kg.... (vestito-svestito)

Allegato N. 4.

Malattie nervose

- 1) Quale fu la causa della malattia?
- 2) Di che natura era?
- 3) Quali sintomi presentavate? Eemicrania,
tremore, capogiro, irascibilità, ecc.?
- 4) Avevate anche disturbi cardiaci?
- 5) Soffrite tuttora di?
- 6) Chi è il medico curante?
- 7) Vennero fatte analisi del sangue?
Quante? In quale epoca l'ultima?
- 8) Quale fu il risultato?
- 9) Quale fu la diagnosi dopo la cura?
- 10) Avete mai frequentato luoghi di cura?
Dove e per quanto tempo?
- 11) Ne avete tratto un beneficio?
- 12) Siete attualmente perfettamente guarito
o sono residuati dei postumi?

Allegato N. 5.

Questionario per l'epilessia

- 1) In che anno si manifestarono i primi
attacchi epilettici?

- 2) Quante volte si manifestarono tali attacchi nel corso di un anno?
- 3) Quando si manifestano? Di giorno? Di notte? Dopo aver sorbito bevande alcoliche? In seguito ad emozioni?
- 4) Quanto tempo durano gli attacchi?
- 5) Quando si è manifestato l'ultimo attacco?
- 6) Durante gli attacchi per quanto tempo perdete i sensi?
- 7) Vi siete mai ferito durante tali attacchi? (morsicature della lingua o altre ferite)
- 8) O avete soltanto un capogiro di breve durata e un leggero svenimento? Quando l'ultima volta?
- 9) Altezza
- Peso

Allegato N. 6.

Vene Varicose.

- 1) In quale epoca e per quanto tempo avete sofferto vene varicose?
- 2) Di quale estensione e grossezza erano le vene varicose? Grosse come una penna d'oca? una matita? o come un dito? Vi sono interi pacchetti varicosi? Dove?
- 3) Avete mai sofferto di nodi varicosi o di infiammazioni varicose?
- In caso affermativo quante volte? quando e da chi foste curato?
- 4) Trattasi di varicocele?
- 5) Siete guarito mediante intervento chirurgico?
- 6) Soffrite tuttora di vene varicose?
- Vogliate descrivere i vostri disturbi.
- 7) Altezza
- Peso

Allegato N. 7.

Malattie dell'apparato circolatorio

- 1) Quale fu la diagnosi clinica del vostro disturbo cardiaco?
- 2) In quale epoca e per quanto tempo siete stato:
 - a) curato dai medici?
 - b) ricoverato in casa di cura?
- 3) Come si manifestò la malattia? Accusate palpitazione, asma, impressionabilità, oppressione, ecc.?
- 4) Vi siete curato? Per quanto tempo e in quale epoca? Dove?
- 5) Che specie di cura avete fatto?
- 6) Con quale esito?
- 7) Dopo la cura Vi dichiararono guarito o siete tuttora sofferente?
- 8) Come si manifestano attualmente i disturbi?
- 9) L'affaticamento vi provoca tuttora palpitazione o acceleramento del polso?
- La sera i vostri piedi sono gonfi?
- 10) Quando Vi siete curato l'ultima volta?
- 11) Altezza
- Peso

Allegato N. 8.

Gozzo

- 1) Da quando esiste il gozzo?
- 2) Foste curato? Di che natura furono le cure? Con quale esito?
- 3) Qual'è la circonferenza del vostro collo misurata lungo il punto culminante del gozzo?
- 4) Il gozzo vi produce disturbi come ad es. asma, raucedine, impressionabilità, ecc.

- 5) Vi vennero mai riscontrati sintomi del morbo di Basedow?
- 6) Soffrite di tachicardia o palpitazioni?
- 7) In questi ultimi anni il peso è aumentato o è restato stazionario?
- 8) Il gozzo è duro o molle alla palpazione?
- 9) Altezza m.... cm.... con-senza scarpe
- Peso Kg... vestito-svestito

Allegato N. 9.

Malattie del fegato e della cistifellea

- 1) Avete mai sofferto di calcoli biliari? In che epoca e per quanto tempo?
- 2) Quanto e con quale frequenza si sono manifestate coliche di fegato?
- 3) Per i calcoli biliari vi siete mai sottoposto ad operazioni? Per quanto tempo foste ricoverato in ospedale?
- 4) Avete mai sofferto di infiammazioni della cistifellea? Quando e per quale durata?
- 5) Foste operato? Quando?
- 6) Avete mai sofferto di ingrossamento del fegato?
- 7) Avete itterizia? Quando e per quanto tempo?
- 8) Accusate tuttora disturbi di fegato?
- 9) Esiste tuttora ingrossamento del fegato?
- 10) Soffrite ancora di itterizia?
- 11) Altezza m.... cm.... con-senza scarpe
- Peso Kg... vestito-svestito

Allegato N. 10.

Malattie polmonari

- 1) Per quanto tempo e in quale epoca avete sofferto di una malattia polmonare?
- Fu bronchite, polmonite, catarro bronchiale o tubercolosi?

- 2) Avete emesso degli sputi sanguigni?
Quando?
- 3) Eravate già in precedenza stato affetto
da malattie degli organi respiratori?
Quale malattia? In quale epoca?
- 5) Foste abbisognevole di cure?
In quale epoca?
- 5) Foste sottoposto a pneumotorace?
Quando?
- 6) I vostri polmoni sono attualmente
perfettamente sani o sono residuati dei
postumi? Quali?
- 7) Il vostro respiro profondo è libero, in-
dolore, o provoca tosse?
- 8) Quale medico vi ebbe in cura?
- 9) Dopo la cura quale fu il giudizio del vo-
stro medico?
- 10) Siete tuttora sottoposto a controllo od
osservazione medica?
- 11) Altezza m....cm.... con-senza scarpe
Peso Kg.... vestito-svestito
Siete recentemen'te aumentato o dimi-
nuito di peso? di quanto?

Allegato N. 11.

Malattie dello stomaco e del duodeno

- 1) Quale fu la diagnosi clinica della vo-
stra malattia?
- 2) Avete sofferto di ulcera allo stomaco?
- 3) In quale epoca?
- 4) Quando e da chi foste operato?
- 5) Quando e per quanto tempo:
a) foste curato da medico di fiducia?
b) foste curato in ospedale?
- 6) Guariste perfettamente o foste in segui-
to nuovamente costretto a ricorrere a
cure mediche per malattie degli organi
digerenti?

- 7) Di che natura era quest'ultima?
- 8) In quale epoca? e di quale durata?
- 9) Chi fu il medico curante?
- 10) Digerite tutti i cibi o state ancora a dieta speciale?
- 11) Accusate ancora disturbi imputabili alla malattia sofferta o all'operazione subita?
- 12) Come si manifestano tali disturbi?
- 13) Altezza m.... cm.... con-senza scarpe
- Peso Kg... vestito-svestito

Allegato N. 12

Malattie dell'orecchio

- 1) Soffrite attualmente di otorrea?
- 2) Da quando?
- 3) Avete mai sofferto di otorrea?
- 4) In quale epoca e per quanto tempo?
- 5) Sono residuati dei postumi? Quali?
- (indicare specialmente se esiste sordità e in quale grado o se è in atto una perforazione del timpano o se si accusano capogiri)
- 6) Vi siete sottoposto ad una operazione radicale? Quando e da chi foste operato?
- 7) Chi altro vi ha curato? (cognome e nome del sanitario)
- 8) Altezza m.... cm.... con-senza scarpe
- Peso Kg.... vestito-svestito

Allegato N. 13

Reumatismo

- 1) Avete mai sofferto di reumatismo articolare ? o muscolare?
- 2) Epoca e durata della malattia.

- 3) Da allora avete più sofferto di:
- a) disturbi cardiaci? (oppressione, affanno od altro)?
 - b) di dolori reumatici?
- In quale epoca? di quale durata?
- 4) In seguito alla malattia sofferta è residua paralisi parziale, atrofia muscolare, disturbi della deambulazione o ingrossamenti alle articolazioni?
- 5) Chi avete consultato per la malattia dichiarata? (indicare nome e indirizzo)
- 6) Quali cure termali avete fatto? In quale epoca? e di quale durata? e in quale luogo?
- 7) Altezza m.... cm.... con-senza scarpe
- Peso Kg.... vestito-svestito

Allegato N. 14.

Pleurite

- 1) Quando e per quanto tempo avete sofferto di pleurite?
- 2) Di che natura? (secca, essudativa o purulenta)?
- 3) In seguito alla pleurite foste operato?
- 4) Vi vennero asportate delle costole?
- 5) Avete avuto ricadute? Quando? di quale durata?
- 6) Dall'epoca della pleurite avete mai sofferto malattie dell'app. respiratorio? Quale?
- 7) In quale epoca? e di che durata?
- 8) Foste abbisognevole di cure?

Durata della cura? In quale luogo?

- 9) Da chi siete stato o siete tuttora curato? (Nome ed indirizzo dei medici)
- 10) Allo stato attuale vi sentite perfettamente bene? Quali disturbi sussistono ancora?

- 11) Siete ancora in osservazione?
- 12) Peso Kg.... vestito-svestito
- Altezza m.... cm.... con-senza scarpe
- In questi ultimi anni siete aumentato o
diminuito di peso?
- Di quanto?

Allegato N. 15.

Deviazione della colonna vertebrale

- 1) Di che natura è la deviazione della colonna vertebrale?
- Angolare o curvilinea?
- 2) Qual'è il grado della deformazione espressa in cm.?
- 3) Da quanto tempo esiste la deviazione e quale ne fu la causa?
- 4) Accusate affanno o disturbi cardiaci?
- 5) Sforzi fisici sono causa di palpitazione?
- 6) Peso Kg... vestito-svestito
- Atezza m.... cm.... con-senza scarpe

Allegato N. 16.

Diabete

- 1) Da quanto tempo è a vostra conoscenza di essere diabetico?
- 2) Oltre al diabete avete maggior fame, sete, prurito o debolezza?
- soffrite di foruncolosi?
- La vostra dentatura è sana?
- Avete mai accusato in precedenza uno dei suddetti fenomeni?
- Quale? Quando?
- 3a) Avete consultato dei medici per il diabete?
- Quando? Quali? E che cure avete fatto?

- Quale percentuale di zucchero vi venne riscontrata?
- b) Avete anche sofferto di albuminuria?
- 4) Avete frequentato luoghi di cura? Quali? Quando e chi vi ebbe in cura?
- 5) Vi è stata mai imposta una dieta speciale?
- Quando? Che specie di dieta? e chi la prescrisse?
- 6) Avete mai fatto cure d'insulina o di qualche altro specifico del genere?
- Chi vi consigliò tale rimedio?
- 7) Siete in possesso di analisi delle urine?
- In caso affermativo vogliate rimettercele unitamente al presente modulo.
- 8) Quando vi venne riscontrato il glucosio l'ultima volta? Da chi? In quale misura?
- 9) Venne mai praticata la glicemia? Quando? Da chi e con quale risultato?
- 10) Altezza m.... cm.... con-senza scarpe
- Peso Kg.... vestito-svestito
- Negli ultimi anni siete aumentato di peso? Di quanto?

*Relazione del Prof. ICILIO BONI
Riunione del 2 giugno 1937-XV*

VALUTAZIONE DEI RISCHI DEI GLICOSURICI

Allorchè dalla visita medica di un assicurando risulta una glicosuria, si rende necessario un supplemento di indagine mediante nuovo modulo. Questo contempla ulteriori ricerche, allo scopo di meglio precisare diagnosi e prognosi della riscontrata glicosuria: se si tratti cioè di una glicosuria non diabetica, oppure di glicosuria da diabete mellito, e di quale gravità.

Sino a non molti anni or sono i glicosurici venivano di regola rifiutati dalle Compagnie di assicurazione, trattando cioè alla stessa guisa assicurandi che avrebbero potuto essere accettati a condizioni normali o quasi, e assicurandi la cui esistenza presentava pericoli a breve scadenza. I progressi diagnostici hanno dato ora alle Compagnie assicuratrici la possibilità di ammettere al beneficio dell'assicurazione, con restrizioni più o meno lievi, un notevole numero di glicosurici.

Il primo quesito che si presenta in questi casi al medico assicuratore è di stabilire se si tratti di vero *diabete* o di semplice *glicosuria*. Si comprende come la risposta a tale domanda abbia importanza grandissima pel pronostico. La distinzione non è però sempre agevole nè sicura. Un primo criterio, che però poco si presta alla pratica assicurativa, consiste nel fatto che quando la glicosuria si manifesta solo in seguito a ingestione di zucchero e non dopo ingestione di amilacei, si può senz'altro escludere una forma di diabete. Sappiamo infatti che i soggetti non diabetici possono ingerire dosi anche elevate di sostanze amilacee senza che si manifesti glicosuria. Invece la glicosuria da ingestione di zucchero si manifesta nei diabetici, nei glicosurici, e, se le dosi di zucchero ingerito sono alte, anche nei soggetti sani.

Quando la glicosuria compare anche dopo ingestione di amilacei vi sono parecchi criteri clinici per differenziare la semplice glicosuria dal diabete mellito. Il Viola così li riassume: scarsa quantità di zucchero nelle urine (inferiore al 2 %

a dieta libera, ricca di carboidrati), scarsa o nessuna influenza dell'aumento dei carboidrati nella dieta sul quantitativo dello zucchero urinario, incostanza del fenomeno glicosurico a parità di dieta (brevi o lunghi periodi di assenza), mancanza assoluta di sintomi clinici classici o sospetti di diabete nell'individuo glicosurico, assenza di deperimento, di debolezza nervosa imputabile al ricambio, presenza di qualcuna delle cause note di glicosuria.

Come si vede, si tratta di un complesso di dati la cui valutazione sarà possibile al medico curante dopo prolungata osservazione, ma non è accessibile al medico assicuratore, che deve arrivare alle sue conclusioni senza avere la possibilità di studiare a lungo il soggetto, e riferendosi ad un'anamnesi di ben diversa attendibilità di quella che può raccogliere dall'ammalato il medico curante. Di qui la necessità nel campo assicurativo di ulteriori indagini, quali le ricerche di laboratorio, per diagnosticare la glicosuria non diabetica.

Anche per la *diagnosi di gravità del diabete*, le difficoltà già notevoli per il Clinico, sono ancor maggiori per il medico delle Assicurazioni, il quale non può praticare ricerche per le quali occorra una osservazione controllata e continuata per parecchi giorni, come lo studio del rapporto fra carboidrati ingeriti e quantità di glucosio nel sangue e nelle urine, come la ricerca del limite massimo di tolleranza dei carboidrati. Queste sono indagini assai utili nella pratica medica, ma purtroppo non applicabili alla Medicina assicurativa: basti accennare alla impossibilità pratica di conoscere in modo sicuro la quantità di urina emessa dall'assicurando nelle 24 ore, e di averne un campione. Si aggiunga la impossibilità di controllare l'alimentazione, l'impossibilità di valutare con sicurezza quei sintomi clinici che forniscono invece al medico curante importantissimi criteri diagnostici: voglio accennare all'entità della polifagia, della poliuria, della polidipsia, della debolezza generale. Questi criteri, dato l'incerto valore delle dichiarazioni anamnestiche, perdono molto del loro valore nel campo assicurativo.

E' quindi necessario ricorrere alle più sicuramente accertabili *ricerche di Laboratorio*.

A questo riguardo dobbiamo anzitutto, per gli accennati motivi, rinunciare all'esame delle urine delle 24 ore a dieta

prestabilita. E' invece possibile la determinazione della *glicemia* a digiuno e dopo carico di zucchero, con esame delle corrispondenti urine.

Con la ricerca della *glicemia a digiuno* risulterà subito se la glicosuria è iperglicemica o normoglicemica. Nel primo caso si tratterà certamente di diabete: la glicosuria del diabete è iperglicemica. Quando però la cifra della glicemia è normale non possiamo senz'altro escludere la possibilità di un diabete: anche se mancano i segni clinici di diabete insulare, si può avere glicemia normale a digiuno in forme di diabete leggero, ed allora, per differenziare con sicurezza queste forme da una semplice glicosuria normoglicemica (diabete renale) occorrerà l'esame della curva glicemica dopo carico di glucosio. Nella glicosuria normoglicemica la curva si comporta come nei soggetti normali, e si constata glicosuria anche con un tasso glicemico inferiore all'1,8 % (abbassamento della soglia renale): nelle forme di diabete insulare invece anche iniziali o lievissime si osserva di regola un anormale comportamento della curva stessa, che permette di stabilire il diagnostico. E non occorre qui insistere sulla grandissima importanza di tale diagnosi differenziale dal punto di vista assicurativo, dal momento che il diabete renale bene accertato viene considerato come rischio normale o quasi normale. E queste forme di glicosuria non diabetica sono tutt'altro che infrequenti: l'Holst ha seguito la sorte di 150 persone alle quali era stata negata l'assicurazione per glicosuria, e trovò che solo nel 30 % di esse si era venuto sviluppando veramente un diabete nello spazio da 5 a 16 anni. Nel 70 % quindi la glicosuria doveva considerarsi non diabetica con tutta probabilità. Nelle persone al disotto dei 20 anni esaminate perchè glicosuriche, il John ha trovato che solo 29,9 % erano diabetiche.

Normalmente a digiuno il sangue contiene glucosio nella quantità dell'uno per mille circa (fra 0,7 e 1,2), quando la persona non abbia introdotto cibo o bevanda da almeno 10 ore, e segua una alimentazione mista da alcuni giorni, esplicando la sua solita attività fisica. Una glicemia a digiuno superiore a 1,20 è patologica.

Dopo il pasto la glicemia aumenta così per amilacei che per zuccheri. Lo studio della glicemia dopo carico di glucosio (*curva glicemica da carico*) dà risultati particolarmente inte-

ressanti ed utili tanto per la diagnosi che per la prognosi. La quantità di glucosio usata per il carico varia, secondo gli autori, da grammi 20 (Traugott) a 50 (Cliniche di Bonn e di Heidelberg), a 80 (Funk). Zoja consiglia di dare gr. 0,75 di glucosio in 10 di acqua per ogni chilogrammo di peso teorico del corpo. Si determina la glicemia di trenta in trenta minuti, una prima volta a digiuno, poi ogni mezza ora fino alla quarta ora.

Nel sano, pur con differenze individuali, si ottiene così una curva, che dall'uno per mille sale rapidamente nella prima ora senza oltrepassare l'1,8 ‰, per poi decrescere pure rapidamente, così da raggiungere di regola già alla seconda ora o poco più il livello di partenza.

Nel diabetico invece la glicemia a digiuno è superiore a gr. 1,20, e può arrivare fino a 4-5. Dopo carico di zucchero può raggiungere perfino il 10. La discesa può protrarsi così che alla quarta ora la glicemia sia ancora superiore anche di due grammi alla cifra iniziale. Queste iperglicemie sono accompagnate da glicosuria ogni qualvolta sia superata dalla glicemia la soglia renale. Normalmente non vi è zucchero nelle urine finché la glicemia non oltrepassa l'1,80.

Per giudicare la gravità del diabete non sono però sufficienti le cifre della glicemia. Occorre un complesso di elementi, alcuni legati all'entità della turba del ricambio per se stesso, altri legati al malato, sia per la sua età, il peso, la costituzione, che per eventuali alterazioni organiche.

Per quanto riguarda la turba del ricambio, secondo Zoja si può considerare *leggero* un diabete se ha una tolleranza di oltre 150 grammi di idrati di carbonio ad alimentazione mista di individuo sano, se la glicemia a digiuno sta fra gr. 1,0 e al più 1,8, se la curva glicemica sale fra la prima mezz'ora e la seconda ora dopo la presa di zucchero a non più di 2,3 - 3,5, se non vi è chetonuria, o al più qualche volta piccole tracce di acetone.

E' *più grave* il diabete se la tolleranza per gli idrati di carbonio è al disotto di 75 gr., se la glicemia a digiuno è fra 1,8 e 2,5, se il cuspide della curva raggiunge i 3-4 gr. e non scende al livello di partenza fra la terza e la quarta ora, se i corpi chetonici nelle urine sono sempre presenti e copiosi.

Il diabete è *assai grave* se vi è assoluta intolleranza per gli idrati di carbonio, se la glicemia a digiuno è oltre il 2 ‰ e

la curva glicemica oltrepassa il 4 alla seconda ora, e se alla quarta è ancora al di sopra del 3, e se nelle urine la quantità dei corpi chetonici è alta.

Insieme però a questi criteri di giudizio forniti dal Laboratorio, anche Zoja consiglia di tener conto altresì dei fenomeni sintomatici caratteristici del diabetico: debolezza, poliuria, bisogno eccessivo di cibo, diminuzione del peso, sintomi che si fanno più accentuati colla maggior gravità della forma.

Vediamo così che anche la Clinica incontra non poche difficoltà per la diagnosi e la prognosi delle glicosurie, per cui si rendono necessari tanto i criteri clinici che i dati del Laboratorio.

Per il Medico assicuratore poi le difficoltà vengono ingigantite dal fatto che manca la possibilità di una lunga e diligente osservazione, e che la stessa anamnesi non presenta quella sicurezza di utili informazioni, quella attendibilità che hanno invece le dichiarazioni del malato al medico curante. Per tale fatto, potendo i sintomi subiettivi facilmente venir dissimulati, il medico assicuratore dovrà tenere nel maggior conto i dati obiettivamente accertabili: peso, età, condizioni generali, pressione arteriosa, ricerche sulle urine (glicosuria, chetonuria) e sul sangue (glicemia a digiuno e dopo carico di zucchero).

D'altra parte talune ricerche di Laboratorio incontrano difficoltà nella loro attuazione: anzitutto il costo, poi i rifiuti da parte di assicurandi per il tempo necessario o per la molestia delle ripetute estrazioni di sangue, la necessità di cautele allo scopo di ostacolare per quanto possibile eventuali manovre atte ad alterare i risultati (preparazione del soggetto con insulina, abbondante ingestione di acqua, vomito provocato dopo il carico di zucchero, ecc.). La stessa cifra della glicemia a digiuno può venir influenzata dall'alimentazione del giorno precedente, che dovrebbe essere una alimentazione mista, comune. E anche per questo motivo nel Congresso Internazionale di Medicina assicurativa tenutosi a Londra nel 1935 venne generalmente ritenuta insufficiente la sola ricerca della glicemia a digiuno, che va completata colla glicemia da carico.

Dopo aver esposto i dati che allo stato attuale della scienza risulterebbero necessari al Medico assicuratore per la migliore valutazione del rischio dei glicosurici, dopo aver considerate le difficoltà che presenta nella pratica assicurativa la ricerca di

tali dati, vediamo qual'è la linea di condotta attualmente seguita da vari Istituti assicurativi.

Alcuni, come il Verband di Vienna, si limitano in generale a chiedere, oltre le indagini comuni a tutti gli assicurandi, una speciale analisi di urina (allegato A) eseguita sull'urina emessa in presenza di persona di fiducia, due ore dopo il pasto abituale, senza che l'assicurando sia stato preavvisato, per evitare l'eventualità di speciale preparazione. L'esame si riferisce essenzialmente al peso specifico, alla determinazione qualitativa e quantitativa dell'albumina, dello zucchero, alla ricerca dell'acetone e dell'acido diacetico, e all'esame microscopico del sedimento. Viene inoltre richiesto il riempimento di uno speciale formulario (allegato B) da parte del medico di famiglia, col quale questi deve riferire sull'andamento della malattia, sull'entità dei sintomi clinici, sui risultati degli esami di urine e degli eventuali già praticati esami di sangue, sul dietetico prescritto, ecc.

Come si vede, vien data qui la massima importanza alle informazioni del medico di famiglia, e viene di regola omessa ogni ricerca diretta sul sangue, limitando le indagini supplementari all'esame dell'urina emessa dopo un pasto normale.

Altri Istituti, invece, ritengono opportuno ricorrere alle indagini sulla glicemia, nonostante le difficoltà che può incontrare la loro applicazione.

Il Dr. Funk, medico capo della Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft, fino dal 1928 si adoperò perchè anche nel campo assicurativo venissero adottate le ricerche sulla glicemia a digiuno e dopo carico. Egli incontrò da principio notevoli opposizioni, tanto da parte dei produttori, quanto da parte degli assicurandi e delle Compagnie di assicurazione. A poco a poco però egli riuscì ad ottenere una sempre più estesa applicazione del metodo, soprattutto facendo persuadere gli assicurandi che è nel loro interesse sottoporsi a queste indagini, sia dal punto di vista di precisare il loro stato di salute, sia dal punto di vista assicurativo, per poter ottenere meno gravose condizioni qualora la curva glicemica risulti soddisfacente. Per la determinazione della curva glicemica il Funk usa, dopo prelievo del sangue per la glicemia a digiuno, far ingerire 80 gr. di glucosio (o anche iniezione endovenosa di una soluzione di 15 gr. di zucchero d'uva in 40 di acqua). Seguono poi tre prele-

vamenti di sangue a distanza di mezz'ora, un'ora, due ore e mezza. Contemporaneamente viene ogni volta esaminata anche l'urina (dosaggio dello zucchero, oltre albumina, acetone, acido diacetico e densità).

Appunto per la Münchener, il medico dirigente Dr. Sturm ha recentemente predisposto uno speciale modulo (allegato C), dal quale risulta che la quarta determinazione vien fatta due ore anzichè due ore e mezza dopo il carico di glucosio. Vien consigliato però, se possibile, anche un quinto esame, tre ore dopo il carico.

Il Consorzio Italiano dei Rischi Tarati usa da parecchi anni un modulo supplementare, che comprende uno speciale formulario per dichiarazioni anamnestiche dell'assicurando, una regolare visita medica fatta da un Consulente, la ricerca della glicemia a digiuno, l'esame delle urine a digiuno e possibilmente dopo che l'assicurando ha consumato un pasto contenente circa 200 grammi di farinacei.

Il sistema italiano presenta, sul sistema viennese, il vantaggio di fornire al giudizio diagnostico e prognostico anche il risultato della visita di un Consulente, coll'esame della glicemia a digiuno. Sappiamo che in generale nei diabetici la glicemia a digiuno è più alta che negli individui non diabetici, ammettendo però che l'assicurando abbia tenuto un'alimentazione mista nei giorni precedenti: ma, come abbiamo visto, questo dato non costituisce da solo un criterio sicuro neppure per escludere un vero diabete.

Dubbi ancor più forti sul regolare andamento dell'indagine sorgono per l'esame dell'urina praticato due ore dopo il pasto. Anche qui è giocoforza fidarsi della dichiarazione dell'assicurando di avere ingerito, come da raccomandazione avuta, circa 200 grammi di farinacei. Evidentemente, se il risultato sarà favorevole, rimarrà il dubbio che la prima fase dell'esperimento, il carico alimentare, non sia stata regolarmente compiuta, tanto più che l'assicurando era stato necessariamente messo sull'avviso dalla raccomandazione di introdurre farinacei. E se anche fosse stato possibile accertare colla presenza di persona di fiducia la quantità dei farinacei ingeriti, si renderebbe ugualmente necessario lo studio della glicemia da carico, per le considerazioni già esposte sul grandissimo valore che questa

presenta per la valutazione diagnostica e prognostica delle glicosurie diabetiche e non diabetiche.

Credo utile riportare qui, da Funk, alcuni diagrammi di curve glicemiche in soggetto normale e in diabetici di vario grado:

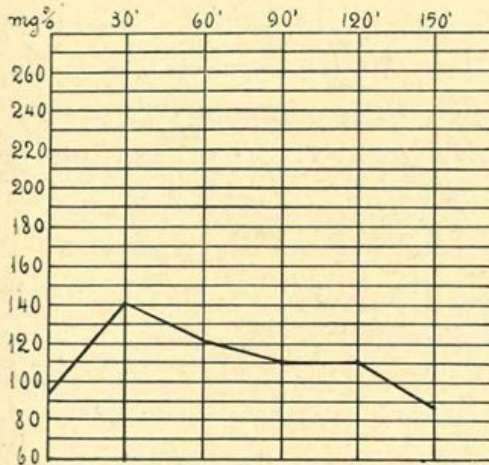


Fig. 1 - Curva normale

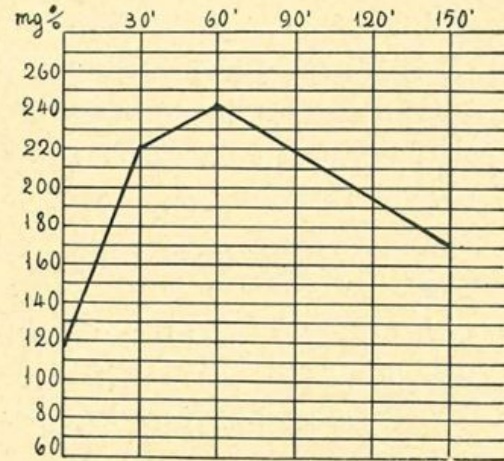


Fig. 2 - Diagnosi: diabete leggero

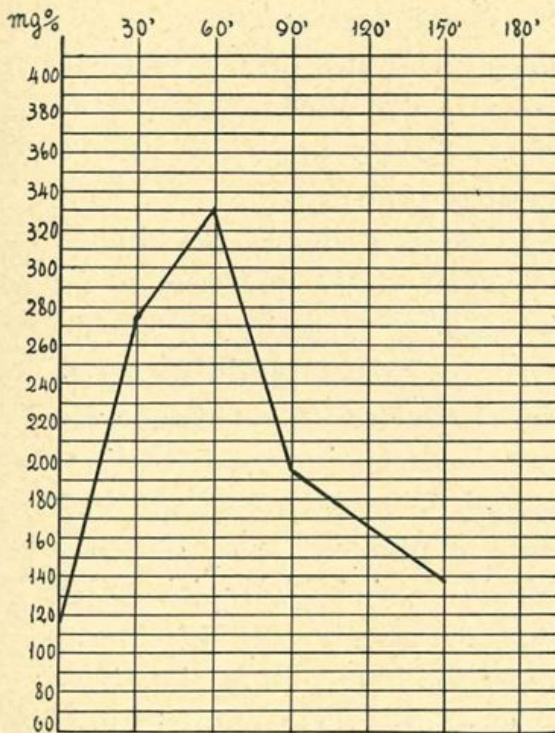


Fig. 3
Diagnosi: diabete di media gravità

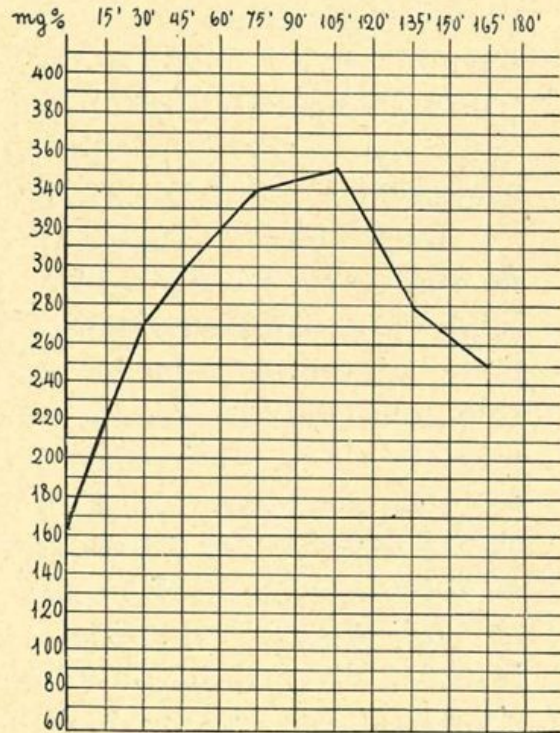


Fig. 4
Diagnosi: diabete grave

Da questi diagrammi risulta evidente l'importanza dei dati che essi ci possono fornire per una migliore valutazione del rischio: la cifra della glicemia a digiuno, la massima altezza a cui arriva la glicemia da carico, e la maggiore o minore lentezza del ritorno alla cifra primitiva.

Io penso che dal momento che la clinica già si serve con vantaggio di questi dati, dal momento che essi sono già stati adottati da qualche Istituto assicurativo, sarebbe opportuno che anche il CIRT ne studiasse l'adozione. Non mi nascondo le difficoltà che la loro attuazione potrà incontrare nella pratica, ma penso che con l'estenderne l'applicazione, si andrà poco a poco diffondendo anche nel pubblico la sensazione dei vantaggi che gli assicurandi possono trarre da queste indagini, sia per una più favorevole valutazione del loro rischio, sia per la prognosi e la cura della loro malattia.

E d'altronde il compito della Medicina assicurativa è in questo campo particolarmente difficile: i dati dell'anamnesi coi segni caratteristici (poliuria, polidipsia, astenia, polifagia, ecc.) possono facilmente venir sottaciuti, e l'esame obiettivo clinico può risultare normale anche in caso di diabete grave. Rimangono i dati del Laboratorio, dei quali alcuni ci possono fornire dati sufficientemente attendibili, perchè si tratta di reperti obiettivi di più facile controllo. A questi pertanto non credo convenga rinunciare, anche se la loro generalizzazione potrà incontrare delle difficoltà.

Io proporrei quindi (allegato E) di introdurre nel nostro modulo la ricerca delle glicemia da carico, senza però farne obbligo tassativo. Basterebbe sostituire questa indagine all'esame delle urine dopo il pasto, mantenendo però nel modulo la parola « possibilmente », che permette di mettere d'accordo colle esigenze della pratica le esigenze della Medicina assicurativa. In tal modo rimarrebbe anche la possibilità di ricorrere, quando sia necessario, alla soluzione intermedia proposta da Comirato al citato Congresso di Londra, di limitare cioè l'indagine sulla glicemia da carico ad una sola presa di sangue, due ore dopo il carico di glucosio. Salvo questa sostituzione e qualche lieve ritocco di aggiornamento il nostro modulo rimarrebbe immutato.

Crederei inoltre opportuna una seconda proposta, allo scopo di raccogliere maggiori dati per arrivare ad una più sicura dia-

gnosi e prognosi. Proporrei cioè che al comune certificato del medico di famiglia, venisse per i glicosurici aggiunto uno speciale formulario (allegato F) con domande sui risultati dei precedenti accertamenti che il medico di famiglia può aver fatto eseguire o che siano a sua conoscenza, sui risultati delle cure, sull'andamento della malattia, sulla maggiore o minore disposizione dell'assicurando a seguire le necessarie cure dietetiche, medicamentose, ecc. Tali ricerche dovrebbero essere predisposte e distribuite alle varie Compagnie perchè vengano aggiunte al certificato del medico di famiglia, quando si tratti di glicosurici.

* * *

Dopo avere con la maggior precisione possibile raccolti i dati clinici e di Laboratorio, il Medico assicuratore deve affrontare il quesito della *valutazione del rischio*. A questo scopo si dovrà tener calcolo di molti elementi; oltre i dati della glicemia a digiuno e dopo carico, oltre i dati forniti dall'esame delle urine con speciale riguardo allo zucchero e ai corpi chetonici, terremo presente l'importanza che possono avere il genilizio, l'età, la data del probabile inizio della malattia, il peso dell'assicurando, le variazioni da esso presentate specialmente negli ultimi tempi, la maggiore o minore intensità dei classici sintomi clinici del diabete, le cure fatte, la possibilità e la volontà del malato di seguire le opportune restrizioni dietetiche e la cura dietetico-insulinica quando occorra. Particolare attenzione porteremo anche ai dati dell'esame obiettivo, che ci fornirà preziose indicazioni circa lo stato generale e le condizioni dei vari apparati.

A mio parere sono *da rifiutare* i casi di diabete grave, quelli cioè nei quali la glicemia a digiuno sorpassa il 2‰, o la curva glicemica da carico sale a notevole altezza (oltre il 4) con decorso prolungato, o l'esame delle urine dopo il carico presenta forti quantità di glucosio (oltre gr. 50‰) con abbondante chetonuria. In questi casi di regola anche i comuni sintomi clinici caratteristici del diabete sono manifesti. E d'altronde entrano pure nella categoria dei rischi da rifiutare quelli in cui, indipendentemente dai risultati della glicemia, tali sintomi (astenia, denutrizione, poliuria, polifagia) risultino spiccati. Saranno pure da rifiutare i casi di diabete giovanile (sotto

i 30 anni), e quelli che presentano pericolose complicazioni (ipertensione, insufficienza del cuore, del fegato, dei reni, lesioni tubercolari anche inattive, ecc.). E nel campo delle glicosurie non diabetiche saranno naturalmente da rifiutare le glicosurie sintomatiche di grave malattia, che costituisca per se stessa motivo di rifiuto.

Sarà invece lasciata alle singole Compagnie (*presumibile sopra mortalità del 25-50 %*) l'accettazione delle glicosurie lievi non diabetiche, normoglicemiche, tenendo naturalmente conto, per le glicosurie sintomatiche, della malattia principale.

Tutti gli altri casi dovranno essere inviati al CIRT, il quale ne giudicherà la taratura basandosi sui vari elementi clinici e di laboratorio che saranno a sua disposizione. E se in alcuni casi, specialmente quando sia bassa la cifra del capitale assicurato, potrà il giudizio basarsi sui soli elementi clinici, completati dagli esami delle urine prima e possibilmente dopo carico di glucosio o di farinacei, altre volte invece occorrerà anche il valido sussidio delle cifre della glicemia a digiuno e dopo carico di glucosio, secondo il modulo prestabilito. Solo questo permetterà una più precisa valutazione del rischio, così da rendere eventualmente possibili condizioni più favorevoli per l'assicurando.

I fattori che in ogni singolo caso possono far variare il *giudizio di sopra mortalità* sono, come abbiamo visto, molteplici, e di tutti bisogna tener conto. Non è quindi possibile basarsi sulle sole cifre dell'iperglicemia, per fissare le varie categorie di rischi ai quali applicare una sopra mortalità del 75, del 100, del 200, o forse anche 300 per cento. I criteri della clinica non possono mai essere trascurati dal medico assicuratore, e tanto meno nei riguardi del diabete.

Sarebbe certamente utile la compilazione di *Tabelle di sopra mortalità*, ma non mi risulta che sino ad oggi ne siano state pubblicate. Le difficoltà per tali studi mi sembrano per ora insormontabili. Da troppo poco tempo sono valutati ed accettati per l'assicurazione vita i glicosurici diabetici e non diabetici, cosicchè non si possono ancora avere dati sulla sopravvivenza degli assicurati dopo un numero di anni sufficientemente lungo. Inoltre non è possibile neppure avere notizie esatte sui rapporti fra morbilità e mortalità per diabete, perchè manca una statistica di morbilità, non esistendo l'obbligo della denuncia

per tale malattia, che in genere ha carattere più ambulatorio che ospedaliero, e sfugge quindi alla possibilità di una statistica anche parziale, ma su un vasto gruppo di individui.

Dalle statistiche di tutti gli Stati risulta negli ultimi decenni un aumento progressivo dei morti per diabete, fatto contrastante colle migliorate possibilità di cura, in seguito alla scoperta dell'insulina.

In Italia da 870 morti per diabete nel 1898 si sale a 1064 nel 1901, a 1633 nel 1920, 3346 nel 1930, 4360 nel 1935, e 4224 nel 1936.

L'aumento della mortalità in Italia risulta in modo ancor più dimostrativo se si considerano le cifre per milioni di abitanti, come nel seguente specchietto per trienni:

Triennio 1900-02	decessi 34
» 1910-12	» 48
» 1920-22	» 49
» 1930-32	» 86
» 1933-35	» 98

Lo stesso fenomeno d'altronde si è verificato in tutti i paesi del mondo, e in particolar modo negli Stati Uniti d'America e nella Gran Bretagna.

Questo aumento progressivo della mortalità dovrebbe aggravare sempre più il pronostico dei diabetici, qualora fosse rimasto s'azionario il numero degli ammalati. Si verrebbe così alla conclusione paradossale che dopo la scoperta dell'insulina il destino dei diabetici sia notevolmente peggiorato. A questa conclusione si oppone però la generale constatazione clinica dei benefici effettivi che al diabetico hanno recato la scoperta dell'insulina, e la migliorata conoscenza della malattia. Bisogna quindi ammettere, come ritiene la maggior parte degli autori, senza potersi però basare su sicure statistiche, che il numero dei diabetici sia in notevole aumento in tutti i Paesi, per ragioni difficili a stabilire.

Starna in un accurato studio sull'argomento ha potuto dimostrare che rapporti stretti esistono fra alta mortalità per diabete e forte consumo di zuccheri e di idrati di carbonio, ma egli stesso rileva che tale correlazione è lungi dall'essere perfetta, per cui egli attribuisce notevole importanza anche al fattore psichico e nervoso, che ebbe modo di accentuarsi per la recente crisi economica mondiale.

Zoja ed altri attribuiscono invece, almeno in parte, l'aumento del numero dei diabetici alla valutazione delle cause di morte fattasi più precisa, e forse anche al fatto che diffondendosi la notizia dei nuovi procedimenti di cura sono più numerosi i diabetici che si fanno curare, mentre prima sfiduciati sfuggivano a ogni controllo.

Zoja ritiene che l'insulina abbia prolungato di almeno 13 anni (1936), e probabilmente più in là, la possibilità di vita del diabetico. Io pure sono persuaso che nelle Cliniche, negli Ospedali, o coll'assistenza e il controllo continuati del medico specialista si ottengano dalle attuali cure, brillanti risultati e più lunga sopravvivenza, ma nella realtà della vita della massa, e quindi anche nel campo degli assicurati, le cose vanno invece diversamente: le cure vengono spesso tralasciate o fatte in modo irregolare e insufficiente, cosicchè il pronostico generale non dovrebbe ora ritenersi molto migliorato in confronto del passato.

Le conclusioni ottimistiche di Zoja sono esatte per gli ammalati curati nel suo Ambulatorio specializzato e nella sua Clinica, ma non si possono estendere alla universalità dei diabetici, nè ai diabetici che qui ci interessano, cioè a quelli che intendono contrarre assicurazione sulla vita. Quanti fra questi seguono e seguiranno con costanza le cure necessarie, sotto il vigilante controllo di un medico competente? Tutti conosciamo dei diabetici non gravi che non pensano a curarsi, o per le difficoltà inerenti alla loro condizione sociale, o per la loro mentalità, che rimane ostile o indifferente alle cure, sino al giorno dell'improvviso e forse fatale aggravamento.

Queste considerazioni rendono inadatte ai nostri fini le statistiche compilate dagli Ambulatori per diabetici, che vanno sorgendo con successo e beneficio sociale in varie città italiane, anche indipendentemente dal fatto che tali ambulatori funzionano da pochi anni, e che la clientela della Compagnia d'assicurazione appartiene in massima parte a classi sociali che non possono ricorrere a tali Enti.

Le statistiche sugli ammalati degli Ospedali e delle Cliniche non possono servire al nostro scopo, perchè esse pure si riferiscono quasi esclusivamente alle classi meno abbienti, e perchè si tratta di malattia curata ambulatoriamente nella massima parte dei casi.

Starna ha studiato il comportamento della mortalità in rapporto alle varie età in vari periodi dal 1901 al 1934 in Italia. Dalle sue tabelle risulta che negli anni 1901-1902 l'età media alla morte dei diabetici era di 12 fino ai 19 anni, 37 dai 20 ai 49 anni, 64 dai 50 ai 90. Negli anni 1933-1934 le medie corrispondenti erano 13, 36, 64. Si può pertanto concludere che l'esame dell'età media alla morte non ha subito nella popolazione, dopo l'uso dell'insulina, variazioni apprezzabili nei gruppi di età.

Non risulterebbe quindi per la totalità dei morti diabetici dimostrabile quel prolungamento della vita che risulta invece per gli ammalati ben curati negli ambulatori specializzati. Questo conferma le suesposte riserve sull'attuale pronostico generale dei diabetici. Occorre pertanto ancora astenersi da un eccessivo ottimismo, in attesa che l'uso razionale delle moderne cure antidiabetiche vada sempre più estendendosi, e che col passare degli anni possano gli Istituti assicurativi fornire ampie statistiche proprie su gruppi omogenei di assicurati: cifre che costituiranno la vera base per la compilazione di tabelle di sopra-mortalità e di sopravvivenza ai fini assicurativi.

Allegato A

ANALISI DELL'URINA

Per giudicare il caso abbiamo bisogno di un accurato esame delle urine.

A tale scopo si provveda, *senza informare preventivamente l'assicurando ed in presenza di una persona di fiducia*, a procurarsi una certa quantità di urina e quindi la si spedisca a qualche laboratorio che dia sicuro affidamento (eventualmente clinica od ospedale), informando che si tratta di un caso necessario per l'assicurazione vita, perchè si provveda alle analisi seguenti:

- 1) Determinazione del peso specifico;

2) Ricerca dell'albumina (qualitativamente e quantitativamente);

3) Ricerca dello zucchero, acetone ed acido acetico (qualitativamente e quantitativamente);

4) Esame microscopico del sedimento.

Vi preghiamo inoltre di comunicarci, unitamente ai risultati dell'esame dell'urina, le modalità seguite per l'invio del campione di urina al laboratorio.

N. B.:

- a) Laboratorio al quale ci si deve rivolgere
- b) Momento per il prelevamento delle urine: ore pomeridiane possibilmente due ore dopo il pasto.

Allegato B

Domande per il medico di famiglia Dr.

1) Quando e per quali malattie ha Ella curato il candidato?

2) Qual'è stato il decorso delle malattie?

3) La preghiamo in modo particolare di fornirci dettagliate informazioni circa il decorso del diabete, e precisamente:

4) Da quando il candidato è affetto da diabete?

5) Fra quali limiti oscillava il contenuto di zucchero nell'urina?

6) Nell'urina si è presentato dell'acetone e dell'acido acetico? Quando? In quale misura?

7) Quali sono stati i risultati della glicemia a digiuno?

8) Quando è stata analizzata l'ultima volta la glicemia a digiuno?

9) Se furono fissate delle curve della glicemia, La preghiamo di comunicarcene i dati.

10) Qual'è la dieta prescritta (quanti grammi di idrati di carbonio)?

11) Il candidato osserva la dieta?

12) L'assicurando ha fatto uso o fa uso attualmente di insulina? Quante unità al giorno?

13) Ha Ella proceduto a delle misurazioni della pressione arteriosa? Quando e con quali risultati?

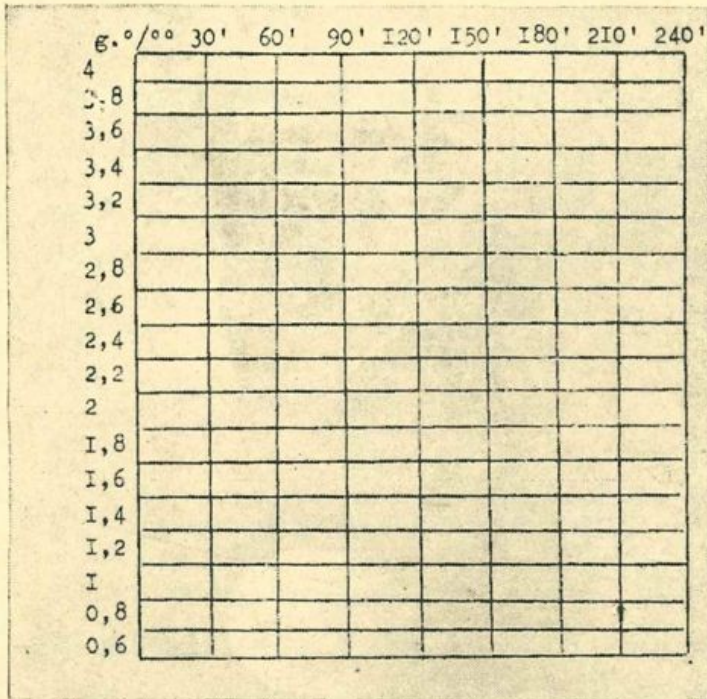
14) Il peso dell'assicurando, negli ultimi tre anni, è aumentato o diminuito? In quale misura?

Allegato C

Pour faire l'examen de la glycémie il faut examiner le sang d'abord le matin à jeun (a). Ensuite on fait prendre soit par la bouche, soit par voie intraveineuse, 15 gr. de ferment de raisin dissous dans 40 gr. d'eau, ou 80 à 100 gr. de glucose. Puis on fait un nouvel examen du sang au bout d'une demi-heure, une heure, deux heures et, si possible, trois heures. En même temps on fait pour les cinq fois un examen de l'urine selon le formulaire ci-dessous, c'est-à-dire dosage de sucre, examen d'albumine, d'acétone, d'acide diacétique et densité.

La courbe ci-dessous sera remplie par nos soins et nous prions Monsieur le Médecin ou le Laboratoire, de répondre seulement au questionnaire.

COURBE DE GLYCEMIE N.
 faite le
 par



Diagnostic
 Nom
 âge ans
 Compagnie
 Notre

Teneur en sucre
 du sang de l'urine

1) A jeun	gr. %	%
Quantité de la glucose prise par la bouche			
ou par voie intraveineuse			
2) 30 min. après avoir pris la glucose	gr. %	%
3) 60 id. id.	gr. %	%
4) 120 id. id.	gr. %	%
5) 180 id. id.	gr. %	%

Examen microscopique du sédiment centrifugé:

URINE

	Albumine	Acétone	Acide diacétique	Densité
1)
2)
3)
4)
5)

(a) La quantité normale du sucre sanguin varie entre 0,8 gr. et 1 gr. 3‰. En faisant absorber à une personne saine 80 à 100 gr. de glucose à jeun, on constate une demi-heure après une élévation de la quantité de sucre du sang, élévation qui peut atteindre le double de la quantité normale à jeun, mais pas plus de 2 gr. ‰. Deux heures ou deux heures et demie après, la quantité du sucre sanguin est redevenue tout à fait ou presque normale.

Chez le diabétique la courbe du sucre du sang est, au début déjà, plus élevée qu'à la normale et l'élévation dure généralement plus longtemps que chez un individu sain. Elle atteint son maximum après une heure et demie ou deux heures, c'est-à-dire à un moment où la courbe d'une personne normale est déjà revenue au point de départ. (b) Les quatre premiers examens sont indispensables. Etant donné que le résultat du cinquième nous intéresserait beaucoup, nous vous prions de bien vouloir faire également, si possible, le cinquième examen.

Allegato D

PER GLI ASSICURANDI AFFETTI DA GLICOSURIA

Visita affidata al Consulente Sig.

Dichiarazioni da sottoscrivere dagli assicurandi:

Cognome e Nome

Paternità Professione

Luogo e data di nascita

Nella famiglia dell'assicurando sia in via diretta che collaterale, si sono verificati casi di diabete, glicosuria, gotta, obesità, calcolosi? (specificare le persone di famiglia che hanno sofferto tali affezioni)	
Quando e da chi fu constatata la prima volta presenza di glucosio nelle urine dell'assicurando?	
Avverte l'assicurando sete eccessiva, fame, debolezza generale?	
Quale è la quantità approssimativa di urina che emette nelle 24 ore?	
Ha tosse?	
Il peso dell'assicurando negli ultimi tempi è aumentato o diminuito?	
L'assicurando sta a dieta comune o quale dieta egli segue e da quanto tempo?	
Quale dieta ha tenuto l'assicurando negli ultimi tre giorni?	
Ha fatto cura insulinica? Con quale dose? Da quando? Chi è stato il medico curante?	

Firma dell'assicurando
alla presenza del Medico Esaminatore

(Continua)



RAPPORTO DEL MEDICO ESAMINATORE

Altezza cm. Peso Kg (queste indicazioni sono state controllate?)

Esame generale {
 pelle e connettivo sottocutaneo
 mucose visibili
 muscolatura
 dentatura

Condizioni dell'apparato respiratorio

Condizioni del fegato
(indicare i limiti sup. e inf.)

Condizioni dell'apparecchio circolatorio

Pressione Arteriosa Mx Mn apparecchio ora

Sistema nervoso
(con speciale riguardo ai riflessi ed alla funzione sessuale)

Occhio

Ricerca del glucosio nel sangue e nelle urine

Il fiduciario preleverà il sangue dell'assicurato a digiuno per l'esame della glicemia. Contemporaneamente inviterà l'assicurato ad emettere un campione di urine e ricercherà in queste il peso specifico a 15°, l'albumina, il glucosio qualitativamente e quantitativamente, l'acetone, ed eseguirà l'esame microscopico del centrifugato.

Possibilmente si ripeterà la ricerca del glucosio nelle urine dopo che l'assicurato ha consumato un pasto contenente circa gr. 200 di farinacei.

Risultato dell'esame della glicemia a digiuno:

Risultato dell'esame delle urine :

	peso specifico a 15°	albumina	glucosio	acetone	esame microscopico del centrifugato
<i>a digiuno</i>
<i>2 h dopo il pasto</i>

Osservazioni e conclusioni del medico esaminatore

Data Firma



Allegato E

RICERCHE DI LABORATORIO

Il Medico Specialista praticherà possibilmente tutte le sottoindicate ricerche sul sangue e sulle urine:

Prelevare il sangue *a digiuno* per l'esame della glicemia. Contemporaneamente invitare l'assicurando ad emettere un campione di urine, far ingerire 50 grammi di glucosio sciolto in 200 gr. di acqua, e dopo mezz'ora, un'ora, due ore e mezza praticare nuovi esami della glicemia, raccogliendo ogni volta un campione di urine. Su ciascuno dei quattro campioni di urine verranno poi ricercati il peso specifico, l'albumina, il glucosio (quantitativamente), l'acetone, l'acido diacetico. Qualora l'urina sia torbida o contenga albumina, verrà praticato anche l'esame microscopico del centrifugato del primo campione.

CURVA DELLA GLICEMIA
(non occorre che sia riempita dal medico)

Risultati degli esami della glicemia:		mg%	30'	60'	90'	120'	150'	180'	210'
1)	a digiuno gr. o/oo	400							
		360							
		340							
		320							
		300							
2)	dopo mezz'ora dall'ingestione di gr. di glucosio . gr. o/oo	280							
		260							
		240							
		220							
		200							
3)	dopo un'ora gr. o/oo	180							
		160							
		140							
4)	dopo due ore e mezza gr. o/oo	120							
		120							
		80							

Risultati degli esami delle urine:

	Peso specifico a 15.	Albumina	Glucosio	Acetone e acido diacetico	Eventuale esame microscopico del centrifugato della prima urina
1) a digiuno . . .			o/oo gr.		
2) dopo 1/2 ora . .					
3) dopo un'ora .			»		
4) dopo due ore e mezza			»		

Giudizio diagnostico

Giudizio prognostico

Osservazioni

Data

Firma del Medico

domicilio

Allegato F

Chiarissimo Dott.

A complemento del Suo certificato quale medico di famiglia dell'assicurando Sig.

La preghiamo di rispondere anche alle seguenti domande:

1) Quando fu la prima volta constatato zucchero nelle urine dell'assicurando?

2) Entro quali limiti ha variato il quantitativo di zucchero nelle urine?

3) Fu constatata presenza di acetone o acido diacetico?
Quando?

4) Furono praticati dosaggi di glicemia? Con quali risultati? Quando?

5) Fu prescritta solo cura dietetica o anche cura insulinica? In quali dosi?

6) L'assicurando segue regolarmente le cure prescritte?

7) Ha sofferto o soffre l'assicurando di poliuria, polidipsia, polifagia, astenia, o altri sintomi diabetici?

8) Il peso negli ultimi anni è in aumento o in diminuzione? In quali proporzioni?

*Relazione del Prof. WINTERNITZ
Riunione del 2 giugno 1937-XV*

ARTERIOSCLEROSI ED ASSICURAZIONE VITA

L'importanza dell'arteriosclerosi per la medicina assicurativa vita appartiene a quegli argomenti che maggiormente necessitano chiarificazione ed esatta definizione concettuale.

Mentre per l'ipertensione arteriosa fiorisce un'abbondante letteratura, l'arteriosclerosi viene trattata quasi di sfuggita, sicchè per quanto abbia cercato nella bibliografia italiana, tedesca, americana, a me accessibile, non ho trovato uno studio sull'argomento, sempre s'intende, dal lato della medicina dell'assicurazione vita.

Sebbene i patologi non siano tutti d'accordo sull'esatta delimitazione del concetto di arteriosclerosi, si può dire che in questo concetto, rientrano fenomeni in parte soltanto regressivi, in parte complessi (Iores), vale a dire regressivi e rigenerativi, a carico dell'albero arterioso, in conseguenza dei quali la parete arteriosa perde la sua elasticità, diventa più rigida o più cedevole ed il lume dei vasi corrispondentemente si restringe o si sfianca.

Con Volhard possiamo enumerare i seguenti processi patologici come appartenenti al gruppo dell'arteriosclerosi:

- 1) L'ipertrofia pura elastica e muscolare dei grossi vasi.
- 2) L'ateroma (arteriosclerosi di Marchand).
- 3) La calcificazione della media (di Mönckeberg).
- 4) L'elastosi delle prearteriole.
- 5) L'endoarterite obliterante (con esito in fibrosi) delle prearteriole.
- 6) L'endoteliosi delle arteriole.
- 7) La degenerazione grassa e ialina delle arteriole.
- 8) La necrosi delle arteriole.

A queste otto forme ricordate dal Volhard dobbiamo aggiungere per completare l'elenco, la semplice lipoidosi dell'intima dell'aorta e l'affezione specifica di Schürmann e Mac Mahon che secondo lo Staemmler sarebbe la causa anatomica del-

l'emorragia cerebrale. Si tratta di una necrosi con successiva imbibizione emorragica della parete di piccole arterie.

Le alterazioni ora ricordate si trovano in proporzione diversa e con varia localizzazione in un grande numero di soggetti e, pur non risparmiando l'età relativamente giovani, la loro frequenza è massima nelle classi più anziane.

Riporto della Relazione sull'arteriosclerosi di De Vecchi e Rogers (*Cuore e Circolazione*, anno XIX. Nuova Serie 1935) per la Società Internazionale di Patologia Geografica, i seguenti dati rilevati da un complesso di circa 900 casi studiati negli Istituti di Anatomia Patologica di Torino, Milano e Firenze.

Gli autori riportano separatamente i risultati per ciascun Istituto.

MILANO

Età	Casi esaminati	Frequenza dell'arterioscler.
da 0 - 10 anni	68	0 %
» 11 - 20 »	26	50 %
» 21 - 30 »	52	90,4 %
» 31 - 40 »	56	98 %
» 41 - 50 »	64	100 %
» 51 - 90 »	234	100 %

TORINO

Età	Casi esaminati	Frequenza dell'arterioscler.
da 0 - 10 anni	4	— —
» 10 - 20 »	7	28 %
» 20 - 30 »	18	55 %
» 30 - 40 »	21	85 %
» 40 - 50 »	35	94 %
» 50 - 60 »	38	97 %
» 60 - 70 »	50	100 %
» 70 - 80 »	23	100 %
» 80 - 90 »	4	100 %

Molto curioso è il modo di presentare il risultato dell'indagine da parte dell'Istituto di Anatomia Patologica di Firenze.

Riporto testualmente l'originale relazione:

« Abbiamo diretto la nostra attenzione, più che alla diffusione in generale dell'arteriosclerosi in tutti gli individui venuti all'autopsia, al modo di presentarsi dell'arteriosclerosi in individui, nei quali vi era qualche segno (anche se lieve) di alterazione vasale o in individui che per età si presumeva dovessero esserne affetti; è sembrato per ciò opportuno di studiare la diffusione dell'alterazione arteriosclerotica a seconda dell'età e del sesso, con un mezzo, che per quanto empirico, ci sembra prestarsi a dare un quadro sintetico dei rilievi. Considerando cioè come un'unità arteriosclerotica ogni segno a croce usato, come è stato già detto, per contrassegnare la diversa entità delle lesioni vasali; nella tabella seguente, divisa per sesso e per età, le cifre rappresentano la media delle unità arteriosclerotiche riscontrate in ciascun gruppo:

Età	Donne	Uomini
da 23 - 40 anni	5	5,1
» 41 - 50 »	5,6	7,6
» 51 - 60 »	9,1	9
» 61 - 70 »	17,2	11,55
» 71 - 80 »	12,7	15,2
» 81 - 88 »	12,4	14

« Dal che risulta come nella donna la massima carica arteriosclerotica si verifichi fra i 61-70, nel mentre nell'uomo questa si trovi fra i 71-80 ».

Dallo studio risulterebbe però anche, ciò che gli autori non rilevano, che nella donna si raggiungerebbero delle intensità del processo arteriosclerotico, mai raggiunto dall'uomo, ciò che contrasta con l'esperienza generale e che va ascritto alla notevole soggettività del metodo.

Cifre analoghe a quelle degli Istituti anatomo-patologici di Milano e Torino risultano dal materiale Viennese (da Koller, *Statistik der Kreislaufkrankheiten, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung*, 1936).

*Frequenza di lesioni arteriosclerotiche
nel materiale selezionato di Vienna*

Età	Aorta (escluse le infiltrazioni lipoidee)	Coronarie (incluse le infiltrazioni lipoidee)	Arterie cerebrali
20 - 30	50 %	53,2 %	9,1 %
30 - 40	72,1 %	72,1 %	35,1 %
40 - 50	89,5 %	91,5 %	46,4 %
50 - 60	98,9 %	97,1 %	74,7 %
60 - 70	100 %	97,4 %	85,7 %
70 - 80	99,3 %	93,3 %	95,0 %
oltre 80	100 %	100 %	100 %

Secondo Schubert (*Wien. klin. Woch.* N. 31, 1924) in 40 % di 1099 casi selezionati si trovarono segni di arteriosclerosi.

Nel 36% dei casi con arteriosclerosi, questa malattia aveva determinato la morte.

Nel 14% dei casi con arteriosclerosi centrale (aortica), questa fu la malattia mortale, mentre per l'arteriosclerosi periferica, la morte si verifica nel 50% dei casi in dipendenza di questa affezione.

La straordinaria frequenza di lesioni arteriosclerotiche fino da età relativamente giovani, documentata dalle statistiche riportate, porta a riflettere che non tutte le lesioni che l'anatomo-patologo cataloga sotto la denominazione collettiva di arteriosclerosi possano avere un'entità tale da generare perturbamenti nella circolazione generale o nell'irrorazione di singoli organi o tale da diminuire per se stesse la vitalità di un individuo.

Una prima distinzione che si impone è quella riguardante la localizzazione del processo.

Il processi che si svolgono alle ultime diramazioni dell'albero arterioso (dunque processi arteriosclerotici; il Volhard li distingue ancora in prearteriolarì e precapillari) rimangono spesso volte senza conseguenze e senza possibilità di diagnosi clinica quando si verificano a carico della milza, tiroide, testicoli, forse pancreas.

Quando, invece, si svolgono al rene, allora sono intimamente collegati con fenomeni di ipertensione arteriosa.

Rigettata la teoria di Gull e Sutton della fibrosi arterio-capillare generalizzata come causa di ipertensione, perchè lesioni arteriolari diffuse a tutto l'organismo non esistono e riconosciuto nell'ostacolo periferico, generatore dell'ipertensione, un fenomeno spastico, funzionale di origine neuro-ormonica o tossica, la compartecipazione renale del fenomeno ipertensivo conferisce a questo una particolare gravità per la ritenzione di prodotti tossici, altrimenti eliminati da un apparecchio emuntore integro. Ma di tutto ciò fu già parola nei lavori dell'autore sulla prognosi dell'ipertensione.

Tutt'altra importanza clinica e prognostica hanno i processi arteriosclerotici del tronco e dei grossi rami dell'albero arterioso.

Le lesioni di questi territori vasali non hanno alcun nesso con la genesi dell'ipertensione. Tutt'al più si può dire che quando ipertensione c'è, allora la sclerosi dei grossi vasi imprime a questa la fisionomia dell'ipertensione divergente degli autori francesi, mentre l'ipertrofia pura elastica e muscolare dei grossi vasi (ricordata per prima nell'elenco del Volhard) è una conseguenza dell'ipertensione stessa, analoga all'ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore.

Al Congresso Internazionale di patologia geografica ad Utrech, 1934, lo Straehelin rilevò molto opportunamente che non esiste una sintomatologia clinica generale dell'arteriosclerosi, ma che esistono soltanto sindromi locali di organi danneggiati da cattiva irrorazione.

Infatti si dimentica troppo spesso, e specie nei lavori di medicina assicurativa, che l'ipertensione arteriosa non è nè un sintomo, nè una misura dell'arteriosclerosi propriamente detta.

Distinguiamo le seguenti forme dell'arteriosclerosi delle grandi e medie arterie:

- 1) Forma aortica.
- 2) Forma coronarica.
- 3) Forma cerebrale.
- 4) Forma periferica (delle arterie degli arti).
- 5) Forma oculare.

- 6) Forma renale (rene arteriosclerotico di Ziegler).
- 7) Forma pancreatica.
- 8) Forma mesenterica.

E' superfluo ricordare la patologia e la clinica delle singole forme.

Ha importanza per la medicina assicurativa la particolare evoluzione di queste forme, caratterizzata da due fasi, di cui la prima è a sintomatologia prevalentemente soggettiva, mentre la seconda insorge improvvisamente per il brusco instaurarsi di gravi lesioni anatomiche dell'organo colpito.

Si può affermare che quando un candidato denuncia o presenta segni di insufficiente irrorazione di un organo, egli cessa di essere assicurabile sotto qualsiasi forma.

A questo punto il problema dell'arteriosclerosi nei riguardi della medicina assicurativa vita, si scinde in due parti:

- 1) Accertamento obbiettivo dell'arteriosclerosi.
- 2) Prognosi dell'arteriosclerosi.

1) ACCERTAMENTO OBBIETTIVO

Da quanto sopra esposto si comprende quali difficoltà incontrino l'accertamento obbiettivo di una malattia come l'arteriosclerosi, in cui gravi incidenti sono preceduti da sintomi puramente soggettivi. In questo senso a ragione Talbot Jones (cit. da Hymans v. d. Bergh) dichiarava l'arteriosclerosi il più grande nemico dell'assicurazione vita.

Nel giuoco di selezione medica ed antiselezione del candidato, l'arteriosclerosi più d'ogni altra malattia allarma il candidato e si cela all'occhio dell'esaminatore.

Poche sono le arterie clinicamente esplorabili (arterie temporali, brachiali, radiali, tibiali posteriori, pedidie).

I territori più importanti si astraggono al comune esame clinico (arterie cerebrali, arterie coronarie) sicchè quando il candidato non denuncia di sua volontà qualche disturbo soggettivo, il comune esame che deve essere sufficiente per la stipulazione della grande maggioranza dei contratti, non riesce a svelare alterazioni.

In casi sospetti si può consigliare per la valutazione delle

arterie cerebrali l'esame del fondo oculare, in quanto lesioni arteriosclerotiche dei vasi retinici rendono probabili analoghe alterazioni dei vasi endocranici.

Maggiori possibilità di accertamento esistono per le arterie coronarie mediante l'esame elettrocardiografico.

Segni elettrocardiografici di sclerosi delle coronarie sono:

- 1) Aumento del complesso Q. R. S. oltre 0,1 sec.
- 2) Aumento della durata della sistole.

La durata della sistole varia in rapporto alla frequenza del polso e viene determinata volta per volta secondo la formula di Fridericia: Durata della sistole in $1/100$ sec. = $8,22$. Intervallo fra 2 pulsazioni in $1/100$ sec.: 3.

Il valore è patologico quando supera di 0.045 sec. la durata calcolata.

- 3) Negatività del tratto S—T.
- 4) T appiattito, mancante o negativo.
- 5) Stacco alto di T (onda coronaria).
- 6) Aumento del Q III (Q di Pardee).
- 7) Blocco delle arborizzazioni.

Bisogna tener presente, come osserva il Scherf, che l'elettrocardiogramma assunto in riposo e lontano dall'attacco anginoso, presenta un reperto normale nel 60% dei casi con angina di petto.

Quindi neanche l'elettrocardiogramma può ragguagliarci in via assoluta sullo stato delle coronarie a meno che esso non venga assunto dopo uno sforzo (salire alcun piani di scale) imposto al peritando.

L'accertamento dello stato dell'aorta avverrà mediante l'esame radiologico eseguito nella posizione frontale e nelle due oblique onde osservare bene la configurazione sotto diverse prospettive e l'ampiezza delle pulsazioni. Non è opportuno attenersi a misure numeriche che per l'aorta variano molto in rapporto alla posizione del diaframma. In tesi generale si può dire che il diametro trasverso dell'aorta oscilla fra i 4 ed i 7 cm. (Uhlebruck).

L'esame radiologico varrà pure ad accertare calcificazioni di arterie profonde degli arti.

La valutazione dello stato delle arterie superficiali av-

viene per mezzo dell'ispezione, della palpazione e dell'oscillometria.

L'ispezione riguarda soprattutto le arterie temporali e le arterie brachiali che appaiono serpiginose e pulsanti negli individui colpiti dalla malattia.

La rigidità delle arterie alla periferia viene spesse volte interpretata come un segno di arteriosclerosi. Dalle ricerche di Russel, Fischer, Schlayer, Pal ed altri risulta che alterazioni arteriosclerotiche dell'intima non si rivelano alla palpazione e che la rigidità della parete non corrisponde neanche alla calcificazione della media, ma ad uno stato di ipertonia della tonaca muscolare, di natura puramente funzionale ed intimamente legato al fenomeno ipertensivo (e non arteriosclerotico propriamente detto). Thomas Lewis consiglia di esaminare l'arteria dopo averla resa vuota di sangue mediante la compressione a monte.

L'oscillometria (indice oscillometrico normale = 8) oltrechè ad essere in rapporto con lo stato della parete arteriosa dipende anche dall'altezza della pressione arteriosa e soprattutto dalla pressione differenziale, per cui proprio negli ipertesi ed arteriosclerotici il dato risulta poco attendibile.

Data la difficoltà dell'accertamento obbiettivo dell'arteriosclerosi e della grande importanza di sintomi soggettivi, vale anche per questa malattia quanto il Prof. Romanelli scrisse a proposito delle ulcere gastriche e duodenali « che il contratto di assicurazione è e deve rimanere un contratto morale e di buona fede ».

2) PROGnosi DELL'ARTERIOSCLEROSI

Per gli organi interni, cuore e cervello in particolare, si può affermare che quando l'arteriosclerosi di questi territori dà segni soggettivi od oggettivi allora l'accettazione di tali candidati non può avvenire sotto nessuna forma.

Lo Sturm affermò al Congresso di Londra 1935 che non tutti i casi di angina di petto sono a priori da rifiutarsi, ma che dopo un attento esame con ogni possibile risorsa diagnostica, si possano identificare i casi migliori ed assumerli con adeguate restrizioni.

Pur non negando la possibilità di una cernita, l'impresa diagnostica si presenta tuttavia molto ardua.

Ricordo a questo proposito che secondo le ampie statistiche del Willius che l'insufficienza coronarica con segni elettro cardiografici dà una prognosi pessima.

Di casi con onda T neg. in I e II Deriv. ed uncinazioni del complesso ventricolare, ne muoiono 95 % in 8 ½ mesi.

Di casi con onda T neg. in I Deriv. muore l'86 % nello stesso periodo.

Di casi con onda T neg. in II e III Deriv. muore il 73 % nello stesso periodo.

L'arteriosclerosi dell'aorta avrebbe per se stessa poca importanza, qualora non coesistano alterazioni coronariche. Tuttavia anche quando accurati accertamenti avranno negato tale complicazione l'assunzione dovrà avvenire con molta prudenza e con gravi restrizioni.

La sclerosi isolata delle arterie degli arti (abbiamo visto che non tutti gli indurimenti equivalgono a sclerosi) con buona irrorazione delle estremità (soprattutto dei piedi) permette l'accettazione a condizioni miti (25-50 % di sopramortalità).

*Relazione del Prof. GUIDO MALAN
Riunione del 2 giugno 1937-XV*

SULLA VALUTAZIONE DAL PUNTO DI VISTA ASSICURATIVO DEI TUBERCOLOTICI GUARITI CLINICAMENTE

Premessa: confesso di non aver elementi statistici personali sufficientemente ampi da presentare.

Mi limiterò quindi a considerazioni prognostiche chiedendo ai colleghi che fossero in grado di disporre di statistiche importanti dal punto di vista assicurativo, di portare cortesemente dati atti a chiarire il problema.

Dati anamnestici.

Di solito sono alquanto aleatori, ma possono riuscire preziosi ove forniti dal medico curante.

Nonostante le idee moderne sull'immunizzazione progressiva di fronte alla tubercolosi, la pratica insegna che il fatto che i genitori sono o sono stati tubercolotici e che l'assicurando ha sofferto scrofoli, pleuriti, lesioni tubercolari ossee o polmonari non costituisce un dato rassicurante visto che la tubercolosi è caratterizzata dalle frequenti buttate, dai possibili risvegli dopo periodi talora anche prolungati di latenza!

E' importante conoscere l'epoca alla quale presumibilmente risale l'affezione tubercolare, come si sia manifestata (tenendo presente che le forme emottiche in genere non sono le più gravi, anzi!), se con febbri elevate, se con espettorato bacillare (forme aperte), se il paziente *sia stato curato in sanatorio* e per quanto tempo, se siano state praticate *cure collassoterapiche* e quali (pneumotorace omolaterale, bilaterale, frenicoexeresi...), per quanto tempo sia stato continuato il pneumotorace.

E' importante poter conoscere *a quale epoca risalga la guarigione clinica* (questa dovrebbe risalire a tre anni almeno per poter accettare il rischio assicurativo sia pure con cautele!).

E' importante il poter risapere dal medico curante se si sia trattato di *forma cavitaria*, data la maggiore difficoltà di guarigione definitiva nella tisi polmonare che non delle forme apicali e delle forme cosiddette di Assmann, nonostante i successi della collassoterapia.

Raccolti i dati anamnestici si cerchi di rilevare in modo diligente *lo stato presente*.

E' osservazione di pratica banale quanta importanza abbia l'*età* per valutare il rischio assicurativo e come oltre i 30-40 anni siano meno facili le ricadute, salvo intervengano malattie costituzionali quali il *diabete*.

Nella donna ex-tubercolotica particolarmente l'*età* ancora giovane è elemento sfavorevole data la possibilità di gravidanze capaci di risvegliare lesioni apparentemente guarite.

Uno stato di buona nutrizione in individui brachilinei (anzichè longinei), la mancanza di ogni espettorazione, la scomparsa non solo di rialzi febbrili, ma *della termolabilità, un polso normale* sono altrettanti segni favorevoli.

Credo, ai fini della pratica, non abbiano al giorno d'oggi importanza le reazioni di sedimentazione ed altre reazioni di laboratorio che possono fornire dati utili per la prognosi durante la malattia e se eseguite *in serie*.

La *percussione* potrà permettere di rilevare *zone ipofonetiche*.

Queste, se limitate all'apice, possono deporre per sclerosi da guarigione, mentre se vaste ed alle basi per estesi postumi di pleuriti, possono, in periodo successivo, essere causa di disturbi cardiaci per spostamenti e retrazioni e porre il paziente in condizioni di inferiorità di fronte a malattie quali una possibile polmonite od una bronco-polmonite. Le fibrosi generalizzate possono determinare fatti di enfisema dannosi quoad vitam.

Sarà importante il *reperto ascoltatorio* escludente naturalmente ogni fatto umido.

La presenza di crepiti secchi e talora di sfregamenti può persistere a lungo dopo cure pneumotoraciche.

Tutto il reperto dell'esame obbiettivo va illuminato *dall'esame radioscopico*, meglio *dell'esame radiografico!*

L'esame radioscopico permetterà di rilevare sino ad un certo punto la trasparenza o meno dei campi polmonari, la

rischiabilità o meno degli apici sotto i colpi di tosse, i movimenti del diaframma, la libertà o meno dei seni costodiaframmatici, eventuali spostamenti cardiaci, zone di velatura o di opacità con margini netti o no.

E' ben noto il fatto che la nettezza dei margini delle zone velate in genere depone per processi non evolutivi, mentre la loro sfumatura parla per un processo a tendenza evolutiva. L'esame radioscopico in genere serve per l'orientamento. *Alla radiografia* va assegnato un notevole valore ove sia « letta » da un radiologo valente.

Essa permetterà di rilevare sclerosi apicali, fatti di calcificazioni ilari o periilari, travate post-scissuritiche, ecc. tutti dati che stanno a deporre per *lesioni spente*, mentre è ben noto, ripeto, che la sfumatura dei margini delle zone velate depone per processi evolutivi, essudativi.

I processi *fibrosi* danno opacità più o meno diffuse ed omogenee con spostamento (da retrazione) del cuore, del mediastino, delle coste, dell'emitorace. Tali opacità da retrazione corrispondono in genere a processi stabilizzati o clinicamente guariti.

(Si comprende senz'altro che fatti essudativi o cavitari debbano far rifiutare il rischio!). Forse alla richiesta di una buona radiografia ben interpretata non è data sinora l'importanza che merita.

In ultimo, ma non ultima! la *condizione sociale* dell'assicurando va presa nella dovuta considerazione. E' ben noto come oltre la volontà, la possibilità di avere riguardi, di condurre una vita igienica, morigerata, senza strapazzi, accresca notevolmente le probabilità che la guarigione clinica sia conservata.

Costituiranno, concludendo, dati favorevoli per l'assunzione del rischio (assunzione pur sempre cautelativa e quale rischio tarato): una buona cura sanatoriale, uno *stato generale* buono, un *polso normale*, la *scomparsa della termolabilità* (dopo per esempio una camminata di 1/4- 1/2 ora), di ogni espettorato, *un'età oltre i 30 anni*, una *guarigione clinica che risalga ad almeno tre anni*, un *reperto obbiettivo e radiografico* che deponga per fatti cicatrizzati (escludendo però fatti di enfisema rilevanti!) una *condizione sociale* la quale permetta di evitare una vita strapazzata.

Che cosa dicono le statistiche riguardo alla tubercolosi polmonare clinicamente guarita?

Non posseggo, ripeto, statistiche recenti sufficientemente estese dopo l'introduzione della cura Forlanini. Una lunga pratica di ospedale sanatorio mi consente però qualche *impressione*.

Ho l'impressione netta che molti pazienti usciti apparentemente guariti tornino al sanatorio dopo un periodo talora breve.

Tali *ricadute* sono particolarmente frequenti nelle classi *disagiate* costrette spesso a tornare ad occupazioni cui non reggono forze inadeguate. Tali ricadute sono assai meno frequenti in chi ha potuto fruire di una cura sanatoriale sufficientemente prolungata, specie se corroborata da un Pnt completo praticato in processi recenti quali il cosiddetto focolaio tisiogeno o precoce.

Le diverse forme è ovvio assumono un decorso più lento e benigno oltre i 40 anni, quando il paziente non sia colpito da altre malattie debilitanti e in particolare dal diabete.

* * *

Otto May, capo del servizio medico della Prudential A. C., in un articolo recente del *Lancet* (27-11-1936) afferma che dal punto di vista assicurativo la valutazione del rischio richiederebbe esami supplementari quali la visita di un tisiologo con radiografie, ecc. se non si opponessero a tale desideratum motivi finanziari, spese che verrebbero a gravare soverchiamente sul bilancio delle Compagnie.

Tali esami vanno praticati in ogni modo in caso di rischi di una certa entità ed a giudizio del consulente della Compagnia.

L'*anamnesi*, prescindendo da ogni questione di ereditarietà, assume un'importanza non indifferente. Le ricerche eseguite in proposito e rammentate da May hanno messo in evidenza come l'esistenza di tubercolosi in famiglia peggiori il rischio, specie se si tratti di assicurandi giovani e gracili, longilinei. Il rischio, come è noto, è decrescente; diminuisce con l'aumentare dell'età e del peso.

(Se l'individuo di famiglia tubercolotica risulta sano, ma

con sottopeso e sotto i 30 anni si potrebbe considerare la sovramortalità non superiore del 50 % alla norma, se con peso normale del solo 25 %. Se l'assicurando ha oltrepassato i 30 anni ed esiste sottopeso, la sovramortalità si potrebbe considerare superiore del 25 % alla norma, se il peso è normale il rischio potrebbe essere considerato come normale).

Convivenza con tubercolotici.

Senza voler entrare nel problema della contagiosità o meno della tubercolosi *negli adulti* negata in modo eccessivo da Lumière, le statistiche dimostrano che la convivenza con pazienti di tubercolosi accrescono il rischio, specie se i contatti hanno luogo tra figli e genitori, tra fratelli e sorelle, meno se tra marito e moglie.

Se la vita in comune è durata oltre tre mesi converrebbe, secondo il relatore, considerare la sovramortalità accresciuta del 20 % circa.

Anamnesi personale.

Le statistiche dimostrano che tra gli ex pazienti di tubercolosi la mortalità è alta nei primi anni successivi ad una cura sanatoriale anche se il paziente era in buone condizioni generali al termine della cura. Ciò è specialmente vero per le tubercolosi aperte ossia quando lo sputo era stato positivo. Quantunque in seguito all'introduzione della collassoterapia la sopravvivenza sia migliorata conviene rammentare che il pneumotorace di solito non viene praticato nelle forme lievi.

L'essere stato sottoposto a tale cura significa perciò, come regola generale, l'essere stato affetto da forma evolutiva e seria (ciò è tanto più vero per i pazienti sottoposti a frenicoexeresi e toracoplastiche).

Non credo che si possa quindi derogare per gli ex pneumotoracizzati (con guarigione clinica e radiologica) dalla forma cautelativa di richiedere una guarigione che duri da almeno 3-5 anni, un'età oltre 30 anni.

Il rischio è decrescente.

E' ovvio che agli ex tubercolotici si cerchi di applicare forme cautelative, con periodi di carenza, con sovrappremi da restituire eventualmente all'assicurando se sopravvive oltre un

dato tempo, ma tale problema è di competenza specialmente attuariale-industriale.

In merito alla pleuriti da un lavoro recente di Stephani Weigert (*Revue de la Tuberculose*, XII-1936) emerge che da una serie di statistiche in *un terzo dei casi i pazienti colpiti da pleurite essudativa diventano tosto o tardi tubercolotici polmonari*.

Dopo quanto tempo?

Già altri autori avevano fissato un periodo che va da 2-3 anni come minimo a 20-25 anni come massimo. Secondo Stephani in un terzo dei casi la tubercolosi polmonare seguirebbe la pleurite *da vicino*.

La pleurite costituisce inoltre un aggravante serio dato che in molti casi si oppone alla cura oggidì più efficace della tubercolosi polmonare, ossia alla collassoterapia.

Dal punto di vista assicurativo la pleurite, se si tratta di forma essudativa o secca, può praticamente essere considerata di origine tubercolare.

E' sempre indicata qualche cautela, almeno per i primi 5-10 anni che seguono la malattia, dato che le condizioni dell'assicurando siano buone (non esista sottopeso, l'età superi i 25 anni) e non siano clinicamente rilevabili postumi.

Tali cautele vanno in certe Compagnie da un minimo del 20 % di sovramortalità ad un massimo del 75 % a seconda dei singoli casi.

Il rapporto per il fiduciario che è stato preparato dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e dal Consorzio Italiano Rischi Tarati per le affezioni dell'apparato respiratorio, mi sembra completo. Forse, ripeto, sarebbe bene, dati i progressi della radiologia, esigere, almeno nei rischi che superino 20.000 lire o quando il consulente ne ravvisi la necessità, una buona radiografia toracica dell'assicurando, radiografia da sottoporre all'esame di chi deve dare il giudizio definitivo.

Così pure ben valutati e formulati mi sembrano i criteri che devono servire di base all'accettazione dei rischi più o meno tarati e che qui sotto rammento:

1) Pleurite guarita da un anno senza postumi clinicamente apprezzabili, età superiore ai 30 anni, buone condizioni generali, sovramortalità 50 % (ossia cessione facoltativa). Ogni

pleurite progressiva che non rientri nel quadro precedente: sovrarmortalità 75-300 % (rischio decrescente).

2) Tubercolosi polmonare clinicamente e radiologicamente guarita da 5 anni, età superiore ai 35 anni, buono stato di nutrizione: sovrarmortalità 50 %.

Ogni altra tubercolosi clinicamente e radiologicamente guarita, non compresa nella voce precedente: 75-300 % decrescente.

* * *

Non mi sento di chiedere modificazioni a questi schemi proposti dal C. I. R. T.

Ritengo infatti che nel campo tubercolare non sia possibile lavorare in serie, ma convenga *individualizzare*. Solo vagliando accuratamente i vari dati in ogni singolo caso riesce possibile valutare il rischio assicurativo e giungere ad un giudizio sano.

Mi permetto però di insistere perchè venga data un'importanza maggiore al reperto radiografico.

*Relazione del Prof. GIOVANNI PILOTTI
Riunione del 2 giugno 1937-XV*

RASSEGNA DELLE AFFEZIONI NERVOSE AI FINI DELL'ASSICURAZIONE VITA

Nell'elenco delle infermità prese in esame dal Comitato Medico Attuariale del CIRT per una eventuale assicurazione sulla vita, le malattie nervose e mentali sono rappresentate da un gruppo molto ristretto di affezioni, per le quali già la pratica corrente ha stabilito un approssimativo tasso di sopramortalità che viene definitivamente deciso per lo più, caso per caso.

Le malattie ritenute fino ad ora accettabili, a condizioni speciali, sono le seguenti:

Epilessia — Tabe dorsale — Psicosi maniaco-depressiva —
Encefalite letargica.

Il Comitato Medico Attuariale ha avuto occasione di esaminare fino ad ora un certo numero di proposte riguardanti malati colpiti dall'una o dall'altra delle affezioni suelencate; non solo, ma sono state da esso anche esaminate proposte riguardanti malati di paralisi progressiva decidendo per il rifiuto, mentre alcuni Consorzi esteri decidono per l'accettazione, ma soltanto allorchè risulti sia stata eseguita con successo la malarioterapia.

Tutte, o quasi tutte, le altre malattie del sistema nervoso non hanno costituito fino ad ora oggetto di particolare studio da parte del Comitato Medico Attuariale del CIRT.

D'altra parte, la constatazione che, solo a circa 10 anni di distanza dall'inizio dell'attività del CIRT, si senta il bisogno di dare uno sguardo di orientamento al pur così vasto campo delle malattie del sistema nervoso, all'infuori del breve elenco surricordato, dimostra la scarsa frequenza con la quale ricorrono nella pratica quotidiana, le proposte riguardanti soggetti colpiti da affezioni nervose, diverse da quelle che da noi sono state ritenute finora accettabili. Altrimenti la nostra attenzione sarebbe stata di certo richiamata su di esse, già da molto tempo,

e, di fronte a proposte concrete, avremmo dovuto decidere prima d'oggi, la condotta da seguire.

Comunque, se si vuol dare uno sguardo di orientamento alle affezioni che colpiscono il sistema nervoso ai fini dell'assicurazione sulla vita, ritengo sia opportuno prendere in esame separatamente:

- 1) le malattie mentali;
- 2) le malattie dell'encefalo, del midollo spinale e dei loro involucri;
- 3) le malattie dei nervi periferici.

Premetto che quanto dirò in seguito non ha la minima pretesa di una definitiva sistemazione delle malattie del sistema nervoso nei loro rapporti con l'assicurazione vita e che le considerazioni che verrò esponendo non hanno il confronto di dati statistici nè, comunque, si basano su dati informativi derivanti dall'esperienza altrui, perchè nè degli uni nè degli altri ho potuto in alcun modo disporre nel compilare la presente rassegna.

MALATTIE MENTALI

Nel gruppo suindicato delle malattie prese in esame dal Comitato Medico Attuariale del CIRT, tra le malattie mentali accettabili figura soltanto la psicosi maniaco-depressiva.

Per la paralisi progressiva, come ho già detto, il CIRT si è espresso fino ad oggi in senso negativo all'accettazione, all'opposto di ciò che avviene presso alcuni Consorzi esteri i quali, con tarature più o meno forti, accettano i soggetti colpiti da tale infermità.

Tutte le altre malattie mentali — e per accennare solo le forme più tipiche:

- 1) la demenza primitiva o giovanile (demenza precoce di Kraepelin);
- 2) la demenza senile;
- 3) la demenza arteriosclerotica e la postemiplegica;
- 4) la paranoia cronica;
- 5) l'amenza;
- 6) le psicosi tiroidee;
- 7) le psicosi pellagrose, alcooliche, da morfinismo, cocainismo, ecc.;
- 8) le frenastenie,

per tacito e, credo, generale consenso, non sono state finora ritenute accettabili in assicurazione.

Ritengo che da tale linea di condotta non si debba derogare, se si tien conto della gravità del prognostico che si riferisce a questo gruppo di malattie.

La gravità del prognostico riguarda, naturalmente, le alterazioni psichiche che, in alcune di queste forme morbose portano più o meno rapidamente, verso la demenza (ciò si intende per la demenza precoce, la demenza senile, quella arteriosclerotica e quella postemiplegica). Che se, d'altra parte, si vuol tener conto della possibilità di una più o meno lunga durata della vita in alcune di queste forme morbose (e mi riferisco in modo particolare alla demenza precoce in quanto molti dementi precoci possono raggiungere una età rispettabile e talvolta la vecchiaia) giova tut'avia insistere nel ricordare che, spesso, malattie intercorrenti (tubercolosi, in ispecie) ne troncano l'esistenza e che, comunque, non sembra si possa proporre l'accettazione in assicurazione di dementi, per i quali è quasi sempre necessario il ricovero in un privato istituto specializzato per malattie mentali o in un pubblico manicomio, con decreto d'internamento del Tribunale.

Nella demenza senile, arteriosclerotica e postemiplegica la prognosi è grave, non solo dal punto di vista psichico, ma anche per quanto riguarda le condizioni più strettamente somatiche e quindi ritengo non sia il caso di parlare di assicurazione.

Anche per la paranoia cronica ritengo sia inutile discutere a lungo, poichè, malgrado il suo decorso spesso cronicissimo, la decadenza mentale si può mettere in evidenza già nei primordi della malattia — e in modo più chiaro nelle forme avanzate. — E ciò basta, a mio modo di vedere, per decidere in senso negativo di fronte ad una proposta di assicurazione.

Per i frenastenici, senza entrare nella valutazione dei diversi gradi della loro insufficienza mentale, ritengo che essi debbano in genere essere esclusi dai benefici dell'assicurazione, salvo le forme più lievi di imbecillità, che potranno essere studiate in seguito, con maggiori dettagli.

La paralisi progressiva, merita, secondo me, una considerazione più benevola di quella che ha avuto presso di noi, finora. E pur riservandosi di giudicare, caso per caso, con esami accurati, quali sono le reali condizioni fisiche e psichiche dei-

soggetti malarizzati proposti all'esame, si può essere in genere favorevoli all'accettazione, osservando tutte le cautele che saranno ritenute più opportune. Ciò potrà essere oggetto d'ulteriori studi da parte nostra.

Così non entro a discutere dettagliatamente della psicosi maniaco-depressiva che viene già correntemente proposta allo studio del Comitato Medico Attuariale del CIRT e per la quale si potrà procedere ad ulteriori esami, per meglio precisare quali debbono essere i criterî da seguire rispetto alle diverse manifestazioni cliniche di essa, tenendo presente la frequenza degli accessi di depressione o di eccitamento, la durata di essi e la data dell'ultimo attacco, insieme a tutti i dati che potranno essere desunti dalla relazione dell'alienista, che dovrebbe essere sempre richiesta.

Potrebbero essere anche oggetto di particolare esame le psicosi da avvelenamento (pellagrose, alcooliche, morfiniche, da cocaina) nelle quali si possono avere dei periodi di tregua e di miglioramento, malgrado che si possa parlare di guarigione definitiva, solo in casi eccezionali.

Sono da prendere in speciale considerazione le psicosi nevrasteniche, che possono essere riguardate come accettabili a condizioni particolari.

Ritengo invece che si debba, in genere, rifiutare sempre l'assicurazione nei casi di psicosi epilettiche.

MALATTIE DELL'ENCEFALO, DEL MIDOLLO SPINALE E DEI LORO INVOLUCRI

Non è mio intendimento di entrare in dettagli di indole clinica per ciò che riguarda le malattie organiche dell'encefalo e del midollo spinale. Farò soltanto un elenco delle malattie encefaliche più comuni che, per ora, *non possono essere prese in considerazione* ai fini di una assicurazione sulla vita. Ricorderò, tra queste:

- 1) l'arteriosclerosi cerebrale con segni più o meno manifesti di alterato circolo;
- 2) i tumori cerebrali;
- 3) il Morbo di Parkinson senile;
- 4) le coree croniche;

- 5) le malattie da parassiti cerebrali (cisticerco, echinococco, ecc.);
- 6) le paralisi bulbari, pseudo-bulbari, ecc.
- 7) la paralisi bulbareastenica;
- 8) le meningiti sierose;
- 9) i tumori ipofisari, ecc.

Per ciò che riguarda la sifilide cerebrale, penso che sarà opportuno porsi il quesito per decidere se questa infermità debba essere sempre e senz'altro esclusa dall'assicurazione anche quando essa risulti ben curata e guarita. Naturalmente occorre valersi di tutte le cautele e di tutti i dati informativi che possono essere desunti da un accuratissimo esame clinico e dai risultati delle più fini ricerche nel liquido cefalo-rachidiano, in laboratori che diano sicuro affidamento.

Mi sembra, cioè, non del tutto giustificato il sistematico rifiuto della lues nervosa, specialmente se si tien presente che, almeno presso i Consorzi esteri, se non ancora da noi, viene accettata la paralisi progressiva. Ambedue queste malattie sono sicuramente provocate da una infezione spirochetica del sistema nervoso, con la differenza che mentre da un lato la lues nervosa risente generalmente gli effetti dei preparati antiluetici, fino al punto da regredire anche in modo pressochè completo, se non si sono ancora verificate lesioni distruttive irreparabili, dall'altro lato la paralisi progressiva, come è noto, non trova profitto dai preparati suddetti, ma si avvantaggia solo della piritoterapia malarica o chimica, seguita dall'azione degli arsenobenzoli. Tuttavia in nessun caso di demenza paralitica si può parlare di una guarigione vera e propria. Malgrado ciò, la lue nervosa viene senz'altro rifiutata e la paralisi progressiva invece viene accettata in assicurazione.

Oltre alla paralisi progressiva, all'encefalite letargica e alla epilessia convulsiva, ritengo che possano essere prese in benevola considerazione le proposte di assicurazione sopra individui che presentino:

- 1) i postumi di encefaliti (infantili o no);
- 2) i postumi di coree infettive;
- 3) i postumi di traumi al cranio (da valutare caso per caso secondo la loro entità);
- 4) le varie forme di nevrosi trofiche e vasomotorie;
- 5) la nevrosi isterica.

* * *

Per le malattie sistematiche del midollo spinale come:

- 1) la sclerosi laterale amiotrofica;
- 2) l'atrofia muscolare progressiva spinale (Aran-Duchenne);
- 3) la poliomielite anteriore cronica;
- 4) l'atassia di Friedreich o di Pierre Marie;
- 5) la siringomielia;
- 6) i tumori del midollo non operati con successo;
- 7) le mieliti con lesioni funzionali della vescica e del retto, ecc.

ritengo che, per ora, non si possa parlare di assicurazione sulla vita.

Giudizi più favorevoli si possono invece emettere per la *tabe dorsale*, che è entrata da tempo in assicurazione, per il morbo di Pott, le artriti croniche della colonna vertebrale, per alcuni esiti di meningiti spinali (luetiche, epidemiche) di meningiti sierose circoscritte, curate od operate con successo. Egualmente sarà opportuno discutere in seguito la possibilità d'accettare malati affetti da sclerosi a placche, da emisezione del midollo spinale, da miopatie primitive, dalla sclerosi laterale amiotrofica, dai tumori operati del midollo, ecc.

Si tratta di precisare per tutte queste forme morbose, i criteri di taratura.

Gli esiti della poliomielite acuta, alcuni esiti di lesioni traumatiche senza alterazioni gravi dell'innervazione viscerale (fratture, ecc.) possono in genere essere accettati a condizioni normali.

MALATTIE DEI NERVI PERIFERICI

Possono essere accettate a condizioni normali tutte le paralisi traumatiche dei nervi periferici, all'infuori delle paralisi del nervo frenico, del glosso-faringeo, dell'ipoglosso, del vago e del nervo accessorio, per i quali è necessario stabilire caso per caso, quali sono i disturbi funzionali che possono richiedere notevoli restrizioni nell'accettazione o imporre addirittura il rifiuto.

Possono essere accettati a condizioni normali o quasi tutti

i malati di nevriti e di nevralgie che siano o guariti o in istato di quiescenza; eccezion fatta per le nevriti dei nervi frenico, ipoglosso, vago, accessorio e trigemino, per i quali si deve prendere in considerazione la entità dei disturbi funzionali e la eventualità di interventi operativi (trigemino).

* * *

Questa rapidissima corsa attraverso il campo delle malattie nervose non ha, ripeto, la pretesa di portare un giudizio comunque definitivo sulla possibilità di accettare o di respingere le proposte di assicurazione sulla vita di soggetti colpiti dalle tare elencate in questa molto sommaria rassegna.

Se, come ho detto, sembra non si possano accettare alcuni gruppi di malati affetti, ad esempio, dalle più gravi malattie mentali su ricordate, si può invece essere di parere diverso per ciò che riguarda alcune altre infermità, come la sifilide cerebro-spinale, la sclerosi a placche, le affezioni combinate dei cordoni posteriori e laterali del midollo, la così detta paralisi spinale spastica, i tumori del midollo operati, le miopatie primitive ecc. — poichè la durata dell'esistenza, in questi casi, si può prolungare ancora per anni, talvolta per decenni, malgrado l'andamento per lo più progressivo di queste forme morbose.

Naturalmente, per prendere decisioni concrete a tale riguardo, occorre che *ciascuna di queste infermità* sia sottoposta ad un preciso esame, che potrà essere compiuto in seguito, specialmente col soccorso dei dati desunti da ampie ricerche statistiche, che solo possono essere eseguite su di un vasto materiale come può esser quello di cui dispongono le organizzazioni dei più grandi Istituti di assicurazione.

*Relazione del Dr. GIULIO CAVALIÈ
Riunione del 16 novembre 1937-XVI*

LE ALBUMINURIE E L'ASSICURAZIONE VITA

Fu Cotugno, più di un secolo fa, il primo a segnalare in certe urine l'esistenza di una sostanza che si coagula col calore — da allora ad oggi infinite furono le discussioni e le ipotesi sul significato e sul valore semejologico dell'Albuminuria.

Quando Bright nel 1827 mise in evidenza il rapporto esistente tra certe idropi e le alterazioni renali, si cominciò a vedere nell'albuminuria un segno di lesione renale e, affermandosi sempre più questo concetto, si finì con l'ammettere come binomio inseparabile i termini: albuminuria-nefrite, e la sua maggiore o minore intensità l'indice sicuro della gravità della malattia, il dato su cui basare ogni pronostico.

Tale concetto così assoluto non fu però di lunga durata: furono osservati e studiati casi di nefrite in cui la gravità non era per nulla parallela alla intensità della albuminuria; si osservarono casi di albuminuria anche abbastanza intensa che consentiva uno stato di benessere completo e duraturo.

Queste osservazioni, dapprima rare, andarono poi moltiplicandosi e così la convinzione sul valore assoluto dell'albuminuria come espressione patologica, ne restò scossa. Le idee andarono a questo riguardo sempre più modificandosi e si finì col giungere a tal punto che sul finire del secolo scorso un grande clinico francese, forse in un momento di malumore per qualche disappunto diagnostico, poteva scrivere essere l'albuminuria un sintomo « incostante, infedele e ingannatore delle malattie del rene ».

Come sempre avviene dopo così grandi oscillazioni, il concetto che oggi si ha dell'albuminuria si allontana da ambedue questi estremi: oggi all'albuminuria si attribuisce il suo esatto valore semejologico: molto scarso, se preso e considerato a sè, ma invece di grande importanza se inquadrato in una quan-

tità di altre ricerche e di altri fattori che ne illuminano e precisano il significato.

* * *

Lunghe e basate su concezioni affatto diverse furono le discussioni sul come interpretare questo fatto anormale del passaggio di albumina nelle urine e sulla possibilità di precisare ove esso avvenga.

Troppo lontano mi condurrebbe l'esposizione di tutte le teorie sostenute dai diversi autori — una spiegazione veramente esauriente del fenomeno non è ancora stata data. In ogni modo però tutti sono d'accordo nell'ammettere che questo passaggio sia facilitato e influenzato da una abnorme permeabilità per i corpi albuminoidei del sangue, e che esso avvenga già per la massima parte nel glomerulo.

* * *

Quando il medico constata la presenza di albumina nell'urina, accertatosi che non si tratti di una cosiddetta albuminuria spuria, cioè dovuta a sostanze che si sono mescolate all'urina nelle vie urinarie inferiori, (pus, sperma, secreto vaginale, sangue mestruale, liquido prostatico, ecc.) dovrà per primo porsi il quesito se questa albuminuria sia di origine renale o extrarenale.

Quando però si dice albuminuria extrarenale non si intende affermare con ciò che il rene sia completamente estraneo al processo: se così fosse non si capirebbe perchè questi reni dovrebbero comportarsi di fronte a certi stimoli in modo diverso dagli altri.

Le medesime cause devono avere su organi uguali i medesimi effetti: bisogna dunque ammettere che, se non una vera e propria lesione dei reni, esista in questi casi almeno una aumentata labilità del filtro renale (Castaigne).

ALBUMINURIE EXTRARENALI

Albuminurie non dipendenti da vere e proprie lesioni renali si possono avere in condizioni le più svariate: si possono

notare da cause nervose come emozioni, surmenage intellettuale, stati postepilettici, emorragie cerebrali, ecc., albuminurie da strapazzo, albuminurie da bagni freddi.

Vi sono le cosiddette albuminurie cicliche: quelle che compaiono al mattino e altre a tipo meso diurno, le prime secondo certi autori a base pretubercolare, le seconde pregottose.

Vi sono certe albuminurie in rapporto ad ingestione abbondante di sostanze albuminoidi, oppure a fatti dispeptici, le albuminurie da stasi in dipendenza da alterato circolo, abitualmente da causa cardiaca, e infine le albuminurie ortostatiche comprendendo in questo gruppo le forme lordotiche, le costituzionali, le giovanili.

Non è sempre compito facile quello del medico che deve giudicare sulla natura di una albuminuria: la anamnesi, le abitudini di vita del soggetto, l'esame somatico molto scrupoloso, specie per quanto riguarda la funzione gastroepatica e cardiaca, lo studio del modo di presentarsi dell'albuminuria fatto con ripetuti esami delle urine; la conoscenza perfetta delle condizioni renali mediante l'esame microscopico del sedimento, e tutti gli altri mezzi che in seguito avremo occasione di studiare, e che possano far escludere una eventuale lesione renale, tutto ciò potrà indirizzare o meno il giudizio diagnostico verso le forme sopracitate.

* * *

In quantità minima e non accertabile coi comuni metodi l'albuminuria è presente in tutte le urine. E' ammesso però, grosso modo, che si possa considerare in quantità patologica quando essa è dimostrabile, anche in tracce appena visibili, col solito sistema del calore + acido acetico.

E' impressionante la quantità di albuminurici che secondo alcune statistiche si possono riscontrare in individui ritenuti sani. Leube afferma che nell'esame delle reclute trovò albumina in quantità superiore al normale nel 4,2 % se l'esame era fatto nelle ore del mattino, del 16 % se l'esame era fatto dopo lunghe marcie o sforzi muscolari. Altri autori ammettono percentuali anche molto maggiori.

Si capisce perciò come il problema dell'accettazione degli albuminurici fosse un problema che doveva interessare al mas-

simo le Compagnie quando queste decisero di allargare il proprio raggio di azione e di estendere l'accettazione in assicurazione vita anche ad elementi risultanti non perfettamente normali.

Anticamente le albuminurie erano sistematicamente rifiutate: fu Moreau che, quando si cominciò a studiare le possibilità di assicurazioni dei rischi tarati, propose l'accettazione di individui che, pur avendo sofferto di albuminuria in passato, ne erano sicuramente guariti.

Nel 1900 Wybauw allargò il concetto di possibile accettazione degli albuminurici, proponendo di ammettere al beneficio dell'assicurazione i casi di albuminuria ciclica e degli adolescenti, limitando però le forme cicliche agli assicurandi che non avessero oltrepassati i trenta anni, senza tare ereditarie e con albumina inferiore al 0,50 %.

Il concetto di possibile accettazione degli albuminurici andò così progressivamente allargandosi.

Nel 1917 la quistione venne da noi studiata a fondo per opera di un Comitato composto di eminenti clinici e di cui faceva parte come relatore il nostro Illustre Presidente Professor Romanelli.

In un lavoro del Dott. A. Starna dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni comparso sul fascicolo del dicembre 1936 dell'« Assistenza Sanitaria » è riportato un riassunto dei lavori eseguiti in quell'epoca da detto Comitato.

Vennero allora riconosciute e studiate le seguenti forme di albuminuria:

Albuminurie non nefritiche (divisione proposta dal Professor Romanelli):

INTERMITTENTI

- 1 - Albuminuria della pubertà;
- 2 - » da sforzi;
- 3 - » ortostatica e lordotica;
- 4 - » ciclica;
- 5 - » da bagni freddi;
- 6 - » digestiva o alimentare;
- 7 - » nervosa.

PERSISTENTI

- 8 - Albuminuria nell'obesità;
- 9 - » nel diabete;
- 10 - » nella gotta;
- 11 - » nell'alcoolismo;
- 12 - » nell'arteriosclerosi;
- 13 - » residuale o post-nefritica e albuminuria nelle nefriti parcellari.

A queste forme va unita l'albumosuria di Bence-Jones e la peptonuria.

Tutte queste forme vennero allora studiate e vagliate una ad una e, tenuto conto che nella valutazione del rischio oltre e più che il fatto della presenza di albumina nelle urine, avevano grande importanza i precedenti dell'assicurando, la sua costituzione, le sue abitudini di vita, e la eventuale presenza di altre alterazioni aggravanti il pronostico, stabilirono che quasi tutte le albuminurie di origine extrarenale, all'infuori della valutazione di altri eventuali fattori concomitanti, erano accettabili in assicurazione naturalmente con tarature proporzionate al rischio.

Lo studio di tutte queste forme di albuminuria aveva dimostrato la loro relativa benignità. Si tratta infatti di individui che, pur presentando un quid di non normale nel loro lavoro renale, non presentavano certamente nè lesioni anatomiche nè istologiche, lesioni che se esistenti avrebbero potuto essere dimostrate. In questi individui il semplice fatto della perdita di albumina non ha molta importanza perchè l'organismo lo sopporta senza alcun disturbo e riforma senza difficoltà quanto va disperso.

L'esperienza ha dimostrato che il fatto albuminurico non ha influenza, o ne ha pochissima, in senso sfavorevole, sul decorso di eventuali malattie intercorrenti, e infine quasi tutti gli autori sono d'accordo nell'escludere che queste forme possano a lungo andare degenerare in vere nefropatie.

Qualche autore invero ne ammette la possibilità ma senza però poterlo affermare in modo assoluto: Rathery ad esempio asserisce che l'albuminuria ortostatica se verso i 40-50 anni non è guarita può degenerare in una nefrite cronica. Si trat-

terebbe in ogni caso di eventualità che si presenterebbero in una percentuale così minima da essere trascurabile.

Tutte le albuminurie extrarenali vennero allora divise seguendo un concetto pronostico in quattro categorie — di queste il primo gruppo comprende tutte le forme intermittenti e furono assegnate a questo gruppo sopramortalità dal 10 al 25 %. Il secondo gruppo comprende le albuminurie residuali o post-nefritiche e le albuminurie delle nefriti parcellari con sopramortalità dal 25 al 40 % diminuendo il rischio più ci si allontana dalla nefrite progressa. Terzo gruppo le albuminurie della obesità e della gotta con sopramortalità dal 35 al 50 % e infine, quarto gruppo, le albuminurie nelle arteriosclerosi con sopramortalità dal 50 al 60 %, rischio crescente con l'età dopo i 40 anni.

Naturalmente tutte tarature riguardanti il solo fenomeno albuminurico, astrazione fatta dalla eventuale presenza di altre manifestazioni o fatti riguardanti il gentilizio, l'anamnesi o l'individuo stesso e che potrebbero a loro volta essere causa di taratura.

A questi criteri si può sottoscrivere ancora oggi pur essendo ormai passati 20 anni, tanto più considerando che lo studio del lavoro di epurazione del sangue da parte del rene è oggi giunto ad uno stadio di molta maggior precisione col dosaggio dell'azoto nel sangue e con le prove funzionali del rene, di cui avremo occasione di occuparci in seguito, prove che, trovandosi il medico a dover giudicare di una albuminuria, danno la possibilità di scindere con maggior sicurezza le albuminurie di origine renale da quelle di origine extrarenale, albuminurie queste che consentono un pronostico molto più favorevole.

Volendo passare in una rapida rassegna le diverse forme di albuminuria non nefritica, seguendo sempre il concetto della divisione fatta dal Prof. Romanelli, si potrebbero dedurre le seguenti conclusioni:

Le albuminurie della pubertà, quelle di sforzo, le albuminurie ortostatiche lordotiche, da bagno freddo, hanno per sé stesse poco valore patologico — forte peso nella valutazione del rischio avranno le condizioni generali, ben sapendo che queste albuminurie e specialmente quelle della pubertà e le ortostatiche sono retaggio degli individui a tipo longilineo, a

sviluppo molto rapido, astenici, pallidi, delicati, con cuore piccolo, ipotesì, e con notevole labilità vasomotoria.

In queste forme molti autori insistono sulla ereditarietà neuropatica e ammettono la possibilità di una tubercolosi latente o di una sifilide ereditaria. Fattori questi tutti da ben vagliare caso per caso.

Nelle albuminurie da sforzi, specialmente se questi sforzi sono inerenti alla professione, bisognerà tener conto se l'individuo è nella possibilità di sostenere senza danno e a lungo andare queste fatiche, e della integrità assoluta delle funzioni specialmente respiratoria e circolatoria.

Per le albuminurie cicliche pure bisognerà ben tener conto delle condizioni generali dato, come ho già avuto occasione di accennare, che esse potrebbero essere l'indizio di uno stato pre-tubercolare o pregottoso.

Si capisce dunque come in tutte queste forme, compresa la ortostatica, su cui tanto si è discusso, più che il semplice fatto albuminurico abbiano peso altri fattori tra cui più di tutto l'ereditarietà, i precedenti, e le condizioni fisiche generali.

Nelle albuminurie dispeptiche la prognosi sarà possibile solamente dopo uno studio completo e sicuro sulla natura, sulla entità e sul possibile ulteriore sviluppo del disturbo gastrico.

Le albuminurie nervose hanno poco valore patologico se basate unicamente su un fatto emotivo; tutt'al più esse rientreranno nel primo gruppo, e cioè avranno importanza nella loro valutazione le condizioni generali e la considerazione se questa speciale emotività non sia basata su fattori che possano gravare nel giudizio.

Il peso sul pronostico delle albuminurie nervose causate da malattie organiche naturalmente scompare di fronte al grande valore che, nel quadro, assumono le malattie che le hanno provocate.

Le albuminurie da obesità, diabete e gotta, saranno valutate in aggiunta alla importanza che nel pronostico avranno le malattie fondamentali; tenendo presente che il peso di queste, specialmente diabete e gotta, è tale che un semplice sospetto di compartecipazione renale al processo albuminurico consiglierebbe il rifiuto.

L'albuminuria nell'alcoolismo obbliga senz'altro al rifiuto: questi organismi sono sottoposti ad uno stato di intossicazione

cronica, in essi il lavoro del fegato è sempre più o meno compromesso e uno stato anche lieve di insufficienza renale porterebbe presto a condizioni di vita molto precarie.

Gli albuminurici arteriosclerotici sono tarati da accettare sempre con la massima prudenza e quando si sia ben sicuri che l'albuminuria non sia l'esponente di un fatto nefritico anche iniziale, nel qual caso sono nettamente da rifiutare.

Dell'albuminuria residuale o postnefritica e nelle albuminurie delle nefriti parcellari è da considerare la possibilità di recidive e, specie nelle parcellari, di un ulteriore sviluppo del fatto infiammatorio o degenerativo che potrebbe portare ad una scadenza più o meno lontana, a fatti di insufficienza funzionale dei reni.

Infine la peptonuria e l'albumosuria di Bence-Jones non sono manifestazioni da considerare a sè ma sono la spia di alterazioni o lesioni di altri organi o tessuti, e saranno naturalmente questi i fattori che graveranno sul giudizio.

ALBUMINURIE DI ORIGINE RENALE

Salvo rare e discutibili eccezioni, un'albuminuria che sia accompagnata da cilindruria è, si può dire, sempre di origine renale e sta a rappresentare una nefropatia.

Pochi capitoli della patologia medica sono stati e sono tuttora discussi come quello delle nefriti; l'incertezza sul fattore eziologico, sulla natura e sulla localizzazione della lesione, la possibilità di basare una classificazione su concetti diversi eziologici, anatomo-patologici, istopatologici o clinici; il fatto che una lesione renale difficilmente si sviluppa tutta e completamente su un sistema definito del rene, rispettando completamente gli altri, ma che anche gli altri in maggiore o minore misura finiscono col partecipare al processo infiammatorio o degenerativo, determinando così una quantità di entità patologiche delle quali ognuna può essere considerata come figura a sè, tutto ciò ci dà ragione come possano essere state proposte una quantità di distinzioni e di classificazioni che certo non facilitano, almeno dal lato teorico, lo studio di questo capitolo della patologia.

Non è mio compito entrare nel dedalo di tutte queste clas-

sificazioni: il concetto anatomico che fu il primo ad esser preso come base di distinzione permise già anticamente di dividere le nefriti nelle due grandi categorie di interstiziali e parenchimatose — al concetto anatomico si sostituì più tardi quello clinico e così a seconda che si riscontrasse ritenzione di azoto o di cloruri, si distinsero le nefriti in uremigene e idropigene che corrisponderebbero alle antiche interstiziali e parenchimatose.

Oggi si è tornati al concetto anatomo-istopatologico e la classificazione di Volhard che è quella più seguita, comprende tre grandi gruppi di nefriti e cioè, le « nefriti » (forme infiammatorie con localizzazione prevalentemente glomerulare); le « nefrosi » (forme degenerative con localizzazione prevalentemente tubolare); e le « nefrosclerosi » (lesioni renali di origine circolatoria).

Il medico che abbia la possibilità di avere sott'occhio un esame fisico-chimico e microscopico di un'urina non ha nessuna difficoltà ad affermare che un individuo è affetto da nefropatia: basta a ciò la constatazione di albumina e cilindri. Più difficile è il compito quanto si voglia giudicare sulla natura, sulla gravità di una nefrite e si voglia metterla nella casella che le spetta a seconda della classificazione adottata — difficilissimo poi e a volte quasi impossibile il fare un pronostico sicuro di una lesione renale. L'avvenire di un nefritico è basato su una quantità di fattori ben difficili da stabilire e si può dire a volte imponderabili, sulla possibilità dell'avverarsi di fatti e condizioni impossibili da prevedere, e il medico assicuratore che si muove nel campo delle nefriti deve farlo con la massima prudenza ben sapendo quanto sia infido il terreno sul quale cammina.

Gli elementi sui quali noi possiamo basare il giudizio su una nefrite sono: la *anamnesi*, lo *stato presente*, l'*esame delle urine*, l'*esame del sangue* e le *prove funzionali del rene*. Trascurato l'esame radiografico perchè, se molto importante nelle forme chirurgiche, poco ci illumina nelle forme mediche e ben raramente si ricorre ad esso se si deve giudicare di una nefrite.

L'*anamnesi* potrà qualche volta illuminarci sulle origini di una nefrite, ma non sempre nell'interrogare un ammalato noi troveremo il punto fermo di una scarlattina, di una difterite o di un processo morboso qualsiasi al quale noi possiamo ripor-

tare le origini del fatto renale che ci interessa — moltissime volte questo potrà aver avuto origine, per esempio, da un banalissimo mal di gola sofferto dall'assicurando molti anni prima e completamente dimenticato. Quanti fatti ai quali si dà scarsissima importanza possono essere causa di irritazione renale, irritazione da cui può in seguito svilupparsi una forma nefritica cronica.

Quando si pensa che la nefrite cronica uremigena può decorrere per molti anni senza dare nessun segno e permettendo uno stato di completo benessere, ne viene che, anche in perfetta buona fede, l'assicurando può presentarsi a noi affetto da nefrite cronica completamente ignaro del suo stato e dei precedenti che lo hanno causato: ma il fatto che i dati fornitici dall'assicurando qualche volta possano non essere attendibili, non toglie che l'anamnesi resti quasi sempre per noi un coefficiente di giudizio di grande valore e debba perciò essere raccolta con la massima attenzione e scrupolosità.

Lo *stato presente* ha naturalmente una grandissima importanza e l'esame clinico dell'assicurando deve sempre essere eseguito con grande attenzione e oculatezza, ma esso ha, in tema di nefrite, per il medico assicuratore un valore vorrei quasi dire più negativo che positivo in quanto esso ci indica unicamente i casi che sono nettamente da rifiutare.

Quando una lesione renale dà segni di sé, rilevabili all'esame dell'ammalato, siano essi segni oggettivi (cefalea, vomiti, annebbiamenti visivi, ecc.) o segni rilevabili dall'esame diretto (edemi, ipertensione arteriosa, ipertrofia di cuore, retiniti, ecc.) l'ammalato è senz'altro da rifiutare.

Perchè si possa anche solo discutere dell'accettazione di un nefritico in assicurazione, bisogna che l'esame clinico sia completamente negativo, che la nefrite di cui soffre non dia a vedere nessuna impronta nel suo organismo.

L'*esame delle urine* è sempre stato quello che ha fornito i dati capitali per la diagnosi di una nefrite; elemento quindi della massima importanza per la diagnosi, ma che poco ci dice sulla gravità del male, pochissimo poi ci illumina sulla prognosi. Il dato stesso della quantità di albumina contenuta nelle urine, dato che anticamente era ritenuto del massimo valore e elemento base per la diagnosi e il pronostico di una nefrite, oggi ha perduto sotto questo rapporto moltissima della sua im-

portanza: basta difatti pensare come si possano avere delle nefrosi che andranno sicuramente a guarigione, con quantità enorme di albumina, mentre vi sono certe forme di nefrite uremigena, forme gravi e con epilogo fatale a breve scadenza, che ne presentano appena minime tracce.

L'aspetto, il colore, la reazione, l'odore dell'urina sono pure dati che alcune volte non ci diranno gran che ma possono invece altre volte avere un significato di notevole importanza.

La densità è un dato di grandissimo valore ma quando sia ottenuto in condizioni speciali, come avremo occasione di vedere quando verremo a considerare le prove funzionali del rene — su un campione di urina preso come viene abitualmente in assicurazione in un momento qualsiasi della giornata, troppi elementi possono concorrere ad alterarne il significato: certo che un peso specifico alto rilevato anche in un campione isolato di urina, una volta escluse altre cause che possano determinare un aumento di esso (zucchero) ha già un grande valore poichè ci permette di attribuire al rene un potere di concentrazione normale.

L'esame microscopico del sedimento infine è il mezzo più importante e decisivo per l'accertamento di una eventuale lesione renale.

I mezzi elencati sinora e cioè l'anamnesi, l'esame clinico e parte dell'esame delle urine, sarebbero quelli che si possono chiamare di accertamento diagnostico: vi sono poi altri esami che si potrebbero chiamare di valutazione perchè ci permettono di farci un concetto sulla gravità della malattia e di orientarci sulla prognosi.

I mezzi di valutazione si possono classificare in tre ordini:

- 1 - *Ricerche eseguibili sull'urina,*
- 2 - *Ricerche eseguibili sul sangue,*
- 3 - *Ricerche eseguibili sul sangue e sull'urina contemporaneamente.*

Le *ricerche sull'urina* più importanti e più utili sono il dosaggio dell'urea e dei cloruri: ma perchè queste ricerche possano avere un vero valore dovrebbero essere fatte in condizioni speciali, condizioni nelle quali fosse possibile eliminare ogni causa di equivoco. I dati dell'eliminazione dell'urea e dei cloruri diventano veramente probativi quando possano essere

messi in rapporto alla quantità di urina emessa nelle 24 ore ed alla alimentazione seguita dal soggetto, dando così la possibilità di fare un vero bilancio organico.

Questa indagine fatta su un campione di urina isolato e senza essere al corrente degli altri elementi di giudizio, finisce per avere un valore molto relativo.

Alle *ricerche eseguibili contemporaneamente sul sangue e sull'urina* appartiene la *determinazione della costante di Ambard*, prova questa molto delicata e che difficilmente potrà trovare applicazione nella pratica assicurativa data la sua indaginosità e la necessità di tenere il soggetto in un adeguato periodo di osservazione.

Le *ricerche infine eseguibili sul sangue* sono certo le più importanti, le più probative, e sono quelle di cui oggi ci serviamo nella pratica assicurativa: compito del rene è quello di mantenere la composizione fisico-chimica del sangue che soddisfa ai bisogni fisiologici dell'organismo, allontanando con le urine le sostanze che tenderebbero ad alterare tale composizione (Castaigne).

L'urina contiene acqua, sali e prodotti del ricambio degli albuminoidi: i prodotti del ricambio degli idrati di carbonio e in massima parte anche quelli del ricambio dei grassi vengono escreti dai polmoni sotto forma di acqua e di anidride carbonica. Dove avvenga e come sia regolato questo processo di eliminazione da parte dei reni non è ancora ben chiaro, sembra però che l'eliminazione dell'acqua avvenga in massima parte nei glomeruli i quali però non eliminano solo acqua ma anche sostanze solide e la cui funzione perciò non è una semplice filtrazione, ma la risultante di questa e di una vera attività vitale (Castaigne).

La funzione dei tubuli sembra sia più che tutto quella di riassorbire l'acqua, funzione quindi che presiederebbe al processo di concentrazione dell'urina — questo processo di concentrazione però non è ben sicuro se avvenga unicamente per assorbimento di liquido da parte dei tubuli o se vi concorra anche una eliminazione di sostanze solide da parte dei canalicoli stessi.

In ogni modo è ovvio che, data la continua formazione di scorie da parte dell'organismo, scorie che devono essere eliminate attraverso il rene per mezzo di questo lavoro di epura-

zione, se il rene è ammalato e non può adempiere a questo suo compito queste scorie andranno progressivamente aumentando nel sangue.

La funzione escrettrice dell'azoto consiste nell'eliminazione dei prodotti di scomposizione delle proteine, in particolare dell'urea che è fra questi prodotti il più importante. Questa funzione che si esplica quasi esclusivamente per mezzo dei reni è di necessità vitale: Volhard osserva che questa, anzi, è l'unica funzione di importanza vitale dei reni perchè la ritenzione dell'acqua e del cloruro di sodio è compatibile con la vita e in ogni modo può essere combattuta limitando l'introduzione nell'organismo di detti elementi, cosa che non è possibile fare con le scorie del ricambio azotato al cui accumulo concorre, oltre all'apporto esogeno, anche il ricambio endogeno delle sostanze albuminoidi.

Un aumento dunque dell'azoto nel sangue, e specialmente dell'urea (che è la sostanza fondamentale e quantitativamente superiore all'insieme di tutte le altre sostanze costituenti l'azoto totale) sarà prova indiscutibile di un disturbo della capacità renale di eliminazione.

La quantità di urea normale contenuta nel sangue a digiuno oscilla tra 0,20 e 0,40‰. Si deve parlare senz'altro di azotemia ogni qualvolta si riscontra nel sangue un tasso di urea superiore al 0,50‰ e già questa cifra, se il sangue fu preso a digiuno, va ritenuta molto elevata.

Widal che ha fatto studi molto importanti sull'argomento, considerata la quistione dell'azotemia nelle sue grandi linee agli effetti del pronostico, vorrebbe stabilire questi concetti generali: azotemia (dipendente da ritenzione renale) sino a grammi 1‰ corrisponde a forme lievi (evidentemente dal punto di vista clinico, non assicurativo) di cui non è possibile fare un pronostico sicuro sull'ulteriore sviluppo. Azotemia da 1 a 2 grammi‰ consente una sopravvivenza di non oltre un anno: da grammi 2 a 3 permette di predire la morte a scadenza di qualche mese e forse anche qualche settimana: superiore a grammi 3, morte imminente.

Le azotemie che possono interessare il medico assicuratore sono naturalmente solo quelle del primo gruppo e sono purtroppo appunto quelle nelle quali Widal afferma non es-

sere possibile fare un sicuro pronostico perchè tali valori possono restare stazionari per lungo tempo, come possono passare a valori superiori anche a breve scadenza.

Resta però in ogni modo fissato che nel giudicare della funzione renale, il dosaggio dell'azoto nel sangue è un dato della massima importanza.

A scanso però di gravi errori, bisogna a questo riguardo tener presente due fattori che possono essere causa di equivoco in questa valutazione: il primo che le affezioni renali, anche croniche, prevalentemente tubulari (nefrosi) non provocano ritenzione azotata: l'esame del sangue perciò a questo riguardo in questi casi, anche in forme gravi sarà completamente muto.

La seconda causa di errore è la possibilità che un aumento dell'azotemia sia dovuto a cause extrarenali.

Valori azotemici anche fino quasi l'1 ‰ possono essere determinati, a reni sani, dallo scompenso cardiaco: tali casi saranno facilmente riconoscibili all'esame clinico e in ogni modo appena migliorate le condizioni del cuore, l'urea sanguigna ritornerà normale. Cause poi abbastanza frequenti di azotemia sono quelle che impediscono il deflusso regolare dell'urina nelle vie urinarie: sono noti i valori azotemici altissimi cui giungono facilmente i prostatici, azotemie che si abbassano rapidamente non appena stabilito con catetere o altro il normale deflusso dell'urina. Una causa anche frequente di diminuzione della eliminazione dell'urea, con conseguente azotemia, pur con reni sani, può essere data dall'oliguria di qualsiasi natura.

Quando la diuresi, per qualunque ragione, diminuisce, a reni sani, aumenta la concentrazione dell'urea nell'urina, ma anche questa concentrazione ha un limite che nei reni sani è di circa 50 grammi per mille: 50 grammi di urea è la massima quantità che un rene sano può concentrare in un litro di urina. E' evidente che non avendo il rene la possibilità di superare tale concentrazione, se l'apporto idrico non sarà sufficiente si potrà avere ritenzione ureica e quindi azotemia anche coi reni sani.

Tutte queste possibili cause di errore, naturalmente vanno tenute presenti, esse però non tolgono per niente valore all'importanza fondamentale che la ricerca dell'azoto nel sangue ha nella valutazione di una nefropatia.

Oltre gli studi riguardanti la concentrazione ureica molti

altri ne vennero fatti e si fanno tuttora, anche in riguardo ad altre sostanze rintracciabili nel sangue per vedere se il loro grado di concentrazione non potrebbe servire come indice della funzionalità del rene e quindi fornirci una base nel pronostico di una nefropatia. Così venne studiato il grado di concentrazione dell'acido urico, dell'acido ossalico, della creatinina, dell'indacano, dell'indossile, del colesterolo, del cloro, ecc., ma tutti questi studî, per quanto molto interessanti, non hanno finora provocato giudizi concordi e, allo stato odierno, non possono fornirci sicuro elemento di giudizio.

L'esame funzionale dei reni nelle nefropatie è venuto oggi ad assumere una importanza pratica grandissima; esso fornisce, specie nei riguardi della prognosi, dati molto più esatti che non l'esame delle urine. In base ad esso ci possiamo fare un concetto circa l'estensione delle lesioni renali esistenti, mentre l'esame delle urine di regola ci dice ben poco in merito.

L'esplorazione della funzionalità renale in riferimento alla eliminazione dell'urina è di importanza grandissima e consiste fondamentalmente nel controllo del potere di concentrazione e di diluzione del rene attraverso il controllo sistematico della densità urinaria relativa alle singole porzioni di urina eliminate in un dato tempo.

Le ricerche relative sono basate sul seguente principio di Albarran: « *Il rene sano può variare entro limiti amplissimi la sua funzione per supplire alle necessità dell'organismo, mentre il rene malato ha un funzionamento molto più costante e la sua funzione varia di tanto meno da un momento all'altro quanto più distrutto è il suo parenchima* ».

I gradi di questa uniformità di lavoro (cosiddetta rigidità renale) sono rappresentati dall'ipostenuria (ossia diminuita capacità di concentrazione dell'urina da parte del rene) e della isostenuria (eliminazione da parte dei reni di un'urina il cui peso specifico si aggira costantemente intorno al 1011 e cioè analogo al P. S. del siero sanguigno privato del suo contenuto di albumina).

L'esame funzionale dei reni in rapporto alla eliminazione urinaria comprende tre ordini di ricerche:

- 1 - prova delle due ore;
- 2 - prova della diluizione;
- 3 - prova della concentrazione.

A queste prove si può aggiungere la cosiddetta *prova di carico* la quale consiste nel somministrare una certa quantità di urea (dieci grammi).

Questa introduzione provocherà una curva iperazotemica che nell'individuo sano si esaurisce in circa due ore mentre nel malato si noterà una curva molto più ampia e di più lunga durata.

Questa prova ha però, per la pratica assicurativa, un grave inconveniente e cioè quello di richiedere in poche ore numerosi prelevamenti di sangue. Ciò renderà la prova sempre di difficile attuazione.

La *prova delle due ore* è molto semplice e pratica e permette già un giudizio abbastanza fondato sulla funzionalità renale: non occorre che un po' di buona volontà da parte dell'assicurando, e la sicurezza che questi seguirà con scrupolo le indicazioni dategli: il paziente il giorno fissato manterrà la vititazione normale, solo dovrà urinare ogni due ore dalle otto alle venti: ciascuna urina verrà conservata ed esaminata separatamente.

Il peso specifico dell'urina è legato fundamentalmente solo alla capacità eliminatoria da parte del parenchima renale delle sostanze solide di rifiuto dell'organismo, è cioè un indice sicuro della capacità di concentrazione urinaria per parte dei reni e quindi del lavoro di questi.

In condizioni normali il valore minimo delle maggiori differenze di densità tra le diverse porzioni di urina raccolte deve essere almeno di 8-10: così se si rileva una oscillazione del peso specifico per esempio 1008/1026 (differenza 18) si può senz'altro concludere per una buona funzionalità renale.

Quando il parenchima renale è gravemente malato ed insufficiente, la prova delle due ore mette in evidenza una variazione scarsissima del volume di urina emessa nelle diverse minzioni e una curva di densità fissata in basso o con oscillazioni minime (per es. 1007/1011), in tali casi si parla di rigidità totale (isostenuria).

I risultati di insufficienza renale di grado elevato si riscontrano abitualmente soprattutto nelle nefrosclerosi maligne.

La prova delle due ore ha, nella dimostrazione di insufficienza renale da nefrite cronica, valore quasi assoluto, serve perciò molto bene tutte le volte che si voglia precisare la na-

tura e la prognosi di una modica albuminuria persistente e quando si voglia stabilire se e in quanto entri nella origine di una ipertensione arteriosa il fattore renale.

La grande semplicità e la utilità pratica grandissima rendono questa prova veramente preziosa. Molte volte essa basta a darci un quadro chiaro della capacità funzionale dei reni.

SIGNIFICATO DEL POTERE DI DILUIZIONE E DI CONCENTRAZIONE DEL RENE

Il rene è fondamentalmente deputato a regolare la pressione osmotica del sangue: questa può mantenersi costante solo in quanto si mantiene costante per opera dei reni la concentrazione molecolare del sangue.

Quando in seguito ad una abbondante ingestione di acqua la concentrazione molecolare tende a diminuire i reni eliminano attraverso forte quantità di urina poco densa l'eccesso di acqua (potere di diluizione del rene). Quando invece essa concentrazione si eleva perchè una sostanza (cloruro di sodio, urea, ecc.) si trova nel plasma sanguigno in una concentrazione superiore alla norma, allora i reni asportano l'eccesso di questa sostanza mediante emissione di una urina relativamente scarsa (ritenzione compensatoria di acqua) ma di alto peso specifico, raggiungendo nell'urina un grado di concentrazione notevolmente superiore a quello abituale.

La concentrazione dell'urea nell'urina è normalmente circa cento volte superiore alla concentrazione dell'urea nel sangue: nel processo di eliminazione di essa, dunque, il rene compie non solo un lavoro di filtrazione, ma anche un vero lavoro di concentrazione (potere di concentrazione del rene).

La capacità di diluizioni è funzione prevalentemente glomerulare, la capacità di concentrazione prevalentemente tubulare.

I reni sani hanno una capacità di adattamento completa ai bisogni della costanza della pressione osmotica sanguigna, non così i reni ammalati e insufficienti, i quali diventano incapaci a preparare un'urina di maggior concentrazione quando il sangue si è arricchito di scorie (ipostenuria) e incapaci anche ad eliminare una maggiore quantità di acqua dando così un'urina di concentrazione invariata (isostenuria).

Secondo Korany si ha ipostenuria quando sia perduto il solo potere di concentrazione e isostenuria quando sono perduti tanto il potere di concentrazione come quello di diluizione.

PROVA DELLA DILUIZIONE

La mattina a digiuno dopo svuotata la vescica il paziente beve entro mezz'ora un litro e mezzo di acqua, poi restando a letto, minge ogni mezz'ora.

Quando i reni sono sani oppure sono malati, ma con funzione ben conservata e sufficiente, entro le prime quattro ore viene eliminato quasi tutto il liquido ingerito (almeno i nove decimi) dei quali circa $\frac{2}{3}$ nelle prime due ore: le porzioni semi orarie iniziali di urina sono di volume crescente, la porzione di massimo volume corrisponde all'urina emessa nella seconda mezz'ora, tutt'al più nella terza e deve essere di circa 500 cc. Il P. S. si abbassa rapidamente nelle urine delle prime tre mezz'ore (fino a 1004-1001) e si eleva poi progressivamente per tornare a prova finita a valori normali. Il comportamento del P. S. è particolarmente importante: la sua discesa almeno a 1005 e già indice di una funzione renale che si può ritenere normale.

L'esito cattivo della prova di diluizione è contrassegnato da una eliminazione complessiva dell'acqua nelle prime quattro ore dopo l'ingestione notevolmente inferiore alla quantità introdotta e con scarso abbassamento del P. S.

Poichè la secrezione dell'acqua è funzione come ho detto prevalentemente dei glomeruli, un disturbo della capacità di diluizione dei reni depone per una alterazione renale che colpisce prevalentemente il sistema glomerulare (nefriti croniche avanzate: rene atrofico secondario, rene grinzoso primitivo).

In queste forme la diluizione dà risultati tanto peggiori quanto più grave è la insufficienza renale: essa ha dunque e soprattutto una importanza pronostica notevolissima.

PROVA DELLA CONCENTRAZIONE

Il paziente viene tenuto a dieta secca per 24 ore, si raccolgono le urine emesse ogni due ore dalle 8 alle 20. In condi-

zioni normali la densità dell'urina sale rapidamente fino a 1026-1030, mentre le quantità di urina si fanno scarse. La mattina successiva si troverà il paziente diminuito di mezzo chilo circa.

Nei casi nei quali il potere di concentrazione è leso la densità dell'urina si manterrà, malgrado la dieta secca, più o meno bassa pur segnando qualche oscillazione (ipostenuria), nei casi poi di insufficienza renale avanzata, la densità urinaria si manterrà, sia nella prova di concentrazione, come in quella della diluizione, fissa e aggirantesi sui 1011 (isostenuria).

Nel rene grinzoso secondario come nel rene grinzoso primitivo si ha all'esperimento della concentrazione poliuria relativa con basso peso specifico (casi più lievi), ovvero oliguria pure con basso peso specifico (casi più gravi).

Nelle sclerosi renali benigne o ipertonica essenziale di Volhard la capacità di concentrazione è ben conservata.

Il Barlocco nel suo volume sulle malattie dei reni così conclude le considerazioni fatte sulle prove funzionali: « Il più importante segno di insufficienza renale ci viene dato dalla lesione del potere di concentrazione. Questo difetto di concentrazione può venire compensato da una maggiore secrezione (glomerulare) di acqua; ma se esiste anche una diminuzione del potere di diluizione, viene ad essere impossibilitato tale compenso con conseguente notevole peggioramento del pronostico.

Nell'insufficienza renale di grado modesto si ha poliuria con ipostenuria. Proseguendo l'insufficienza si passa alla poliuria con isostenuria: salendo ad un ulteriore grado di insufficienza renale si passa alla eliminazione di quantità di urine corrispondenti alla norma ma con peso specifico fisso, e finalmente oliguria con isostenuria, manifestazione che rappresenta i casi più gravi ».

Altre prove della funzionalità renale si possono ottenere saggiando la permeabilità dei reni per certe sostanze coloranti: le più usate sono la fenolsulfonftaleina e il bleu di metilene. Il giudizio sarà basato sulla modalità di eliminazione della sostanza colorante.

Non mi dilungo sulla descrizione e sulla valutazione di questi sistemi perchè essi non hanno il valore delle prove della concentrazione e diluizione: non sono d'altra parte prove que-

ste sulle quali conviene troppo insistere presso un assicurando, la intensa colorazione delle urine che ne deriva potendo a volte impressionare l'ammalato.

Molte Compagnie in America trascurano completamente l'esame del sangue e basano il giudizio di un albuminurico unicamente sulla pressione arteriosa e sull'esame dell'urina (quantità di albumina, numero e qualità dei cilindri).

Non nego che l'esame delle urine, specialmente per quanto riguarda la cilindruria, e la pressione arteriosa siano dati della massima importanza, ma io non credo che, allo stato delle conoscenze che oggi abbiamo sulla patologia renale, essi siano per noi sufficienti e che si possa in qualsiasi modo pensare a rinunciare all'esame del sangue quando si debba giudicare di un nefritico.

In America il concetto assicurativo è talmente diffuso e la quantità degli assicurati è così grande che le Compagnie, pur di non molestare l'assicurando, possono permettersi questa larghezza, a rischio anche di qualche sgradevole sorpresa: noi non possiamo certamente imitarle, nè è a mia conoscenza che nessuna Compagnia in Europa abbia mai pensato di farlo.

Un criterio infine che nel giudizio di un nefritico ha una notevole importanza e di cui bisogna anche tener conto è quello della età. Numerose statistiche provano che la mortalità degli albuminurici aumenta progressivamente con l'età, e alcune Compagnie, la Dana ad es. hanno compilato delle apposite tabelle di sopramortalità ove gli albuminurici sono classificati unicamente secondo il criterio dell'età. Una statistica ricavata da materiale dell'Istituto Nazionale, dimostrerebbe che l'epoca di maggior mortalità per i nefritici si trova fra i 50 ed i 55 anni.

Quando in un nefritico noi avremo praticati tutti gli esami sopradescritti, avremo tenuto conto di tutti gli elementi di giudizio sopracitati, potremo certamente farci un concetto abbastanza preciso delle sue condizioni: ma se da tutto ciò vogliamo trarre un pronostico vediamo subito che ci manca ancora da illuminare un punto della massima importanza.

Tutti gli esami fatti ci danno la visione abbastanza precisa delle condizioni del rene al momento della visita; se le prove sono riuscite favorevoli noi possiamo affermare in tutta coscienza che esso individuo, anche nefritico, non è per il mo-

mento, e per quanto riguarda il rene, minacciato da nessun pericolo ma noi sappiamo che ci troviamo a giudicare di reni che presentano una lesione che sarà con tutta probabilità progressiva e non possiamo sapere quando questa lesione comincerà ad avere influenza sulla funzione. Se mi è permesso un paragone vorrei dire: è come se noi osserviamo la fotografia di un individuo che cammina; noi vediamo dalla fotografia che esso cammina, ma non possiamo dire con quale velocità.

Per poter, anche a questo proposito, farci un giudizio su basi veramente solide, bisognerebbe ripetere le prove a lunga distanza: tutti gli autori che si sono occupati dell'argomento dicono almeno sei mesi, meglio un anno.

Su questo terreno evidentemente la pratica assicurativa non può seguire la clinica; ed è perciò che ogni giudizio che noi daremo sull'avvenire di un nefritico, per quanto il caso sia stato studiato conserverà sempre quel tanto di incerto, di aleatorio che ci terrà sempre obbligati alla massima prudenza. In linea di massima, però, io penso che un nefritico nel quale l'esame somatico sia completamente negativo, che non presenti disturbi di circolo quali aumento della pressione arteriosa o ipertrofia del ventricolo sinistro, nel quale l'esame del sangue possa fare escludere la possibilità anche solo di un inizio di ritenzione azotata, e abbia le prove funzionali favorevoli, possa essere con le dovute cautele accettato in assicurazione, ma se uno solo di questi elementi di giudizio è risultato sfavorevole l'individuo è nettamente da rifiutare.

Sorge però subito a questo proposito una quistione di non lieve importanza, quella cioè che riguarda la possibilità di far entrare nella pratica assicurativa prove come quelle descritte. La prova della diluizione comporta la necessità di far ingerire in brevissimo tempo quantità notevoli di acqua. Vohlard afferma che perchè le curve indicanti la quantità di urina emessa, e il peso specifico, siano abbastanza marcate e perciò probative, bisogna far prendere un litro e mezzo di acqua. Castaigne, giustamente impressionato dalla difficoltà di far ingerire in breve tempo (mezz'ora) una tale quantità di liquido, pur ammettendo che la prova darà risultati meno evidenti, si accontenta di un litro. In ogni modo sarà questo uno scoglio che non con tutti i soggetti sarà facile superare.

La prova della concentrazione, specie in soggetti meno

gravi nei quali si avrà poliuria compensatoria, metterà l'assicurando alle prese con una sete a volte tormentosa. Ma anche prescindendo da queste difficoltà che saranno più o meno facilmente superate a seconda della buona volontà del soggetto, sono prove queste che comportano la sorveglianza continua e diretta dell'ammalato almeno per due giorni, e perciò obbligano al suo ingresso in una clinica.

Vohlard per superare più facilmente questa difficoltà propone di fare le due prove nello stesso giorno, una dopo l'altra, naturalmente prima quella della diluizione e poi quella della concentrazione, ma questo procedimento non è privo di pericoli e di inconvenienti, potendo un difetto del potere di diluizione che provocherebbe ritenzione di liquido nell'organismo, alterare il risultato della prova della concentrazione.

Ultima difficoltà, poi, e che noi dobbiamo giudicare non meno difficile da superare, delle precedenti, è la spesa che queste prove verrebbero ad imporre alle Compagnie, spesa che finirebbe col gravare in misura troppo forte sulle spese generali e perciò, specie nei contratti di cifra modesta, sproporzionata alle possibili disponibilità.

Nel già citato lavoro del dott. Starna leggo che il CIRT accetta oggi il rischio degli albuminurici, e segue i seguenti criteri:

1) Albuminuria transitoria con reperto cardiorenale normale: sopramortalità 100% costante.

2) Albuminuria persistente con reperto microscopico di cilindri jalini, azotemia e Pr. Art. normale: sopramortalità 100-200% crescente.

3) Albuminuria persistente con reperto microscopico di cilindri jalini e jalino-granulosi, azotemia non oltre $0,70\text{‰}$, Pr. Art. fino a 160 mm. col Riva Rocci: sopramortalità 100-300% crescente.

Il rischio evidentemente è molto diverso per gli albuminurici di questi tre gruppi: nel primo gruppo entreranno gli albuminurici semplici con tutti gli extrarenali, e quando fosse possibile dimostrare tale natura dell'albuminuria e in ogni modo si potesse escludere qualsiasi lesione renale sia anatomica che funzionale, e, dato naturalmente che non vi siano altri fattori che concorrano ad aggravare il rischio, essi potranno forse anche essere trattati con minor severità.

Ben diversa è la posizione degli albuminurici che entrano nel secondo gruppo e più ancora di quelli del terzo. In essi è già riconoscibile una compartecipazione renale al processo albuminurico. Specialmente poi quelli del terzo gruppo sono tarati da considerare sempre con la massima prudenza. In essi è già evidente, oltre alla lesione renale, anche l'inizio di uno stato ipertensivo. Una azotemia poi fino a 0,70 ‰ non ci permette affatto di escludere con sicurezza un inizio di ritenzione.

I tarati di questo gruppo sono certamente dei tarati gravi, e qualche volta potrà anche sorgere il dubbio che la lesione renale di cui soffrono, con le conseguenze forse già in atto sia sulla eliminazione dell'azoto che sulla pressione arteriosa, non siano tali da sconsigliare la loro accettazione in assicurazione.

Il collega prof. Winternitz, al congresso del 1935 a Londra affermava che un iperteso con azotemia di 0,50 e oltre rappresenta un rischio assicurativo molto scadente e presentava qualche statistica dimostrante che la sopramortalità che negli ipertesi rispetto ai sani è del 95 %, sale rispettivamente a 122 % e 182 % quando coesista albuminuria intermittente e costante.

Da quanto ho detto risulta evidente quanto sia sempre arduo il voler stabilire con una certa sicurezza il pronostico di un nefritico: il nostro giudizio deve basarsi in parte su dati di fatto ben accertati e valutati, ma anche in parte su ipotesi di cui per ora non è certa la assoluta fondatezza. Da troppo poco tempo i nefritici sono accettati in assicurazione perchè si possano avere statistiche riguardanti tarati numerosi e omogenei di questa forma morbosa che è certamente tra le più proteiformi di tutta la patologia medica; solo tali statistiche, quando saranno state compilate, potranno dirci la parola definitiva in una questione così irta di difficoltà e di incognite quale è quella di stabilire quale potrà essere l'ulteriore sviluppo e il decorso di una lesione renale.

Vorrei infine brevemente accennare ad un gruppo di malattie del rene che, a vero dire, non entrerebbero nel tema delle albuminurie, ma che ha rapporto con l'albuminuria in quanto in certe condizioni e in certi stadi della malattia può determinarla, intendo dire della calcolosi, della sifilide, del tumore e della tubercolosi del rene.

Nella calcolosi renale normalmente non si riscontra albu-

mina nelle urine se non nei giorni che seguono e rare volte in quelli che precedono immediatamente una colica.

Il reperto di albumina nelle urine di un calcolotico deve far pensare alla possibilità di lesioni secondarie provocate dalla calcolosi, e cioè alla nefrite, alla pielite, alla piclo-nefrite e alla pionefrosi. Tale sospetto sarà facilmente chiarito dall'esame microscopico del sedimento che dimostrerà la presenza di elementi renali, sangue, pus, cellule dei bacinetti, ecc. In ogni modo il reperto di albumina nelle urine di un calcolotico obbligherà sempre alla massima oculatezza ricordando che il calcolotico albuminurico non è mai un buon cliente per il medico di assicurazione.

Il CIRT, quando sia esclusa la possibilità delle sopracitate complicazioni, considera con giusta larghezza il rischio dei calcolotici mettendo le calcolosi renali con colica unica senza disturbi da due anni — la calcolosi con coliche multiple (ultima colica almeno da tre anni prima) — la calcolosi operata da due anni di nefrotomia, e la calcolosi operata di nefrectomia da almeno 10 anni, in una classe unica con 50 % di sopramortalità.

Oggi che con tecnica speciale si è molto progredito nella precisione dei reperti radiografici del rene, e la presenza di un calcolo anche piccolissimo ben difficilmente può sfuggire al radiologo, questa larghezza potrà forse in avvenire e per certe forme anche venire aumentata.

La sifilide del rene, sia essa secondaria, terziaria o ereditaria, è sempre una manifestazione grave, che si collega all'infezione luetica generale. E' in tali ammalati che si riscontrano le albuminurie più imponenti. Questa forma difficilmente potrà essere presa in considerazione dal medico assicuratore.

E infine il tumore e la tubercolosi del rene possono pure essere causa di albuminuria.

Il tumore maligno del rene è sempre una malattia di estrema gravità e, anche se operato, lascia la possibilità di recidive.

Nella recentissima relazione del Comitato Medico Attuariale del CIRT sui « Pareri internazionali » si legge che i tumori maligni in generale, e quindi anche quelli del rene, sono dalle consulenze mediche divisi in tre gruppi.

Del primo gruppo fanno parte tutti quelli operati da meno di 5 anni; in questi casi tutti sono concordi per il rifiuto. Quelli del secondo gruppo di cui fanno parte gli individui operati da

5 a 10 anni, non da tutti sono giudicati accettabili, e in ogni caso con gravissime restrizioni. Quelli del terzo gruppo, invece, e cioè quelli operati da oltre 10 anni, sono giudicati con notevole larghezza, la maggior parte delle Compagnie li accetta con una sopramortalità che si aggira intorno al 100 %.

Meno grave per il pronostico è la tubercolosi del rene, la quale deve essere naturalmente rifiutata se in atto, ma può invece essere presa in considerazione se operata da un certo tempo, se l'esame dell'assicurando dà sicuro affidamento che non vi siano nell'organismo altri focolai tubercolari, e quando si sia ben certi che il rene residuo ha una funzione sufficiente. Il CIRT ammette questi tarati quando abbiano superato i 25 anni di età e siano passati almeno due anni dall'operazione, assegnandoli alla categoria 100-300% di sopramortalità decrescente.

* * *

Non è cosa molto agevole in un lavoro che per ragioni ovvie dovrebbe mantenersi in limiti piuttosto ridotti, lo svolgere esaurientemente un tema così vasto come quello delle albuminurie, tema che, direttamente o indirettamente, tocca quasi tutti i capitoli della patologia.

Sarebbe forse stato più giusto dividere l'argomento e considerare separatamente le albuminurie di origine renale e le albuminurie di origine extrarenale.

Così, avendo invece dovuto raccogliere tutto in un unico lavoro, molti argomenti anche abbastanza importanti ho dovuto appena accennarli, altri, che pur avrebbero presentato un discreto interesse, anche ometterli completamente.

Ho cercato in ogni modo di dare una visione più completa possibile di quali possono essere i problemi che devono essere posti e che il medico deve risolvere quando si tratti di decidere dell'Assicurazione di un albuminurico.

Mi sono dilungato un po' nella descrizione dei mezzi che sono a nostra disposizione per stabilire con la maggiore esattezza possibile un pronostico nei casi di nefrite.

Ho tenuto specialmente a mettere in evidenza in cosa consistano le prove della funzionalità renale, e cioè non solo perchè oggi si tende a dare a queste indagini un valore sempre mag-

giore, ma anche perchè dalla loro semplice descrizione risultano evidenti le ragioni per le quali, malgrado la loro riconosciuta utilità, esse non hanno ancora potuto entrare nella pratica assicurativa.

Mi sono occupato dapprima delle albuminurie di origine extrarenale, così definite perchè in esse non è dimostrabile nessuna vera lesione del parenchima renale; sono invece in questi casi rintracciabili nell'organismo altri fatti, lesioni o manifestazioni che si trovano in altri territori e che per ragioni non ancora ben conosciute, finiscono con l'influenzare il filtro renale.

In quasi tutti questi casi l'albuminuria non rappresenta per se stessa un fatto molto grave, ma di regola essa va unita a qualche altro fattore patologico, estraneo al rene, che la accompagna e che anzi la determina, e sarà quasi sempre questo il fatto che dovrà maggiormente attirare la nostra attenzione e che avrà il maggior peso nel pronostico.

Nel raggruppare tutte le possibili alterazioni che possono determinare un'albuminuria di questo tipo, il mio compito è stato molto facilitato dagli studi fatti già venti anni or sono dal Prof. Romanelli, studi esposti in una relazione fatta in un Comitato allora costituito col preciso incarico di studiare la possibilità di assumere in assicurazione tale categoria di tarati.

Venti anni sono molti, specialmente in medicina, ma nella relazione del Prof. Romanelli l'argomento fu studiato così profondamente ed esaurientemente che ancora oggi i giudizi allora emessi possono servirci di guida.

Forse alla stregua degli studi fatti in questi ultimi decenni si potrebbe elencare qualche altro tipo di albuminuria extrarenale, nel campo endocrino, ad es., l'albuminuria che si può riscontrare negli addisoniani o nei basedowiani, ma in ogni modo in queste forme, come, e forse più che nelle altre, l'importanza dell'albuminuria è molto scarsa di fronte alla gravità della malattia fondamentale.

Se si eccettua l'albuminuria degli alcoolisti che consiglia sempre il rifiuto, quasi tutte le albuminurie extrarenali costituiscono una tara che per se stessa di regola non impedisce la loro assunzione in assicurazione.

Le albuminurie intermittenti, fatta eccezione per le ortostatiche, praticamente si può dire che sono nella grande maggioranza dei casi accettate a condizioni normali in quanto esse di

regola sfuggono al nostro controllo, l'assicurando stesso è quasi sempre ignaro di questo fenomeno che lo riguarda.

Questo fatto però non deve preoccuparci in quanto si tratta di manifestazioni il cui significato patologico è sempre molto scarso e discutibile.

Le albuminurie extrarenali che devono giungere al nostro controllo sono tutte le albuminurie persistenti e, di regola anche le ortostatiche o lordotiche.

Da questo vasto gruppo vanno considerate a parte l'albuminuria nell'alcoolismo, che, come ho detto, consiglia il rifiuto, e l'albuminuria nella ipertensione e nell'arteriosclerosi che, a differenza delle altre, va sempre considerata con una certa severità.

Tutte le altre albuminurie costituiscono una tara non grave e io penso che, sempre naturalmente per quanto riguarda il solo fenomeno albuminurico, esse possano essere tutte raggruppate in una unica categoria alla quale si potrebbe attribuire una taratura aggirantesi sul 50/75 % di S. M.

Certo in tutte queste forme, oltre alla taratura dovuta alla albuminuria, bisogna considerare la taratura dovuta alle possibili alterazioni che dell'albuminuria stessa sono la determinante.

Tali alterazioni possono essere di natura così varia e di così varia gravità, che non è molto facile lo stabilire per esse uno schema che possa in ogni caso servire di guida.

Il giudizio dovrà perciò essere stabilito volta per volta, dopo aver preso in esame, oltre all'albuminuria stessa, tutti gli altri fattori che la determinano o che la accompagnano.

* * *

Se si volessero classificare tutte le albuminurie di qualsiasi natura secondo una gradazione che seguisse unicamente il concetto della loro gravità e della gravità delle alterazioni concomitanti, ne verrebbe una scala certamente molto lunga.

In questa scala le nefriti verrebbero ad occupare una zona molto vasta e importante, ed è in questa zona che deve trovarsi il gradino che segna il limite massimo di possibile accettabilità in questa categoria di tarati.

Qui il medico assicuratore deve arrestarsi, al di là di questo

gradino qualsiasi restrizione, qualsiasi cautela non sarà più sufficiente.

L'accettazione di un nefritico è certamente uno dei problemi più ardui che si possano presentare al medico assicuratore. Poche malattie come la nefrite possono avere un decorso così diverso pure in individui che potevano essere stati giudicati come colpiti con la medesima gravità.

Io ho enumerato e ho cercato di vagliare tutti i mezzi che noi abbiamo per giudicare di una nefrite.

Tra questi alcuni, e cioè l'anamnesi, lo stato presente e parte dell'esame delle urine sono esami che ci servono per la diagnosi: su questi naturalmente non è luogo a discussione.

Altri, che sono parte dell'esame delle urine, le prove funzionali, l'esame del sangue e l'esame della pressione arteriosa, ci servono per la prognosi: sono questi perciò gli esami che noi dobbiamo oggi studiare e ben valutare onde vedere su quali e in quale misura noi possiamo basare il nostro giudizio.

L'esame delle urine ai fini del pronostico non sempre ci fornisce dei dati che possano in modo assoluto essere considerati come probativi in quanto a determinare il peso specifico e il grado di concentrazione dell'urea e dei cloruri tanto più in un campione isolato di urina non concorrono soltanto le condizioni della funzionalità renale, ma anche e a volte in maggiore misura il tipo della alimentazione e la quantità di acqua emessa dal rene in quel dato periodo di tempo, elementi questi che nella grandissima maggioranza dei casi che vengono sottoposti al nostro giudizio non sono a nostra conoscenza.

Le prove funzionali, per ragioni che risultano evidenti dalla loro stessa descrizione, non sono ancora entrate nella nostra pratica, nè io credo potranno molto facilmente entrarvi.

Non ci resta dunque, per fondare il nostro pronostico, che gli esami del sangue e della pressione arteriosa.

Lo stabilire quali debbano essere le condizioni del sangue che possono darci la presunzione di una funzione renale normale è per noi il problema più importante ed il primo al quale dobbiamo rispondere.

Esistono diversi sistemi che ci permettono di giudicare delle condizioni di funzionalità del rene in rapporto alla quantità di scorie azotate che si trovano nel sangue: i princi-

pali sono la ricerca dell'azoto residuo, la ricerca dell'azoto totale e la ricerca dell'urea.

Per quanto si riferisce ai nostri scopi la ricerca dell'azoto residuo è forse quella meno indicata in quanto si possono seguire diversi metodi per eseguire tale dosaggio a seconda che dall'indagine si vogliano escludere soltanto le sostanze proteiche oppure anche altre sostanze come gli amino-acidi, i polipeptici, ecc.

Le cifre che si ottengono coi diversi metodi sono notevolmente diverse: una cifra che può rappresentare la normalità se ottenuta con un sistema, può essere troppo alta o troppo bassa se ottenuta con un altro, bisogna perciò ogni volta che si cita la cifra indicante l'azoto residuo, riferirsi al sistema usato e si capisce come ciò possa facilmente ingenerare confusione.

La ricerca dell'azoto totale ci dà dati molto più sicuri e questo sistema è attualmente seguito nelle nostre visite mediche.

Può però accadere che delle scorie azotate quali ad esempio l'indacano, l'acido urico, ecc., possano trovarsi in aumento nel sangue per ragioni indipendenti dal lavoro renale; l'aumento perciò dello azoto totale in questi casi non dipenderà unicamente da imperfetta funzione renale, ma anche in parte da cause extrarenali.

Si tratta però in ogni caso di differenze minime e perciò forse anche trascurabili.

Certo che l'indagine che più di tutte aderisce sempre perfettamente alle condizioni di funzionalità del rene è la determinazione del grado di concentrazione dell'urea.

E' su questo dato dunque che noi dobbiamo fondare in grandissima parte in nostro pronostico, da ciò la necessità di ben intendersi onde poterlo ben valutare e stabilire con la massima esattezza possibile il valore che noi dobbiamo attribuirgli.

Secondo i fisiologi l'urea si trova nel sangue in una concentrazione che può oscillare da 0,20 a 0,40 per cento.

Se si trova in proporzioni minori bisogna pensare a fatti di insufficienza della funzionalità epatica, se in proporzioni maggiori invece a fatti di ritenzione azotata.

Dal punto di vista puramente clinico si potrebbe forse accettare come normale anche un grado di concentrazione ureica

un po' superiore al 0,40, forse fino a 0,50, ma considerata la quistione dal punto di vista assicurativo io non credo sia prudente spingersi più in là del 0,40.

Noi dobbiamo tener presente che più la cifra indicante il tasso ureico da noi ammessa sarà alta, più aumenterà la percentuale dei soggetti nei quali essa sarà superiore alla soglia renale, soggetti che si troveranno di conseguenza in condizioni di ritenzione azotata e che dovrebbero perciò essere considerati come rischi da rifiutare.

In ogni modo in un organismo sano, con reni sani, quando noi troviamo un tasso d'urea sanguigna compreso tra 0,20 e 0,40 siamo autorizzati a considerare normale la funzione del rene.

Potrà forse sembrare un paradosso, ma questa relativa certezza che noi possiamo avere quando dobbiamo giudicare di un rene sano, non possiamo invece averla se si tratta di giudicare di un individuo affetto da malattia del rene, e mi spiego:

l'urea è una sostanza a soglia renale — in altre parole l'urea si trova sempre nel sangue fino a un certo grado di concentrazione; quando questo grado di concentrazione è sorpassato la quantità eccedente è eliminata attraverso il rene per mezzo delle urine.

Questo limite si chiama appunto soglia renale; ora detta soglia non è uguale in tutti gli individui, essa può pur mantenendosi nella normalità, oscillare notevolmente.

Ma quando in un nefritico noi troviamo, ad es., 0,35, 0,40 di urea come possiamo noi stabilire se questo grado piuttosto alto di concentrazione ureica sia dovuto ad un elevamento della soglia renale o non piuttosto ad un principio di ritenzione?

E' qui che le prove funzionali ci tornerebbero preziose; ma se queste prove noi non possiamo averle, il dubbio non potrà mai e in nessun modo essere eliminato.

Sono ben lontano dal voler pensare a svalutare l'importanza che per noi ha la determinazione dell'azotemia — intendendo solo dire che noi non dobbiamo domandare a questa prova più di quanto essa possa dirci.

L'esame del sangue sarà sempre per noi un indice sicuro di alterata funzionalità del rene quando l'azotemia sorpasserà

i limiti fisiologici, ma quando essa si troverà entro questi limiti, detta prova ci potrà dare tutt'al più la presunzione, non mai la sicurezza assoluta di una perfetta funzionalità del rene.

In un nefritico nessuna cifra di concentrazione ureica ci può dare la sicurezza assoluta di un lavoro renale perfetto, però nei riguardi dell'eliminazione dell'azoto — lo stesso 0,25 che dai fisiologi è ritenuto il limite ideale della funzionalità renale non ci potrà dare questa garanzia poichè nulla potrà eliminare il sospetto che nel caso in esame non si possa trattare di individuo con soglia renale molto bassa, ad es. 0,20, e che la differenza da 0,20 a 0,25 non stia a rappresentare un inizio di ritenzione.

Questo ragionamento non è così cavilloso come potrebbe sembrare a prima impressione: noi non dobbiamo dimenticare che quando siamo chiamati a dare un giudizio sulla possibilità di accettare in assicurazione un individuo qualsiasi, sia esso tarato o no; noi dobbiamo spingere lo sguardo molto lontano e fare sempre un pronostico a lunghissima scadenza.

Perchè noi possiamo consigliare ad una Compagnia di assumere in assicurazione un nefritico, per quanto si possa trattare di contratto fin che si vuole di breve durata bisogna però sempre che questo individuo sia in condizioni tali da darci la convinzione che esso possa sopravvivere almeno 12-15 anni, ora io penso in modo assoluto che un rene che si sia messo sulla strada della ritenzione azotata sia pure ai primissimi passi, non ci dà più affidamento di poter conservare ancora per un periodo così lungo una funzione sufficiente ai bisogni vitali dell'organismo.

Ne viene di conseguenza che nell'accettazione dei nefritici in assicurazione, noi dobbiamo fin d'ora essere persuasi che, dato che gli esami che noi abbiamo a nostra disposizione non possono mai darci la certezza della perfetta funzionalità del rene, vi sarà sempre una certa percentuale di nefritici che noi accetteremo e che invece non dovrebbero essere accettati.

L'importante è di fare in modo che questa percentuale si mantenga sempre più bassa possibile.

Teoricamente per ottenere questo scopo bisognerebbe limitare l'accettazione agli individui con un reperto di 0,25 di urea, corrispondente a 0,42 di azoto totale, cifra che come ho detto, rappresenta per i fisiologi, nell'individuo sano, la perfezione funzionale.

Ma se nella scala dei possibili valori azotemici l'accettabilità dovesse essere fissata da un solo punto, questo equivarrebbe a non accettare quasi nessuno — bisogna dunque allargare il limite di tolleranza, tenendo però sempre presente che più noi ci allontaneremo dal 0,25 più aumenterà la percentuale dei ritenzionisti, percentuale che noi dobbiamo invece cercare di mantenere più bassa possibile.

Il Comitato vorrà tener conto di queste mie considerazioni e fisserà quali possano essere questi limiti e fin dove possa arrivare questa tolleranza.

Io penso però che, per le ragioni che ho detto, essa non dovrebbe superare il 0,50 di urea corrispondenti a 0,70 di azoto totale.

Oltre alla determinazione della concentrazione ureica nel sangue l'altro fattore a nostra disposizione che concorre in modo notevole nello stabilire il pronostico, e che perciò noi dobbiamo cercare anche di ben valutare è quello della pressione arteriosa.

Su questo dato però noi abbiamo una guida in quanto è già stato da noi stessi stabilito quando, sulla relazione del Prof. Winternitz, si è discusso della ipertensione.

Si sono allora fissati questi due concetti:

Gli ipertesi che presentano lesioni renali sono rischi da rifiutare.

La pressione arteriosa tra 150 a 160 è già da considerare come ragione di taratura.

Basandoci su queste nostre due affermazioni di massima dobbiamo di necessità concludere che in un nefritico la massima tollerabilità che noi possiamo avere nei riguardi della pressione arteriosa è di 150.

Un nefritico che sorpassi questo limite e che di conseguenza sommi una lesione renale con uno stato ipertensivo costituisce, come abbiamo già stabilito, un rischio da rifiutare.

Anche l'età massima di possibile accettazione sarebbe una quistione meritevole di studio, ma su questo non credo che si possa per ora contare su un'esperienza sufficiente — solo quando si potranno avere statistiche fatte su materiale abbondante e omogeneo potremo a questo riguardo e con una certa sicurezza orientare il nostro giudizio.

Concludendo, i tre dati più importanti che noi abbiamo a nostra disposizione e sui quali, quando si debba giudicare di un nefritico, noi dobbiamo fondare il pronostico, sono l'esame delle urine, l'esame del sangue, l'esame della pressione arteriosa.

Se il complesso di questi elementi ci permette normalmente di farci un concetto abbastanza esatto sulla condizione di un nefritico, nessuno però di essi ha un significato così assoluto e tale che la sua valutazione non possa dar adito a discussione.

Se noi potremo oggi stabilire con la massima possibile esattezza quale sia il valore da dare ad ognuno di essi, potremo dire di essere giunti a conclusioni certamente molto utili, conclusioni che ci permetteranno di fissare la nostra linea di condotta in una parte del campo assicurativo che presenta delle incertezze e dei problemi che non sono certo fra i più facili da risolvere.

CONCLUSIONI

In riguardo al tema affidatomi sulle albuminurie, desidero, solo oggi riassumendo brevemente quanto già esposto, e, tenuto conto delle osservazioni e proposte che furono fatte durante la discussione che ha seguito la mia esposizione, giungere a qualche conclusione che i colleghi vorranno vagliare, e che potrà servire a fissare la nostra linea di condotta nei casi di albuminuria che possano giungere al nostro esame.

Nel mio lavoro avevo diviso tutte le albuminurie in due grandi gruppi: nel primo gruppo le albuminurie da causa renale, quelle cioè che stanno a rappresentare un processo nefritico, o in ogni modo un fatto patologico che si svolge nel rene, e nel secondo gruppo tutte le albuminurie che dipendono da una alterazione che si trova fuori del rene, alterazione che, per ragioni non ancora ben conosciute, finisce con l'influenzare il filtro renale e a dar luogo a questo passaggio anomalo di sostanze albuminoidi.

Le albuminurie che entrano in questa seconda categoria devono rispondere a tre condizioni principali, e cioè:

L'albuminuria è determinata da un disturbo che si trova fuori del rene;

l'albumina è già secreta nel glomerulo oppure nel canalicolo e perciò l'urina esce dal rene già contenente in sè questa sostanza, e

terza condizione, negli individui affetti da questa forma non è dimostrabile nessuna lesione anatomo-istologica del parenchima renale e il lavoro del rene, agli effetti della epurazione dell'organismo dalle scorie azotate, si svolge in modo perfetto.

Basandomi sul fatto più caratteristico di queste albuminurie e cioè che la loro causa si trova fuori del rene, avevo adottato un termine già usato da altri che si sono occupati del medesimo argomento e le avevo definite albuminurie extrarenali.

Qualche collega però mi ha fatto giustamente osservare come tale termine non chiarisca bene le condizioni alle quali tale tipo di albuminuria deve rispondere, in quanto la qualifica di extrarenale farebbe piuttosto pensare ad un fatto di falsa albuminuria e cioè a quei casi nei quali l'albumina si mescola con l'urina fuori del rene come avviene ad esempio nelle cistiti o quando l'urina trascina con sè del secreto vaginale, uretrale, prostatico.

Anche il definirle invece che albuminurie extrarenali, albuminurie da causa extrarenale non sposta affatto i termini della questione.

La definizione di albuminurie semplici, oppure « sine materia » adottata da qualche autore è troppo incerta e non chiarisce per niente i limiti che noi intendiamo mettere a questa forma morbosa.

Avevo pensato di dar loro la qualifica di albuminurie non nefritiche in contrapposto alle albuminurie nefritiche comprese nell'altro gruppo, ma anche questa definizione non soddisfa completamente in quanto anch'essa contiene in sè unicamente l'affermazione della mancanza di lesioni renali ma non stabilisce l'altra condizione essenziale e cioè che l'albumina deve nascere nel rene.

D'altra parte il chiamarle albuminurie non nefritiche ci conduce forse a dare di esse un giudizio un po' troppo assoluto in quanto un conto è dire che una lesione renale non esiste e altro è dire che essa non è dimostrabile.

V'è chi afferma ad esempio che tali albuminurie sono sem-

pre accompagnate o forse anche determinate da un processo infiammatorio, o degenerativo dei vasi intrarenali: se questa affermazione fosse confermata, la definizione di albuminuria non nefritica non sarebbe più appropriata.

Se noi vogliamo fissare con chiarezza gli estremi nei quali devono trovarsi in tali albuminurie bisogna ricorrere a tutta una frase e chiamarle cioè:

Albuminurie da causa extrarenale e nelle quali l'albumina si forma già nel rene pur non essendo in esse dimostrabile nessuna lesione del parenchima renale.

Ma una definizione così involuta male si adatta ad una tabella che richiede definizioni chiare e soprattutto concise.

Confesso che una definizione breve e che abbia tutti i requisiti che noi richiediamo non la saprei trovare: ritorno dunque per il momento alla prima definizione di albuminurie extrarenali, o se si vuole da causa extrarenale pur riconoscendo come dissi che anche questa è ben lontana dal soddisfare completamente.

Nel leggere la descrizione delle 13 cause che possono determinare una albuminuria extrarenale (chiamiamole dunque ancora così per il momento) tredici cause che ho riportato dalla relazione fatta dal prof. Romanelli già molti anni or sono, e ancora più forse sentendomi dire che a queste tredici altre se ne potrebbero aggiungere, qualche collega si è allarmato pensando che ne dovesse risultare una tabella troppo estesa e complicata.

Credo di poter togliere questa preoccupazione facendo osservare che non si tratta di tredici ragioni distinte di natura delle quali ognuna richieda una definizione e una voce a sè, ma si tratta piuttosto di un semplice elenco di tutte le diverse cause che possono portare ad una unica categoria di tarati, elenco quindi di alterazioni che, pur con una certa latitudine troveranno tutte posto in una unica voce.

Come ho detto nella mia relazione una sola fra tutte queste cause di albuminuria si stacca nettamente dalle altre, ed è l'albuminuria nell'alcoolismo.

Non credo sia possibile, anche con qualsiasi restrizione pensare ad assumere in assicurazione soggetti che presentino alterazioni di questo genere.

Ma tutte le altre albuminurie da causa extrarenale non rappresentano una tara che impedisca la loro accettazione vorrei anzi dire che in linea generale esse non rappresentano per sè stesse una tara eccessivamente grave.

L'albuminuria nell'ipertensione è forse quella più importante e che richiede da noi maggior prudenza per il fatto specialmente che essa potrebbe facilmente essere la spia di una lesione renale non ancora riconoscibile ma in via di organizzazione in quanto noi sappiamo quanto spesso lesioni renali accompagnino presto o tardi gli stati ipertensivi.

Il Collega Prof. Winternitz nella sua relazione al congresso di Londra ha portato statistiche che dimostrerebbero che la albuminuria costante negli ipertesi porterebbe ad una S/M di circa il 90 per cento.

Dato che questa albuminuria è se non la più grave certo almeno fra le più gravi di questo gruppo, io penso che tutte queste albuminurie, fatta eccezione come ho detto per quella nell'alcoolismo, possano essere comprese in una unica voce alla quale si potrebbe assegnare una taratura oscillante dal 50 al 100 % di S/M.

E' ovvio che quando si dice che una albuminuria extrarenale comporta una taratura dal 50 al 100 per cento di S/M si intende riferirsi al solo fatto albuminurico. Alle alterazioni che si trovano fuori del rene e che determinano l'albuminuria, se a loro volta sono ragione di taratura, spetterà una S/M che verrà naturalmente sommata a quella determinata dall'albuminuria stessa.

Molto più grave per noi è la quistione del trattamento da fare alle albuminurie di origine renale in quanto esse stanno a dimostrare una lesione esistente in un organo come il rene, la cui funzione è di necessità vitale, lesioni poi che noi sappiamo avere di regola un andamento progressivo.

Vogliamo subito sgombrare il campo da quel gruppo di lesioni renali al quale ho accennato alla fine del mio lavoro e cioè alle albuminurie nella sifilide, nella tubercolosi, nel tumore e nella calcolosi del rene.

Per quanto riguarda la tubercolosi, la sifilide e il tumore del rene albuminuria significa malattia in atto e quindi tutte forme da rifiutare.

Quanto alla calcolosi del rene, l'albuminuria significherà molto spesso una complicità che potrà essere la nefrite, la pielite, la pielonefrite, l'ascenso del rene o altro. La presenza quindi di albumina nell'orina di un calcolotico sarà sempre un segno importante e da prendere in seria considerazione, e sulla precisa determinazione della natura di questa complicità il medico potrà formulare il suo pronostico.

Non posso qui che ripetere le parole che ho scritto nel mio lavoro e cioè che il calcolotico albuminurico è sempre un cattivo cliente per il medico di assicurazione.

Il trattamento che il Consorzio fa oggi ai tarati affetti da tutte queste forme, sia a quelli con manifestazioni in atto come a quelli medicalmente o chirurgicamente guariti, è giusto e non credo sia possibile pensare a modificarlo: solo forse per il calcolotico, specialmente per il calcolotico a colica unica, quando coi moderni mezzi radiografici sia possibile stabilire con sicurezza che il rene è libero da qualsiasi altra concrezione, e naturalmente quando non vi sia altra ragione di taratura, si potrà forse essere più larghi, e, come già fanno certe Compagnie estere, avvicinarsi alla assunzione come rischio normale, ma anche qui noi urtiamo contro una grave difficoltà, quella cioè della spesa elevata che queste indagini verrebbero ad imporre alle Compagnie, spesa che non sarebbe giustificata altro che da contratti molto importanti.

E veniamo ora a considerare la causa più frequente e più importante per noi di albuminuria di origine renale e cioè la nefrite.

La diagnosi di nefrite è per sé stessa una diagnosi non difficile, ma per il medico assicuratore il problema è come sempre imperniato più che tutto sulla prognosi — ora l'avvenire di un nefritico è basato anche su elementi imponderabili, sulla possibilità dell'avverarsi di fatti impossibili da prevedere — la prognosi della nefrite è quanto mai cosa ardua e difficile.

Nella ricchissima biblioteca del nostro Ospedale Maggiore ho passato parecchie ore sfogliando libri, riviste, recensioni di autori noti ed ignoti ma ho dovuto finire col concludere che fin che si tratta di esporre teorie o proporre classificazioni ognuno si sente di montare in cattedra, ma quando si arriva al pronostico tutti se la cavano con frasi più o meno sibilline, in un solo punto tutti si trovano d'accordo, ed è, nell'affermare

che nella nefrite il pronostico di possibile durata della vita è molto ma molto incerto.

Lo stesso Vidal che ha fatto su questo argomento degli studi molto importanti, mentre credeva di poter fare un pronostico molto preciso sulla possibile durata della vita degli individui presentati azotemie oltre l'1 ‰ (precisione questa che però è stata tutt'altro che confermata in seguito) nelle azotemie lievi, come egli le chiama, e cioè al disotto dell'1 per mille, e che sono quelle appunto che a noi interessano, afferma che questo pronostico non è più possibile in quanto (sono sue testuali parole) « tali azotemie possono restare a lungo stazionarie come possono rapidamente passare a valori molto maggiori con relativo rapido aggravamento dell'ammalato, senza che nulla possa farci prevedere tale possibilità ».

Bisogna confessare purtroppo che nel fare il pronostico di una nefrite la scienza ci dà un aiuto molto relativo: d'altra parte non esistono ancora di questi tarati statistiche sufficienti sulle quali orientare con una certa sicurezza il nostro giudizio. Dobbiamo dunque concludere che questo giudizio è oggi in gran parte affidato alla nostra impressione personale.

Tutti noi abbiamo dietro le spalle parecchi, e qualcuno purtroppo anche molti anni di esercizio professionale, tutti noi abbiamo certamente assistito e seguito molti di tali malati, ognuno di essi, per ragioni speciali chi più chi meno, avrà lasciato in noi un ricordo, ed è la somma di tutte queste impressioni, di tutti questi ricordi che ha condotto ciascuno di noi a farsi una opinione affatto personale sulle possibilità di vita che noi crediamo di poter concedere ad un individuo affetto da una malattia così proteiforme come la nefrite.

Si capisce come le contingenze della vita che di necessità saranno state diverse per ciascuno di noi, avranno potuto orientare la nostra mente verso un maggiore o minore ottimismo, un maggior o minor pessimismo.

Nell'assolvere però il compito che mi è stato affidato ho cercato sempre di mantenermi nella massima obiettività astraendo più che possibile da ogni mia impressione personale.

La prima domanda che mi sono fatta è stata questa:

Quando nel sangue a digiuno noi troviamo un tasso d'urea tale che ci dia la sicurezza che il rene non compie più completamente un lavoro di necessità vitale come è quello della

epurazione dell'organismo dalle scorie azotate, questo rene è ancora assicurabile?

Su questo punto confesso che ho i miei dubbi.

Ma per potersi pronunciare a questo riguardo bisognerebbe prima poter stabilire quando nella scala dei valori azotecnici comincia la sicurezza che nell'organismo vi sia ritenzione azotata.

Nell'ultima mia esposizione ho cercato di dimostrare come nessuna cifra di concentrazione ureica possa garantirci una funzione renale normale agli effetti della eliminazione dell'azoto, in quanto tale cifra per darci questa garanzia dovrebbe tutt'al più uguagliare non mai sorpassare la soglia renale, ma noi sappiamo che detta soglia è molto variabile da individuo a individuo e noi non abbiamo nessun mezzo per poterla stabilire.

Secondo i fisiologi però, nell'individuo sano il tasso di urea nel sangue a digiuno normale non dovrebbe mai superare il 0,50 per mille — a maggior ragione, mi sembra, tale limite dovrà essere accettato anche nei casi di individui con rene ammalato.

E' logico perciò pensare che su un certo numero di nefritici con concentrazione ureica inferiore a 0,50 per mille avremo sì qualche ritenzionista, ma la grandissima maggioranza avrà un lavoro di epurazione regolare — ma non appena il tasso d'urea comincerà a superare il limite massimo fisiologico le proporzioni andranno rapidamente invertendosi e nei nefritici con tasso ureico che si allontana sensibilmente dal 0,50 troveremo presto che la grande maggioranza se non la totalità sarà composta da individui che presenteranno fenomeni di ritenzione azotata.

Per queste considerazioni io avevo proposto di limitare l'accettazione dei nefritici a quelli che non superavano il 0,50 di urea nel sangue a digiuno.

I colleghi hanno voluto essere un po' più larghi e nell'ultima seduta è stato deciso che la tollerabilità possa giungere fino a 0,60.

Non penso che, sulla massa, la differenza da 0,50 a 0,60 sia tale da costituire già per noi un pericolo che debba eccessivamente preoccuparci: crederei però opportuno che questi nefritici che presentano una concentrazione ureica superiore a quella

massima fisiologica siano tenuti separati, e, come dirò in seguito, vengano a costituire una categoria a sè.

(Quando fra qualche anno si potranno fare delle statistiche si potrà vedere allora se le previsioni oggi fatte erano più o meno nel vero).

Per i nefritici che presentano un tasso di urea superiore al 0,60 per mille che sono perciò certamente dei ritenzionisti gravi era stato in primo tempo proposto il rifiuto.

E' stata invece in seguito accettata l'idea del loro aggiornamento, in quanto, si è detto, se in epoca successiva le loro condizioni dovessero risultare migliorate si potrebbe riprendere in esame la loro proposta di assicurazione.

Non vorrei che proprio qui dovesse affiorare un certo qual mio pessimismo, ma la mia impressione è che questa soluzione apparentemente così innocua, non nasconda invece qualche pericolo.

Quando noi verremo a discutere delle malattie di cuore dovremo certamente farci una domanda, e cioè: « Un cuore che abbia una volta presentato dei fenomeni di scompenso, se poi in seguito al riposo, alle cure, ritrova il suo compenso, questo cuore è ancora assicurabile? »

Non è mio compito rispondere ora a questa domanda, ma, naturalmente in tutt'altro campo, anche qui dobbiamo oggi farci una domanda analoga:

Un rene che noi sappiamo essere ammalato e che in un certo momento, permettendo un così notevole accumulo nel sangue di materiale tossico, ha dimostrato una così grave incapacità a compiere un lavoro di necessità vitale quale è quello dell'eliminazione dell'azoto, se in epoca successiva questa incapacità non è più dimostrabile, noi non sappiamo se per migliorata funzionalità del rene, o non piuttosto perchè l'individuo con le cure o col dietetico è riuscito a diminuire la formazione di scorie azotate, questo rene è ancora assicurabile?

Noi sappiamo in ogni caso che esso rene in conseguenza della lesione che ha in sè lavora al limite massimo delle sue possibilità, e sappiamo pure che la nefrite è sempre una forma progressiva.

L'avvenire di un nefritico che, per cause note e anche ignote ha potuto in un dato momento arrivare a fatti di insuffi-

cienza funzionale così grave, è sempre quanto mai precario e se noi pensiamo che la sua posizione possa in secondo tempo essere ripresa in esame, dobbiamo però convenire che questo dovrà essere sempre fatto con estrema prudenza, in quanto una cosa è certa, ed è che sarà appunto da questi tarati che ci potranno venire le più sgradevoli sorprese.

Spero con queste brevi considerazioni di essere riuscito a rendere quale è il mio pensiero su una manifestazione molte volte così difficile da valutare quale l'albuminuria, manifestazione che se ha di per sè stessa poco valore, è quasi sempre la spia di una quantità di lesioni, lesioni che possono passare dalle forme più banali alle forme più gravi e insidiose.

E' certo che in una divisione che debba servire ai nostri scopi non è possibile troppo sottilizzare e tener conto di tanti dettagli che ci condurrebbero a stabilire una quantità di categorie rendendo la tabella confusa e poco pratica.

E' necessario invece tenersi alle grandi linee, fissando poche categorie, categorie che abbiano in sè una notevole latitudine di gravità e quindi di valutazione, lasciando alla facoltà del medico di precisare, pur mantenendosi entro i limiti fissati, la valutazione, caso per caso, tenuto conto di tutti gli elementi che concorrono a formulare il giudizio.

Prendendo dunque come elemento base di giudizio le diverse condizioni nelle quali può trovarsi il rene di un albuminurico, proporrei di dividere tutte le albuminurie in tre grandi categorie:

Albuminurie con rene perfettamente normale

Albuminurie con lesione anatomo istologiche del rene

Albuminurie con lesioni anatomo istologiche del rene e alterazioni della funzione di eliminazione dell'azoto.

Nella 1. Categoria entreranno così tutte le albuminurie nelle quali non sia dimostrabile nessuna lesione renale nè anatomo-istologica nè funzionale, e cioè quelle con esame del sedimento completamente negativo, tasso d'urea nel sangue e pressione arteriosa normale — in questa voce troveranno naturalmente posto tutte le cosiddette albuminurie extrarenali. A questa categoria, come già detto, penso si potrebbe applicare una S/M da 50 a 100 per cento.

La 2. Categoria comprenderebbe invece tutte le albuminurie di origine renale, quelle cioè che stanno a dimostrare una

lesione anatomo-istologica del rene. L'esame del sedimento però dovrà dimostrare che la lesione non è grave, e in ogni caso la funzione renale dovrà risultare normale. Troveranno posto in questa categoria, alla quale penso si potrebbe attribuire una S/M da 100 a 250 per cento, tutte le albuminurie di modica entità con reperto microscopico di cilindri ialini o tutt'al più rari cilindri ialino-granulosi — urea nel sangue a digiuno non superiore a 0,50 per cento, pressione arteriosa fino a 150.

E infine la 3. Categoria per la quale proporrei una S/M da 250 a 350, in essa entreranno le albuminurie rappresentanti lesioni renali più importanti, sia per il reperto microscopico di cilindri granulosi, sia perchè presentanti segni di alterata funzione renale: quelle cioè con urea nel sangue da 0,50 a 0,60 pressione arteriosa da 150 a 160.

Per questa categoria se i Colleghi sono pure del parere, sarebbe forse prudente stabilire una limitazione della durata del contratto.

Per tutti questi tarati poi, ma specialmente per quelli della seconda e terza categoria un dato che deve anche preoccuparci è quello dell'età.

Elementi sicuri di giudizio a questo proposito non ne abbiamo, ma è certo che la nefrite è una malattia che aumenta di gravità col progredire dell'età.

Una statistica fatta su materiale dell'Istituto dimostrerebbe che l'epoca di maggior mortalità per questa malattia si ha fra i 50 e 55 anni.

Non so quale sia il pensiero dei Colleghi a questo proposito, credo però non sarebbe male fin da ora stabilire un limite, massimo entro cui debbano decorrere i contratti di assicurazione per i nefritici.

Se ad esempio noi dovessimo stabilire che ogni contratto di assicurazione di un tarato per nefrite deve avere una durata tale da esaurirsi al più tardi al compimento del 60° anno di età dell'Assicurato, credo che questa non sarebbe una limitazione eccessiva e costituirebbe invece per noi una buona difesa.

In ogni modo su questo punto, come ho detto, non abbiamo ancora elementi sicuri di giudizio: mi sarà caro perciò sentire in proposito l'opinione dei Colleghi.

Tutte le altre albuminurie quelle cioè con notevole quanti-

tà di albumina o con reperto microscopico del sedimento che dimostri una lesione grave del parenchima renale, oppure quelle con urea nel sangue a digiuno superiore a 0,60 e pressione arteriosa oltre il 160 saranno da aggiornare oppure da rifiutare.

Mi sembra sia possibile conciliare i due punti di vista proponendo per il rinvio, e quindi con possibile revisione del processo, quelle che non si allontanino troppo dalle cifre suesposte di 0,60 e 160, mantenendo il rifiuto per quelle che hanno dimostrato di aver raggiunto un tale grado di insufficienza funzionale che la possibilità di una ricaduta li renda rischi troppo gravi e pericolosi.

Resta naturalmente sempre fermo l'obbligo per le Compagnie di inviare al Consorzio per la classifica tutti i casi di albuminuria.

E prima di terminare, vorrei fare ancora qualche breve considerazione sul modulo speciale per albuminurici.

Parlando nel mio lavoro dei mezzi che noi abbiamo a disposizione per farci un concetto sulle condizioni di un nefritico; e poter quindi giungere ad un pronostico che si avvicini più che possibile a verità, ho concluso che, oltre naturalmente all'anamnesi e all'esame obiettivo, essi si riducano all'esame della urina, all'esame del sangue e all'esame della pressione arteriosa.

Il modulo per albuminurici tiene giustamente conto di questi tre elementi di giudizio ed essi figurano nei rilievi che devono essere fatti dal medico esaminante.

Tutti gli altri esami quali la prova della concentrazione e della diluzione, la prova di carico, la prova delle due ore, la prova con l'eliminazione di sostanze coloranti sono tutte prove che per ragioni che ora sarebbe troppo lungo ripetere, non possono entrare come regola della nostra pratica, e quindi non possono figurare nel modulo.

La prova della concentrazione, che è quella forse fra tutte le nominate la più concludente, potrà, come il Comitato ha deciso nell'ultima seduta, essere dal Consorzio domandata direttamente al medico esaminatore quando la cifra elevata del Contratto, o qualsiasi altra considerazione, possa giustificare sia la spesa da parte della Compagnia, sia il disagio al quale deve sottoporsi l'Assicurando.

Il Prof. Romanelli nell'ultima seduta avrebbe proposto

una indagine che è già in uso presso una Compagnia estera, se non erro la Munchener, e che consisterebbe nell'invitare l'assicurando a presentarsi al medico al mattino, non avendo ingerito più nessun liquido dopo il solito pasto della sera precedente.

Dal peso specifico dell'urina raccolta in queste condizioni dovrebbe essere possibile farsi un concetto approssimativo sulle condizioni della funzionalità renale in rapporto al potere di concentrazione del rene. Un'urina così ottenuta, se il rene avrà conservato un potere di concentrazione normale, dovrà avere un peso specifico notevolmente elevato, certo superiore e forse parecchio al 1020.

Si tratterebbe in fondo di una prova della concentrazione vorrei chiamarla a scartamento ridotto.

Questa indagine, pur essendo discretamente probativa, non avrebbe certo tutto il valore della classica prova della concentrazione, ma avrebbe però la facilità di poter essere domandata per la nessuna spesa che imporrebbe alle Compagnie e il pochissimo sacrificio che richiederebbe da parte dell'Assicurando.

E' certo che questa prova, specialmente in certi casi, potrebbe riuscire di notevole utilità, e, se i Colleghi lo credono, si potrebbe benissimo introdurla nel modulo. Per non rendere poi questo troppo pesante, essa potrebbe, io credo, sostituire un'altra indagine ora contenuta nel nostro modulo, e che, secondo il mio modo di vedere non è molto pratica.

Leggò infatti: « Nel pomeriggio, dopo il pasto abituale ed una successiva lunga passeggiata, il fiduciario riprenderà le urine per l'esame, ecc. ».

Confesso che in questa lunga passeggiata non ho mai avuto molta fede.

La mia impressione è che quando un assicurando è condotto da un medico di assicurazione e questi lo ha interrogato, lo ha visitato, lo ha fatto orinare, gli ha misurato la pressione arteriosa, gli ha cavato il sangue dalla vena, il domandargli anche di fare una lunga passeggiata, sia veramente pretendere un po' troppo.

Un assicurando che va da un medico per una visita di assicurazione, non vi arriva di solito nelle stesse condizioni di spi-

rito nelle quali si trova un ammalato che va dal suo medico di fiducia per farsi visitare e curare.

Fra tutte le indagini alle quali un sanitario può sottoporre un ammalato, e sono moltissime, bisogna che noi sappiamo scegliere quelle poche che ci sono veramente utili, che non molestano eccessivamente l'assicurando e che non sono troppo dispendiose per la Compagnia.

Ma anche di un'altra cosa noi dobbiamo preoccuparci ed è che queste indagini che noi domandiamo, sieno esse cliniche o di laboratorio, o perchè oltrepassanti la possibilità della media dei nostri fiduciari, o perchè da molti erroneamente ritenute superflue, o per qualsiasi altra ragione, non sieno tali da indurre troppo facilmente il medico nella tentazione di darci una risposta non esattamente controllata.

Purtroppo di queste domande che inducono in tentazione qualcuna ne abbiamo anche nel nostro modulo comune, vedi ad esempio la domanda della pressione minima.

Il chiedere ad un assicurando di fare una lunga passeggiata prima di presentarsi al medico non credo sia cosa di tanto facile attuazione, e non credo neppure perciò che le risposte che questa domanda ci procurerà saranno sempre tali da poterle prendere con tranquillità a base del nostro giudizio.

Proporrei quindi ai Colleghi di togliere dal modulo questo paragrafo e sostituirlo con quanto ha suggerito il Professor Romanelli che mi sembra molto più sicuro e di più facile attuazione.

La conoscenza del peso specifico di una orina è da molti erroneamente ritenuta cosa di poca importanza, e io credo purtroppo che anche questa sia di quelle domande che molte volte ci procurano dei dati non perfettamente controllati.

Nel rispondere però al modulo speciale per albuminurici il medico sa di aver visitato un tarato, molte volte queste visite sono fatte da un consulente, non ho perciò ragione per pensare che, specialmente in questi casi, le cose non siano sempre fatte con assoluta serietà.

In ogni modo non crederei inutile richiamare l'attenzione del medico visitatore sull'importanza che noi dobbiamo dare, specialmente in questa indagine, al fattore peso specifico.

Sempre se i Colleghi sono del parere di fare questa sostituzione si potrebbe togliere tutto il paragrafo: — «Esame

delle urine emesse alla presenza del medico fiduciario e sostituirlo con altro pressappoco di questo tenore:

« L'assicurando si presenterà circa due ore dopo il pasto del mezzogiorno e il medico oltre l'esame generale farà lo esame delle urine e misurerà la pressione arteriosa massima e minima.

« Dopo il pasto abituale della sera l'Assicurando eviterà di introdurre qualsiasi liquido fino al mattino successivo, e, a digiuno, si presenterà nuovamente dal medico il quale farà un nuovo esame dell'orina della quale ricercherà con esattezza il peso specifico, misurerà ancora la pressione arteriosa massima e minima e prenderà il sangue per la determinazione della concentrazione ureica ».

In calce sarebbe forse utile aggiungere una postilla così concepita:

« Il Signor Fiduciario richiamerà l'attenzione dell'assicurando sulla necessità che egli si attenga scrupolosamente alla prescrizione di non ingerire liquidi dopo il pasto della sera, facendogli presente come qualsiasi infrazione verrebbe ad alterare a suo danno il risultato della prova ».

La dicitura: « Azotemia digiuno » può prestarsi a differenze di interpretazione: il Comitato perciò a scanso di ogni equivoco ha deciso nell'ultima seduta di domandare sempre la ricerca del tasso d'urea nel sangue a digiuno, ricerca questa di più facile attuazione e che dà risultati costanti e sicuri, venendo così ad escludere sia la ricerca dell'azoto totale, come quella dell'azoto residuo.

Alle parole perciò « azotemia a digiuno » verranno sostituite le parole « tasso d'urea nel sangue a digiuno ».

Non avrei altro da dire nei riguardi del modulo — questo modulo per albuminurici è molto ben studiato in quanto, eccettuata forse la questione della lunga passeggiata, non sorpassa i limiti di quanto è ragionevole domandare ad un assicurando, è completo, e con un minimo di domande e di indagini ci permette di renderci conto con sufficiente esattezza di quali siano le condizioni di un individuo che al momento della visita presenti un fenomeno come l'albuminuria, fenomeno che non è sempre di molto facile interpretazione e perciò molte volte difficile da valutare.

PER GLI ASSICURANDI AFFETTI DA ALBUMINURIA

Dichiarazioni dell'assicurando:

Cognome Nome e Paternità

Professione

Luogo e data di nascita

Quando e da chi fu constatata la prima volta la presenza di albumina nelle urine dell'assicurando?	
Quale è la quantità approssimativa di urine che l'assicurando emette nelle 24 ore?	
Quanto urina abitualmente nella notte?	
L'assicurando soffre ed ha sofferto gonfiore alla faccia, agli arti inferiori, facile affanno, palpitazioni cardiache, cefalea, vertigini, disturbi della vista?	

Firma dell'assicurando
alla presenza del Fiduciario

Data

Esame delle urine emesse alla presenza del Medico fiduciario

Il medico fiduciario la mattina a digiuno prenderà il sangue per la determinazione della azotemia, esaminerà le urine e misurerà la pressione arteriosa Mx e Mn.

Nel pomeriggio dopo il pranzo abituale (1) ed una successiva lunga passeggiata (1) riprenderà le urine per l'esame e misurerà nuovamente la pressione arteriosa Mx e Mn.

Azotemia a digiuno

Risultato dell'esame delle urine :

	peso specifico a 15	albumina	glucosio	acetone	esame microscopico del centrifugato
a digiuno					
2 h dopo il pasto					

(1) far precisare e sottoscrivere la composizione del pranzo consumato e la durata della passeggiata.

Esame generale { *pelle e connettivo sottoculaneo*
mucose visibili
muscolatura

Apparato circolatorio { *limiti del cuore*
toni cardiaci
polso

Pressione arteriosa { Pomeriggio: *Mx.* *Mn.* *App.*
Mattina: *Mx.* *Mn.* *App.*

Occhio

Risultato dell'esame degli altri apparati

.....
.....

Osservazioni e conclusioni del medico esaminatore

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data

Firma



PER GLI ASSICURANDI AFFETTI DA ALBUMINURIA

Dichiarazioni dell'assicurando : *(rispondere specificatamente a tutte le domande, scrivendo a penna e chiaro)*

Cognome Nome di anni

Paternità Professione

Luogo e data di nascita

Quando è da chi fu constatata la
prima volta la presenza di albu-
mina nelle urine dell'assicurando?
Di quali disturbi soffriva l'assicurando
per cui fu praticata tale ricerca?

Quale é la quantità approssimativa
di urine che l'assicurando emette
nelle 24 ore?

L'Assicurando urina abitualmente
nella notte?
Quante volte?
In che quantità

L'Assicurando ha mai sofferto gon-
fiore alla faccia, agli arti inferiori,
facile affanno, palpitazioni cardia-
che, cefalea, vertigini, disturbi del-
la vista?
Ne soffre tutt'ora?

Fu mai praticata la ricerca dell'azo-
temia nel sangue?
Quando?
Con quale risultato?

NOTA IMPORTANTISSIMA DI CUI L'ASSICURANDO DEVE PRENDERE CONOSCENZA

Si invita l'Assicurando, *nel suo precipuo interesse*, a presentarsi al-
l'esame delle urine ed al prelievo del sangue il giorno successivo a *digiuno*
e senza aver ingerito liquidi dopo il pasto della sera.

Data

Firma dell'Assicurando

Rapporto di visita medica affidata al Dott.
Il Medico come si è accertato dell'identità personale dell'Assicurando?

Nota - L'Assicurando si presenterà nelle ore pomeridiane al Sanitario che oltre l'esame generale, farà l'esame delle urine e misurerà la pressione arteriosa. Dopo il pasto abituale della sera l'Assicurando eviterà di ingerire qualsiasi liquido fino al mattino successivo e, *a digiuno*, si presenterà nuovamente al Medico il quale ripeterà l'esame dell'urina, *ricercandone con esattezza il peso specifico*, rileverà la pressione arteriosa e preleverà il sangue per la determinazione della concentrazione ureica.

NOTA - Il Sig. Medico esaminatore richiamerà l'attenzione dell'Assicurando sulla osservanza scrupolosa dell'indicazione di non ingerire liquidi dopo il pasto serale, facendogli presente come qualsiasi infrazione verrebbe ad alterare *a suo danno*, il risultato della prova.

ESAME OBIETTIVO

Altezza cm. *Peso kg.*
 (con le scarpe) (senza soprabito)

Esame generale { *portamento ed aspetto generale*
 { *mostra l'età indicata?*
 { *pelle e connettivo sottocutaneo*
 { *mucose visibili*
 { *muscolatura*
 { *dentatura*

Apparato { *limiti del cuore*
 circolatorio {
 { *toni cardiaci*
 { *polso*

Pressione arteriosa { *Mattina : Mx. Mn. Ore App.*
 { *a digiuno*
 { *Pomeriggio : Mx. Mn. Ore App.*

Esame dell'occhio
 (possibilmente eseguire anche l'esame del fondo dell'occhio)
Risultato dell'esame degli altri apparati

Dosaggio dell'urea nel sangue a digiuno:

**ESAME DELLE URINE EMESSE ALLA PRESENZA DEL MEDICO
 ESAMINATORE**

Urine emesse	peso specifico a 15°	reazione	albumina	glucosio	acetone	esame microscopico del sedimento centrifugato
<i>Pomeriggio (2 ore circa dopo il pasto)</i>			gr. 0/100			
<i>Mattino (a digiuno, senza aver introdotto liquidi dopo il pasto della sera precedente)</i>			gr. 0/100			

Giudizio diagnostico
Giudizio prognostico
Osservazioni
Data *Firma del Medico*



*Relazione del Dr. FABIO MARSELLA
Riunione del 18 novembre 1937-XVI*

DISAMINA MEDICO-LEGALE DELLE QUESTIONI D'ORDINE MORALE CONNESSE CON LA STIPULA- ZIONE DEI CONTRATTI DI ASSICURAZIONE VITA

CONSIDERAZIONI GENERALI

L'assicurazione vita ha un'alta funzione etico-sociale. Essa serve a garantire all'istituto della famiglia, che si deve considerare la vera base costitutiva di ogni società civile, la sicurezza economica avvenire, che potrebbe essere messa in pericolo della morte prematura di chi ha il compito e il dovere di provvedervi col proprio lavoro e con le proprie risorse economiche. Essa mira a sostituire quel capitale legato alla vita e all'attività economica umana che la morte può distruggere o l'invalidità rendere infruttifero. Ogni individuo che del proprio lavoro ritrae fonte di guadagno, dovrebbe assicurare un capitale o una rendita tale che, nel caso di una fine immatura, o di una precoce invalidità, non faccia subire alla famiglia diminuzione alcuna di entrate economiche. Per ottenersi ciò, secondo il calcolo degli economisti, ogni persona che ha dei doveri famigliari e sociali, dovrebbe impiegare per l'assicurazione vita circa il 10 % dei propri guadagni. Questo è l'ideale dell'assicurazione vita, ma siamo ben lontani dal suo raggiungimento, benchè sia ragione di conforto e motivo di fiduciosa aspettazione, constatare il continuo progresso della previdenza, che segna uno dei fenomeni più nobili e caratteristici della moderna civiltà.

L'ideale, cui tende l'assicurazione vita, potrà dirsi raggiunto appieno quando ognuno avrà acquistata quella elevata coscienza sociale e famigliare, economica e morale, che farà fare affidamento solo sulla previdenza, lasciando l'antico e co-

modo concetto della provvidenza, cui non è più lecito abbandonarsi con le cresciute esigenze della vita moderna. Finchè ciò non si realizzi l'assicurazione vita dovrà essere propaganda nella sua forma libera, ma questa libertà può dar luogo ad inconvenienti ed abusi.

Ognuno, nella previdenza facoltativa, può chiedere di assicurarsi per la forma che preferisce e per il capitale che vuole, senza limite alcuno. Questa libertà implica d'altra parte la facoltà e il dovere nell'istituto assicuratore, di esaminare, selezionare e graduare il rischio assicurativo.

Perchè non siano intaccate le basi economico-attuariali dell'assicurazione e lesi i sani principî della mutualità, occorre sia fatta una tale selezione. Essendo l'oggetto dell'assicurazione vita la stessa esistenza umana, alla sua valutazione occorre l'opera del medico, che possiede le conoscenze tecniche relative a quanto riguarda il patrimonio biologico umano, dal cui deterioramento o annientamento può derivare danno economico. Il medico deve dare gli elementi di giudizio sul rischio assicurativo desumendoli dalle notizie anamnestiche famigliari e personali, fornite dall'assicurando e dai rilievi fatti sul suo stato fisico-psichico. Per fare ciò il medico deve possedere, oltre alla necessaria pratica clinica, particolari cognizioni e metodi che costituiscono la tecnica speciale della medicina assicurativa.

All'antica classica benefica funzione curativa del medico altre se ne sono aggiunte e che fanno del medico un fattore importante di giustizia sociale, specialmente da quando, col progresso dei tempi, ha preso così notevole sviluppo l'assicurazione nelle sue varie forme. La figura del medico è notevolmente cambiata sotto questo punto di vista e nuovi doveri e nuovi compiti gli sono stati assegnati dalla moderna società nell'applicazione pratica sia della previdenza obbligatoria che di quella facoltativa. Il medico, ben compreso della sua alta funzione nel vasto campo assicurativo, deve assolverla con coscienza e competenza. Per fare ciò deve aver presenti le difficoltà, anche di ordine morale, che si oppongono all'esplicazione del suo nuovo mandato. Tali difficoltà è necessario prospettarsi.

Il medico che dal malato ordinario è considerato come un amico ed un alleato, nella lotta contro il male, dall'assicurando

può essere ritenuto un avversario che si oppone al raggiungimento di determinate finalità e vantaggi non sempre leciti. Il medico, pur conservandosi sempre sereno ed obbiettivo, deve aver presenti i motivi che possono ostacolare la conoscenza della verità ed opporsi al compimento della sua opera di giustizia. Nell'assicurazione malattie, infortuni ed invalidità in genere il medico deve temere l'adozione da parte dell'assicurato di espedienti ed infingimenti, che si concretano nella simulazione delle infermità, mentre nell'assicurazione vita deve aver presente la possibilità della dissimulazione. Sia l'una che l'altra sono manifestazioni dello stesso fenomeno e si sviluppano dallo stesso ceppo dell'astuzia e dell'inganno. Con la simulazione si simula la malattia o in genere l'invalidità temporanea o permanente, da malattia o da infortunio; con la dissimulazione si simula la salute. Gradi minori dell'una e dell'altra sono l'esagerazione e l'attenuazione. Tutte sono indice di egoismo e di scarso senso etico. Ciò deve considerare il medico dell'assicurazione, che, oltre ad essere diligente osservatore, deve essere anche fine psicologo. Solo così potrà assolvere bene il suo compito nell'interesse dei singoli e della collettività e contribuire all'affermazione ed al progresso della previdenza, che, nella forma facoltativa, può essere inquinata e minata da frodi e speculazioni, anche, e di molto, superiori a quelle solite a verificarsi nelle comuni branche assicurative obbligatorie, in cui vi è un limite all'illecito profitto, essendo per legge stabilite le indennità da corrisondersi in ogni caso.

Tutta la medicina assicurativa deve avere un'impronta morale. Nell'assicurazione vita il medico deve considerare la vera finalità etico-sociale di tale forma di previdenza ed essere ben compreso della importanza del suo mandato e compierlo con scienza e coscienza. Il medico nel suo esame deve tener conto anche di quei fattori, che considerati dal punto di vista morale, possono far apparire più o meno naturale e logico l'atto di previdenza, ed averne norma nella raccolta e nella valutazione dei dati anamnestici e nei rilievi dell'esame obbiettivo. Deve porre attenzione allo stato di famiglia dell'assicurando, all'età, al sesso, alla professione, al domicilio, allo stato economico e sociale, alla reputazione morale ed estimazione pubblica dell'assicurato e del beneficiario,, alle condizioni psichiche e allo stato psicologico dell'assicurato ed a tutte quelle

circostanze, che isolatamente o complessivamente considerate, possono far apparire sospetto di speculazione l'atto di previdenza sia da parte dell'assicurando sia da parte di altri, contraenti o beneficiari.

Deve riflettere che vi può essere chi, sentendosi minato nel suo stato fisico-psichico, in previsione di una breve sopravvivenza, vuol provvedere all'avvenire della sua famiglia, verso la quale fu imprevidente in passato, e vuol disporre, con poco sacrificio, l'accumulo di una ricchezza, che non seppe o non volle procacciare con l'onesto lavoro. Vi può essere chi vuole speculare sulla vita altrui che sa in pericolo per gravi malattie e vi può essere anche chi nell'assicurazione vita vede una facile via di illeciti ed elevati profitti premeditando la propria menomazione fisica o soppressione o quella della persona assicurata (suicidio, invalidità procurata, istigazione a suicidio, omicidio). Per impedire abusi e crimini in un'istituzione che deve rimanere improntata alla più alta moralità, bisogna tener conto di tutte le suesposte circostanze che possono dare alla previdenza una configurazione di insieme poco morale, o farla diventare addirittura un campo d'attività criminosa.

Stato di famiglia. — L'assicurazione vita, nella forma pura previdenziale, fatta da persone che non hanno vincoli e doveri famigliari ed affettivi può essere sospetta di speculazione; così pure quella che si fa a beneficio di persone estranee alla famiglia e per le quali non si hanno obblighi di sorta.

Età. — Sospette sono anche le assicurazioni fatte sulla testa di individui troppo giovani o troppo vecchi, che costituiscono solo un onere per l'economia famigliare.

Psicopatici. — Grandemente sospetti sono i contratti che si propongono su minorati psichici, che non si rendono conto della portata dell'assicurazione e che ordinariamente rappresentano solo un peso morto oneroso nel bilancio domestico.

Sesso. — Anche al sesso bisogna aver riguardo considerando che le donne, specie in alcune regioni, difficilmente sostengono le spese del carico familiare. Le assicurazioni fatte sulla testa di donne, specialmente per capitali forti e quando non esistono, o non si fanno, corrispondenti assicurazioni su uomini della stesa famiglia, che lavorano e guadagnano, debbono

far sospettare la speculazione e rendere guardingo il medico nel suo esame e nel suo giudizio.

Stato economico. — Anche dello stato economico si deve tener conto e riflettere se l'assicurazione proposta, per capitale e forma (ed io vorrei che anche ai medici fiduciari fossero comunicati tali dati) è corrispondente alla vera posizione economica e sociale dell'assicurato e se questi ne può sopportare facilmente l'onere per il tempo previsto.

Domicilio. — Non si deve trascurare di prendere in considerazione il domicilio dell'esaminando, perchè talora si usa sottrarre l'assicurato alla visita del sanitario locale, che ne può conoscere tare familiari e personali e non si presterebbe a rilasciare un certificato favorevole, facile a carpire invece al medico che sia ignaro di tutto. In tali casi si deve temere anche la sostituzione di persona, e perciò occorre che il medico non manchi di far sempre l'accertamento della identità personale.

Reputazione morale. — Non si deve omettere di considerare la reputazione morale, sia del contraente che dell'assicurato e del beneficiario specialmente per i forti capitali.

La pratica c'insegna che talora, per non aver tenuto nella debita considerazione, nell'esame del rischio da assumere, i fattori di ordine morale, si sono verificati sinistri di breve antidurata, specialmente per forti capitali che hanno dato luogo a contestazioni e a lunghe vertenze giudiziarie sempre dannose per l'Istituto assicuratore e per lo stesso principio della previdenza. L'intervento del medico si è reso poi necessario per le indagini retrospettive sul rischio e per la valutazione medico legale di tutte le circostanze, comprese quelle di ordine morale, emerse da tali indagini.

Per l'esperienza acquistata in materia possiamo affermare che sarebbe stata molto opportuna l'opera e il giudizio del medico, anche sotto questo punto di vista, all'atto dell'assunzione del rischio, specialmente per forti capitali.

Mi piace riferire qualche caso, in cui l'assicurazione rappresentava un'evidente operazione immorale:

1) Nel 1931 fu stipulato un contratto sulla testa di un uomo di 45 anni per un capitale di L. 700.000 a beneficio di un

lontano parente dell'assicurato, il quale pur aveva moglie e figli. Dopo un anno l'assicurato morì per paralisi progressiva e dall'inchiesta eseguita risultò che la malattia si era iniziata da circa 4 anni e che un anno prima dell'ingresso in assicurazione l'infermo, che era ridotto in uno stato di semiebetismo, era stato ricoverato per due mesi in una clinica nevropsichiatrica, dove inutilmente era stato sottoposto anche alla malario-terapia.

La visita medica per l'assicurazione fu fatta subire fuori del paese di residenza e si ritiene vi sia stata sostituzione di persona nel soggetto sottoposto all'esame dei medici. Il lontano parente beneficiario della grossa somma assicurata risultò essere individuo con precedenti penali non buoni.

2) Una polizza di un milione venne emessa nel 1930 sulla testa di un uomo di 40 anni a beneficio di un lontano parente. Dopo poco più di un anno l'assicurato fu trovato morto sulle pendici di un monte e la morte fu attribuita a disgrazia alpinistica. Senonchè prima un'inchiesta amministrativa dell'I.N.A., e il processo giudiziario poi, assodarono che la morte fu dovuta a suicidio al quale l'assicurato era stato spinto dal beneficiario della polizza. Vi fu per tale motivo condanna penale del contraente beneficiario. L'assicurato era un povero disgraziato psicopatico, già fallito in commercio, che aveva manifestato propositi suicidi e di ciò aveva profittato il suo parente per indurlo a differire di un anno l'effettuazione della sua idea, promettendogli larghi sussidi nel frattempo.

Del fatto si occuparono largamente a suo tempo le cronache dei giornali. Anche il contraente beneficiario non versava in buone condizioni economiche e dovette ricorrere a prestiti usurari per pagamento dei premi.

Uno dei medici visitatori ebbe a dirmi, quando io praticai le indagini, che se egli avesse conosciuto la vera entità dell'assicurazione, si sarebbe fatto un dovere di avvertire la Direzione dell'I. N. A., non sapendosi spiegare per qual fine si facesse un contratto così forte da persone di modeste condizioni economiche.

3) Nel 1934 fu stipulato un forte contratto di assicurazione, contraente e beneficiaria persona del tutto estranea all'assicurato, il quale dopo pochi mesi morì per tubercolosi

polmonare. Dall'inchiesta risultò che l'assicurato era un povero mendicante senza fissa dimora e che l'assicurazione era stata preparata e disposta dal contraente durante i pochi giorni di ospitalità offerta all'assicurato, che non si era reso alcun conto del contratto di assicurazione vita.

4) Un fratello maggiore fece fare un contratto di assicurazione, a suo beneficio, a un fratello di 17 anni per una somma cospicua. La visita medica fu fatta subire in altro paese lontano da quello di abituale dimora, dove l'assicurato era ben noto ai medici locali, per essere affetto da nefrite di vecchia data con retinite grave. Dopo pochi mesi l'assicurato morì. Le condizioni economiche del contraente erano tutt'altro che buone e l'assicurato aveva rappresentato sempre solo un peso per la famiglia, per la sua età e per la malattia giudicata inguaribile, specialmente dopo la sopraggiunta retinite.

5) Un figlio fece assicurare la madre di anni 63 per un discreto capitale. Dopo pochi mesi si ebbe la morte per carcinoma gastrico, da cui la donna era affetta da oltre un anno e che l'aveva resa inabile ad ogni lavoro.

6) Potrei citare qui una serie di casi di mariti che hanno fatto assicurare le proprie consorti per cospicui capitali. Mi limito a riportare quello di Torino dove un pregiudicato, che aveva il cognome di una famiglia cospicua, fece assicurare la moglie, più anziana di lui, per un milione a suo beneficio. Non contento di ciò dopo pochi mesi avanzò proposta di assicurazione per un altro milione. Una visita di controllo fece assodare che la donna era affetta da vizio cardiaco. Le condizioni economiche dei coniugi erano disagiate al punto che vi era stata perfino l'intimazione dello sfratto di casa, per non aver pagato una modesta pigione mensile.

Il caso fu deferito all'autorità giudiziaria per tentativo di truffa e il marito non ebbe ritegno di dire che egli non voleva fare alcun male alla moglie, ma che l'assicurazione l'aveva fatta, sapendo bene della breve sopravvivenza di lei, a causa della malattia cardiaca a lui nota.

7) Un altro marito fece assicurare a suo beneficio la moglie per L. 100.000 con l'I. N. A. e quasi contemporaneamente con Compagnie private pel complessivo capitale di altre lire

500.000. Dopo pochi mesi l'assicurata morì in circostanze strane, che fecero sospettare un avvelenamento. Dall'inchiesta eseguita risultò in ogni modo che la donna era affetta da vecchia data da calcolosi epatica. Il marito aveva relazione con altra donna e versava in gravi condizioni economiche, tanto che si era iniziata procedura per dichiarazione di stato fallimentare.

8) E' occorso anche di mogli che hanno fatto assicurare i mariti, prevedendone prossima la fine. Riferirò di una polizza fatta sulla testa di un uomo, beneficiaria la moglie. Dopo alcuni mesi all'Istituto pervenne notizia delle gravi condizioni di salute dell'assicurato. Le indagini sanitarie fecero assodare che questi, soggetto sotto ogni riguardo succube della moglie, era sifilitico e tubercoloso, oltrechè alcoolizzato. La moglie, che era donna di facili costumi, dopo aver indotto il marito a fare l'assicurazione, lo incitava a bere e straviziare per affrettarne la fine e vedendo che questa ritardava oltre il previsto, lo rimandò alla casa paterna del vecchio genitore. Questi, quando io mi recai a visitare il figlio, dopo la denuncia pervenuta, non esitò a definire « una truffa », tentata dalla nuora, l'assicurazione, e ne chiedeva egli stesso l'annullamento per ragioni di moralità. Si ebbe il decesso dell'assicurato dopo qualche mese e la beneficiaria, nonostante la contestazione fatta dall'I. N. A., mentre era ancora in vita l'assicurato, non esitò a chiedere, a mezzo di un legale, il pagamento della polizza che sosteneva essere « in pieno diritto e valida ».

9) Un giovine di 23 anni, scapolo, appartenente a numerosa famiglia, nel dicembre 1929 stipulò due contratti di assicurazione sulla sua testa per 200.000 con l'I.N.A., e, a poca distanza di tempo altri 5 contratti con Compagnie, pel complessivo ammontare di L. 600.000. Totale L. 800.000. Nel novembre 1930 l'A. morì per broncopolmonite acuta, giusta il certificato di morte. Da un'inchiesta sanitaria eseguita risultò che la malattia vera, causa della morte, era stata una tubercolosi polmonare preesistente alle Assicurazioni. E' da notare che i redditi della famiglia dell'assicurato erano di appena 6.000 lire annue, mentre i premi di assicurazione oltrepassavano la cifra di 13.000, trattandosi di contratti a forma Vita Intera p. v.

10) Citerò un ultimo caso di un individuo di 22 anni che, qualificandosi appaltatore edile, stipulò un contratto di assicurazione vita per lire 300.000 con allegato d'invalidità.

Contemporaneamente fece con due Compagnie private forti contratti di assicurazione pel caso d'invalidità temporanea e permanente da infortunio.

Dopo alcuni mesi l'assicurato denunciò un grave trauma all'arto superiore destro per ferita d'arma da fuoco a seguito d'incidente di caccia e fece richiesta d'indennità per inabilità temporanea alle Compagnie e dopo qualche mese, d'inabilità permanente alle stesse Compagnie e di esonero dal pagamento dei premi all'I.N.A. e di corresponsione di rendita per sopraggiunta invalidità totale.

Un'indagine eseguita fece assodare che l'assicurato era un ozioso che non aveva mai esercitato alcun mestiere e che viveva a carico del padre muratore e proprietario di una sola modesta casa di abitazione. Il nostro contratto fu disdettato per dichiarazioni false rese dall'assicurando sui suoi precedenti sanitari e soprattutto sul servizio militare che aveva detto di aver fatto regolarmente, mentre risultò che era stato riformato dopo osservazione in Ospedale per epilessia.

Evidentemente i contratti erano stati stipulati a scopo fraudolento e la lesione all'arto superiore destro, colla quale sperava di percepire laute indennità dalle Compagnie, ed assicurarsi una rendita dall'I. N. A., doveva ritenersi autoprocurata.

In tutti i casi riferiti, e parecchi altri del genere potrei citarne, compreso quello della signora milanese condannata all'ergastolo per aver fatto assicurare una sua conoscente che poi uccise facendogli bere dell'arsenico in una bibita al seltz. Si trattava sempre di assicurazioni per forti capitali fatte da persona di dubbia moralità e di scarse possibilità finanziarie, assolutamente sproporzionate all'entità delle cifre assicurate ed ai premi da corrispondere. Si era ben lungi dai redditi di cui solo una quota, giusta i concetti e principi esposti, deve esser devoluta in premio d'assicurazione.

I contratti furono tutti fatti sulla testa di persone che per condizioni fisiche (I, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX) e per abitudini di vita (II, X) non attendevano ad alcuna utile occupazione e rappresentavano delle passività e non delle attività nel bilan-

cio familiare; beneficiari delle polizze erano persone estranee (III) o lontani parenti (I, II) o congiunti che evidentemente volevano speculare sulla vita dell'assicurato (IV, V, VI, VII, VIII).

Forti contratti furono stipulati sulla testa di donne che non avevano alcun cespite speciale di guadagno (V, VI, VII). Nel caso n. IX contraente e beneficiario era un individuo che non possedeva nulla, che non guadagnava nulla e voleva procurarsi, con la comoda professione di assicurato, forti capitali immediati e una rendita vitalizia.

Si ricorse all'espedito di far subire le visite mediche fuori dell'ambiente proprio dove gli assicurati erano ben conosciuti per le loro tare fisico-psichiche, nei casi I, II, IV, V, VIII.

Quasi tutti i contratti erano a forma vita intera p. v., con i quali si riusciva ad assicurare il massimo capitale col minimo premio a tutto danno dell'Istituto assicuratore.

La polizza di cui al n. IV era a forma mista ma col differimento di 40 anni. Nei casi da I a VIII procuratori dell'assicurazione furono i beneficiari e l'assicurando si sottopose alla assicurazione per suggestione e iniziativa dei beneficiari.

Nel caso IX per iniziativa propria a profitto dei congiunti e nel caso X per iniziativa propria a profitto proprio.

Quando dai dati che possono essere a sua conoscenza e dall'impressione d'insieme emergano sospetti di poca moralità nell'assicurazione proposta, più che mai il medico deve essere diligente ed accorto nell'interrogatorio dell'assicurando e oltremodo scrupoloso nell'esame obiettivo per potersi formare una esatta conoscenza della personalità dell'assicurato e delle persone interessate all'assicurazione.

Nell'interrogatorio, che può fornire dati preziosi per giudicare dello stato psichico e psicologico dell'individuo non si dovrà permettere che le risposte al questionario siano date da altra persona che non sia l'assicurato stesso. Si deve sempre sospettare di certi accompagnatori che vogliono intervenire alla visita e sostituirsi all'assicurando nel fornire notizie anamnestiche e spiegazioni.

Se di fronte alla negatività di esami, permangono dubbi ed incertezze diagnostiche per il giudizio sullo stato di salute dell'individuo e per la qualifica del rischio assicurativo, il me-

dico periferico dovrà esprimerli alla Direzione, assieme alle informazioni di carattere riservato di cui al punto IX del Modello San. I.

Ciò tanto più si rende opportuno in quanto la visita del medico fiduciario di solito non può avere tutti i sussidi semiologici di gabinetto necessari per una diagnosi precoce di eventuali affezioni iniziali e non facilmente rilevabili coi comuni mezzi ambulatori, specialmente quando l'anamnesi remota e prossima è deliberatamente muta o negativa.

In Direzione i dubbi possono essere più facilmente chiariti coll'esame di tutto l'incarto relativo alla pratica, colla verifica di eventuali precedenti assicurativi ed anche con indagini speciali ed accertamenti sanitari che si possono affidare a persone ben pratiche ed a medici specializzati. In tal modo si rende veramente utile e collegata l'opera dei medici periferici e della Sede centrale allo scopo di una fattiva collaborazione cogli organi della Direzione per la scelta dei rischi.

Ciò si rende necessario per evitare frodi che si possono consumare facilmente ed impunemente, specie con la interpretazione troppo larga che si suol dare in giurisprudenza alla clausola d'incontestabilità contenuta nelle polizze d'assicurazione vita.

Si deve anche riflettere che le contestazioni sogliono riuscire quasi sempre di nocumento agli Istituti di assicurazione vita, potendo scuotere nella massa degli assicurati e del pubblico quella fiducia di cui hanno assoluto bisogno per fare nuovi proseliti della previdenza libera e per allargare sempre più la loro sfera d'azione in strati ognora più vasti della popolazione.

Avevo scritto la presente relazione quando ho letto sul n. 6 anno VI de *L'Assistenza Sanitaria* l'articolo del dr. Sturm sulla « Valutazione speciale dei rischi nell'assicurazione vita ». Lo Sturm, che è il medico capo della « Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft » si occupa del criterio relativo al rischio morale che presenta ogni singolo candidato. Egli intende per rischio morale la reputazione dell'assicurando e della sua famiglia, la proporzione tra capitale assicurato e la sua posizione finanziaria, la possibilità di uno sfruttamento speculativo della assicurazione, in breve tutti gli elementi che si riassumono sotto il concetto generale di « rischio soggettivo ». Ed aggiunge: « Tanto per gli assicurati quanto per le Società di assicurazione

vita è di grande importanza che anche questi fattori siano presi in dovuta considerazione; trascurare questi elementi significa provocare eventualmente delle discussioni penose e spesso anche delle azioni legali, che non procurano nessun vantaggio nè alla Società nè allo stesso concetto dell'assicurazione ».

Io concordo perfettamente con quanto dice lo Sturm.

Riassumendo: io credo che il medico di assicurazione, nell'esame dei rischi, deve tenere nella dovuta considerazione tutte quelle circostanze, da me sopra enumerate, che assieme ai risultati dell'esame clinico permettono di stabilire esattamente a caratterizzare anche la vera personalità fisico-psichica dell'assicurando. Una tale conoscenza è necessaria per la selezione dei rischi assicurativi e per giudicare se l'assicurazione vita proposta è poco morale e non rispondente alle vere alte finalità etico-sociali di tale forma di previdenza.

INDICE DEL PRIMO VOLUME

Accordo intervenuto fra l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il Sindacato Vita della Federazione Nazionale Fascista Imprese Assicuratrici, ed il Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati, per la costituzione del « Comitato Medico Consultivo »	pag. 5
«Comitato Medico Consultivo »	7
Elenco degli Enti di Assicurazione Vita »	8
Verbale di costituzione del Comitato Medico Consultivo . . . »	9
Verbale della prima riunione del Comitato Medico Consultivo »	13

RELAZIONI DELL'ANNO 1937

Relazione del Prof. Winternitz: « L'Ipertensione arteriosa nell'Assicurazione Vita » »	17
Relazione del Dr. Trottarelli: « Concetti fondamentali per l'organizzazione medica seguiti dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni » »	29
Relazione del Dr. Trottarelli « Assicurazioni senza visita medica »	31
Relazione del prof. Boni sulla « Valutazione dei rischi dei glicosurici » »	62
Relazione del Prof. Winternitz sulla « Arteriosclerosi ed Assicurazione Vita » »	84
Relazione del Prof. Malan « Sulla valutazione dal punto di vista assicurativo dei tubercolotici guariti clinicamente . . »	93
Rassegna delle affezioni nervose ai fini dell'Assicurazione Vita - Prof. Pilotti »	100
Relazione del Dr. Cavaliè: « Le albuminurie e l'Assicurazione Vita » »	107
Disamina medico-legale delle questioni d'ordine morale connesse con la stipulazione dei contratti di Assicurazione Vita - Dr. Marsella »	157







Corporate Heritage
& Historical Archive



تصا ٤٥





