

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI  
FEDERAZIONE NAZIONALE FASCISTA IMPRESE ASSICURATRICI

---

ATTI  
DEL  
COMITATO MEDICO CONSULTIVO

—  
ANNO 1941  
—

SETTIMO VOLUME  
—







Corporate Heritage  
& Historical Archive



Corporate Heritage  
& Historical Archive



BIBLIOTECA  
13618

1978.92



Corporate Heritage  
& Historical Archive



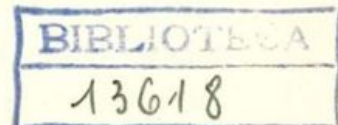
FEDERAZIONE NAZIONALE FASCISTA  
IMPRESE ASSICURATRICI

---

Atti  
del  
Comitato Medico Consultivo

ANNO 1940-1941

SETTIMO VOLUME



*19 F 9.92*

R O M A

TIP. PALAZZOTTI & COPPITELLI

1942-XX



Corporate Heritage  
& Historical Archive





---

---

*Relazione del Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI svolta nelle  
Riunioni del C. M. C. del 28-29 Febbraio 1940.*

## « L'ULCERA GASTRO-DUODENALE IN ASSICURAZIONE VITA ».

L'ulcera gastro-duodenale è malattia piuttosto frequente, e il numero di individui minorati, per questa causa, nella pienezza della capacità lavorativa non è trascurabile.

Seguendo il Romanelli ho preso in esame insieme l'ulcera gastrica e la duodenale. Questo Autore nella sua relazione presentata al Congresso Internazionale di Medicina delle Assicurazioni, tenuto a Londra nel 1935, riunì in un'unica trattazione l'ulcera del ventricolo e l'ulcera del duodeno, tenuto conto che le differenze concernenti la frequenza del processo morboso e delle sue complicazioni e gli aspetti diversi sintomatologici ed evolutivi che le due affezioni possono assumere non sono tali da impedire un raggruppamento di esse in un unico capitolo della Medicina delle Assicurazioni Vita. Peraltro le differenze esistenti verranno messe in evidenza nello svolgimento dell'argomento. Anche nel campo della chirurgia generale quando si vuol trattare dei due aspetti dal punto di vista della patogenesi e dei risultati operatori nonché di altri problemi inerenti alle due malattie si parla di ulcera gastro-duodenale, e dal punto di vista clinico, senza l'aiuto prezioso dell'indagine radiologica spesso non è facile stabilire se una ulcera sia gastrica o duodenale. Ma, anche servendosi di tutti i mezzi di indagine, non sempre è facile differenziare le due forme, quando la lesione non si trova verso gli estremi ma ai confini dei due segmenti di cui trattasi.

Per alcuni Autori l'ulcera duodenale non è distinguibile da quella pilorica, e vien detta « IUXTA-PILORICA » l'ulcera situata al confine piloro-duodenale. La stessa vena pilorica, presa da vari Autori come limite per la distinzione non ha sempre la stes-

sa sede e serve solo praticamente ai fini della classificazione e della nomenclatura. Dipende soprattutto da queste incertezze la discordanza tra le varie statistiche sulla frequenza rispettiva dell'ulcera gastrica e duodenale, e mentre in alcune statistiche europee risulta molto più frequente l'ulcera gastrica con un rapporto di 3:1 e anche 5:1, in alcune statistiche americane l'ulcera duodenale supera in frequenza l'ulcera gastrica. Autori americani (MAYO, MOYNIHAN, MAYO ROBSON) e anche italiani, francesi, tedeschi, col progresso dei mezzi diagnostici hanno dimostrato in pubblicazioni apparse soprattutto in questi ultimi anni, che l'ulcera duodenale è molto più frequente di quel che non si pensasse nei tempi passati, con un rapporto approssimativo rispetto a quella gastrica di 2:1. Tale è oggi l'opinione della maggior parte degli Autori e si tenga conto, a spiegarci meglio l'evidente discordanza, non del tutto eliminata, che illustri chirurghi come Donati e i fratelli Mayo, hanno riscontrato tale prevalenza al tavolo operatorio, talvolta in contrasto col reperto radiologico. Occorre d'altra parte tener presente che anche oggi non mancano autorevoli voci contrarie, e se consideriamo per esempio la statistica di Ticozzi possiamo constatare, come lo stesso autore ci dice, che l'inversione del rapporto tra ulcera gastrica e duodenale è talvolta più apparente che reale. Se su di un totale di 188 casi presentati dal Ticozzi si ha il 41 % di ulcere gastriche, il 43 % di ulcere duodenali e il 16 % di stenosi piloriche, ossia esiti cicatriziali di ulcera pilorica, aggiungendo quest'ultima percentuale a quella dell'ulcera gastrica, si ha una prevalenza di questa sull'ulcera duodenale.

Di Stefano sopra 9293 autopsie ha trovato il 67,6 % di ulcere gastriche e cicatrici contro 32,3 % di ulcere duodenali e cicatrici. Docimo esaminando 106 casi trova una frequenza dell'ulcera duodenale che si aggira intorno al 69 %, mentre trova il 19 % di ulcere iuxta-piloriche e il 12 % di ulcere della piccola curva.

La questione non appare risolta, e non è perfettamente pacifico — dovendo essere invocate anche altre ragioni — spiegare con la maggior frequenza dell'ulcera duodenale, come fanno taluni autori, l'inversione del rapporto di frequenza fra uomini e donne che oggi si avrebbe rispetto al passato. Se realmente l'ulcera duodenale avesse assunto la prevalenza rispetto all'ulcera

gastrica, ammesso che essa sia più frequente negli uomini anzi un appannaggio quasi esclusivo di questi, ci spiegheremmo perchè le statistiche moderne diano una frequenza maggiore dell'ulcera gastro-duodenale negli uomini in contrasto con quelle meno recenti, quando ancora i mezzi diagnostici non erano progrediti e solo raramente si parlava di ulcera duodenale, che nei vecchi trattati assumeva una parte del tutto secondaria.

Nella statistica di Oliani figurano 497 uomini e 96 donne su 593 operati, e in quella di Eiselberg 805 uomini contro 253 donne su 1058 casi di ulcera. Ermann trovò su 6612 casi 4813 uomini e 1799 donne e su 347 casi di ulcera peptica trovati all'autopsia rinvenne 218 uomini e 120 donne. Da una statistica raccolta in vari Istituti da Giananneschi risulta che su 1083 casi il 65,18 % erano uomini e il 34,2 % erano donne. Contrariamente alle vedute ed ai dati moderni in base ai quali oggi si ammette che l'ulcera gastro-duodenale sia più frequente negli uomini, si riteneva nel passato che fosse più frequente nella donna ed HAYEM e LION scrivono che « da lungo tempo si considera la donna come più predisposta dell'uomo in modo sensibile ». Tuttavia gli autori accanto alla statistica di Brinton nella quale figurano due donne per ogni uomo e di Willinkg nella quale figurano 3,3 donne per ogni uomo, riportano le cifre di Riegel che trovò su 260 casi 134 uomini e 126 donne, di Moutier che trovò 3 uomini per ogni donna su 600 casi raccolti in 10 anni nella sezione ospedaliera di Mathieu. Schloffer nel trattato di chirurgia di Wulstein e Kuttener scrive che mentre l'ulcera gastrica è più frequente nella donna, per l'ulcera duodenale accade il contrario e aggiunge, quasi ad esprimere una riserva: « Per lo meno negli uomini l'ulcera duodenale giunge più spesso all'osservazione clinica ».

La maggior parte degli Autori oggi in base alle statistiche moderne è concorde nell'ammettere la maggior frequenza nel sesso maschile.

Hortolomei e Butureanu dal punto di vista topografico, dividono le ulcere in sfinteriche — o della zona sfinterica — duodenali e del corpo dello stomaco con maggior predilezione per la piccola curvatura e specialmente per la parte mediana e prepiloricica di questa. Gli A.A. assegnano grande importanza a questa

suddivisione agli eeffetti della terapia chirurgica, come vedremo in seguito.

La scuola anglo-americana attribuisce all'ulcera duodenale la sintomatologia che la scuola francese attribuisce all'ulcera pilorica o iuxta-pilorica, per quanto clinicamente, e anche dal punto di vista della terapia, l'ulcera duodenale degli A.A. americani e l'ulcera iuxta-pilorica degli A.A. francesi possano essere considerate sotto un solo punto di vista. Secondo Hortolomei e Butureanu l'ulcera duodenale propriamente detta è situata ad una certa distanza dal piloro ed a torto gli A.A. americani chiamano ulcera duodenale l'ulcera duodeno-pilorica. Ora se si pensa che secondo alcune statistiche la sede della lesione si trova nei tre quarti dei casi nella regione pilorica, ci si può render conto delle discordanze surriferite fra i diversi Autori.

In rapporto all'età l'ulcera gastro-duodenale colpisce prevalentemente gli individui giovani, secondo Ticozzi da 20 a 30 anni 30 % e da 30 a 40 anni 39 %, ma non risparmia individui di età avanzata con frequenza decrescente da 40 a 50 anni e con percentuali minime al di là di 50 anni. Oltre i 40 anni comincia a sorgere la possibilità che l'ulcera gastrica presenti insieme caratteri infiammatori e neoplastici mentre è estremamente raro che l'ulcera duodenale si trasformi in cancro. Molti autori sostengono concordemente la possibilità della trasformazione dell'ulcera gastrica in ulcera cancro in una percentuale che varia secondo i diversi autori entro limiti molto ampi. Ticozzi riferisce che su 188 casi solo una volta è stata notata con sorpresa la presenza non sospettata di un'ulcera-cancro dello stomaco in soggetto operato di resezione. Zenker sostenne nel 1882 l'origine di tutti i cancri gastrici da un'ulcera. Sapesko dà una percentuale del 90 %, Mac Carty, della clinica Mayo, dà il 69 %; Mayo Robson (1905) dà il 60 %. Recentemente Pauchet ha ammesso una proporzione del 50 % circa e Papin ha affermato che bisogna ammettere almeno una percentuale del 40 %. Orator, della clinica di Eiselberg di Vienna dà una frequenza del 30 %. Tra quelli che danno le cifre più basse sono Moynihan con 18 % e Fosset con 9 %. Mathieu e Montier sostengono che nel 44 % dei casi il cancro è preceduto da una ulcera.

I dati riportati si riferiscono all'ulcera gastrica, e specialmente a quella prepilorica, essendo, come ho detto, molto rara la trasformazione cancerosa dell'ulcera duodenale. Finsterer mentre dà una frequenza della trasformazione in cancro dell'ulcera gastrica del 24 %, riferisce di non aver trovato alcun caso di trasformazione su 722 ulcere duodenali trattate con resezione.

Per quanto le cifre riportate siano enormemente discordi, risulta chiara la frequenza dell'ulcera-cancro, ed è pertanto necessario valutare con molta circospezione in A.V. un'ulcera gastrica (pilorica, prepilorica o del corpo dello stomaco) in atto, guarita con cura medica od operata senza resezione in persone di età avanzata.

L'opinione di Brinton che l'ulcera sia più frequente ancora dai 60 ai 70 anni non è comunemente accettata e secondo Hayem e Lion l'errore dell'autore inglese viene dal fatto che la sua statistica è fondata su ricerche necroscopiche. Tuttavia Sturvenant e Shapiro hanno osservato che la percentuale aumenta fino a 70 anni per l'ulcera duodenale. Hayem e Lion affermano che l'ulcera diventa molto più grave nella vecchiaia mentre è spesso curabile in età giovane e si associano a Lebert nel dire che la più grande morbilità per ulcera si verifica tra i venti e quaranta anni e la più grande mortalità fra i 40 e 50 anni.

Dalle mie ricerche eseguite sull'età alla morte degli assicurati dell'I.N.A. risulta che la più grande mortalità si ha tra i 40 e 44 anni.

Numero dei morti per ulcera esaminati : 740

Età alla morte	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Totale 100
Percentuale	0,95	5,—	10,14	18,92	19,05	17,97	13,78	7,43	4,48	1,89	

\* \* \*

L'ulcera gastro-duodenale ha un decorso eminentemente cronico. Tuttavia in casi piuttosto rari decorre in modo rapido e crea delle situazioni gravissime e improvvise nelle quali la mortalità

è elevata. Tali sono le emorragie e le perforazioni che si manifestano in pieno benessere. Il decorso acuto non è molte volte che apparente e dipende da un'ulcera che dopo una lunga fase di latenza, assoluta o turbata da episodi dispeptici, da ipercloridrie dalle apparenze insignificanti, esplode con una manifestazione a volte rapidamente mortale. Vi sono d'altra parte dei casi, dimostrati dall'anatomia patologica, in cui effettivamente la lesione progredisce rapidamente e determina in poco tempo l'usura di un vaso o la perforazione nella cavità peritoneale. Son le forme acute e subacute dell'ulcera gastrica.

Occorre tener presenti questi casi, anche se rari, e quegli altri preceduti da turbe dispeptiche insignificanti, senza sopravvalutarne la portata, nell'esame medico-legale di un sinistro.

La forma a decorso cronico è quella più comune, e secondo Hayem e Lion ha una durata che non oltrepassa i 2-5 anni, ma non è raro che duri 15,20 o 35 anni attraverso lunghi periodi di remissione. Infatti una delle caratteristiche dell'ulcera gastro-duodenale è quella di presentare lunghi periodi di silenzio o di miglioramento, salvo a ripresentarsi la solita scena morbosa o a presentarsi una grave complicazione improvvisa. Tanto vale soprattutto per l'ulcera duodenale.

La guarigione dell'ulcera, dunque, anche se può essere definitiva non può considerarsi tale ai fini dell'assicurazione vita perchè spesso si verificano delle recidive. Ciò vale soprattutto per le guarigioni rilevate in base alla scomparsa delle sofferenze soggettive. L'accertamento radiologico e il tempo trascorso dalla cessazione delle sofferenze sono elementi da considerare per una prognosi migliore. Vedremo in seguito come anche dal punto di vista radiologico non sempre sia agevole stabilire la guarigione di un'ulcera.

Il Romanelli nella surriferita relazione così si esprimeva: « Noi sappiamo solo che nel formulare la prognosi quoad vitam di coloro che soffrirono o soffrono di ulcera duodenale dobbiamo tener conto, oltre che del decorso abituale, delle molteplici e gravi complicazioni che possono verificarsi... Quando le condizioni dell'assicurato sono buone, sono elementi favorevoli le dichiarazioni dell'assicurando di non aver disturbi da molto tempo, il ri-

sultato dell'esame obbiettivo, specialmente dell'esame radiologico, che dimostri l'assenza di lesioni in atto e la buona funzionalità dell'apparato digerente, l'assenza di affezioni di altri organi e di malattie importanti sofferte dall'assicurando (per esempio sifilide) o verificatesi nel gentilizio. In tali casi il rischio potrà essere considerato come decrescente, ma non come normale. Nel periodo delle sofferenze acute, anche se le condizioni generali sono discrete, conviene rinviare il rischio ».

Secondo Brinton la morte avviene 23 volte su 100 per causa dell'ulcera (emorragia, perforazione, esaurimento) e 27 volte su 100 per malattie intercorrenti (generalmente tubercolosi). In quale proporzione avvenga la mortalità solo la statistica compilata in base alla mortalità reale dei rischi accettati potrà dirlo, perchè nell'osservazione clinica è difficile che gli ammalati vengano seguiti per lungo tempo dal medico e se ciò avviene è per un numero sempre limitato di casi. Brinton considera possibile la guarigione nella metà dei casi e Lebert riferisce che negli ammalati da lui osservati la mortalità fu dell'8 %. Secondo questo Autore la prognosi è molto riservata nella fase iniziale, le probabilità di guarigione sono al massimo nella fase media e diminuiscono progressivamente man mano che questa fase si prolunga.

Ticozzi avendo ricercato in un gruppo di 61 operati del 1933 la data di insorgenza dei primi disturbi, ci fornisce le seguenti cifre : meno di un anno : 15 ; da uno a due anni : 9 ; da due a tre anni : 8 ; da tre a cinque anni : 15 ; da sei anni : 5 ; da sette : 4 ; da più di sette anni : 5. Riporta inoltre la statistica di Matison rilevata da una pubblicazione di Alessandri nella quale si nota che il 23 % dei malati aveva sofferenze da meno di mezzo anno ; il 6,6% da sei mesi ad un anno; il 16,8% da uno a tre anni; l'11,7% da tre a cinque anni ; il 16 % da cinque a 10 anni ; il 16 % da 10 a 20 anni; il 9,7 % oltre i 20 anni.

Secondo Leube ed Ewald sembra assodato che dai tre quinti ai tre quarti dei casi guariscono con opportuna cura medica ; dei rimanenti casi una metà forse muore per complicazione dell'ulcera e l'altra metà per malattie intercorrenti delle quali l'ulcera non appare responsabile.

Se ora consideriamo il numero grandissimo di ulcerosi che per molti anni, con periodi di miglioramento e peggioramento,

riesce a vivere e a lavorare è il caso di domandarsi se sia giustificata o meno l'accettazione dell'ulcera in atto senza altre condizioni aggravanti inerenti all'ulcera stessa o indipendenti da essa.

La tecnica chirurgica ha conseguito tali enormi e meravigliosi progressi da abbassare di molto la mortalità per resezioni anche estese mentre per la gastro-enterostomia la mortalità è quasi annullata nelle mani di chirurghi esperti e quando l'ammalato non sia ridotto alla miseria organica. Anche nelle più gravi complicazioni l'intervento precoce riesce a salvare una buona percentuale dei pazienti. E' logico dunque che si guardi con minore pessimismo l'ulcera in atto e che si accetti in assicurazione, naturalmente con cautele di appropriati soprapremi o con questi e con altre cautele, tenuto conto anche dei progressi raggiunti dalle cure mediche.

Romanelli, De Gregorio e Pilotti così si esprimono nella relazione del Comitato Medico Attuariale sui pareri circolari: la presenza di sovrappeso in un candidato affetto da ulcera in atto induce ad accettarlo sia pure con le necessarie cautele. Non solo ma ci è sembrato di poter rilevare anche una tendenza comune pressochè a tutte le Organizzazioni, a valutare questi rischi con minor severità.

Gli stessi autori riportano il « parere circolare » della Sverige N. 31 con i seguenti apprezzamenti su di un'ulcera in atto radiologicamente accertata in un individuo di 45 anni (altezza cm. 180 - Peso kg. 86).

	Sopramortalità	Condizioni speciali
Cons. Italiano	—	Rinvio di un anno
» Cecoslovacco	60 %	Scaglionamento del capitale in 5 anni
Dana	60 %	5 anni di carenza assoluta
Norske Folk	50 %	— — —
Suisse	25 %	Extrapremio 10% <sup>o</sup> nei primi 5 anni
Sverige	100 %	— — —
Cons. Austriaco	75 %	Scaglionamento del capitale in 4 anni
Varma	—	Rinvio di 2 anni



Attualmente il Consorzio Italiano Rischi Tarati non accetta l'ulcera in atto, ma rinvia il rischio per un esame ulteriore.

Nel Congresso Internazionale di Londra Romanelli, tra l'altro, pose in rilievo l'aumento della frequenza dell'ulcera gastro-duodenale e riportò i dati pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica del Regno dai quali risulta che la mortalità per ulcera gastro-duodenale, che era nel 1889-91 di 16 decessi per un milione di abitanti, è aumentata nel 1921 a 23, nel 1925 a 34, nel 1930 a 40, nel 1931 a 43 e nel 1932 a 45. Lo stesso Autore per dare un'idea della frequenza della malattia considerava il numero dei prestiti concessi agli assicurati dell'I. N. A. in occasione di interventi operatori e riportava una percentuale del 15 % per ulcera gastro-duodenale su 163 prestiti concessi per qualsiasi intervento chirurgico. Anche il numero delle accettazioni presso il CIRT di individui tarati per ulcera duodenale va aumentando anno per anno.

Defrise scrive che in questi ultimi anni le ulcere gastro-duodenali hanno coperto circa il 70% degli interventi gastrici e Di Stefano nel materiale dell'Istituto di Anatomia patologica di Milano, sopra 9283 autopsie ha trovato un totale di ulcere gastro-duodenali di 257 con una percentuale di 1,87 per le gastriche contro 0,89 % per le duodenali. Facendo il confronto con le statistiche straniere, secondo Ruethimeyer la percentuale dell'ulcera gastrica è del 2,6 % in Svizzera, del 4 % in Austria, del 5 % in Germania e in Inghilterra, del 0,8 % in Russia e del 16,7 % in Danimarca.

L'ulcera gastro-duodenale tende all'aumento forse non solo perchè i mezzi diagnostici progrediti permettono di formulare delle diagnosi che prima non era possibile accertare, ma anche perchè le ansie, gli strapazzi psichici, i disordini alimentari che la vita moderna comporta, creano uno squilibrio e una tensione del sistema nervoso vegetativo, di quel sistema cioè che senza dubbio deve avere una importanza di prim'ordine nel determinismo della malattia.

Studiando l'andamento della mortalità per ulcera gastro-duodenale negli assicurati dell'I.N.A. dal 1926 al 1936 rispetto a tut-

te le cause di morte e rispetto alle cause di morte per malattie dell'apparato digerente in genere, e tenendo pure conto della mortalità per malattie dell'apparato digerente, rispetto a tutte le cause di morte, ho ottenuto i seguenti dati :

Morti per ulcera 700 — morti per malattie dell'apparato digerente 3441 — morti per tutte le cause 33.987.

Causa di morte	Anno di sinistro											Totale
	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	
Percentuale dei morti per ulcera rispetto alle cause di morte per malattie dell'apparato digerente	13,70	17,74	17,29	20,57	23,63	18,95	22,09	21,82	23,93	21,35	24,87	21,51
Percentuale dei morti per ulcera rispetto a tutte le cause di morte	1,35	1,87	1,75	1,73	2,21	1,93	2,19	2,31	2,75	2,11	2,56	2,18
Percentuale dei morti per malattia dell'apparato digerente rispetto a tutte le cause di morte	9,83	10,52	10,11	8,43	9,33	10,18	9,92	10,53	11,49	9,88	10,29	10,12

Dalla tabella riportata si può desumere che la mortalità per ulcera rispetto alla mortalità per malattie dell'apparato digerente in genere e naturalmente rispetto a tutte le cause di morte presenta, attraverso lievi oscillazioni annuali, un progressivo aumento.

Difatti la mortalità rispetto a tutte le cause di morte passa da 1,35 % nel 1926 a 2,56 % nel 1936 e la mortalità, rispetto a tutte le cause di morte per malattie dell'apparato digerente passa da 13,70 % a 24,87 %.

Ho voluto studiare pure l'andamento della mortalità per ulcera nelle diverse Regioni considerando pure la mortalità per malattie dell'apparato digerente rispetto a tutte le cause ed ho ottenuto i seguenti risultati :

Morti per ulcera 522 — Morti per malattie dell'apparato digerente 2474 — Morti per tutte le cause 24,664.

CAUSA DI MORTE	Piemonte	Liguria	Lombardia	Tre Venezie	Emilia	Toscana	Marche	Lazio	Umbria	Abruzzi	Campania	Puglie	Lucania	Calabria	Sicilia	Sardegna	Colonie - Estero	TOTALE
Percentuale dei morti per ulcera rispetto alle morti per malattie dell'apparato digerente.	18,55	20,86	14,09	31,13	17,81	28,—	35,38	22,22	22,58	14,89	21,87	16,16	17,86	20,34	16,67	15,15	21,62	21,10
Percentuale dei morti per ulcera rispetto a tutte le cause di morte.	1,98	2,15	1,40	3,27	1,95	2,87	3,63	2,26	2,08	1,30	2,18	1,46	1,64	1,71	1,51	1,39	2,45	2,11
Percentuale delle morti per malattie dell'apparato digerente rispetto a tutte le cause.	10,68	10,30	9,93	10,52	10,95	10,25	10,25	10,18	9,23	8,75	9,97	9,01	9,21	8,42	9,08	9,14	11,35	10,03

Dove si vede che occupano i primi posti le Marche seguite dalle Tre Venezie al secondo posto e dalla Toscana al terzo, mentre nella scala decrescente gli Abruzzi occupano l'ultimo posto.

L'antidurata del contratto di assicurazione è così distribuita :

	Antidurata del contratto										TOTALE
	0 6 mesi	6 mesi 1 a.	anni 1-2	anni 2-3	anni 3-4	anni 4-5	anni 5-10	anni 10-15	anni 15-20	anni 20-25	
Percentuale per ulcera	8,24	8,51	16,08	10,95	7,97	7,07	24,46	10,95	4,59	0,68	100
Percentuale per altre ma- lattie appa- rato digerente.	8,46	8,69	13,34	10,29	8,08	6,63	24,60	12,76	6,10	1,05	100

Nella precedente tabella si può notare che il periodo nel quale si verifica il maggior numero di contratti interrotti per morte dell'assicurato a causa dell'ulcera gastro-duodenale corrisponde ai primi anni dopo l'ingresso in assicurazione.

### ETIOPATOGENESI

La Etiopatogenesi dell'ulcera gastro-duodenale è ancora oggi molto discussa nonostante l'enorme mole di lavori apparsi nella letteratura su questo argomento, e le numerose teorie che sono state emesse per interpretarla dimostrano l'incertezza che regna ancora in questo campo. A tal proposito Neumann di recente ha affermato che per quanto riguarda la patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale siamo ancora al punto di 20 anni fa.

Caroli dall'osservazione del miglioramento, a volte notevolmente pronunziato, che presentano gli ammalati di ulcera gastro-duodenale col riposo assoluto a letto in decubito dorsale, conclude che l'ulcera di Cruveilhier è una malattia ortostatica e recentemente qualche Autore ha fatto di questo comportamento addirittura un segno differenziale, nel senso che le gastropatie le quali non rispondono favorevolmente dopo aver messo l'am-

malato per qualche settimana a riposo assoluto a letto in decubito dorsale non sarebbero dovute a processi ulcerosi.

Palie fin dal 1923 sostiene che la malattia è determinata da un alterato metabolismo dei sali inorganici alcalino-terrosi, dei carbonati e dei fosfati uniti al calcio e al magnesio, con il concorso indispensabile dell'ipercloridria. Speciale rilievo l'Autore assegna al metabolismo del calcio ed essendo questo governato principalmente dalle paratiroidi considera nella malattia una alterata funzione delle paratiroidi. Egli dice di aver osservato pure negli ammalati di ulcera gastro-duodenale un eccesso di sali inorganici nell'urina, (fosfati).

Per la diagnosi della disfunzione paratiroidea basta per Palie l'accertamento della presenza nell'urina di fosfati in quantità enorme come il diabete si rileva dalla glicosuria per quanto riguarda le urine; anzi l'autore si serve addirittura della espressione di « diabete fosfatico ».

Non è mancata la teoria microbica dell'ulcera gastro-duodenale che oggi è quasi abbandonata escludendo da questa la teoria di Leotta di cui dirò in seguito. Si incolpavano principalmente lo streptococco e il bacterium coli. Palie non riconosce alcun valore alla osservazione di Leriche sulla presenza di numerosi germi alla superficie e nella profondità dell'ulcera e spiega il fatto ammettendo che nelle condizioni di digiuno nelle quali l'intervento viene praticato mancando l'azione dell'acido cloridrico ed avendo il paziente inghiottito muco e saliva, si possono riscontrare nell'ulcera dei germi che in condizioni normali e in ambiente ipercloridrico non potrebbero vivere. A conferma della sua opinione egli ricorda che nell'anemia perniciosa che si accompagna ad ipocloridria, lo stomaco pullula di colibacilli e pure l'ulcera peptica vi si produce di rado.

E' da osservare, fra parentesi, che l'assolutismo di Palie sull'azione sterilizzante del succo gastrico non è affatto giustificato.

La teoria del Palie è una delle tante, ed oggi da molti si consigliano nella cura dell'ulcera gastro-duodenale i preparati paratiroidi. E' ammesso e riconosciuto un turbamento dell'equilibrio elettrolitico del sangue nelle disfunzioni paratiroidi, e nell'ipoparatiroidismo si ha diminuzione della calcemia con aumento della potassiemia e della fosfatemia. Negli animali paratiroidectomizzati si verifica in conseguenza di questo stato un aumento del-

la eccitabilità neuromuscolare e si manifestano fenomeni distruttivi a carico della cute, dei peli e della mucosa dell'apparato digerente. Queste ultime alterazioni potrebbero avere la loro importanza nel determinismo dell'ulcera gastro-duodenale e potrebbe anche essere invocata la ipereccitabilità del sistema nervoso vegetativo con gli spasmi viscerali che ne derivano. Il paratormone influisce infatti sui centri neuro-vegetativi portando il suo intervento sulle molteplici funzioni della vita vegetativa.

Ma ritengo che Palie vada troppo oltre quando mostra di assegnare alla fosfaturia una importanza che, se sopravvalutata, potrebbe portare ad un apprezzamento troppo severo del fenomeno.

La fosfaturia accompagna spesso individui con notevoli stigmate nervose, con distonie neuro-vegetative, con digestioni difficili e può far parte del quadro dell'ulcera senza però che con ciò si debba pensare ad una influenza determinante o prevalente nel meccanismo etiopatogenico. D'altra parte la fosfaturia potrebbe essere spiegata con la sola ipercloridria. E' nota infatti la fosfaturia gastrogena.

In vista pure delle numerose contingenze nelle quali si possono riscontrate fosfaturie noi non possiamo prendere in considerazione la fosfaturia nel senso di Palie, pur non potendo escludere che un ipoparatiroidismo possa entrare nel numero dei fattori dell'ulcera gastro-duodenale attraverso le lesioni suddette e attraverso pilorospasmi, gastro-spasmi, o una diatesi spastica in genere che si ricollega d'altra parte alla teoria neurogena e alla teoria anafilattica.

Io ritengo che nessuna delle concezioni etiopatogenetiche dell'ulcera gastro-duodenale possa prescindere dal sistema nervoso vegetativo e per quanto riguarda la teoria anafilattica specialmente gli intrecci fra lo stato umorale dell'organismo e questo sistema sono così intimi che non è possibile una netta distinzione. Lo stesso dicasi della teoria endocrina, nella quale ora sono invocate le paratiroidi, ora le surrenali, ora la tiroide, ora l'ipofisi. Il Pende da molti anni sostiene che non è razionale, nè scientificamente nè logicamente, opporre una teoria nervosa ad una teoria endocrino-umorale in molte sindromi endocrine o simpatiche. E' noto infatti che il sistema nervoso vegetativo controlla il sistema ormonico e le azioni endocrine si effettuano di-

rettamente sulle terminazioni nervose, sui centri e sulle terminazioni mio-neurali.

Bergmann sostiene che molti fatti i quali stanno per la teoria anafilattica stanno pure per la teoria neurogena. Tali sono la coesistenza negli ulcerosi di una diatesi spastica, di asma bronchiale, eczemi, e tali sono i reperti frequenti nella anamnesi familiare e personale degli ulcerosi di « note di rachitismo, di nervosismo, di ipereccitabilità psichica, tendenza alla scialorrea, alla stitichezza, alle crisi appendicolari, alla bradicardia, all'ipotensione, all'enfisema polmonare, agli eczemi, alla criestesia, alla spasmofilia » (Barbara).

Naturalmente nella nostra pratica assicurativa non potremo tenere conto di molte delle ipotesi ammesse a proposito dell'ulcera gastro-duodenale che, se sono molto attraenti per il medico che cerca la ragione dei fenomeni per trovare in essa la via della terapia e per l'intimo bisogno di sapere, non sono tali ancora da poter essere applicate nella medicina dell'assicurazione vita. Ed è perciò che mi limito ad una rapida esposizione, non del tutto inutile perchè dalle numerose teorie mutevoli e controverse, qualche elemento di pratica applicazione o di orientamento non manca di risaltare e perchè nel nostro campo, che è eminentemente di applicazione, può essere dato anche qualche contributo allo studio del problema fondato sull'osservazione di un vasto materiale che è a nostra disposizione.

La teoria traumatica interessa il ramo infortunistico e non ha importanza per noi se non dal lato della valutazione del rischio professionale per quei mestieri nei quali si verificano traumi piccoli e ripetuti dell'epigastrio. Questi però non hanno un rilevante valore patogenerico presi isolatamente e, se mai, possono essere inseriti nel trinomio: trauma-costituzione-ulcera. Inoltre questo lato della questione per quanto ci interessa verrà indirettamente preso in esame quando studierò la frequenza dell'ulcera gastro-duodenale in rapporto alle varie professioni e ai vari mestieri.

La instabilità vaso-motoria pure invocata a spiegare il meccanismo di produzione dell'ulcera gastro-duodenale fa parte del quadro di distonia neuro-vegetativa che sarà esposto in seguito, e la teoria embolica è così poco interessante per noi che può essere trascurata.

Gilles De La Turette, in un antico lavoro apparso nel 1894, affermava come fattore più importante dell'ulcera l'alcoolismo e l'isterismo. Certamente nell'isterismo l'autore comprendeva quella che con linguaggio moderno viene detta distonia neuro-vegetativa se lo considerava causa tanto frequente della malattia. Sono dimostrate oggi variazioni somato-vegetative negli isterici considerate prima con scetticismo sulla base della teoria delle « immagini » della « suggestione » della « simulazione ».

A tal proposito non possiamo fare a meno di richiamare all'attenzione le osservazioni del Buscaino, in Italia, rimontanti al 1921. Questo A. sviluppò in questa epoca la teoria che stabilisce un rapporto tra molti fenomeni isterici e perturbazioni funzionali del diencefalo. Egli descrisse uno squilibrio vegeto-endocrino (bradicardia, esagerazione del riflesso oculo-cardiaco, mononucleosi) in un caso di emisindrome isterica post-emotiva e dimostrò che le emozioni (specie nei soggetti emotivi) determinano un disturbo nella funzione del sistema neuro-endocrino che si riflette a sua volta sulla vita psichica con la creazione di un « circolo vizioso » tra un'idea ad alto potenziale affettivo e squilibrio endocrino-vegetativo.

Se l'emozione è un fenomeno corticale come fatto soggettivo il diencefalo-mesencefalo vi partecipa nella tonalità particolare emotiva con la produzione di numerosi fenomeni vegeto-endocrini periferici.

E' noto che gli isterici sono emozionabilissimi ed esiste in essi « un meccanismo particolare sottocortico-vegetativo che funziona abnormemente di per sè e che funziona in maniera ancora più anormale sotto l'influenza degli stimoli emotivi ».

Si tratta di un meccanismo fisiologico, che va da sè, apsicicamente, indipendentemente dall'attenzione, dall'immaginazione, dalla volontà del malato non solo, ma in modo da arrivare a dominare anche questa (Buscaino).

Secondo Buscaino la zona vegeto-emotiva, cioè il diencefalo-mesencefalo, ha una grande importanza nella formazione della sintomatologia isterica e l'eccitabilità abnorme di questa zona è in dipendenza di anomalie endocrine che a loro volta vengono determinate dall'eccitabilità stessa. A parte dunque i fenomeni isterici « immaginabili » e creati dalla suggestione, ve ne sono altri nel quadro dell'isterismo « non immaginabili » come l'aumen-



to della glicemia dopo un'emozione, in dipendenza di meccanismi abnormi sotto corticali, diencefalo-mesencefalici, endocrini, neuro-vegetativi. Torneremo in seguito su questi meccanismi ed intanto si può affermare che specialmente nella abnorme funzione di essi facili sono le recidive una volta costituitasi l'ulcera che naturalmente trova in questo terreno una base favorevole alla sua formazione, a parte ora il quadro classico dell'isterismo.

Hayem e Lion, partendo dal presupposto che la gastrite alcoolica come le gastriti di altro genere, può dar luogo ad ulcerazioni abbastanza estese, rispondono affermativamente alla domanda se l'alcoolismo abbia una chiara influenza sulla formazione di un'ulcera vera. Del resto sono note le alterazioni che l'alcool induce sulla mucosa gastrica e sulla secrezione di essa. Una ipercloridria associata ad altri fattori locali e generali può essere responsabile di un'ulcera, e si ammette pure che una gastrite atrofica delle zone alcaline dello stomaco che modifica la secrezione mucosa protettiva possa rendere queste zone più esposte all'azione dei liquidi acidi ad azione corrosiva.

Recentemente Greppi ha prospettato la possibilità di una interdipendenza tra affezioni gastro-duodenali a base ulcerosa e splenomegalie croniche congestizie.

Una teoria molto discussa è quella di Leotta, ma molto seducente se si considera la grande frequenza della sindrome addominale destra, fatto questo innegabile anche se non tutti sono convinti delle spiegazioni patogenetiche e delle indicazioni terapeutiche date dall'Autore.

Secondo Leotta l'ulcera gastro-duodenale non è una malattia isolata ma è accompagnata nel 100 % dei casi da alterazioni funzionali e lesionali di altri organi dell'addome destro, in atto o pregresse.

L'appendicite è sempre presente e rappresenta il punto di partenza delle modificazioni che si verificano in conseguenza di essa per il diffondersi dell'infezione nelle vicinanze e a distanza per continuità, per via epiploica, sanguigna o linfatica. Così avverrebbe anche per la colecistite.

Secondo Buisson nell'80 % dei casi di ulcera duodenale la radiologia permette di dimostrare la presenza di un processo infiammatorio cronico dell'appendice e nella gran maggioranza dei

casi il processo non è limitato all'appendice, ma interessa organi vicini.

Queste successioni morbose sarebbero più frequenti in individui a sistema nervoso vegetativo instabile e cioè costituzionalmente predisposti. Tale concetto aveva ammesso anche il Solieri il quale aveva intravisto fra i tre organi intimi legami di natura nervosa. Nacque così il concetto della cosiddetta sintonia. Senza voler eccedere nella tendenza sintetica correlazionistica, unitaria della medicina moderna, che se male interpretata potrebbe far perdere il concetto dell'organo malato, noi non possiamo negare i legami esistenti fra i vari organi dell'addome. Sono consensi morbosi e sintonie patologiche, per usare la espressione di Pende, che è necessario studiare e individuare per una sintesi diagnostica e per una clinica sana senza perdere di vista però l'organo malato e la diagnosi localistica senza di che invano Morgagni avrebbe trasferito il pensiero medico da concezioni dottrinarie all'organicismo come metodo severo e metodico.

La concezione di Balit ricerca le cause dell'ulcera in uno stato di acidosi riscontrabile in una diminuzione della riserva alcalina e del Ph del sangue.

Vari Autori, però, hanno sostenuto che l'acidosi non è il fattore primo ma la conseguenza dell'alterato chimismo gastrico. Siamo sempre nel campo delle ipotesi che qualche volta sono tra loro in contrasto evidente.

\* \* \*

Tutte le classi della società sono colpite dall'ulcera gastro-duodenale ma non mancano quelli che sostengono che determinate professioni favoriscono l'insorgenza della malattia. Ackermann sostenne una maggior frequenza dell'ulcera nelle professioni che portano a traumi leggeri e ripetuti nella regione epigastrica o a posizioni di flessione del tronco mantenute per diverso tempo (cucitrici, calzolai, sarti, impiegati).

In Italia Devoto, Quarelli e i loro allievi hanno portato la loro attenzione sull'importanza del fattore professionale nella genesi delle gastropatie in genere e dell'ulcera gastro-duodenale in ispecie, e recentemente Giananneschi, della clinica di Campanacci si è occupato dell'argomento, studiando l'ulcera gastro-duodenale nelle varie categorie professionali, nella provincia di Parma.

Egli si è preoccupato di disporre le sue ricerche in modo da eliminare, per quanto possibile, le interferenze dell'età e del sesso nella frequenza della malattia cercando di mettere i dati raccolti di fronte al solo fatto professionale. A tal fine si è sforzato di ottenere per ogni categoria professionale la percentuale della popolazione maschile e quella della popolazione giovanile dai 20 ai 40 anni. Le cifre riportate dall'autore sono le seguenti :

Categoria professionale	Frequenza di mor- bilità per cate- goria per mille
1 — Agricoltura . . . . .	3.694
2 — Industria . . . . .	6.594
3 — Commercio . . . . .	6.061
4 — Professioni ed arti liberali - Culto .	13.550
5 — Amministrazione pubblica e privata .	12.055
6 — Trasporti e comunicazioni . . . . .	10.141
7 — Condizioni non professionali . . . . .	1.591

(Per gli altri dati rimando al lavoro del Giananneschi che verrà citato nella bibliografia).

Dalla tabella riportata risulta che vi è una prevalenza di morbidità per certe categorie professionali mentre in altre le percentuali sono molto basse. La prevalenza si nota nelle professioni ed arti liberali e nel culto, nel personale dell'Amministrazione pubblica e privata e nel personale addetto ai trasporti e comunicazioni. L'autore in base alle sue ricerche nega ogni influenza del sesso sui risultati. Invece ammette l'influenza dell'età in base all'esame delle percentuali dei soggetti di età dai 20 ai 40 anni impiegati nelle diverse categorie, in quanto tutte le categorie col crescere del numero degli individui dai 20 ai 40 anni, presentano un aumento del valore di morbidità. Non sarebbe dunque il solo fattore professionale ad intervenire nel determinismo della frequenza della malattia.

Ai nostri fini ritengo sufficiente a darci un criterio di orientamento e di giudizio la statistica che ho potuto ricavare dall'esame dei sinistri fra gli assicurati dell'I.N.A. che d'altra parte sono nella maggioranza maschi, essendo, in confronto, esiguo il numero delle donne e per un periodo di osservazione che va dal 1926 al 1936 ;

**Morti per ulcera : 740 - per malattie dell'apparato digerente : 3441 - per tutte le cause : 339.987.**

CAUSE DI MORTE	Agricoltori	Industriali Commercianti	Venditori in genere; Rappresentanti	Operai di mestieri pericolosi	Personale FF. SS. - Servizi trasporto	Personale di fatica e di servizio	Personale subalterno dello Stato e di Enti Pubblici	Aeronautica; Eser- cito; Corpi armati ed altri Enti pubblici	Ufficiali; Impiegati; pubblici e privati; Pensionati	Professioni libere; Artisti; Culto	Proprietari e bene- stanti	Condizioni non pro- fessionali	Imprecisate	TOTALE
Percentuale dei morti per ulcera rispetto a tutte le malattie dell'apparato digerente.	28,76	18,32	18,60	20,87	29,09	28,57	22,58	19,17	25,24	18,81	15,79	16,86	15,24	21,51
Percentuale dei morti per ulcera rispetto a tutte le cause	2,66	2,—	2,13	2,12	2,75	3,25	2,81	1,72	2,55	1,78	1,40	2,09	1,15	2,18
Percentuale dei morti per malattie dell'appa- rato digerente rispetto a tutte le cause.	9,23	10,93	11,43	10,15	9,47	11,36	12,43	8,96	10,11	9,47	8,89	12,41	7,53	10,12

Da questa tabella si vede come la percentuale della mortalità per ulcera gastro-duodenale sia più elevata nella categoria del personale di fatica e di servizio, nel personale delle FF. SS. e Trasporti, nel personale subalterno negli Agricoltori. Tutte le altre categorie mostrano approssimativamente gli stessi valori eccetto quelle dei Proprietari e dei Benestanti, del Personale delle Forze Armate e delle Professioni liberali che presentano le percentuali più basse. Poiché il Gianneschi ha preso in considerazione la morbilità, mentre io ho preso in considerazione la mortalità, molti elementi possono essere invocati a spiegare le divergenze dei risultati, come per esempio i fattori economici, igienici, terapeutici, ambientali, ecc.

Se per esempio la morbilità per ulcera gastro-duodenale è prevalente nelle professioni ed arti liberali e nel culto mentre in questa stessa categoria la mortalità è più bassa per la stessa malattia, a parte le differenze esistenti nel materiale preso in esame, con i fattori suddetti noi possiamo in certo qual modo spiegarci l'inversione del rapporto.

In conclusione l'ulcera gastro-duodenale non risparmia alcuna professione o mestiere e presenta una frequenza maggiore per talune professioni, sia rispetto alla morbilità che rispetto alla mortalità, con un comportamento non parallelo di questi due fenomeni.

\* \* \*

L'ulcera gastro-duodenale, anche se in ultima analisi è fondata, nella sua cronicità, sul potere peptico del succo gastrico e sulla perdita del potere antipeptico della parete gastrica, non può essere considerata come una malattia solamente locale, espressione di una alterazione del solo organo malato; ma deve essere interpretata come la conseguenza di squilibri complessi che si riferiscono a situazioni umorali e neurovegetative abnormi, create dalla rottura di quell'armonico conflitto neuro-umorale che sta alla base della regolazione organica totalitaria; situazioni umorali e neurovegetative che possono incidere su questo o quell'organo a seconda della particolare predisposizione.

La teoria neurogena costruita da Rokitanski fu demolita per affermarsi dei concetti localistici sostenuti dalla scuola di Vir-

chow, ma risorta e largamente accettata, conserva ancora tutto il suo grande valore.

Una ipertonìa vagale, in un quadro distonico neuro-vegetativo può determinare la formazione di un'ulcera attraverso spasmi muscolari, disturbi locali circolatori, fatti ipersecretivi, ecc. Secondo Mueller, invece, uno spasmo vasale, in soggetti costituzionalmente disposti ad una labilità dei vasi, determinerebbe la formazione dell'ulcera. Secondo Pende l'ulcera fa parte delle sindromi dette di chemioneurosi dovute a squilibri nervosi ed endocrini con uno stato di vagoirritabilità o vagotonia.

Qualunque sia il meccanismo e quali che siano le interferenze patogenetiche appare evidente la parte fondamentale che prende il sistema nervoso vegetativo nella produzione dell'ulcera gastro-duodenale.

Ricordo incidentalmente le osservazioni di Beck, il quale ha trovato nel 93,5 % di malati di ulcera gastrica una prevalenza della quantità di urina emessa durante la notte (dalle 19 alle 7). Questo autore considera la nicturia e l'ulcera gastrica come espressione di un disturbo neurovegetativo, ma, secondo me, sopravvaluta la nicturia quando pensa che deponga più per una malattia grave come l'ulcera che per una malattia semplice come una gastrite quando si accompagna a dolore gastrico.

Col progredire degli studi e con l'acquisizione di nuove conoscenze il problema della genesi neurogena dell'ulcera gastro-duodenale si va spostando dalla periferia verso i centri nervosi vegetativi superiori, sottocorticali e si stabilisce una correlazione diencefalo-gastro-duodenale.

Sono note le recenti conoscenze concernenti l'azione regolatrice dell'ipofisi (lobo posteriore) sulla funzionalità gastro-duodenale. Si è visto per esempio che gli ormoni post-ipofisari hanno una azione inibente sulla secrezione gastrica, e se ora noi consideriamo gli intimi legami funzionali esistenti tra ipofisi e centri neurovegetativi diencefalici che costituiscono secondo le vedute moderne il sistema diencefalo-ipofisario, ci troviamo di fronte ad un orizzonte più vasto nel quale si comprende tutto un sistema neuro-endocrino, tenendo conto dei rapporti funzionali tra diencefalo ed altre glandole a secrezione interna.

Sono fondamentali le osservazioni di Cushing circa l'interdipendenza tra tumori cerebrali, interventi endocranici, traumi cranici da parto e lesioni gastro-intestinali. Questo A. ha dimostrato che una iniezione endoventricolare di pituitrina o di pilocarpina determina una sindrome a carattere vagale con vomito qualche volta emorragico, ipersecrezione, ipercinesisi a carico dello stomaco.

Questa risposta varia da soggetto a soggetto a seconda dell'orientamento neurovegetativo umorale dell'individuo e può essere annullata dall'azione dell'atropina introdotta sia per via endoventricolare che sottocutanea.

Considerando ora che il diecefalo, come sopra è stato accennato ricordando gli studi di Buscaino, partecipa nella tonalità emotiva all'emozione, pur essendo questo un fenomeno corticale come fatto soggettivo, possiamo pensare alla possibilità che esso costituisca l'anello attraverso il quale gli stimoli della psiche si riflettono sul soma. A seconda poi della reattività individuale diencefalo-neuro-endocrina e a seconda delle condizioni anatomiche dei vari organi collegati tra loro da correlazioni nervose ed umorali, le perturbazioni psichiche porteranno la loro influenza sul decorso di una malattia organica o addirittura potranno creare esse stesse una sindrome organica.

I fatti osservati sul meccanismo diencefalico sono molto suggestivi anche se non sono ancora bene chiariti nel loro modo di formazione e nella loro successione ma non possono essere presi come unica base sulla quale si possa far gravitare la genesi del complesso quadro ulceroso gastro-duodenale.

Poichè la produzione dei fenomeni presuppone uno speciale orientamento individuale ed una speciale sintonia correlazionistica fra i vari organi, sorge naturalmente, in una unità inscindibile il problema costituzionalistico dell'ulcera gastro-duodenale.

Si è già accennato alle sintonie patologiche esistenti fra i vari organi ed al fatto che un processo morboso apparentemente localizzato in un organo determina alterazioni in altri organi con questo collegati. Si hanno in tal modo costruzioni patologiche e aspetti nuovi e particolari del quadro morboso che trovano nella disposizione individuale la ragione del loro vario concretarsi. Così le associazioni e le successioni morbose dell'addome destro sono anche in funzione di una peculiare disposizione individuale

fondata su di un particolare orientamento neurovegetativo e su di una particolare predisposizione. Lo stesso concetto valga per le sindromi associate dell'addome superiore che nell'ultimo Congresso della Società Italiana di Medicina Interna hanno trovato un tentativo di sistemazione in un nuovo capitolo clinico che appare ancora in via di formazione sulla base di numerosi studi che specialmente in questi ultimi anni si sono moltiplicati, per quanto non manchino nel passato osservazioni in proposito e geniali intuizioni.

Le correlazioni dell'addome superiore (colon trasverso, duodeno e digiuno, stomaco, fegato, dotti biliari extraepatici e colecisti, pancreas, reni e surreni, milza, plesso celiaco e aorta addominale) sono, come le ha descritte Antognetti, embriologiche, anatomotopografiche, vascolari e linfatiche, umorali, nervose.

Per dare qualche esempio ricorderò il riflesso duodeno-pancreatico di Pende, gli intimi legami esistenti tra fegato e milza sia nel campo della fisiologia che in quello della patologia, i riflessi nervosi che hanno il loro punto di partenza nella colecisti malata e il loro punto di scarico nello stomaco, duodeno, ecc.

L'azione coordinatrice ed armonizzatrice è neuro-umorale e spesso si svolge attraverso riflessi interviscerali che trovano o meno il terreno adatto al loro realizzarsi nel particolare neurochimismo dell'individuo. Sono dunque manifestazioni condizionate dallo speciale orientamento costituzionale del soggetto.

Nel neurochimismo regolatore Pende distingue due costellazioni: quella dell'insulina (o del vago) e quella dell'adrenalina (o del simpatico). Le situazioni umorali che vengono a determinarsi si possono così riassumere: ipoglicemia notevole, ipocolesterinemia, azotemia cloropenica, ipotensione arteriosa. Vi è iposurrenalismo midollare e corticale con iposimpatismo e relativo iperinsulinismo. In altri casi si ha invece iperglicemia, ipercolesterinemia, iperchetonemia, iperaminoacidemia, iperpolipeptidemia, ipertensione arteriosa con ipopancreatismo, ipoepatismo, insufficienza renale, ipersurrenalismo midollare, simpaticotonismo. (Pende).

E' a notare che nell'ulcera gastro-duodenale spesso è stata notata ipocolesterinemia ed ipotensione. Di questa ci occuperemo in seguito,



Secondo Pende l'ulcera gastro-duodenale « colpisce quasi sempre certe individualità morbose, caratterizzate non tanto da una identica costituzione morfologica, quanto da una somiglianza spiccata dei dati del biochimismo organico ». La malattia sarebbe una chemioneurosi in cui si avrebbe in associazione un disquilibrio del sistema nervoso vegetativo con ipocalcemia (vago-tonismo). Secondo lo stesso A. l'iposurrenalismo, come l'ipoparatiroidismo e la diatesi spasmofilica, potrebbe determinare l'insorgenza dell'ulcera gastro-duodenale.

Alla antropometria anatomica, cioè alla valutazione dell'habitus, viene così a sostituirsi, direi, l'antropometria funzionale nello studio etiopatogenetico dell'ulcera gastro-duodenale. Veramente più che di sostituzione occorre parlare di completamento in quanto nello studio costituzionalistico ad ogni tipo morfologico corrisponderebbe un determinato tipo funzionale. Ma purtroppo queste direttive non possono essere adottate senza riserve, perchè, se nella determinazione dell'habitus si può trovare una forma sintetica, un « tipo », dal punto di vista funzionale che non ha certo una importanza minore ciò è molto difficile perchè numerosissimi sono i caratteri funzionali, spesso fallaci o dubbie le prove, e non è ancora possibile fissare i caratteri stessi in determinate sintesi universalmente accettate. Molti punti oscuri esistono ancora in questo campo e se vogliamo dirla con sincerità, molte contraddizioni, incertezze, schematismi esagerati non aderenti alla realtà si incontrano spesso nello studio di questo argomento.

Occorre ricordare che fu il Pende, prima di ogni altro, intendendo la necessità dello studio funzionale delle glandole endocrine rispetto ad ogni tipo morfologico, a distinguere alcune sottocategorie endocrine dei tipi morfologici fondamentali, rendendo più aderenti alla realtà, nella applicazione pratica, le sintesi costruite.

Per quanto riguarda l'habitus preferito dall'ulcera gastro-duodenale, numerose sono le ricerche esistenti e contraddittori i risultati come spesso avviene quando si portano nell'applicazione pratica tipi morfologici stabiliti nelle loro supposte tendenze fisiopatologiche. Gli è che la scienza della costituzione è ancora ai primi passi e investe, oltre a quelli morfologici, vari aspetti non

ancora studiati e chiariti dell'individualità organica: biochimismo, stato neuroormonico, ecc. ecc.; e ci si trova di fronte a seri ostacoli quando la si voglia ricondurre ad una applicazione pratica, scientifica. Discusso molte volte è il rapporto tra la stessa morfologia e la malattia e, per esempio, per quanto riguarda l'ulcera gastro-duodenale, Leotta e la sua scuola hanno sentito la necessità di escludere il dubbio che l'habitus non dipenda dalla lesione dimostrando che questo non si modifica dopo il trattamento chirurgico.

Lo stesso Pende afferma che le caratteristiche costituzionali dell'ulcera gastro-duodenale non sono date tanto dall'habitus, quanto da un particolare stato neurochimico. Questo d'altra parte è soggetto a innumeri variazioni d'origine molteplice ed oscura che non è facile sintetizzare per una applicazione pratica secondo presupposti teorici.

Lungi da me l'idea di sottovalutare l'importanza degli studi costituzionalistici: ho voluto solo prospettare le deficienze esistenti che non ci consentono di trarre delle conclusioni scientifiche, e sempre attendibili.

Secondo Stiller l'ulcera gastro-duodenale predilige la costituzione astenica con neurastenia, magrezza, dispepsia nervosa, ipotonia muscolo-nerveo-legamentosa, ipotrofia con ipotonia universale, ptosi interne (viscerali) ed esterne (deviazioni funzionali della colonna vertebrale, spalle spioventi, scapole alate).

Rossi ha trovato l'ulcera gastro-duodenale con maggior frequenza nei tipi della prima combinazione morfologica del De Giovanni e Zisa ha trovato questa frequenza tre volte maggiore che nei normali.

Secondo vari Autori, specialmente lo stomaco di Rieder, a posizione verticale e a forma di uncino d'amo, è quello predisposto all'ulcera gastro-duodenale e da numerose ricerche, comprese quelle di Saitta, risulta che questa forma di stomaco è inoltre frequente nei longitipi. Ciò si accorderebbe con la affermazione di quelli che considerano l'abito longilineo come il prediletto dell'ulcera gastro-duodenale. Lo stesso Saitta ha osservato 39 malati di oltre 18 anni allo scopo di portare un contributo alla questione della costituzione in rapporto all'ulcera gastro-duodenale ed ha

trovato una netta prevalenza dei longitipi (66,6%) sui brachitipi (30,8%) e i normotipi (2,6%) con una notevole tendenza tra i longitipi e fra i brachitipi affetti da ulcera gastro-duodenale a non eccedere nel senso di un iperlongitipo o di un iperbrachitipo.

Come spesso avviene nell'applicazione pratica individuale o circoscritta dei concetti relativi alla costituzione individuale, specialmente poi se questa è considerata dal punto di vista esclusivamente morfologico ed esclusivamente funzionale, allo stato attuale delle nostre conoscenze, le discordanze sono numerose: di modo che la clinica si trova di fronte a notevoli perplessità, quando cerca di trarre da questi studi conclusioni concrete. E' certo che la costituzione individuale intesa nel senso più ampio della parola e nei suoi vari aspetti, è quella che imprime una particolare fisionomia a tutti i fenomeni biologici che si svolgono nell'individuo; ma quando noi parliamo di costituzione per spiegarci un particolare orientamento fisiopatologico, intendiamo una serie di caratteristiche, per lo più ancora poco o niente esplorate, che non possono restringersi e riassumersi in una sintesi morfologica od in una vacillante sintesi funzionale sia essa basata sulla vagotonia o sulla simpaticotonia o sul biochimismo o sulle disendocrinie del soggetto così come oggi sono conosciuti.

Le cose cambiano aspetto quando dal campo circoscritto di applicazione passiamo a considerare la frequenza con la quale una data predisposizione o una data malattia si manifesta in un dato tipo costituzionale cioè passiamo al concetto statistico che superando i limiti dell'individuo si estende ai grandi gruppi che nei tipi diversi vengono tra loro raffrontati nelle tendenze morbose. E' questa l'applicazione pratica che può essere utilizzata, oltre e più che dalla clinica, dalla medicina delle assicurazioni vita, se e in quanto le conclusioni sono attendibili e i metodi di indagine sono adatti allo scopo, senza eccessivi schematismi che creano poi divergenze, incertezze e scetticismo.

Dunque è esagerato secondo me parlare di « tipo costituzionale » dell'ulcera gastro-duodenale e di altra malattia perchè il più delle volte dati e cifre vietano di credere ad un tipo morfologico e funzionale di una data malattia.

Ho citato finora alcuni degli Autori che hanno trovato una prevalenza dell'ulcera gastro-duodenale nei longitipi. Interessan-

ti a questo riguardo le ricerche di Barbara e del suo assistente Armandola che riprendendo lo studio dell'argomento, hanno esaminato 50 ammalati di ulcera gastro-duodenale uomini tutti, in prevalenza liguri, di età estendentesi tra i 25 e i 68 anni. Essi hanno trovato una frequenza dell'abito longitipo del 66 % contro il 32 % di brachitipi e 2 % di normotipi.

Confrontando la frequenza della longitipia fra gli ammalati di ulcera gastro-duodenale e in un'altra popolazione ospedaliera affetta da altre malattie, è risultata in questa una cifra minore (49,6 %). Gli stessi AA. hanno visto tra gli ammalati di ulcera gastro-duodenale prevalere quelli con statura eccedente (52 %) su quelli con statura deficiente (40 %) o normali (8 %) e quelli con peso deficiente (74 %) su quelli con peso eccedente (26 %).

Non mancano però osservazioni contrarie. Hageman ha trovato il tipo astenico, solo 15 volte su 100 ulcerosi e secondo Conheim l'ulcera gastro-duodenale si troverebbe di preferenza in individui robusti e ben costituiti. Secondo Drafer prevarrebbe un indice ponderale elevato con tendenza alle forme tozze anziché slanciate del corpo. Caroli e Cormann hanno trovato una prevalenza dell'ulcera gastro-duodenale nei soggetti brevilinei (83 %). Secondo Ascoli e Aschner non esiste un tipo morfologico dell'ulcera gastro-duodenale. Viola afferma che si trovano fra gli ulcerosi due tipi : ipotrofici e deboli, da una parte, prevalenti nelle ulcere dell'età giovanile, robusti e pletorici dall'altra parte, prevalenti nelle ulcere dell'età adulta.

Ma se la costituzione varia con l'età in quanto il rapporto fra longitipi e brachitipi si inverte nei gruppi di età da 20 a 30 anni e da 40 a 50 anni quale valore essa può avere nella patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale dal punto di vista morfologico, dato che nell'età giovane ad una prevalenza del longitipo si associa una prevalenza dell'ulcera anche in questo tipo, e viceversa nell'età avanzata ? Non esisterebbero dunque preferenze manifeste e profonde ma soltanto prevalenze dovute al prevalere di qualche determinata sintesi morfologica.

I longitipi, secondo le ricerche di Viola, si trovano sulla ventina con una frequenza del 47 % per diminuire fino a 8,2 % sulla sessantina.

Ciatti, studiando le cause di morte in rapporto alla costituzione e dovendosi riferire ai dati presi all'ingresso in assicurazione degli individui venuti a morte per stabilire la costituzione di essi, essendo sfornito delle misure corrispondenti all'età relativa all'inizio della malattia o alla morte, si è preoccupato delle variazioni che con l'andare degli anni si verificano nella costituzione dell'individuo ed ha cercato di ovviare a questa causa d'errore suddividendo gli assicurati deceduti, per ciascuno dei tre tipi costituzionale, in due gruppi e cioè in assicurati deceduti nei primi 5 anni e dopo 5 anni dall'ingresso in assicurazione. Procedendo a tale suddivisione egli ha calcolato che nei 5 anni dall'ingresso in assicurazione di poco fosse variata la costituzione dell'individuo e che pertanto la valutazione del rapporto tra costituzione e cause di morte si avvicinasse con molta approssimazione alla realtà. Dalle ricerche di questo A. risulta una prevalenza dei sottopesi (deficienti di peso) fra i morti per ulcera gastro-duodenale.

Studiando la costituzione di 319 assicurati deceduti per ulcera gastro-duodenale in base al peso corporeo rispetto all'altezza, rilevato all'ingresso in assicurazione e suddividendoli in eccedenti, deficienti e armonici e per gruppi di età, ho ottenuto le seguenti tabelle :

*Tabella A*

Deceduti per ulcera gastro-duodenale (uomini) N. 319

Tipo di costituzione	Percentuale	N. assoluto
Normopeso	48,28	154
Sottopeso	24,14	77
Sovrappeso	23,82	76
Imprecisato	3,76	12
Totale	100	319

Tabella B

Deceduti per ulcera gastro-duodenale (uomini) N. 319 divisi per gruppi di età e per tipo di costituzione.

Età all'ingresso in assicurazione	N. assoluto	Normopeso percentuale	Sottopeso percentuale	Sovrappeso percentuale	Imprecisati percentuali
1 - 19	1	1 (100)	— —	— — —	— —
20 - 24	14	35,72	57,14	— — —	7,14
25 - 29	37	51,35	43,25	2,70	2,70
30 - 34	67	44,78	34,33	20,89	— —
35 - 39	70	50.—	17,14	28,57	4,29
40 - 44	48	47,92	12,50	31,25	8,33
45 - 49	38	34,21	15,79	44,74	5,26
50 - 54	27	59,26	18,52	18,52	3,70
55 - 59	14	71,43	— —	28,57	— —
60 - 64	3	66,67	33,33	— — —	— —
65 e oltre	—	— —	— —	— — —	— —

Nella Tab. A si può notare come prevalgano i normopesi rappresentando questi da soli circa la metà del totale preso in esame, seguiti dai sottopesi che sono quasi alla pari con i sovrappesi.

E' da osservare che questi dati riferendosi alle misure prese all'ingresso in assicurazione, quando cioè i soggetti non erano affetti dalla malattia, non ci danno la costituzione esistente all'inizio di questa, ma in compenso ci offrono il vantaggio di poter escludere le ripercussioni che la malattia esercita sulla costituzione del soggetto e che non possono essere escluse quando la malattia è in atto ed ha modificato con le sue influenze dannose la nutrizione e le dimensioni dell'individuo. In tal caso non è più possibile studiare l'ulcera in rapporto alla costituzione ma direi che si studia la costituzione in rapporto all'ulcera.

Se esiste una prevalenza dei normopesi ciò non deve significare che questi siano preferiti dall'ulcera in quanto questo tipo è quello che si trova sempre in una percentuale largamente maggiore, se si considerano 100 soggetti entrati in assicurazione indipendentemente da ogni malattia. E' naturale perciò che rispetto a ciascuna causa di morte esso si trovi come il più frequente.

La prevalenza si mantiene anche nei diversi gruppi di età eccettuato quello compreso tra 20 e 24 anni e 45-49 anni ; ma a questo punto appare un fatto importante il quale sta appunto a dimostrare che col variare dell'età varia il tipo costituzionale prevalente per quanto riguarda i sottopesi e sovrappesi. Difatti, mentre nel gruppo di età da 25 a 29 anni troviamo 43,25 % di sottopesi contro 2,70 % di sovrappesi, nel gruppo di età 40-44 anni troviamo il 12,50 % di sottopesi contro 31,25 % di sovrappesi. Tale inversione risulta evidente anche se non tutte le cifre della tabella sono concordi in questo senso perchè bisogna tener conto della pronunziata ineguaglianza esistente fra i totali dei vari gruppi di età.

Le stesse considerazioni si possono fare anche studiando la costituzione secondo il metodo di Bruigsch come risulta dalla seguente tabella :

*Deceduti per ulcera gastro-duodenale (uomini) N. 308 divisi per tipo di costituzione e per gruppi di età*

Gruppi di età	Tipo di costituzione (percentuale)		
	Leptosomi	Normosomi	Eurisomi
20 - 30	43,33	50.—	6,67
31 - 40	24,06	52,63	23,31
41 - 50	18,67	45,33	36.—
51 - 60	25.—	45.—	30.—

Dalla frequenza dell'ulcera rispetto alla costituzione passiamo così alla mortalità per ulcera rispetto alla costituzione. Quest'ultimo aspetto, diverso dal primo, è in fondo quello che a noi interessa. A tal proposito raffrontando i morti per ulcera a quelli morti per malattie dell'apparato digerente in genere e a quelli morti per tutte le cause suddividendoli tutti secondo il tipo costituzionale, ho ottenuto i dati riportati nella seguente tabella dove si vede che la mortalità per ulcera è maggiore fra i sottopesi. Difatti, prendendo per esempio i sottopesi, noi troviamo che su 100 sottopesi morti per malattie dell'apparato digerente o per tutte le cause ne esistono rispettivamente 26,92 % e 2,6 % morti per ulcera : cifre queste che predominano su tutte le altre.

Ulcera 319 — App. digerente 1645 — Tutte le cause : 15.718

CAUSA DI MORTE %	Tipi di costituzione				TOTALE
	Normali	Sottopesi	Sovrappesi	Imprecisato	
Morti per ulcera rispetto a tutte le morti per malattie dell'apparato digerente . . . . .	21,42	26,92	12,90	23,53	19,39
Morti per ulcera rispetto a tutte le cause di morte . . . . .	2,31	2,61	1,42	1,64	2,03

In conclusione non pare che esista un tipo costituzionale dell'ulcera gastro-duodenale nè come sintesi morfologica, nè come sintesi funzionale ben definita, e gli studi finora esistenti non hanno raggiunto risultati tali da consentire un chiaro e sicuro orientamento nella questione che è sempre controversa e aperta.

Quanto alla mortalità per ulcera gastro-duodenale risulta una lieve prevalenza per i sottopesi rispetto ai normopeso, mentre i sovrappesi presentano una mortalità scarsa rispetto agli altri tipi costituzionali.

Connesso allo studio della costituzione è il problema dell'ereditarietà dell'ulcera gastro-duodenale.

Vari autori hanno attirato l'attenzione sulla possibilità di una predisposizione familiare dell'ulcera peptica. Hurst riassumendo la letteratura in proposito afferma che gli ulcerosi hanno di solito altri membri della famiglia affetti dalla stessa malattia. Dreschfeld riporta parecchi casi di ulcera peptica familiare e Von Czornecki riporta il caso di una famiglia in cui 5 membri erano affetti da ulcera ; Plitek descrive tre casi in tre cugini ed Ohly descrive il caso in cui la nonna paterna era morta di ematemesi, il padre di un'ulcera carcinomatosa, due figli erano stati operati di gastroenterostomia per ulcera duodenale, due altri figli soffrivano di ulcera e un altro di ipercloridria.

Numerosi sono i casi nella letteratura nei quali non è possibile aver dubbio sulla predisposizione familiare. Bloonfield dice che « in certi casi è sicura la predisposizione familiare » e Drafen rileva la predisposizione ereditaria.



Mandillon, Beanvieux e Goumain riportarono alla Società di Medicina e Chirurgia di Bordeaux una osservazione di ulcera gastrica familiare in cui due fratelli e il padre erano affetti da ulcera, una sorella soffriva di disturbi gastrici e il nonno paterno era morto di affezione gastrica non precisata. Questi AA. però non considerano l'ulcera gastro-duodenale come una vera e propria malattia ereditaria, ma insistono sulla possibilità della trasmissione ereditaria della turbe dell'equilibrio vago-simpatico. Vi sono infatti Autori che fanno dell'ulcera addirittura una malattia ereditaria mentre ve ne sono altri che ammettono solo una predisposizione ad ammalare di questa malattia. Questi ultimi sostengono che esiste negli ulcerosi una costituzione spasmofila.

Pennetti ha osservato tre famiglie di ulcerosi. In una si trattava di 3 fratelli senza precedenti negli ascendenti; in un'altra ne erano affetti il padre e 3 figli; nella terza due fratelli gemelli e una sorella.

Iacarelli ha pubblicato il caso di una famiglia in cui la maggior parte dei componenti presentavano l'ulcera.

Senza alcun dubbio, dunque, l'ulcera gastro-duodenale può assumere un carattere familiare. Si tratta ora di vedere con quale frequenza questo carattere si manifesti.

Ugelli esaminando l'anamnesi familiare di 334 casi di ulcera gastro-duodenale ha riscontrato nel 5,68 % ereditarietà diretta e nell'5,0 % ereditarietà collaterale. In tutto il 7,18 % accusava nell'anamnesi familiare la presenza di ulcera gastro-duodenale.

Tenendo conto poi di altre gastropatie, specie del cancro la percentuale sale al 15,86 %.

Stoll dà, nel 13 % dei casi, la presenza di affezioni gastriche familiari; Huber ha osservato una frequenza dell'ereditarietà nel 15%; Spiegel ha notato per gli ulcerosi la presenza di affezioni gastro intestinali nell'anamnesi nel 61 % dei casi mentre per gli indenni tale frequenza era del 15 %, e in riferimento alla sola ulcera ha trovato nell'anamnesi familiare una frequenza del 26 % contro il 5,5 % negli indenni. Secondo Strauss l'eredità riferita all'ulcera solamente è dimostrabile nel 24 % dei casi, secondo Ruhmann, nel 6 %, secondo Westphal nel 25 %, secondo Bernhard nel 33 %. Le percentuali diminuiscono od aumentano a seconda che si tiene conto nell'anamnesi della sola ulcera o delle

affezioni gastro-intestinali in genere ; ma dimostrano chiaramente che non è proprio del tutto trascurabile il fattore ereditario nell'ulcera gastro-duodenale. Tra le percentuali più basse ricordo pure quella di Heller e Veessler (5% su 300 casi), di Polacco 4,4% su 250 casi), di Pennetti (1,6 % su 308 casi). Queste percentuali, come ho detto, si elevano di molto se si considerano nell'anamnesi le varie gastro-enteropatie.

Da qualche Autore come intimamente legato all'impronta costituzionale dell'ulcera gastro-duodenale è considerato il problema dell'ipotensione arteriosa in questa malattia.

Per quanto da tempo fosse nota la possibilità dell'ipotensione nell'ulcera gastro-duodenale il merito di avervi richiamata l'attenzione in una sistematica osservazione spetta a Landau e Glass che nel 1929 in uno studio dell'argomento trovarono nei loro casi una pressione al Riva Rocci inferiore a 100 con una frequenza del 41 % mentre in altre forme addominali trovarono una frequenza del 15,9 %.

Riferendosi invece a malattie diverse Kylin su 1000 pazienti trovò solo una frequenza del 12,6 % di ammalati con pressione arteriosa inferiore a 106. Sembrerebbe dunque da questi dati che l'ipotensione arteriosa sia effettivamente un appannaggio della malattia che stiamo studiando e secondo qualche Autore sarebbe perfino un segno d'importanza diagnostica nei casi dubbi.

Oltre gli Autori citati parecchi altri studiosi hanno confermato i risultati surriferiti. Hovard, Hartman e Brow, esaminando 1426 casi di ulcera gastro-duodenale nei quali era stata presa la pressione arteriosa e confrontandoli con un altro gruppo di ammalati di cui era stato studiato pure il comportamento della pressione arteriosa, giungono alla conclusione che l'ipotensione si accompagna a varie forme morbose dell'apparato digerente senza rappresentare un fenomeno caratteristico dell'ulcera. Tuttavia essi riportano l'impressione che nell'ulcera la pressione effettivamente sia alquanto più bassa. Gonzales Galvan confrontando la pressione presentata da un gruppo di ulcerosi e uno di ipercloridrici trova l'ipotensione nel 68 % dei casi di ulcera gastrica, nel 54 % dei casi di ulcera duodenale contro il 33 % negli ipercloridrici. Bordoli riprendendo lo studio dell'argomento dopo aver riportato una larga messe di dati bibliografici, studia il comporta-

mento della pressione arteriosa in 151 casi di ulcera gastro-duodenale. Nella statistica di questo Autore, considerati come ipotesi gli ulcerosi presentanti una pressione massima non al di sopra di 105 mm. di Hg., si trova l'ipotensione nel 39 % dei casi e precisamente nel 15 % con Mx di 105 ; nel 7,3 % con Mx di 100 ; nell'11,4 % con Mx di 95 ; nel 5 % con Mx 90 ; nel 0,7 % con Mx di 80.

Tenendo conto pure del fattore età, l'Autore ha visto che la pressione Mx nell'ulcera duodenale diminuisce fino a 50 anni (con una media di 108 mm. Hg) per salire moderatamente fra i 50 e i 60 anni e piuttosto bruscamente fra i 60 ed i 70.

Nell'ulcera gastrica la Mx segna il minimo tra i 20 ed i 30 anni, risale di poco tra i 30 e i 40, presenta una discesa fino a 60 e sale bruscamente da 60 a 70. Risulta dunque come prima di 60 anni l'azione dell'età non si faccia affatto sentire. Quanto alla pressione diastolica essa si trova nel 45 % dei casi inferiore a 65 mm. Hg. con una percentuale massima a 60 mm. Hg.

Esaminando le curve della pressione Mn riportate dall'A. si possono trarre le stesse conclusioni che per la Mx rispetto al fattore età e più precisamente la curva della Mn nell'ulcera gastrica segue nelle sue modificazioni la curva della Mx, mentre nell'ulcera duodenale presenta nel gruppo di età fra i 50 e i 60 anni una lieve discesa contro un lieve aumento della Mx come sopra è riferito.

Volendo ora trarre dalla osservazione dei risultati una conclusione sul vero significato dell'ipotensione nell'ulcera gastro-duodenale dal punto di vista patogenetico-costituzionale, ci troviamo di fronte a varie incertezze che rendono discutibile un giudizio definitivo. Se l'ipertensione è rara nell'ulcera gastro-duodenale l'ipotensione non è neppure in una percentuale notevole rispetto alla normotensione ed appare per lo meno azzardata l'affermazione di Landau e Glass che l'ipotensione possa essere invocata nella patogenesi della malattia. Bordoli nella osservazione dei suoi casi ha talora notato una tendenza alla normalizzazione della pressione arteriosa col miglioramento del male nei soggetti che prima presentavano ipotensione e anche indipendentemente da questa constatazione, che ha però un grande valore, viene spontaneo di domandarci se l'ipotensione sia una espressione con-

seguinte allo stato morboso o se sia espressione di una particolare impronta neurovegetativa costituzionale precedente.

Il problema viene ad ingranarsi così nello studio dell'ulcera gastro-duodenale in rapporto alla costituzione e viene pertanto a rivestirsi degli stessi dubbi e delle stesse discordanze sopra considerati. Noi avremmo così nell'ulcera gastro-duodenale l'esistenza di un quadro chemionervoso complesso del quale possono entrare a far parte : iposurrenalismo, ipoparatiroidismo, ipocolesterinemia, ipotensione, ipocalcemia con ipertono vagale. Ma la cerchia potrebbe allargarsi e comprendere ipofisi ecc. e nella vastità delle osservazioni e nella rigidità dello schematismo facilmente potremmo incontrare delle contraddizioni non spiegabili se non adattando elucubrazioni a volte di sapore metafisico al fatto concreto. Con ciò non voglio neppure lontanamente diminuire la portata di questi studi che hanno fatto la luce su molti fenomeni ma che d'altra parte nell'incessante ricerca vengono man mano a formare la base di concezioni troppo schematiche, o vaghe e confuse che attendono ancora una sistemazione e una messa a punto.

E' interessante ricordare, prima di passare oltre, che il Bordoli dà una grande importanza alla pressione diastolica. Egli afferma che « l'osservare una ipotensione diastolica costante od anche solo transitoria in una sindrome addominale che lasci il sospetto di un'ulcera gastro-duodenale lo crediamo criterio di notevole importanza dal punto di vista diagnostico in quanto abbiamo visto che in molti casi ove la pressione sistolica era ancora perfettamente normale, la minima segnava valori relativamente bassi ».

Una questione molto controversa è quella che concerne il rapporto fra ulcera duodenale e sifilide. Bisogna ammettere che la sifilide possa dare manifestazioni gastriche. Nel periodo secondario secondo Verrotti prevalgono i disturbi di innervazione come gastralgie, dispepsie nervose, crisi di vomito, anoressia, bulimia, mentre nel periodo terziario, pur potendo essere presenti questi disturbi, prevalgono le manifestazioni a base anatomo-patologica come la gastrite cronica, l'ulcera rotonda, la forma gommosa. Da varie parti però vien posto in dubbio il rapporto di dipendenza fra gastrite od ulcera e sifilide, poichè la presenza dell'infezione luetica in un soggetto affetto da ulcera gastrica non significa necessariamente che questa sia di natura sifilitica.

Castex sostiene che l'ulcera gastro-duodenale è quasi sempre legata alla sifilide congenita o acquisita. Le Noir avrebbe trovata la lue clinicamente sospettata nel 28 % dei casi di ulcera gastro-duodenale e nel 20 % l'avrebbero trovata Lang, Castaigne e Hatziegan.

Ma accanto a queste troviamo delle statistiche con cifre molto più basse. Surmont trovò la Wassermann positiva nel 5,5 % dei casi, Landao ed Held nel 7,5 %, Cade e Morenas nel 10 %. Recentemente Bordoli in una statistica di 205 casi ha trovato la lue nell'8,5 %.

Le cifre riportate sono talmente basse da non autorizzare a considerare la sifilide come causa frequente di ulcera gastro-duodenale seppure non si può escludere che questa infezione possa in qualche caso essere la diretta responsabile della malattia stessa. Dobbiamo riconoscere però che la sifilide, con le manifestazioni gastriche che può dare, anche soltanto nervose, con l'influenza dannosa che esercita sulle glandole a secrezione interna, con lo stato tossico che crea nell'organismo, può costituire se non sempre una causa diretta almeno una causa predisponente alla formazione di un'ulcera gastro-duodenale. Certa cosa è che la etiopatogenesi dell'ulcera gastro-duodenale è talmente complessa, in quanto vari debbono essere i momenti che vi concorrono, che non è facile considerare la questione da un solo punto di vista.

Se noi considerassimo per esempio le sole turbe nervose non potremmo spiegarci perchè nelle manifestazioni gastriche della tabe sia rara l'ulcera gastro-duodenale.

Prima di passare a considerare più da vicino la prognosi dell'ulcera gastro-duodenale, voglio accennare alle difficoltà che si incontrano per la formazione di un giudizio di guarigione dell'ulcera stessa.

Come ho detto in principio la guarigione dell'ulcera deve essere intesa sempre come un fatto non assoluto potendo riapparire la recidiva su quello stesso terreno sul quale prima si era manifestata la forma morbosa, a parte i periodi di latenza periodica che costituiscono quasi una caratteristica dell'ulcera duodenale.

Dal punto di vista clinico la scomparsa del dolore, del vomito, del sangue nelle feci, la ripresa del peso, il rifiorire delle forze, hanno una importanza molto relativa. Si sa che dopo sospen-

sioni evolutive di qualche mese o di due e più anni si possono avere delle riaccensioni spontanee, e che in certi malati esistono addirittura riacutizzazioni stagionali una o due volte all'anno.

Dal punto di vista radiologico la diagnosi di guarigione si fonda sulla scomparsa delle immagini cavitari. Ora se questa scomparsa indica un miglioramento, non indica necessariamente una guarigione. E' ammesso dagli studiosi della materia che non esiste equivalenza tra la nicchia radiologica e la cavità dell'ulcera e che l'immagine della nicchia può perfino mostrarsi in un'ulcera cicatrizzata.

Se si ammettesse l'equivalenza della nicchia con la cavità da ulcera non potremmo spiegarci come molte volte non esista concordanza fra le dimensioni anatomo-patologiche dell'ulcera e l'immagine rilevata ai raggi, come una nicchia possa variare da un giorno all'altro o addirittura sparire in pochi giorni e come qualche volta alla sede dell'immagine radiologica non corrisponda la sede dell'ulcera.

Montier, Schindler, Gutzeit, Handeck, Farsell, Ber, Albrecht ammettono che l'immagine cavitaria è soggetta a due ordini di fatti: elementi infiammatori parietali ed elementi dinamici. I primi possono riassumersi in un edema dei margini dell'ulcera e in un rigonfiamento delle pliche attorno ad essa che verrebbero a costituire una specie di sacco al cui fondo starebbe l'ulcera; i secondi consistono in spasmi o contratture variabili che costituirebbero come una bocca contenente nel fondo l'ulcera.

Si comprende in base a queste nozioni come la scomparsa dei fatti infiammatori o dinamici possa portare a delle modificazioni notevoli dell'immagine radiologica dell'ulcera senza che questa sia guarita ma soltanto appianata, specie poi quando queste modificazioni avvengono in breve volgere di tempo. Quanto più rapida è stata la modificazione tanto meno bisogna pensare alla cicatrizzazione dell'ulcera. Inoltre un'ulcera colmata da esudato fibrinoso non dà più l'immagine della nicchia che però può rapidamente riapparire se la fibrina abbandona la cavità e, d'altra parte, immagini radiologiche di nicchia possono persistere, pur non essendo costanti, per ripiegature della parete senza che l'ulcera sia in attività.

Ugualmente incerta è la gastroscopia in quanto se con l'endoscopia si può scorgere un'ulcera che non dava rilievo ai raggi per non essere abbastanza incavata si può non vedere un'ulcera nascosta da uno spasmo della parete attorno ad essa.

Si può concludere pertanto che sia dal punto di vista clinico che da quello radiologico e gastroscopico la diagnosi di guarigione di un'ulcera è sempre un compito difficile. Tuttavia, a parte le conseguenze cicatriziali dell'ulcera, considerando che gli anatomo-patologi con frequenza riscontrano all'autopsia cicatrici di ulcere perfettamente guarite e che le statistiche danno una percentuale di guarigione spontanea del 45 %, quando le sofferenze siano da vario tempo scomparse, con una buona ripresa dello stato generale, con assenza di dolore locale e provocato, con conforto di un esame radiologico negativo, si può presumere che l'individuo sia guarito. Importanza maggiore, come ho detto, ha l'indagine radiologica, quando le modificazioni della nicchia si verificano gradatamente.

\* \* \*

### COMPLICAZIONI DELL'ULCERA GASTRO-DUODENALE

Della trasformazione cancerosa dell'ulcera mi sono già occupato. Per il resto bisogna anzitutto distinguere complicazioni di ordine locale e complicazioni d'ordine generale, come pure le complicazioni a distanza.

Una lesione che accompagna sempre l'ulcera dello stomaco è la gastrite cronica. Può assumere estensione varia, ma interessa generalmente la parte orizzontale dello stomaco lungo la piccola curvatura. Secondo molti Autori essa ha una grande importanza sia per quanto riguarda l'evoluzione dell'ulcera che per quanto riguarda gli esiti dell'intervento chirurgico.

I chirurghi la riscontrano negli interventi con resezione e i radiologi spesso la segnalano.

Controverso è il significato di questa gastrite, e due teorie si contrappongono. Secondo l'una la lesione è primitiva, precede la comparsa dell'ulcera e costituisce addirittura un momento predisponente; secondo l'altra è secondaria e costituisce una com-

plicazione del processo ulceroso. Da varie parti poi sono attribuite alla persistenza della gastrite certi disturbi che continuano anche dopo l'intervento chirurgico praticato con metodi che non ne tengono conto.

Complicanza temibile, quando si manifesti con imponenza, è l'emorragia. L'intensità di essa è variabile; può presentarsi improvvisamente ed abbondante anche in individui che sembrano godere buona salute tanto da costituire il primo segno dell'ulcera, come può manifestarsi in forma meno tumultuosa, anche lieve ed occulta, o a ripetizione in modo da determinare per la sua persistenza un quadro di profonda anemia.

Secondo vari autori l'emorragia è più frequente nelle ulcere recenti ed in piena evoluzione mentre in quelle di vecchia data la reazione connettivale di difesa intorno al focolaio mette in relativo riparo i grossi vasi.

In queste ultime sembra che l'intervento di un processo infiammatorio rimetta la lesione in attività fino a poter determinare l'emorragia. Ciò sarebbe confermato dalla comparsa, osservata in molti casi, di accensioni febbrili qualche giorno prima della manifestazione emorragica.

Moynihan ha riscontrato questa complicazione nel 25 % dei casi ed Enriquez l'ha riscontrata in un quinto dei suoi casi. Non è inutile ai nostri fini osservare che queste percentuali, come le altre che esistono, non si riferiscono tutte a casi mortali, senza voler sottovalutare la gravità di questa evenienza.

Alessandri ha trovato l'emorragia massiva nel 20 % dei casi; Baggio nel 30%, Balfur nel 26%, Guttman nel 32%, Ciceri nel 5,7 %. Uffreduzzi, nel suo trattato di Patologia Chirurgica calcola, secondo le varie statistiche raccolte in reparti medici dove vengono curate ulcere in tutti gli stadi, una mortalità del 5 % per emorragia massiva. Ma aggiunge che questa cifra si riferisce ad un periodo in cui venivano diagnosticate solo le ulcere gravi. Secondo questo Autore, rispetto ai numerosi casi, anche lievi ed iniziali, che ora si diagnosticano con l'affinamento dei mezzi di ricerca, attualmente si può calcolare la mortalità per emorragia nell'ulcera gastro-duodenale su di una cifra dell'1 % e anche meno con la cura medica.



Altra pericolosa complicazione è la perforazione dell'ulcera. Se l'intervento non è immediato o se non avviene nelle prime ore, è molto difficile che l'ammalato si salvi. La frequenza varia secondo le varie statistiche ed oscilla intorno al 15 % delle ulcere duodenali ed è tre volte maggiore in queste che in quelle dello stomaco. E' da notare, però, e ciò valga anche per l'emorragia, che molti sono i casi di ulcera che non cadono nelle statistiche quasi sempre raccolte da chirurghi, in quanto se le forme gravi e le complicazioni conducono per forza di cose l'ammalato al chirurgo, le forme lievi non cadono tutte sotto la sua osservazione. Per modo che la proporzione vien fatta non rispetto ad una cifra globale che comprende tutte le possibili forme di ulcera ma rispetto alla cifra globale di quelle forme, specialmente operate, che per essere gravi sono state raccolte in un reparto di cura e di osservazione. E' da ritenere pertanto che queste percentuali siano più alte delle cifre reali. Se così non fosse dovremmo concludere che tra emorragia e perforazione nel 50-60 % dei casi di ulcera si presentano complicazioni gravissime, il che non appare rispondente alla realtà.

La perforazione, oltre che nel peritoneo libero, dove produce una peritonite generalizzata, può avvenire gradualmente in una zona di aderenze che vengono così a limitare il processo infiammatorio. Si formano così ascessi perigastrici o peritoniti circoscritte con esito possibile all'esterno attraverso la pelle o in organi interni. Con questo meccanismo spesso si forma l'ascesso subfrenico. Occorre ricordare pure la diffusione del processo ulceroso ed infettivo agli organi vicini (fegato, milza, pancreas, ecc.). L'epatite suppurativa e la congestizia, che potrebbe anche essere considerata come uno stadio della prima, è stata segnalata da Navarro.

Per la disposizione anatomica dei linfatici gastro-duodeno-pancreatici nel corso di ulcere gastro-duodenali, si hanno non di rado delle lesioni pancreatiche con sintomatologia diabetica da pancreatite cronica a lento decorso. Cannavò al XXXII Congresso Italiano di Medicina Interna si occupò di questo argomento.

Secondo alcuni Autori che si sono occupati di questo argomento, quando nell'ulcera duodenale manchino manifestazioni evidenti di turbata funzionalità pancreatiche, le turbe pancreatiche

possono frequentemente essere svelate mediante indagini funzionali.

Una complicazione unica nella letteratura è stata segnalata da Lehrbecher. Si trattava della suppurazione della cisterna di Picquet e del canale toracico dovuta a penetrazione dell'ulcera nel pancreas, e scoperta all'autopsia dopo 8 giorni dall'intervento di gastroenterostomia.

Una conseguenza dell'ulcera è la stenosi. Essa può essere situata in corrispondenza del cardias. può essere medio-gastrica — con stomaco biloculare — pilorica e duodenale. La più frequente è la stenosi pilorica e sarebbe, secondo Soupault, l'esito dell'80 % delle ulcere. Ne sono causa: la cicatrizzazione dell'ulcera, le aderenze perigastriche, le aderenze periduodenali.

Non mi fermerò sulle conseguenze della stenosi che comportano un grave danno della funzione gastrica e della nutrizione e che, quando sono accentuate, portano all'inanizione e alla cachessia. Rammenterò la tetania gastrica, come conseguenza della stenosi pilorica e duodenale, che se non è frequente, assume, quando si presenta, un carattere molto grave con una mortalità, secondo le statistiche raccolte da Irving Busch, del 70-90 %. Se ne distingue una forma generalizzata a tipo epilettico, molto grave, una forma localizzata ai vari gruppi muscolari e una forma atipica.

Rara complicazione è la gastrite flemmonosa. Tra quelle di ordine generale sono citate: endocarditi, flebiti, setticemie, deperimento generale con cachessia, stati nevropatici, stati anemici, facile impianto di una tubercolosi.

#### *Risultati lontani dei vari metodi di cura*

La questione è ancora oggi oggetto di vivaci discussioni tra sostenitori della cura chirurgica e sostenitori della cura medica dell'ulcera gastro-duodenale. Ma anche nei due campi non manca il travaglio della critica, della revisione della evoluzione delle idee e dei mezzi impiegati. Alla incertezza delle nozioni etiopatogenetiche, corrisponde nella cura medica una incessante serie di provvedimenti terapeutici che dalle antiche cartine alcaline con l'aggiunta di belladonna, sono passati alla applicazione dei più svariati mezzi chimici od opoterapici. Anche i principi della dieta

hanno subito qualche modificazione ed oggi non possiamo peraltro negare che reali progressi sono stati raggiunti nella cura medica di questa malattia che, pur conservando le sue basi nell'uso degli alcalini e degli antispasmodici e nella dieta appropriata, si è arricchita di tali presidi da poter vantare delle affermazioni molto soddisfacenti anche se non sempre definitive. Nel campo chirurgico le cose non vanno molto meno discordi e, accanto alle discussioni sulla indicazione dell'intervento che non escludono senz'altro la cura medica, è sempre viva la questione dei vari metodi operatori tra fautori della cura palliativa con l'anastomosi e fautori della cura radicale con la resezione. Se si aggiunge poi la difficoltà del controllo dei vari principî sia per la non facile revisione dei malati e sia perchè spesso l'apprezzamento dipende da circostanze, come quelle soggettive, che falsano i veri risultati curativi ci si potrà render conto che non è agevole lo studio della prognosi dell'ulcera gastro-duodenale in assicurazione vita.

Diverse volte l'argomento è stato posto all'ordine del giorno nella Società Internazionale di Chirurgia e ripetutamente è stato discusso nella Società Italiana di chirurgia.

Nel Congresso tedesco del 1897 Leube portò le affermazioni degli internisti e Mikulicz quelle dei chirurghi. Successivamente nel 1906, nel 1909 e nel 1912 Kronlein sostenne il metodo della anastomosi e Riedel e Payr tra i primi sostennero la cura radicale con la resezione.

Interessante è una statistica comparativa presentata da Roux nel 1932 alla Società di Gastroenterologia a Parigi riguardante malati seguiti per oltre 5 anni e curati rispettivamente con cura medica e chirurgica. Circa il 59 % dei malati è stato curato con cura medica e circa il 41 % con cura chirurgica, per la massima parte con anastomosi. Questa parte, come osserva Uffreduzzi nella sua relazione al XLIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia, rappresentava si può dire il rifiuto della cura medica, cioè quelli che l'avevano praticata senza successo.

Curati medicalmente erano 65. Tra questi si registravano 3 morti, uno per emorragia e due per degenerazione neoplastica ; 3 si trovavano in gravi condizioni ; 10 erano completamente guariti da 5-20 anni ; 49 presentavano uno stato di relativa guarigione.

Gli operati erano 45 : di questi 4 erano morti per l'intervento ; uno è morto tardivamente e 8 furono perduti di vista. Dei 32 revisionati, 19 erano guariti perfettamente da più di 5 anni, 6 presentavano ancora emorragie, 7 avevano ancora sofferenze.

Per quanto sia molto difficile e non esente da critiche una valutazione completa dei risultati non solamente rispetto ai metodi di cura ma anche rispetto alla sopravvivenza in genere dell'ulceroso trattato sia con medica che con cura chirurgica, grosso modo potremo fare le seguenti considerazioni.

Anzitutto occorre rilevare che noi non abbiamo una cifra precisa che ci indichi la durata del periodo di osservazione e dobbiamo per forza di cose considerare un periodo oltre i 5 anni e fino a 20, in cui sono compresi i casi seguiti, dato che l'A. ci dice di aver trovati guariti 10 casi trattati con cura medica da 5-20 anni senza darci notizie più precise.

Se noi consideriamo comparativamente solo i due metodi di cura possiamo senz'altro rilevare il vantaggio offerto dalla cura chirurgica. Infatti mentre con la cura medica troviamo una percentuale di completa guarigione del 16,8 %, con la cura chirurgica la percentuale sale al 63 %. Tenendo conto, invece, di tutto il gruppo dei malati troviamo una cifra di partenza di 110 soggetti di cui 102 seguiti oltre i 5 anni. Comprendendo tra i perduti anche i 3 malati curati medicalmente che si trovavano in gravi condizioni e che rifiutavano l'intervento, noi avremmo una perdita di 7 malati per causa dell'ulcera sopra 110 osservazioni, con riserva per gli 8 malati perduti di vista, nel periodo da 5 a 20 anni, cioè una mortalità di circa il 7 %, con circa il 93 % di sopravvissuti di cui il 28 % guariti completamente. Se aggiungiamo i 4 morti per l'intervento avremo una mortalità di circa l'11 %.

Come abbiamo visto la guarigione duratura col trattamento medico si presenta in una percentuale molto più bassa che col trattamento chirurgico.

Su 121 malati dichiarati guariti con cura medica, Greenbouch e Joslin in America, ne hanno ritrovati 114 dopo 5 anni. Di questi : 46 erano guariti bene, 41 presentavano una ricaduta, 27 erano morti. Dopo 5 anni dunque il 40 % circa risultava guarito. Ewald sopra 100 malati guariti ne trova 55 che restano guariti, 15

che presentano di nuovo turbe gastriche, 16 che presentano di nuovo crisi dolorose e 10 che presentano emorragia.

Pirilla ha osservato 120 malati dal 1896 al 1909 ed ha trovato il 30 % di guarigione, il 35 % di migliorati, il 5 % in condizioni stazionarie, il 30 % di morti per l'ulcera.

Delmasure ha seguito per 10 anni 86 malati. Di questi circa il 13 % erano guariti, 23 % soffrivano ancora ma erano in condizioni di lavorare, il 29 % presentava recidive, 25 % erano stati operati, il 7 % erano morti.

Come si vede in questa ultima statistica al termine di 10 anni si ha una mortalità di 7 %.

Mathieu e Roux nel loro trattato dal quale Hortolomei e Butureani hanno riportato le cifre surriferite, così concludono : « Se i chirurghi giungessero ad avere una mortalità operatoria non superiore all'1-2 % le indicazioni dell'intervento sarebbero molto più estese ». Ora, mentre Mikulicz valutava più di 30 anni fa la mortalità per complicazioni di ulcera non operata al 25-30 %, in tempi più recenti con i progressi delle cure e dei mezzi diagnostici che permettono di istituire una terapia precoce, Finsterer, di cui è nota l'autorità in materia, valuta la mortalità per i casi non operati al 5-10 %. D'altra parte in mano di chirurghi esperti ed eccetto i casi operati in gravissime condizioni, la mortalità operatoria non supera queste cifre ma si mantiene al disotto di esse. La guarigione stabile poi è molto più frequente col trattamento chirurgico che con quello medico col quale si ottiene una guarigione definitiva che, per attenersi ad una cifra ammessa dagli stessi avversari di questo trattamento, oscilla intorno al 30 %.

Vi sono alcune statistiche impressionanti per la mortalità operatoria, specie quelle che si riferiscono alla resezione. Così Salzmann nel 1933, pur riportando risultati lontani favorevoli alla resezione, dà una mortalità operatoria molto superiore a quella di altri chirurghi. Egli ha una mortalità del 10 % per anastomosi, del 20 % per resezione per ulcera duodenale, del 16 % per approfondimento con o senza anastomosi e del 25 % per resezione per ulcera gastrica. A tal proposito Uffreduzzi osserva che se queste cifre fossero confermate entrerebbe in discussione l'opportunità della cura chirurgica, dato che la pericolosità dell'intervento supererebbe di molto la pericolosità della malattia stessa. Certo la

gravità di queste cifre deve essere anche considerata in rapporto allo stato dei malati immediatamente prima dell'operazione e alle condizioni anatomiche create dall'ulcera.

Senza riferire le statistiche di un'epoca in cui la tecnica non era ancora molto progredita, riferirò quelle recenti.

La Commissione mista Americana composta da medici, chirurghi e radiologi, registrò, nel 1930, una mortalità del 5,4 % su 221 casi. La statistica di Oglobin riporta nel 1936 sopra 402 resezioni una mortalità del 4 % e, mentre negli anni più remoti la mortalità era del 7 %, nell'ultimo periodo (1933-34) sopra 192 resezioni la mortalità è stata nulla per il perfezionamento tecnico raggiunto.

Uffreduzzi, che ha una serie di 100 casi senza mortalità operatoria, dà globalmente una mortalità operatoria del 4 % e ammette in base ad una serie di interventi praticati da vari chirurghi, che la mortalità per resezione non è superiore a quella per gastroenterostomia.

Ciancarelli sopra 168 resezioni ha avuto una mortalità dell'1,4 % come è riferito in un lavoro di questo Autore su 2500 operati per ulcera gastro-duodenale dal quale però non possiamo trarre insegnamenti ai nostri fini, essendo esiguo il numero degli operati rintracciati rispetto al totale.

Haberer, citato dallo stesso Ciancarelli, segnala una mortalità fra il 6 e il 9 % su mille resecati e ricorda che la percentuale sale a 15 in mano dei suoi assistenti.

Possiamo dunque ritenere che l'ulcera gastro-duodenale per quanto sia causa di temibili complicazioni, anche se è soggetta a recidive comunque sia curata, anche se minora l'efficienza fisica del malato, non riduce in modo tale da destare allarme e pessimismo la durata della vita.

Ciò è confermato anche senza cifre, dall'esperienza di medici e chirurghi che dimostra come molti malati di ulcera, operati o no, vadano per molti anni più o meno bene e come le complicazioni mortali non siano tanto frequenti rispetto alle migliaia di ulcerosi esistenti. La chirurgia ha fatto inoltre enormi progressi di tecnica e non è raro assistere a delle vere resurrezioni di malati che in condizioni veramente disastrose si presentano al tavolo operatorio una o più volte. Ciò naturalmente non può non in-

cidere sul prolungamento della vita di questi malati e non può non favorire un certo senso di equilibrato ottimismo, fatte le eccezioni e le riserve cui in seguito accenneremo.

La nostra esperienza assicurativa, perchè ancora recente, non può darci un ragguaglio attendibile. Infatti essa comincia nel 1928 con l'accettazione dei primi rischi tarati per la malattia in esame. Tuttavia finora è possibile notare una mortalità effettiva inferiore di circa la metà a quella teorica. Quanto questo favorevole andamento corrisponda alla realtà non è lecito dire ora perchè non esiste ancora un gruppo di rischi accettati e seguiti per un congruo numero di anni (vedi tavola seguente) :

*Mortalità teorica ed effettiva dei malati di ulcera gastrica*  
(osservazione 1928 - 1937)

Classe di sopramortalità	Contratti osservati	Anni rischio	Mortalità assoluta		Mortalità relativa	
			Teorica	Effettiva	Teorica	Effettiva
75 %	288	234	4.329.—	2	18,5	8,5
100 %	355	283	6.187.—	4	21,9	14,1
125 %	146	108 1/2	2.304.—	—	21,2	—
150 % e oltre	49	36 1/2	854.—	—	23,4	—
	838	662	13.674.—	6	20,7‰	9,1‰

Se noi ora consideriamo l'età media in cui si inizia la malattia e l'età media alla morte per complicazioni dell'ulcera, potremmo formarci una idea approssimativa della durata media della malattia, cioè della vita, in quei pazienti destinati a morte a causa dell'ulcera.

Poichè secondo le statistiche la più grande morbilità si verifica fra i 20 e i 40 anni e la più grande mortalità fra i 40 e i 50 anni, sarà lecito ammettere, anche in base alle osservazioni del decorso della malattia in molti ulcerosi venuti a morte, una durata media della malattia stessa intorno a 10-15 anni e, per quanto può valere, ricordo la statistica di Matison sopra riferita dalla quale risulta che in un gruppo di ulcerosi venuti al tavolo operatorio il 23 % aveva sofferenze da meno di mezzo anno ; il 16,5 %

da 1 a 3 anni ; l'11,7 % da 3 a 5 anni ; il 16 % da 5 a 10 anni ; il 16 % da 10 a 20 anni ; il 9,7 % da oltre 20 anni.

Studiata così la prognosi dell'ulcera non operata e di quella operata tenendo solo conto globale di un gruppo di ulcerosi, per quanto mi hanno consentito di fare le statistiche esistenti, cercherò ora di studiare come debba essere considerato dal punto di vista prognostico un operato di ulcera gastro-duodenale.

\* \* \*

Il trattamento chirurgico dell'ulcera gastro-duodenale ha delle indicazioni assolute e delle indicazioni relative. Le assolute sono date dalle gravi complicazioni come la stenosi, la perforazione, la trasformazione maligna o il sospetto di essa. Le relative sono date dall'ulcera senza gravi complicazioni. Queste ultime indicazioni non sopprimono l'indicazione della cura medica e gli stessi chirurghi in questi casi non rifiutano di consigliare al malato un trattamento medico che dovrà essere sostituito da quello operatorio se non si sarà dimostrato efficace dopo un periodo che parecchi computano intorno a sei mesi. L'intervento poi, secondo i chirurghi, è sempre indicato in quei casi che per condizioni speciali, professionali, economiche, sociali ecc. non consentissero una buona istituzione della cura medica.

Due specie di intervento si contendono ancora il campo e non sono cessate le discussioni e le controversie tra fautori della gastro-enterostomia e fautori della resezione, sebbene da varie parti, almeno nei Congressi, si voglia relegare la prima al posto di ancella della seconda. Da ambo le parti si vantano buoni risultati lontani e da ambo le parti non mancano le reciproche denigrazioni. Certo però è che la resezione ha preso il sopravvento (non sappiamo se definitivamente) sulla gastroenterostomia. Dalla statistica di Alessandri risulta che la proporzione tra la frequenza della gastroenteroanastomosi (del 79,9 %) e delle resezione (del 4,6 %) nel 1923 si è capovolta nel senso che nel 1933 la frequenza della gastroenterostomia è del 2,8 % contro il 97,18 % di resezioni.

Dal materiale statistico di Uffreduzzi risulta pure un capovolgimento della frequenza rispetto alle due operazioni. L'A.



mentre nel 1925 praticava ancora l'80 % di g.e.a. per l'ulcera gastrica e circa il 90 % per l'ulcera duodenale, nel 1935-37 ha praticato circa il 90% di resezioni per le due indicazioni.

La cura chirurgica dà in complesso buoni risultati anche a distanza. Le cause di insuccesso vengono elencate da Uffreduzzi come segue :

1 — Sofferenze inerenti alla persistenza dell'antica ulcera quando questa non è stata allontanata.

2 — Complicanze inerenti alla primitiva ulcera (emorragia, perforazione, degenerazione maligna).

3 — Recidiva dell'ulcera in altra sede.

4 — Complicazioni della nuova ulcera.

5 — Sofferenze dovute al persistere di una malattia gastrica primitiva.

6 — Discinesie del tratto gastro-duodeno-digiunale dovute alle nuove condizioni create dall'intervento (reflusso duodenale, ristagno in segmenti intestinali o nel residuo gastrico per atonia, svuotamento rapido per ipercinesì, colite).

7 — Disturbi da fatti cicatriziali ed'aderenziali lasciati dall'intervento.

8 — Sventramento della parete.

9 — Alterazione della crasi sanguigna.

I metodi di cura chirurgica dell'ulcera gastro-duodenale sono numerosi. Accennerò a quelli meno frequenti o caduti in disuso e mi soffermerò su quelli più usati rilevandone i risultati a distanza.

La dilatazione del piloro fu preconizzata nella stenosi pilorica da Richter nel 1881 ma fu abbandonata dato il numero notevole di complicazioni e di insuccessi.

La piloroplastica od operazione di Heinecke-Mikulicz consiste nel saturare verticalmente una incisione longitudinale piloro-duodenale.

La modifica di Finney è piuttosto una specie di gastro-duodeno-stomia. Altre modifiche esistono ancora che io trascuro. La

piloroplastica è indicata nella stenosi cicatriziale, per mantenerci nel campo dell'ulcera. Mentre l'operazione di Heinecke-Mikulicz dà un gran numero di insuccessi, maggior vantaggio reca l'operazione di Finney.

Polissodown ha pubblicati 351 casi di piloroplastica di cui 155 seguiti e nei due terzi di questi casi il risultato era favorevole.

La piloroplastica non è un intervento che dia grande affidamento, sia per le recidive della stenosi e sia perchè non dà una relativa sicurezza contro le complicazioni come l'emorragia e la perforazione. Gerster ha pubblicato un caso di emorragia intervenuta due anni dopo l'operazione di Finney.

La gastroduodenostomia consiste in una stomia fra la faccia anteriore dello stomaco e la seconda porzione del duodeno.

Le indicazioni sono le stesse della piloroplastica ; ma è un metodo abbandonato.

L'esclusione del piloro consiste nel praticare una separazione dello stomaco dal duodeno allo scopo di impedire il passaggio del contenuto gastrico per la sua via normale dopo gastroenterostomia.

E' dunque un complemento di questa operazione. Si parla di esclusione del duodeno quando la sezione passa per il piloro e di esclusione pilorica quando la sezione è fatta sull'antro.

L'abbandono di questo metodo è stato determinato dall'alta percentuale di ulcere peptiche post-operatorie. Un altro inconveniente è la formazione di una stasi fra la bocca di anastomosi e il moncone dell'esclusione.

Anche per quanto riguarda la guarigione il metodo non promette molto. Clairmont ha avuto il 55 % di insuccessi e Florcken dallo studio di 270 casi arriva alla conclusione che il metodo deve essere abbandonato.

Geza de Takats dopo 10 anni su 85 casi di esclusione trova il 60 % di risultati buoni, 10 % di miglioramento e 30 % di cattivi risultati di cui 21 ulcere peptiche.

La colecisto-gastrostomia basata su considerazioni di ordine clinico e sperimentale ebbe dei sostenitori al Congresso Russo di chirurgia nel 1926.

Fraenkel sopra 41 casi ottenne l'80 % di buoni risultati e Braitwaite avendo operato con questo metodo 29 casi in un anno,

lo raccomanda, avendone ottenuto buoni risultati. Il metodo, come è noto, parte dal concetto della proprietà della bile alcalinizante e protettiva della mucosa gastrica. Sono stati lamentati però frequenti casi di infezione delle vie biliari. Il metodo non è entrato nella pratica comune nè d'altra parte è possibile apprezzarne i risultati lontani per il numero scarso degli operati.

La digiunostomia è un metodo applicato eccezionalmente da alcuni chirurghi in casi gravi di emorragia, perforazione, ulcere callose, sanguinanti e inaccessibili della piccola curvatura, ecc. Il riposo completo dello stomaco dopo l'operazione permette la cicatrizzazione dell'ulcera ma occorre una lunga perseveranza, da 1 a 4 anni. E' un metodo che non ha interesse per noi.

Il metodo di scontinuatione nervosa vago-simpatica si fonda sull'interpretazione dell'ulcera come di origine nervosa secondo il concetto di Schiassi che ha proposto il metodo stesso. Non mi soffermo sulle varie tecniche e mi limiterò soltanto a riferire che molti chirurghi vantano buoni risultati da questo mezzo di cura pur non potendosi ancora emettere un giudizio sui risultati lontani per lo scarso numero dei casi operati.

Per i metodi cosiddetti « indiretti » un posto importante occupa la gastroenterostomia della quale dovrò occuparmi più a lungo e perciò la ho posposta agli altri sopra accennati.

La prima gastroenterostomia fu eseguita da Wolfler nel 1881 per una stenosi pilorica di natura neoplastica. Più tardi la gastroenterostomia fu applicata all'ulcera gastrica in atto ed il Codivilla nel 1893 eseguì la prima g.e.a. in una netta indicazione di ulcera duodenale.

Essendo fondamentalmente una operazione destinata a creare una nuova via di evacuazione dello stomaco la g.e.a. trova la sua netta indicazione (a parte le riserve e le discussioni che in seguito vedremo) nella stenosi pilorica. I primi risultati furono sorprendenti, tanto che l'indicazione venne man mano estesa a forme nelle quali l'operazione non poteva rispondere con efficacia. D'altra parte con l'esame degli operati, prolungato per anni, si cominciarono a constatare degli insuccessi e delle complicazioni a distanza che fecero sorgere i primi dubbi e le prime discussioni sui risultati del metodo operatorio.

Per quanto vi siano molti casi in cui lo stomaco domanda solamente di essere svuotato, a causa delle recidive, delle complicazioni e degli insuccessi, più frequenti che nella resezione, la tendenza odierna è quella di riservare la gastroenterostomia ai casi gravi con affievolimento notevole delle forze dell'organismo, nell'età molto inoltrata e come primo tempo della resezione. Anche la stenosi pilorica cicatriziale resta per molti una netta indicazione.

Ma se anche sembra che i resezionisti abbiano partita vinta, la questione non è chiusa e non mancano i partigiani della gastroenterostomia applicata con criterio, come non mancano i buoni risultati anche a distanza di questa operazione. In conseguenza anche oggi non sono rare le operazioni di gastroenterostomia ed il metodo presso molti chirurghi non è affatto in abbandono. La gastroenterostomia oltre ad assicurare lo svuotamento dello stomaco, dovrebbe avere come risultato in via teorica, uno stato di riposo del piloro e del duodeno atto a facilitare la guarigione dell'ulcera. Ma il neostoma non sempre funziona bene e per quanto riguarda la seconda aspettativa, che teoricamente sembrava dettata dalla logica, praticamente le cose vanno diversamente. Gli inconvenienti inerenti al neostoma possono consistere in due fenomeni opposti: o la bocca di anastomosi per la sua sede alta o per spasmi, o per altro, non evacua regolarmente e allora si ha la stasi, oppure evacua rapidamente e allora si hanno spesso diarree ribelli con gravi ripercussioni sullo stato generale. Un altro inconveniente è dato dal cosiddetto « circolo vizioso » cioè dal reflusso duodenale nello stomaco che se è contenuto in limiti modesti costituisce un mezzo alcalinizzante e perciò terapeutico dell'iperacidità gastrica, ma se è notevole riempie lo stomaco di bile e di succo pancreatico determinando vomiti ribelli che possono alterare profondamente lo stato generale del malato. Di queste evenienze bisogna tener conto nel raccogliere l'anamnesi dell'assicurando e nella valutazione del rischio.

Per l'altra aspettativa concernente lo stato di riposo del piloro e del duodeno, si è potuto accertare, grazie alle indagini radiologiche, che le cose vanno nel modo seguente. Quando la stenosi pilorica è molto pronunciata, lo svuotamento dello stomaco avviene attraverso il neostoma, ma quando il piloro è pervio lo

svuotamento si compie sia attraverso la via naturale che attraverso quella artificiale, qualche volta in maggior misura attraverso questa seconda via. Nell'ulcera del piloro lo spasmo di questo costituisce un elemento di difesa in quanto avvia verso il neostoma il contenuto gastrico e mette a riposo l'organo malato.

La gastro-enteroanastomosi dunque in linea generale crea una nuova derivazione gastrica, rimuove gli effetti dello spasmo del piloro, accelera lo svuotamento dello stomaco, tende a neutralizzare la iperacidità gastrica. Non appare perciò strano che questo intervento possa essere utile, sebbene in minor misura, anche nel trattamento delle ulcere gastriche situate lontano dal piloro. In questo caso però, come vedremo, il soggetto gastroenterostomizzato deve essere valutato diversamente che se l'ulcera era pilorica o justapilorica o duodenale o se esisteva solo stenosi cicatriziale del piloro.

Poichè la indicazione più netta della gastroenterostomia è la stenosi cicatriziale del piloro, i migliori risultati saranno ottenuti, anche a distanza, proprio in questa evenienza. Infatti le statistiche dimostrano concordemente i buoni risultati del metodo in questi casi, con una guarigione definitiva intorno al 98-99 % secondo quanto affermano Hortolomei e Butureanu. E ciò si spiega col fatto che nella stenosi cicatriziale non esistono le cause di insuccesso dovute alla presenza dell'ulcera in attività (emorragie, perforazioni, ecc.) e col fatto che la cicatrizzazione dell'ulcera dimostra una tendenza della malattia alla guarigione spontanea e la scomparsa delle condizioni che l'avevano determinata.

Risultati meno buoni si hanno nelle stenosi spasmodiche del piloro di origine ulcerosa.

Ho accennato ad alcuni inconvenienti della g.e.a. Tralasciando ora le complicazioni immediate che non ci interessano, accennerò alle complicazioni secondarie e tardive.

Tra le complicazioni secondarie è da ricordare la stenosi della bocca d'anastomosi che viene interpretata di natura infiammatoria e secondo Delore si presenta solo con una frequenza di 0,75 %. Rarissima è l'occlusione intestinale che si può manifestare anche a distanza di anni, come rarissime sono l'invaginazione retrograda dell'intestino nello stomaco attraverso la bocca di anastomosi e la gastrite flemmonosa.

La perforazione dell'ulcera può essere immediata e tardiva e mentre quella immediata può essere imputata a brusche manovre operative, quella tardiva non dipende dall'operazione in se stessa ma dal fatto che con questo metodo l'ulcera resta in sito. Nella clinica Mayo questa complicazione è stata osservata 5 volte su 5000 operazioni ed Eiselberg dà una frequenza del 2,3 %. Ribas su 60 g.e.a. ha avuto 3 casi seguiti da morte, uno dopo 15 mesi, uno dopo 3 anni e uno dopo 8. Larrieu nell'esame di varie statistiche ha osservato una frequenza di 81 casi su 10.500 operazioni.

La perforazione tardiva dunque non può essere a rigore considerata come una complicazione dell'operazione, così come l'emorragia a distanza che è meno rara della perforazione, ma come una conseguenza dell'insufficienza del metodo. L'emorragia è stata riscontrata non molto di rado specie per l'ulcera duodenale. Gosset ha trovato la persistenza a distanza dell'emorragia nel 10,6 % di ulcere sanguinanti operate ; Balfour ha riscontrato ancora l'emorragia in 9 casi su 500 casi di ulcera duodenale operati ; Uffreduzzi ha trovato che il 5 % dei casi di ulcera duodenale operata di g.e.a. presentava emorragie senza alcun caso mortale.

Tra le complicazioni tardive sono da ricordare la mesocolite retrattile e le briglie aderenziali. La cosiddetta ulcera peptica è una complicazione ma non della sola gastroenterostomia. Essa è molto più frequente nell'uomo che nella donna. Gosset dà 29 casi nell'uomo contro due nella donna. Iudd 90 uomini contro 11 donne ; Hartmann 88 uomini contro 18 donne ; Balfour dà 248 uomini contro 22 donne. L'età pare non abbia alcuna influenza. La sua sede può essere nel neostoma o nel digiuno, quando non si voglia considerare come ulcera peptica qualsiasi ulcera che non esisteva al momento dell'operazione e che appare dopo di questa in un punto lontano dalla lesione primitiva. La g.e.a. infatti non è in grado di impedire la comparsa di una nuova ulcera nello stomaco anche a distanza da quella primitiva.

La forma più frequente è la gastro-digiunale, seguita dalla forma digiunale. Più rara è la forma gastrica. La frequenza dell'ulcera peptica varia secondo le diverse statistiche. Le statistiche americane danno una percentuale del 2,5 %, quelle tedesche del 10,5 %, Pauchet dà il 5 %, Gosset il 4 %. L'americano Lewisohn

invece dà una percentuale del 34 % ; Strauss dà il 20-30 % ; Balfour sopra 8600 g.e.a. trova una percentuale dell'1,37 % per le ulcere primitive del duodeno e di 0,07 % per le ulcere gastriche.

Un fattore che incide sulla frequenza dell'ulcera peptica è il metodo operatorio seguito. Van Roojen trova 6 ulcere peptiche sopra 189 gastroenterostomie anteriori e 4 dopo 444 g.e.a. posteriori. Mayo Robson non ne ha osservato alcun caso dopo 200 g.e.a. posteriori e ne ha osservato uno sopra 30 g.e.a. anteriori. Anche la stomia a Y è stata attaccata come causa frequentissima dell'ulcera peptica digiunale, come pure l'esclusione del piloro.

I risultati lontani della g.e.a. variano come sopra ho accennato secondo il tipo dell'operazione e la sede dell'ulcera.

Balfour sopra 1000 casi operati nel corso di 10 anni per ulcera duodenale ha ottenuto nell'88 % dei buoni risultati e su 286 malati che presentavano emorragia questa si è ripetuta solo nel 5 % dei casi. Nel 3,5 % dei casi poi sono state riscontrate recidive dell'ulcera nel duodeno, nello stomaco e sulla bocca di anastomosi. Lo stesso Autore in un'altra statistica di 100 casi di ulcera duodenale trova l'87 % di guarigioni, il 5 % di miglioramenti, l'8 % di insuccessi di cui due hanno presentato un'ulcera peptica. L'osservazione di questi malati ha avuto la durata di 8 anni e mezzo. Mayo dà delle guarigioni nel 90 % dei casi. Sherren dà una percentuale di guarigione del 92,6 % dopo due anni. Moynhian dà una guarigione del 90 % nelle ulcere duodenali e afferma che il rimanente 10 % è costituito da emorragie e ulcere peptiche. Galpern sopra 524 operati seguiti per 1-3 anni ha trovato il 67,2 % di buoni risultati, 10,9 % di miglioramenti, 21,9 % di risultati mediocri per le ulcere duodenali ; per le ulcere piloriche invece ha trovato il 61,15 % di buoni risultati, il 15 % di miglioramenti, il 23,3 % di risultati mediocri. Lecine arriva alla conclusione che per le ulcere situate ad una certa distanza dal piloro i risultati della semplice g.e.a. non sono soddisfacenti. Tanasesco avendo seguito i suoi malati fra uno e 8 anni ha trovato buoni risultati nel 72 % dei casi, 9 % di miglioramento, e 18 % di insuccessi per le ulcere duodenali ; per le ulcere piloriche i risultati lontani hanno dato le seguenti cifre : 57,8 % di guarigioni complete, 15 % di miglioramenti, 26,3 % di insuccessi. Schwizer per le ulcere duodenali trova una guarigione dell'80 % dopo 4 anni che si riduce

a 75 % negli anni immediatamente seguenti. Hartmann, partigiano della gastroenterostomia, ha avuto sopra 187 g.e.a. con o senza stenosi pilorica, 4 malati con cancro gastrico. Dopo 72 operazioni per stenosi ha avuto un caso di ematemesi e uno di ulcera peptica dopo 11 anni. Dopo 115 operazioni per ulcera senza stenosi, l'ematemesi è stata osservata in 4 casi tra 2 e 7 anni dall'operazione, e si sono avute 3 ulcere peptiche e 2 gastropilorectomie per la persistenza dei dolori. In totale 10 malati hanno dovuto essere rioperati.

E' da osservare a questo punto che le divergenze dei risultati tra i vari chirurghi dipendono sia dal criterio che ciascuno adotta per giudicare della guarigione e sia perchè non sempre si possono rivedere tutti o quasi gli operati. Hortolomei e Butureanu osservano che se le statistiche americane danno una cifra alta di buoni risultati, le statistiche europee danno cifre più basse. Inoltre non è da trascurare la non rara possibilità della trasformazione cancerosa di un'ulcera gastrica trattata con g.e.a.. Pertanto le cifre surriferite vanno considerate con riserva. Si può ammettere però che il 50 o il 60 % dei malati in complesso vadano bene dopo l'intervento per g.e.a. e che una fortissima percentuale vada bene nel caso l'operazione sia stata eseguita per stenosi pilorica cicatriziale. Con maggior riserva occorre valutare un gastroenterostomizzato per ulcera gastrica lontana dal piloro, condizione nella quale la g.e.a. dà più spesso insuccessi, e per ulcera duodenale.

Da quanto ho finora esposto possiamo trarre le seguenti considerazioni.

La gastroenterostomia nella sua indicazione più precisa, cioè nella stenosi cicatriziale del piloro, dà nella massima parte dei casi risultati lontani eccellenti se anche rimane qualche disturbo inerente alle condizioni nuove e a quelle preesistenti. Ciò non significa negare che possa persistere l'ulcera anche nella stenosi cicatriziale. In questa evenienza e nelle altre, cioè quando l'intervento è praticato per ulcera in atto una percentuale che va dal 50 al 60 % ottiene la guarigione. Per il resto una larga parte presenta un miglioramento più o meno pronunziato. Il destino di questa rimanenza è segnato dalla persistenza dell'ulcera, dalla recidiva o dalla formazione di una nuova ulcera post-operatoria, dal-



la cancerizzazione dell'ulcera stessa. In questo secondo gruppo le complicazioni gravi sono rare e quando si presentano non sono sempre mortali eccetto s'intende la cancerizzazione.

L'ulcera peptica gastro-digiunale o digiunale che è una seria complicazione, non è frequente, come sopra è stato esposto, nelle g.e.a. posteriori e non ad Y.

Considerate le deficienze della g.e.a. alla quale però non bisogna negare un cinquantennio di successi chirurgici, i chirurghi hanno rivolto i loro tentativi alla creazione di una operazione che sopprimesse l'ulcera e realizzasse una terapia più o meno « causale » come si suol dire, per quanto di terapie causali dell'ulcera g.d. non ne esistano.

Son venuti così i metodi basati sulla resezione gastrica che fa parte degli interventi così detti diretti.

Tra gli interventi diretti l'esclusione dell'ulcera per affondamento è per lo più una operazione di urgenza e lascia immutate le condizioni di svuotamento e secretive dello stomaco; l'ulcera resta nello stesso tempo in posto. Il metodo non è entrato nella terapia chirurgica di questa malattia.

L'escissione spesso è accompagnata a gastroenterostomia. I risultati della sola escissione non sono stati soddisfacenti quando l'osservazione dei malati ha avuto una certa durata. Lo stesso si può dire della termocauterizzazione, della duodenectomia e della resezione della piccola curvatura non associata a gastroenterostomia.

Per quanto riguarda la gastrectomia anulare Kloiber ha trovato il 72 % di buoni risultati da 2 a 4 anni dopo l'operazione; Kleinschmidt ha avuto 32 risultati eccellenti su 33 operati; Judd e Lyons l'84 % di miglioramenti o guarigioni; Eiselberg osserva recidive nel 14 % dei casi; Friedmann nel 32 % e Clairmont nel 33 %. Balfour sopra 28 casi di recidiva dopo resezione ne trova 10 dopo resezione anulare. Lewisohn si dichiara scontento dei risultati di questa operazione.

Tra le resezioni limitate quella proposta da Iudd incontrò largo favore. Questa consiste nella resezione della metà anteriore del piloro con lembo quadrangolare. L'operazione di Iudd per conseguenza è applicabile solo alle ulcere anteriori, e poichè queste sono di gran lunga le più frequenti, il metodo può essere ap-

plicato nella massima parte dei casi. Secondo la statistica della clinica Mayo si avrebbe il 90 % di buoni risultati lontani.

A parte la possibilità che sfugga all'operatore un'ulcera situata nella parete posteriore il metodo Iudd non dà risultati soddisfacenti nei malati seguiti per parecchio tempo, ed Uffreduzzi afferma di aver dovuto rioperare quasi tutti gli operati col Iudd a causa di recidiva. Milone dà il 43% di buoni risultati dopo un periodo da 2 a 3 anni e mezzo. Per il resto il 17 % è stato rioperato per recidiva ed il 39 % pur presentando ancora sofferenze notevoli non ha accettato il nuovo intervento. Anche Fasano ha dovuto rioperare buona parte dei suoi operati col Iudd.

Molto discussi sono i risultati della resezione gastrica palliativa, o per esclusione come preferisce chiamarla l'A. che l'ha proposta. Finsterer infatti attuò questo intervento nelle ulcere piloriche e duodenali non estirpabili sia per la sede che per le aderenze, allo scopo di escludere l'ulcera pur lasciandola in posto. L'A. asserisce che seguendo la sua tecnica il metodo dà il 90 % di buoni risultati lontani. Anche Florcker avrebbe ottenuto buoni risultati lontani (94 %). Kirschner afferma che la resezione ampia dello stomaco, dal piloro al fondo, è il vero metodo di cura indipendentemente dal fatto se l'ulcera resta in posto o viene asportata. La resezione palliativa potrebbe così gareggiare con la resezione radicale quanto ai risultati lontani.

La questione di lasciare il piloro in posto o meno è molto discussa. Mentre Finsterer lasciando il piloro in posto ottiene una percentuale di buoni risultati intorno al 90 %, Haberer sostiene che occorre asportare il piloro se non si vuole che la resezione palliativa abbia risultati tardivi inferiori a quelli della g.e.a. Lasciando il piloro in posto è facile, secondo alcuni Autori, la comparsa dell'ulcera peptica.

Le preoccupazioni della frequenza dell'ulcera peptica lasciando in posto il piloro, vengono però ad essere poco fondate, secondo l'opinione di autorevoli chirurghi, se si escide la mucosa dalla parte di antro lasciata fino al piloro, come consiglia Finsterer.

In conclusione si può ammettere che i risultati lontani sono buoni sia che il piloro venga asportato sia che venga lasciato in posto escidendo però in questo caso la mucosa come ora ho detto, purchè la resezione dello stomaco sia ampia (almeno 2/3) se-

condo il metodo di Finsterer. Così comportandosi i risultati ottenuti sono superiori a quelli della g.e.a..

La resezione radicale gastro-duodenale è l'intervento a prognostico più favorevole secondo la maggioranza dei chirurghi. I metodi sono vari.

L'anastomosi termino-terminale tra bocca gastrica e duodenale è detta metodo di Pean o Billroth I°. L'anastomosi latero-laterale gastro-digiunale è detta metodo Billroth II°; quella termino-laterale senza riduzione della bocca gastrica è detta Reichel-Polya; la resezione di 2/3 dello stomaco e anastomosi termino-laterale con riduzione della bocca gastrica e formazione di uno sperone atto ad impedire il reflusso è detta Hoffmeister-Finsterer. Non mi soffermerò sulle denominazioni variamente date dai vari autori e sulle modificazioni tecniche apportate a questi metodi fondamentali.

La Billroth I° da vari chirurghi è stata abbandonata perchè darebbe difficoltà di svuotamento del duodeno, ristagno gastrico e una maggiore frequenza dell'ulcera peptica rispetto agli altri metodi.

Difatti si parla, per la Billroth I°, di una frequenza non molto dissimile da quella che si ha per la anastomosi. Questo metodo non assicura un deflusso così rapido e completo come il metodo termino-laterale gastro-digiunale. Inoltre la Billroth I° comporta spesso una resezione meno estesa e perciò non vengono a realizzarsi quelle condizioni che modificano la secrezione acida dello stomaco.

Si ritiene che nello stomaco esistano due zone di secrezione diverse: il fondo e la regione dell'antro. Sotto l'azione della secrezione ormonica della regione antrale la regione del fondo produce acido cloridrico. Nella resezione gastrica parziale, che è una antropilorectomia, verrebbe a mancare lo stimolo sulla secrezione acida che pertanto risulterebbe molto attenuata.

Con queste vedute, Merklen, Israel e Froehlich, in 44 gastrectomizzati sottoposti ad esame del succo gastrico a distanza variabile dall'intervento, riscontrano 37 volte anacloridria e 7 volte cloridria. L'ipercloridria persistente dopo l'intervento (che viene spiegata ammettendo una incompleta asportazione della

mucosa antrale o con una metaplasia glandolare di elementi che dopo la resezione subiscono una trasformazione verso il tipo glandolare pilorico) è un fattore prognostico sfavorevole predisponendo a nuove manifestazioni ulcerose.

Comunque si interpreti il fenomeno della secrezione gastrica è certo che dopo gastrectomia solo un numero molto ridotto di operati conserva cifre del chimismo gastrico al disopra del normale ed eccezionalmente si ha ipercloridria. Proprio questo è uno dei vantaggi della resezione sulla gastroenteroanastomosi, giacchè per la asportazione della zona glandolare dello stomaco gli operati diventano in massima parte ipocloridrici o acloridrici.

E' da notare però che operatori di larga esperienza danno ancora la preferenza al metodo Billroth I°. D'altra parte questo metodo se è quello che più si avvicina ad un criterio di ricostruzione fisiologico, non offre garanzie per una guarigione stabile, secondo molti chirurghi, e non influisce sulla iperacidità gastrica come gli altri metodi. Nery con la Billroth I° annovera solo il 63 % di risultati buoni dopo un anno.

I metodi gastrodigiunali vanno prendendo invece una diffusione sempre maggiore.

Il Billroth II° presenta uno svantaggio rispetto al Polya consistente nel fatto che il moncone gastrico chiuso tende a formare un culdisacco in cui ristagna il cibo, col risultato di un cattivo funzionamento e con possibili ripercussioni sullo stato generale.

Con l'anastomosi gastro-digiunale termino-laterale si presenta il problema del reflusso. Questo alcune volte è causa di disturbi, altre volte è ben tollerato. Molti chirurghi tuttavia continuano ad applicare il Polya senza lamentare seri inconvenienti; ma la maggioranza degli operatori dà oggi la preferenza al metodo Hoffmeister-Finsterer con la formazione di uno sperone fra stomaco e digiuno che guida il cibo verso la bocca efferente impedendo o attenuando il reflusso.

Le complicazioni tardive della gastrectomia sono varie ed è necessario considerarle quando si voglia studiare i risultati a distanza di questa operazione.

Per il rapido passaggio del contenuto gastrico non completamente digerito e forse anche per la mancanza dell'azione disinfettante dell'acido cloridrico si manifestano qualche volta nei ga-

strectomizzati stati diarroici più o meno lievi con fenomeni colitici. Questi fatti però sono spesso facilmente dominabili con una buona masticazione e con la somministrazione di qualche digestivo, specialmente dell'acido cloridrico.

I disturbi da stomaco piccolo sono quelli che vengono imputati specialmente ai metodi gastro-digiunali, e consistono principalmente in un senso di peso dopo i pasti e di sazietà precoce, in rigurgiti, qualche volta tachicardia e accenni a lipotimie dopo i pasti. Questi fenomeni sono dovuti soprattutto alla stasi per difetto di tecnica o per il metodo scelto, e al reflusso verso l'ansa afferente con stasi duodenale consecutiva.

I disturbi da stomaco piccolo però dopo un periodo di adattamento alle nuove condizioni create dall'intervento di solito scompaiono, lo stomaco a poco a poco si ingrandisce e, come scrive Uffreduzzi, proprio in questo periodo si manifesta la superiorità dei metodi gastro-digiunali termino-laterali sul Billroth II° latero-laterale, per le circostanze sopra enunciate.

L'ulcera peptica post-operatoria non è completamente esclusa dopo la gastrectomia.

Per quanto esistano opinioni contrarie la maggioranza dei chirurghi attribuisce la comparsa dell'ulcera peptica al persistere della iperacidità.

Come ho detto in precedenza, l'ulcera peptica si manifesta con maggior frequenza dopo resezioni tipo Billroth I°, secondo alcuni con la stessa percentuale che dopo la g.e.a.. Gli altri metodi ne presentano pure qualche caso ma in una percentuale molto minore. Questa percentuale con l'anastomosi termino-laterale non è superiore all'1 % e con l'anastomosi anteriore preferita da alcuni chirurghi, la cifra sarebbe ancora minore. In ogni modo rispetto a questa complicazione la superiorità della resezione sulla gastroenteroanastomosi non può essere discussa.

Secondo Uffreduzzi i risultati lontani nei pazienti operati di resezione ampia pur ulcera digiunale post-operatoria sono in complesso buoni ; però un certo numero di questi malati continua ad avvertire disturbi e sarebbe anche più frequente la recidiva dell'ulcera dopo la resezione. Garneth Wright riferisce una inchiesta

su dei malati affetti da ulcera gastro-digiunale e operati con vari metodi. Di questi operati seguiti a distanza, il 22,7 % erano morti, il 39 % stava bene e il resto avvertiva ancora disturbi. I risultati sono migliori se i pazienti sono stati trattati con la resezione ampia, tuttavia sono meno buoni che nella resezione primitiva.

L'insufficienza pancreatica è stata pure segnalata come seguito della resezione gastrica.

Una complicazione molto discussa circa la frequenza con la quale si presenta è costituita dalle anemie così dette da resezione.

Dopo resezioni gastriche venne constatato da vari autori un quadro anemico a tipo pernicioso (Moynihan, Hartmann, Morawitz, ecc.) che da alcuni è ritenuto come conseguenza dell'anacloidria post-operatoria.

Ma in molti dei gastrectomizzati si riscontra un quadro ematologico normale oppure soltanto un quadro di anemia ipocromica facilmente dominabile dalle cure.

L'anemia a tipo pernicioso è rarissima e, secondo la gran maggioranza dei chirurghi, il timore di questa conseguenza è infondato. I casi registrati vengono piuttosto considerati come coincidenze. Se esiste un presupposto teorico di questo timore, praticamente le cose vanno diversamente nelle gastrectomie parziali. Il presupposto teorico si fonda su due ordini di fatti: 1) l'achilia gastrica è un sintomo che accompagna la anemia pernicioso; 2) Nello stomaco, secondo Castle, si forma un principio antipernicioso. Si è visto infatti che anche la somministrazione di estratti di mucosa gastrica riesce a dominare il quadro della anemia pernicioso. Secondo le ricerche di Castle esiste nello stomaco un fattore antipernicioso detto intrinseco che in unione ad un fattore detto estrinseco, proveniente dall'alimentazione, formerebbe il principio antipernicioso. Si comprende pertanto come la sottrazione della mucosa gastrica possa far nascere il timore di una anemia pernicioso.

Come ho detto, per le gastrectomie parziali questo pericolo praticamente è molto lontano, mentre si affaccia più temibile nel-

le gastrectomie totali. Fasiani e Chiatellino su cento gastrectomizzati totali hanno fatto i seguenti rilievi : 47 sono morti subito dopo l'operazione ; 20 a non grande distanza e solo 25 hanno potuto essere seguiti a lungo. Di questi, 12 hanno presentato grave anemia, accertata di tipo pernicioso in sei casi.

Con una certa frequenza si rileva invece l'anemia ipocromica negli operati di resezione gastrica, del resto dominabile con i mezzi di cura. La frequenza di queste anemie è di gran lunga più notevole nella donna che nell'uomo, tanto che qualcuno consiglia di astenersi dalle ampie resezioni nelle giovani donne sotto i 40 anni.

Dodicher calcola una percentuale di casi di anemia ipocromica dopo resezione intorno al 27 % nell'uomo e all'80 % nella donna.

Santy e Mallet-Guy hanno richiamato l'attenzione sulla evoluzione ponderale dei gastrectomizzati. Questi autori, nella revisione degli operati, hanno potuto notare una lenta ripresa del peso corporeo e qualche volta l'operato non arriva a riacquistare i chilogrammi perduti nel corso della malattia. Al contrario un operato di g.e.a. riacquista rapidamente il suo peso corporeo. Tuttavia nel gastrectomizzato che presenta una lenta ripresa del peso o la mancanza del ripristino del peso primitivo, non è facile trovare una ragione del fenomeno. Infatti in questi casi gli autori hanno constatato la scomparsa di ogni disturbo, una piena ripresa della capacità lavorativa e una guarigione perfetta e definitiva della malattia, in una osservazione durata da due a otto anni.

La frequenza di questa conseguenza della resezione gastrica è più notevole quando la resezione stessa è stata ampia e diminuisce a misura che ci si allontana dalla data dell'intervento. Dopo tre anni infatti solo uno scarso numero di operati non ha ancora ripreso il suo peso normale, di modo che più che di un difetto definitivo e assoluto si deve parlare di lenta ripresa del peso.

Questo deficit ponderale è un fenomeno isolato ; l'operato resta magro ma riprende le sue forze e il suo benessere. Non pare agli autori che hanno studiato il fenomeno che si possano incolpare quelle turbe digestive, soprattutto soggettive, che alcuni

gastrectomizzati presentano, e sembra invece che le cause debbano essere ricercate nella alterazione del chimismo gastrico o della secrezione esterna del pancreas.

\* \* \*

I risultati a distanza della resezione gastrica presentano, secondo i dati raccolti nella letteratura, una netta superiorità sugli altri metodi operatori. Tralascio a questo punto la questione della mortalità operatoria nel confronto tra resezione e g.e.a. perchè non ci interessa.

Uffreduzzi scrive che « la mole delle osservazioni favorevoli è ormai così imponente che sarebbe difficile contestare la bontà dei risultati lontani ». Starlinger dopo 25 anni di esperienza afferma che i metodi radicali presentano, rispetto ai metodi conservatori, una proporzione di buoni risultati di 3,7 contro 1. Froehlich sopra 55 resecati da 10 anni ha trovato un risultato completo in 47 operati, 6 avevano disturbi lievi da stomaco piccolo. Ramperl e Schwartz danno il 51 % di guarigioni tardive perfetta per la g.e.a. e il 63 % per la resezione. Friedmann dopo tre anni trova il 79 % di risultati buoni. Oglobin sopra 86 operati trova dopo 3 anni che 72 stanno bene, 8 non hanno avuto un risultato soddisfacente e 6 sono morti a distanza dall'intervento. Fasano, dopo resezione estesa e riunione gastro-duodenale, ha avuto 5 risultati lontani cattivi, sopra 200 operati. Abadier, sopra 320 resezioni ha avuto il 90 % di guarigioni di cui la metà sono seguiti per più di 5 anni. Borger trova una percentuale di guarigioni durevoli del 93,25 % contro il 54 % dopo g.e.a.. Birgfeld trova il 94 % di guarigioni. Finsterer trova in un periodo di osservazione che va da 3 a 16 anni 98 % di guarigioni sopra 105 ulcere della piccola curva ; sopra 236 operati per ulcera duodeno-pilorica trova il 94 % di guarigioni in un periodo da 3 a 10 anni. Pannet dà una guarigione definitiva nell'85% dei casi.

La resezione larga dello stomaco, in base ai risultati che se ne ottengono, si può considerare ormai come l'operazione di scelta della maggioranza dei chirurghi, e dall'esame delle statistiche come dalle discussioni che si svolgono nei Congressi, appare ormai la superiorità della resezione sulla g.e.a.. I risultati immedia-



ti buoni della prima si aggirano intorno al 90 % e quelli buoni tardivi non si discostano di molto da questa cifra. La recidiva dell'ulcera dopo resezioni si calcola con una frequenza dell'uno per cento.

Alle cifre riportate, come ho detto in precedenza, occorre applicare una riserva, occorre tener presente cioè che nelle percentuali riportate spesso non sono compresi tutti gli operati, una parte di questi essendo sfuggita alla osservazione, e che col passare degli anni la percentuale dei risultati eccellenti subisce una certa riduzione.

A questo punto, prima di passare alle conclusioni, mi appare utile riportare le direttive per la valutazione dell'ulcera gastro-duodenale esposte in « *Deutsch e Stern : Lebensversicherungsmedizin* » e nel « *Rating Manual (S.U.A.)* ». Riporterò inoltre lo schema di valutazione del CIRT.

da : « *Lebensversicherungsmedizin* » - *Deutsch & Stern*

ULCUS VENTRICULI (ulcera allo stomaco)

E' necessario badare all'aggravamento ereditario, che oscilla fra il 25 e il 33%. Quanto è maggiore l'aggravamento ereditario tanto prima si presenta in generale l'ulcus e tanto più grave è il corso della malattia.

I rischi maggiori sono quelli sotto i 35 anni, i migliori sono quelli oltre i 35 anni.

Siccome l'ulcus si sviluppa probabilmente sul terreno di una costituzione particolare, un'ulcera operata non dovrà essere tariffata a condizioni migliori di un'ulcera non operata. Al contrario spesso nei posti suturati (gastroenterostomia) si sviluppano delle ulcere peptiche ; un'altra conseguenza che si presenta spesso dopo l'operazione è la gastrite cronica, sul di cui terreno si possono sviluppare nuovamente delle ulcere. Per questa ragione tanto le ulcere operate che quelle non operate dovranno essere trattate nello stesso modo.

Nelle gastriti croniche iperacide, nelle quali spesso si parla di sospetto di ulcera, quando dovessero mancare degli elementi diagnostici sufficienti (radiografia, estrazione del contenuto ga-

strico con la sonda, analisi delle feci) il caso dovrà essere tariffato sempre come un caso di « ulcus ».

Siccome l'ulcus lo consideriamo come condizionato allo stato costituzionale del soggetto, eventuali supposte guarigioni con o senza operazioni, dovranno essere ritenute come miglioramenti passeggeri. Perciò nell'ulcus non si parla mai di una revisione.

Nel tariffare l'ulcus si deve tener conto particolarmente dell'eredità, della costituzione, delle malattie precedenti, del peso, però in primo luogo anche della professione e delle condizioni sociali. Nei casi in cui la professione oppure le condizioni economiche non consentano l'osservanza di una dieta necessaria oppure del riposo, la tariffazione dovrà essere applicata più sfavorevolmente che nei candidati che si trovano in buone condizioni economiche e regime di vita più tranquillo. Quale indice di un'ulcera esistente oppure recidiva si presentano per la medicina assicurativa due elementi importanti e diagnosticamente facilmente precisabili :

1) poliuria notturna e

2) abbassamento della pressione arteriosa a 110 mm.Hg. (11 cm.) e sotto.

Noi siamo dell'opinione che sul terreno di un'ulcera dello stomaco soltanto di rado si vanno sviluppando dei carcinomi gastrici. Al contrario le gastriti croniche, come è dimostrato, preannunziano il cancro allo stomaco. Per queste ragioni giudichiamo le ulcere dello stomaco in candidati che si trovino nell'età che è minacciata da un carcinoma, come soggetti non minacciati da un carcinoma. Facciamo unicamente due eccezioni a questa regola :

1) Notevole aggravamento ereditario con carcinoma allo stomaco (più di un caso) ;

2) Età avanzata, dato che nei soggetti oltre i 65 anni si possono sviluppare sul terreno di un'ulcera callosa dei carcinomi allo stomaco.

*Con o senza operazione :*

Entro 2 anni dalla supposta guarigione

Rifiutare

Nel 2° anno, quando si tratta di un soggetto di oltre 35 anni, se l'ulcera allo stomaco presenta soltanto dei sintomi leggeri e quando essa sia radiologicamente dimostrata come cicatrizzata, in breve tempo, e se nelle feci non si è palesato del sangue o non si notano più disturbi gastrici dopo la guarigione dell'ulcera, la tariffazione eccezionalmente sarà la seguente :

210-250 con scaglionamento del 50 % (con un minimo di scaglionamento obbligatorio di 1/5).

Nel 3° anno, dalla supposta guarigione

180-210 (nei casi gravi scaglionamento del 25 %, con uno scaglionamento obbligatorio minimo di 1/3).

Nel 5° anno, dalla supposta guarigione . . . . .

130 - 145

Nel 6° » » » » . . . . .

135

Nel 7° » » » » . . . . .

100 - 125

Nell'8° anno sino al 10° anno dalla  
supposta guarigione . . . . .

100 - 115

### *ULCUS DUODENI (ulcera duodenale)*

L'ulcus duodeni (l'ulcera duodenale) deve essere giudicata più favorevolmente dell'ULCUS VENTRICULI (ulcera allo stomaco). Anche l'ulcus duodeni si sviluppa sul terreno costituzionale, perciò anche in questo caso è di importanza l'aggravamento ereditario (ugualmente 25-33 %) ed è d'importanza per la gravità della malattia.

Circa l'età si applicano le stesse regole previste per l'ulcus centriculi. Spesse volte essa viene scambiata per l'appendicite oppure col manifestarsi simultaneo dell'appendicite, colecistite e

coleditiassi. Siccome nei soggetti giovani si tratta di individui un pò deboli, è necessario badar bene che non si tratti di tubercolosi.

*Con o senza operazione :*

Entro il 1° anno dalla supposta guarigione				Rifiutare
Nel 2° anno	»	»	»	175-210 (scaglionamento del 25 0/0, con un minimo di scaglionamento obbligatorio di 1/3).
Nel 3° anno	»	»	»	145-175, nei casi gravi scaglionamento del 25 0/0, con un minimo di scaglionamento obbligatorio di 1/3).
Nel 4° anno	»	»	»	. . . 125 - 145
Nel 5°	»	»	»	. . . 110 - 135
Nel 6°	»	»	»	. . . 105 - 125
Nel 7°	»	»	»	. . . 100 - 125

Recentemente alcuni giudicarono la sopramortalità dopo l'operazione dell'ulcus duodeni alquanto più favorevolmente della sopramortalità senza operazione. Comunque questa supposizione si presenta più probabile che nell'ulcus ventriculi.

Si può lasciare in facoltà della parte interessata di ridurre di 1/4 - 1/3 le percentuali di sopramortalità di cui sopra quando si presenta un'operazione ben riuscita.

*Dal « RATING MANUAL » (S.U.A.)*

*Ulcera duodenale: senza operazione - Dopo completa guarigione:*

Un attacco .

Entro 1 anno	. . . . .	R.N.A.
2° anno	. . . . .	soprapremio 5 0/0 per 4 anni Y
3° »	. . . . .	» » » 3 » Y
4° »	. . . . .	» » » 2 » Y
5° »	. . . . .	» » » 1 » Z
6° » oltre	. . . . .	» 0 V

Due attacchi :

Entro 2 anni . . . . .	R.N.A.
3° anno . . . . .soprapremio 5 ‰ per 4 anni	+ 35 Y
4° » . . . . .» » » 3 »	+ 35 Y
5° » . . . . .» » » 2 »	+ 35 Y
6° » . . . . .» » » 1 »	+ 35 Y
7° » e oltre . . . . .da + 35 a 0	Y

*Ulcera duodenale : con operazione*

Una operazione, senza susseguenti sintomi :

Entro un anno . . . . .	R.N.A.
2° anno . . .soprapremio 5 ‰ per 4 anni	+ 50 a più 20 Y
3° » . . . . .» » » 3 »	+ 50 a » 20 Y
4° » . . . . .» » » 2 »	+ 50 a » 20 Y
5° » . . . . .» » » 1 »	+ 50 a » 20 Z
6° ed oltre . . . . .da + 50 a più 20	V
Più di una operazione . . . . .	R.N.A.

*Significato delle cifre e dei simboli :*

Le cifre precedute al segno + sono percentuali di sopramortalità da aggiungere alla mortalità normale pari al 100 ‰.

Il simbolo Y significa che non è da garantire il « rischio di invalidità » nè da concedere la forma « doppio capitale in caso di morte per infortunio » ; V significa che si può concedere questa forma, ma non garantire quella forma ; Z che tali concessioni sono lasciate a discrezione, secondo le circostanze ; R.N.A. vale per « rischio non assicurabile ».

*Dalle direttive di massima del « Consorzio Italiano Rischi Tarati »:*

*Ulcera gastro-duodenale (operata :)*

Fino a 6 mesi dall'atto operativo . . . . .	Rinvio
Fra 6 mesi ed un anno dall'atto operativo, buone condizioni generali . . . . .	125 co. Scala 1/5 e Revisione fra 2 anni
id. id. id. con sottopeso di 10 ‰ . . . . .	150 co. Scala 1/5 e Revisione fra 2 anni

Fra uno e 2 anni dall'atto operativo, buone condizioni generali . . . . .	100 co. Scala 1/5 e Re- visione fra 2 anni
id. id. id. con sottopeso di 10 % . . . . .	125 co. Scala 1/5 e Re- visione fra 2 anni
Fra 2 e 3 anni dall'atto operativo, b.c.g.	100 a 50 in 10 anni
» » » » » » » sottop. di 10 %	125 a 50 in 10 anni
Fra 3 e 5 » » » b.c.g.	75 co. Revisione 2 a.
Oltre 10 anni, con sottopeso di 15 %	75 co. » » »

*Ulcera gastro-duodenale, curata con CURA MEDICA :*

Fino ad un anno dagli ultimi disturbi	Rinvio
Fra uno e 2 anni » » » con buone c.g. . . . .	125 co. Scala 1/5 e Re- visione fra 2 anni
» » » » » » sottopeso 10 %	150 co. Scala 1/5 e Re- visione fra 2 anni
Fra 2 e 3 anni dagli ultimi disturbi, b.c.g.	125/75 in 10 anni
» » » » » » » sottop. 10 %	150/75 in 10 anni
Fra 3 e 5 » » » » b.c.g.	100 co. Rev. 2 anni
» » » » » » » sottop. 10 %	125 co. Rev. 2 anni

**CONCLUSIONI**

L'ulcera gastro-duodenale, anche se in ultima analisi è fondata, nella sua cronicità, sul potere peptico del succo gastrico e sulla perdita del potere antipeptico della parete gastrica, non può essere considerata come una malattia solamente locale, espressione di una alterazione del solo organo malato ; ma deve essere interpretata come la conseguenza di squilibri complessi che si riferiscono a situazioni umorali e neuro-vegetative abnormi create dalla rottura di quell'armonico conflitto neuro-chimico-umorale che sta alla base della regolazione organica totalitaria : situazioni umorali e neuro-vegetative che possono incidere su questo o su quell'organo a seconda della particolare predisposizione.

Se la guarigione medica della malattia sta a significare la cessazione - - sempre relativa e non definitiva - - di quelle con-



dizioni locali e generali che ne hanno determinato l'insorgenza, o l'attenuazione delle stesse, la guarigione chirurgica, anch'essa non assoluta, è fondata su modificazioni locali atte a rimuovere l'incidenza di cause locali e generali sull'organo che si è ammalato.

In base alle statistiche riferite, la cura chirurgica attuata con metodi appropriati e in casi che non presentavano gravissime alterazioni, consente di raggiungere risultati lontani superiori a quelli ottenuti con la cura medica.

E' pienamente giustificato dunque distinguere nella classificazione del rischio l'ulcera curata medicalmente dall'ulcera curata chirurgicamente.

\* \* \*

Il decorso dell'ulcera è cronico. La durata è di 2-5 anni (per quelle, s'intende, non operate) ; ma non è rara una durata di 15-20 e anche 35 anni, attraverso periodi di miglioramenti e peggioramenti.

Nei casi venuti a morte a causa della malattia in esame, si può calcolare approssimativamente una durata media della malattia di 10-15 anni.

Occorre tener presenti, nella valutazione medico-legale di un sinistro, i casi a decorso acuto senza precedenti, o con precedenti dispeptici insignificanti e transitori, ai quali l'assicurato ha potuto non dare alcuna importanza o che ha potuto dimenticare nelle risposte date all'ingresso in assicurazione.

\* \* \*

La guarigione medica, chirurgica o spontanea dell'ulcera gastro-duodenale, anche se può essere definitiva, non può considerarsi tale ai fini dell'assicurazione vita, perchè esiste sempre il pericolo della recidiva. Tuttavia il principio della revisione non è da scartare sia per la diversa valutazione dell'ulcera in atto, dell'ulcera guarita con cura medica, dell'ulcera guarita con cura chirurgica e sia perchè le probabilità di una guarigione durevole aumentano, nella cura medica, quando l'ammalato non abbia alcun disturbo e l'esame radiografico sia negativo trascorso un cer-

to numero di anni alle ultime sofferenze. E' piuttosto da scartare la revisione dopo meno di 5 anni, sempre per l'ulcera curata medicalmente.

\* \* \*

Sia dal punto di vista clinico che radiologico o gastroscopico, la diagnosi di guarigione dell'ulcera è sempre un compito difficile.

\* \* \*

Per quanto riguarda l'età, l'ulcera è più facilmente curabile nella età giovane che in età avanzata. La più grande mortalità si verifica fra i 40 e 44 anni.

La cancerizzazione dell'ulcera non è un fatto trascurabile anche se la frequenza varia secondo le varie statistiche tra 2 e 25 % e più.

Da tener presente che la cancerizzazione dell'ulcera duodenale è rarissima. Pertanto nella valutazione di un'ulcera gastrica in atto, curata con cura medica o con metodi chirurgici indiretti, oltre i 40 anni, occorrerà una cautela maggiore.

\* \* \*

La valutazione del rischio deve tener conto anche della professione o condizione sociale del soggetto. L'ulcera presenta una gravità maggiore negli individui esposti a strapazzi od a condizioni speciali che non permettono una adeguata condotta di cura. Dalle ricerche eseguite sui sinistri dell'I.N.A. risulta una mortalità maggiore nelle categorie del personale di fatica e di servizio, nel personale FF. SS. e Trasporti e negli agricoltori. Anche la residenza dovrà essere considerata, in quanto l'individuo che vive in un Centro o nelle vicinanze di Centro, ha la possibilità di una pronta assistenza chirurgica nell'eventualità di una complicazione dell'ulcera.

\* \* \*

Nella valutazione complessiva del rischio dovranno anche essere tenute presenti le condizioni neuro-psichiche del soggetto.

\* \* \*

Non pare che esista un tipo costituzionale dell'ulcera gastro-duodenale nè come sintesi morfologica nè come sintesi funzionale ben definita, e gli studi finora esistenti non hanno raggiunto ri-



sultati tali da consentire un chiaro e sicuro orientamento nella questione, che è sempre aperta e controversa. Quanto alla mortalità per ulcera gastro-duodenale risulta una lieve prevalenza fra i sottopesi rispetto ai normopesi, mentre i sovrappesi presentano una mortalità scarsa rispetto agli altri tipi costituzionali.

\* \* \*

L'ulcera gastro-duodenale può assumere un carattere familiare con una frequenza che varia secondo le varie statistiche dall'1,6-4-5% al 33%. L'ereditarietà deve essere considerata come una condizione aggravante.

\* \* \*

L'ipotensione arteriosa e la poliuria notturna non hanno quel valore che da alcuni vien dato a questi fenomeni.

L'ipotensione arteriosa nell'ulcera gastro-duodenale si presenta con una certa frequenza, ma non tale da assumere un valore particolare. Con una certa riserva possiamo ammettere l'importanza della ipotensione ai fini prognostici. Ho detto con una certa riserva perchè dalle riferite ricerche di Bordoli risulta che non costantemente, ma molto meno, si nota una tendenza alla normalizzazione della pressione col miglioramento dei soggetti che prima presentavano l'ipotensione.

\* \* \*

Dalle ricerche dei vari autori risulta che non è possibile considerare la sifilide come causa frequente dell'ulcera gastro-duodenale. Se pure questa infezione può aggravare la prognosi, occorre tener presente che la cura può facilmente metterla fuori causa, quando non esistano altre lesioni irreversibili.

\* \* \*

Se nelle statistiche antiche la mortalità per ulcera è segnata da cifre alte, intorno al 20-30% dei malati, bisogna ammettere che con i progressi delle cure mediche e della tecnica chirurgica attualmente queste cifre possono dirsi esagerate. Finsterer, con la sua competenza, ammette per le ulcere non operate una mortalità del 5-10%. Oggi nessun medico lascerebbe morire di

inanizione un ulceroso stenotico o affetto da altri disturbi, e d'altra parte la diagnosi precoce, oggi possibile con l'affinamento dei mezzi diagnostici, mette la cura medica in una posizione migliore per il raggiungimento di un buon risultato.

Riassumendo alcuni dati riportati nella relazione, noi possiamo osservare quanto segue: Delmasure sopra 86 malati non operati trova dopo 10 anni il 7% di morti. Roux sopra 110 soggetti, di cui 102 seguiti da 5 a 20 anni, operati e non operati, trova l'11% di morti. Per quanto si riferisce alla mortalità operatoria, facendo una media fra gastroenterostomia e resezione, possiamo valutarla al 6-7%.

Considerando ora che la frequenza delle complicazioni dell'ulcera data dalle statistiche non è quella reale, essendo riferita non alla massa globale degli ulcerosi ma alla massa degli operati o dei malati in forma grave ricoverati in reparti ospedalieri, e considerando pure che una buona parte degli individui con complicazione può essere curata e salvata e che la tecnica chirurgica ha raggiunto progressi tanto meravigliosi da operare in taluni casi delle vere resurrezioni, appare pienamente giustificata l'accettazione in assicurazione vita, con appropriato soprapremio, dell'ulcera in atto esente da sequele morbose gravi, come perigastriti pronunziate, periduodeniti, stenosi varie, emorragie cospicue e ripetute, alterazioni dello stato generale, gravi disturbi funzionali, e quando non vi siano, naturalmente, altre tare aggravanti. In questi casi il rinvio trova la sua indicazione.

\* \* \*

Non è giustificato, come ho detto, valutare alla stessa stregua una ulcera curata con cura medica e un'ulcera curata chirurgicamente, in quanto quest'ultima, quando la cura sia stata appropriata, presenta una prognosi migliore.

Il rinvio di un anno dagli ultimi disturbi potrebbe essere soppresso, come pure potrebbe essere abolita la revisione di 2 in 2 anni. Il rischio dopo un anno due o dopo tre, non presenta varianti tali da autorizzare il rinvio, e inoltre la mortalità nello stesso periodo non presenta caratteristiche ben definite tali da autorizzare uno scaglionamento annuo del capitale da uno a 5 anni.

Per l'ulcera operata è prudente il rinvio per un certo periodo dalla data dell'intervento allo scopo di studiare l'adattamento del soggetto alle nuove condizioni ; ma non mi appare aderente alla realtà la revisione di 2 anni in 2 anni come pure la riduzione progressiva del soprapremio perchè i buoni risultati lontani dell'operazione vengono a ridursi di frequenza proprio con l'andare degli anni. Anche lo scaglionamento del capitale mi sembra non aderente alla realtà.

Infine non è giusto, a mio modo di vedere sulla scorta dei dati statistici riferiti, considerare l'ulcera operata come un rischio peggiore dell'ulcera non operata.

\* \* \*

Nella valutazione dell'ulcera operata le eventualità sono diverse e occorre fare alcune distinzioni.

Le operazioni di piloroplastica, gastroduodenostomia, esclusione del piloro non danno affidamento. La colecisto-gastrostomia non è entrata nella pratica comune e occorre considerarla con molta riserva. Non vi sono dati ancora per poter dare un sicuro giudizio sulla scontinuatione nerveo-vascolare.

La gastroenterostomia dà buoni risultati nel 50-60 % dei malati. Le complicazioni della vecchia ulcera sono rare e l'ulcera peptica post-operatoria si presenta con una frequenza che dall'1 al 20 % secondo le varie statistiche. Quest'ultima complicazione è di gran lunga più frequente nell'uomo che nella donna e si osserva molto più raramente nella gastroenterostomia posteriore che nell'anteriore. L'ulcera peptica è stata osservata con maggior frequenza anche nella gastroenterostomia ad Y.

Una fortissima percentuale di malati ottiene buoni risultati lontani quando la gastroenterostomia è stata eseguita per stenosi cicatriziale del piloro.

Per l'ulcera gastrica situata lontano dal piloro la gastroenterostomia dà risultati meno buoni, e così pure per l'ulcera duodenale. In questi casi meno favorevoli i risultati buoni si hanno nel 50-60 % dei casi.

Tra i metodi diretti l'affondamento, l'escissione, la resezione limitata non danno affidamento.

La resezione gastrica palliativa con asportazione del piloro o con escissione della mucosa della parte di antro lasciata dà buoni risultati. La resezione così detta radicale dà eccellenti risultati dopo un periodo di adattamento. Il metodo Billroth I° dà frequentemente ulcere peptiche post-operatorie, quasi con la stessa frequenza della gastroenterostomia, mentre la frequenza scende all'1 % con gli altri metodi.

Nel gastrectomizzato occorre fare molta attenzione alla crisi sanguigna, mentre il peso del soggetto spesso presenta un deficit che è lento a colmarsi nei primissimi anni dall'intervento, pure avendo l'operato riacquistato la sua salute. Inoltre si farà attenzione alle funzioni digerenti e allo stato dell'intestino.

Ricorderò soltanto i risultati ottenuti da Finsterer con la resezione. Questo Autore in un periodo di osservazione che va da 3 a 16 anni ha avuto il 98 % di guarigioni sopra 105 ulcere della piccola curva, e in un periodo da 3 a 10 anni sopra 236 operati di ulcera duodeno-pilorica ha trovato il 94 % di guarigioni.

Se anche queste cifre vanno accolte con riserva è chiara la superiorità dei metodi chirurgici e della resezione in ispecie sopra gli altri metodi di cura, fatta eccezione per quei casi operati per condizioni di particolare gravità e che verranno discriminati volta per volta in base ad un complesso di considerazioni.

\* \* \*

Rischio cattivo e da rifiutare senz'altro presenta la gastrectomia totale, e un rischio pure cattivo, per quanto in minor misura, è quello rappresentato dagli individui rioperati per ulcera peptica post-operatoria.

\* \* \*

Nella valutazione di un ulceroso, in qualsiasi condizione questo si trovi, è indispensabile considerare le varie evenienze inerenti a complicazioni (stenosi, aderenze, stato generale, ecc.) o ad altre forme morbose associate.

BIBLIOGRAFIA

- Alessandri* — Forze Sanitarie 1935  
*Antognetti* — XLIV Congresso della Soc. Italiana di Medicina Interna 1938 - Roma  
*Barbara e Armandola* — Accademia Medica 1937  
*Barbara e Alzona* — Accademia Medica 1937  
*Barbara e Garaventa* — Accademia Medica 1938  
*Barbara e Ligori* — Accademia Medica 1937  
*Beck* — Die Medizinische Welt 1935  
*Bouisson* — Riforma Medica 1933  
*Buscaino* — Athena 1939 - Roma  
*Bordoli* — Cuore e circolazione 1935  
*Bordoli* — Minerva Medica 1939  
*Cannavò* — XXXII Congresso Italiano di Medicina Interna  
*Carro* — Clinica de Laboratorio 1936  
*Ciancarelli* — Rilievi sopra 2500 casi di ulcera gastro-duodenale operati.  
*Ciatti* — Assistenza Sanitaria 1939  
*Ciceri e Arrigoni* — Riforma Medica 1933  
*D'Amato* — XLIV Congresso Soc. Ital. Medicina Interna, 1938 - Roma  
*Defrise* — (in « Chirurgia dell'ulcera g.d. », Cappelli - Bologna)  
*Docimo* — La Clinica 1935  
*Domenici* — L'Assistenza Sociale 1939  
*Fortunati* — Assistenza Sanitaria 1934 - Roma  
*Gasbarini* — (in : Ceconi — Medicina Interna — Ed. Minerva Medica)  
*Ginanneschi* — La Medicina del Lavoro, 1938 - Milano  
*Greppi* — XLIV Congresso Società Ital. Medicina Interna, 1938 - Roma  
*Hayem e Lion* — Malattie dello stomaco U.T.E.T.  
*Hortolomei e Butureanu* — Ulcera gastroduodenale - Parigi.  
*Iacarelli* — Policlinico — Sez. Pratica — 1930  
*Israel-Merklen e Froehlich* — Nutrit. Vol. VI 1936  
*Lotti ecc.* — in Manuale pratico di Medicina Interna — Casa Ed. Lussana — Forze Sanitarie 1933.  
*Mandillon, Beauvieux e Goumain* — Presse Médicale 1935  
*Palie* — Le Siècle Médical 1933

- Pende* — XLIV Congresso della Soc. Ital. Medicina Interna, 1938 -  
Roma
- Pende* — Endocrinologia - Vallardi, editore
- Pende* — Patologia sintetica - Società Ed. Libreria
- Pennetti* — Riforma Medica 1935
- Romanelli* — Le ulcere g.duodenali e l'assicurazione vita — In-  
ternational Congress in Life insurance medicine — Lon-  
don 1935
- Sabatini* — XLIV Congresso Soc. Ital. Medicina Interna 1938 -  
Roma
- Saitta* — Annuali di Medicina Navale e Coloniale 1936
- Santy e Mallet-Guy* — Presse Médicale 1939
- Schiassi* — (in Ceconi — Medicina Interna — Ed Minerva Medica)
- Shloffer* — (in Wulstein e Kuttner — Chirurgia — U.T.E.T.)
- Sibilia e De Bernart* — Assistenza Sanitaria 1935 - Roma
- Stropeni* — XLIV Congresso Soc. Ital. Medicina Interna 1938  
Roma
- Sultano* — Assistenza Sanitaria 1939
- Ticozzi* — (in « Chirurgia dell'ulcera g.d. » — Cappelli — Bologna)
- Turner e Lattuf* — Presse Médicale 1935
- Uffreduzzi* — Patologia chirurgica - U.T.E.T.
- Uffreduzzi* — XLIV Congresso Soc. Ital. di Chirurgia 1937
- Ugelli* — Policlinico - Sez. Pratica 1937
- Verrotti* — La sifilide e le malattie veneree - Casa Ed. Idelson

Relazione del Dott. ALBERTO STARNA svolta nelle Riunioni del C. M. C. del 28-29 Febbraio 1940.

## IL RISCHIO D'INVALIDITA' PRESSO GLI ENTI DI ASSICURAZIONE VITA IN ITALIA.

Un fenomeno che colpisce favorevolmente chiunque viene a conoscenza della organizzazione industriale delle A. V. è precisamente quello della rarità delle vertenze legali in confronto a quanto accade presso gli enti di Assicurazioni Infortuni e nelle assicurazioni Sociali in genere. Quale è la causa di un dato di fatto così confortante ?

La semplicità delle condizioni contrattuali e la chiarezza delle evenienze possibili rendono spedito il funzionamento tecnico amministrativo della prestazione. Infatti, questa si attua allo scadere di un previsto numero di anni (Forme miste che giungono a termine e Termine fisso) o nell'evento di morte ; quantità aritmetica la prima, qualità biologica la seconda sulle quali nessun dubbio può sussistere. Tutta la pratica dell'assicurazione vita è orientata secondo un tal criterio, occorre che esso venga assolutamente mantenuto nei riguardi di ogni prestazione, la correttezza nella libera assicurazione è un requisito più che vitale, indispensabile.

Ciò vale anche per l'assicurazione contro l'invalidità che si è diffusa presso tutte le Compagnie esercenti il Roma Vita in questo ultimo ventennio. Tale assicurazione ha lo scopo di concedere l'esonero dal pagamento dei premi in caso d'invalidità dell'assicurato insorta in seguito a malattie o trauma prima del compimento dei 60 o 65 anni di età. Questa specie di assicurazione più brevemente viene indicata come assicurazione per il rischio d'invalidità, od anche allegato d'invalidità, in quanto essa non è che un complemento di una qualunque forma di assicurazione sulla vita. Fa naturalmente astrazione la forma di rendita vitalizia che esula, sotto molti aspetti, dagli scopi dell'assicurazione sulla vita ed anche dal criterio della previdenza familiare.

Non è qui il caso di discutere le ragioni che hanno indotto gli Enti di Assicurazione ad offrir la copertura di un tale rischio per il mantenimento in vigore di una polizza sulla vita. Indiscutibilmente la polizza, lasciata alle possibilità economiche dell'assicurato, potrebbe arrestarsi nel lento e faticoso lavoro di costruzione del risparmio e talora, cioè quando l'evento si verifica nei primissimi anni, andare completamente distrutto quando una malattia grave e permanente non permettesse più all'individuo di lavorare e di accantonare una quota delle proprie possibilità economiche.

Certamente tale polizza riesce benefica sia per i fini morali che con essa si ripromette la previdenza in genere, sia per i fini pratici in quanto l'assicurato diviene tanto più debole economicamente nell'occasione dolorosa di una malattia cronica invalidante, sia infine perchè anche l'assicuratore vede con questa clausola assicurativa cessare una spiacevole causa della perdita di una parte del portafoglio.

Dove invece a nostro modesto parere occorre andare cauti, dopo aver stabiliti gli scopi della prestazione, è precisamente nella delimitazione e nella specificazione degli attributi di questa speciale assicurazione che si è convenuta chiamare invalidità. Tale termine si riscontra presso molteplici assicurazioni quali quella per gli infortuni industriali, agricoli ; ma specialmente nella Previdenza Sociale cui dovremo talvolta riferirci. Simili riferimenti sono indispensabili per ottenere una chiarezza dottrina-ria in quanto l'assicurazione Vita in Italia non possiede, per le caratteristiche della prestazione, alcun massimario giuridico nè finora una uniformità di definizione.

Nella storia dell'invalidità dobbiamo anzi aggiungere che in Germania la Assicurazione complementare contro l'invalidità nell'A. v. ha preceduto la codificazione della previdenza sociale. Mentre il R. V. C. è del 1884, fin dal 1880 una Società vita gestiva questa assicurazione complementare secondo riferisce il Manes nelle Versicherung Lexicon. Ben presto molte altre compagnie tedesche adottarono tale complemento ; la Gotha lo ha introdotto nel 1914.

In Italia l'Assicurazione Sociale contro l'invalidità divenne obbligatoria con il D. L. del 21 Marzo 1919 per i salariati ; successivamente ha subito modificazioni nella definizione alle quali brevemente accenneremo per la comprensione del nostro esame.



Diversamente le nostre proporzioni nel campo delle assicurazioni private sembreranno arbitrarie e ingiustificate, mentre in un campo esiste un complesso giuridico collaudato dalla giurisprudenza; è perciò nostro dovere accertare ugualmente se e quanto le nostre formule possono procedere di conserva con la legislazione previdenziale.

Se esaminiamo l'art. 7 del D. L. 30 Dicembre 1923 troviamo che si parla di *inabilità permanente* al lavoro e in esso viene considerato « inabile al lavoro l'Assicurato la cui capacità di guadagno si è ridotta a meno di un terzo del guadagno abituale normale delle persone che esercitano lo stesso mestiere nella stessa località ». In questa definizione la prestazione riferita alla *inabilità* male si raffronta alla capacità di guadagno riferita nel suddetto articolo.

Ricorderemo pure che una società di assicurazione vita, la Reale Mutua ha mantenuto il termine di *inabilità* nelle condizioni di esonero per il pagamento dei premi. In realtà possiamo ritenere che l'*abilità* consista nella capacità di sfruttare la validità ad uno scopo e che invece la *validità* equivalga al concetto di attitudine al lavoro secondo il criterio classico di Biondi, Tovo e Giannini. Diversamente il Pellegrini ha in questi ultimi anni definito la *validità* quale idoneità psicosomatica per una determinata attività. A tale entità, che il Pellegrini chiama *validità biologica*, potremo accedere ed essa costituirà un elemento del complesso biosociale dell'individuo purchè venga mantenuta nel campo generico astratto. L'energia ottenuta da una turbina o da un trattore sono fondamentalmente indeterminati nella stessa guisa delle energie biologiche.

Del resto la parola *inabilità* è rimasta nella legislazione sociale italiana. All'art. 23 della Legge per l'Assicurazione degli Infortuni sul lavoro e delle malattie professionali del 17-VIII-1935 essa viene nominata e nel seguente articolo così definita: « *inabilità permanente assoluta* la conseguenza di un infortunio la quale tolga completamente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro ».

Per la storia del rischio d'invalidità nell'A. V. si deve qui ricordare, a quanto leggiamo in un pregevole studio del Marsella, che fu oggetto di una comunicazione al Congresso delle Scienze Assicuratrici del 1938, come già prima del 1913 la Compagnia

« Italiana », assorbita poi dall'I.N.A., concedesse l'esenzione dal pagamento dei premi in caso di inabilità permanente ; per di più tale Compagnia concedeva una indennità giornaliera in caso di inabilità temporanea.

Ma l'*inabilità* racchiude un concetto funzionale che messo in rapporto alla prestazione è sembrato ai giuristi termine non rispondente ai fini della realizzazione economico-sociale nel campo del lavoro e pertanto venne sostituito con l'altro di *invalidità* ormai entrato nell'uso generale. Anche nella relazione del Bellucci alla Riunione Medico-legale di Montecatini del 1934 viene espresso il parere che l'abilità costituisce un grado maggiore di valentia in confronto a quello della semplice *capacità* sulla quale torneremo successivamente.

Comunque nel testo del R. D. successivo sul Perfezionamento e coordinamento della Previdenza Sociale in data 4 ottobre 1935 al cap. V si parla, come poi si parlerà sempre, di invalidità. Questa all'art. 60 deve essere accertata permanente e generica e nell'art. 61 viene definito invalido « colui la cui capacità di guadagno in occupazioni confacenti alle sue attitudini ; sia ridotta in modo permanente a meno di un terzo del suo guadagno normale ».

Notevole in questa seconda definizione l'assenza del criterio topografico che esisteva nella precedente e la scomparsa del criterio professionale che s'intravedeva, seppure riflesso attraverso il termine del guadagno, nella legge del 1923 ; inoltre esplicitamente nell'art. 60 l'invalidità richiesta doveva essere qualificata permanente e generica, e ciò per evitare malintesi che in precedenza nel frattempo si erano verificati.

Senza soffermarmi su queste rettificazioni cui la legge aveva proceduto ricorderò infine come nelle recenti norme legislative sulla previdenza sociale emanate con D. del 14 Aprile 1939 non è stato altro specificato circa il tipo d'invalidità pur ripetendo quasi integralmente la definizione surriferita nell'articolo 61 della legge precedente.

Infatti nell'articolo 10 della nuova legge è detto : « Si considera invalido l'assicurato la cui capacità di guadagno, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente per infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo del suo guadagno normale per gli operai, o a meno della

metà per gli impiegati ». Aggiunto, dal punto di vista medico, risulta il riferimento alle cause invalidanti cioè l'infermità o il difetto fisico o mentale il che era prima presunto ; rimane immutata nel resto la definizione di invalidità.

E' però notevole ai fini dell'interpretazione della definizione di invalidità, la discriminazione posta tra gli operai e gli impiegati circa l'entità della riduzione di guadagno che dovrà risultare per ottenere la prestazione, superiore al 66,66 % nei primi ed al 50 % nei secondi. Evidentemente il legislatore ha ritenuto che le occupazioni in prevalenza intellettuali degli impiegati non avrebbero permesso una occupazione confacente alla propria attitudine quando la capacità di guadagno fosse stata ridotta, anche in grado notevolmente minore di quanto si stabilisce per gli operai, cioè di poco più della metà. Questa distinzione orienterà certamente la giurisprudenza verso un concetto di invalidità generica molto meno rigido di quanto era stato previsto in precedenza, cioè tenendo presenti le attitudini dell'assicurato.

Diremo però subito, ad evitare malintesi, che il riferimento esplicito dell'*attitudine*, termine da non confondere con l'abilità e che è stato conservato in questa legge, esclude l'interpretazione specifica delle invalidità nelle Assicurazioni Sociali. Possiamo anzi ritenere che appunto in virtù dell'attitudine al lavoro, cioè della validità, la prestazione in esame deve mantenere la denominazione di assicurazione contro l'invalidità, il che si verifica proprio, come vedremo, per le assicurazioni sulla Vita. Eventualmente il termine di assicurazione contro l'*incapacità* potrà essere adottato quando ci si voglia riferire esclusivamente alla capacità di guadagno, ciò che successivamente potrà essere assunto nelle Assicurazioni Sociali.

E' ben vero che nell'attuazione pratica è il riferimento concreto che più conta ; ma appunto perciò il termine d'invalidità in senso lato interessa l'esame di molte qualità e quantità, perciò è consigliabile una esatta determinazione del valore che le si vuole riconoscere nella medicina delle Assicurazioni Vita. Infatti da questi brevissimi cenni vediamo già quanto si presti ad apprezzamenti siubiettivi lo studio analitico della graduazione in esame (laddove i due terzi o la metà rappresentano il riferimento quantitativo per il riconoscimento della invalidità nelle Assicurazioni Sociali) e d'altra parte alcune qualità non posso-

no obiettivamente tradursi in quantità come la rieducazione funzionale ecc. ; ma ci si dovrà limitare ad una classificazione per assimilazione.

Il giudizio globale che gli organi tecnico-amministrativi emetteranno presso le Assicurazioni Sociali costituirà molto spesso il risultato della correlazione di quantità e qualità che verte sopra attributi disparati. Ciò porterà a contestazioni e vertenze che, sebbene spiacevoli, sono di poco rilievo nella assicurazione obbligatoria ; ma dovranno essere assolutamente evitate nelle assicurazioni private sulla vita per ragioni morali e psicologiche che si intuiscono.

Bisogna pure tener presente che la difficoltà di raggiungere una obiettivazione in tema di invalidità è dovuta alla discussione che verte nel campo medico-legale circa entrambi gli elementi che la caratterizzano. Da un lato cioè la denominazione presso le Assicurazioni Sociali è modificata perchè dapprima fu qualificata come *inabilità*, poi come *invalidità* ed ora secondo alcune scuole dovrebbe essere più propriamente denominata *incapacità*. Quanto alla cosa definita vi è stata, come sopra abbiamo visto, una delimitazione un po' diversa a seconda si considerino le leggi del 1923, del 1935 ed in certo modo anche quella più recente del 1939.

Noi riteniamo che sarebbe poco consigliabile per gli Enti di Assicurazione vita accedere a tali formule che tendono a provocare contestazioni una volta che dal campo strettamente medico ci si trasferisse a discussioni di apprezzamenti sociali ed economici ; che potrebbero far accampare insospettati diritti attraverso il poliedrico prisma dei legali ; illustrando la definizione vedremo i motivi di questa nostra persuasione.

Dobbiamo pure richiamare l'attenzione sopra alcune circostanze essenziali che differenziano l'invalidità nell'assicurazione Vita. Anzitutto in questa prestazione il rischio è limitato alle cause patologiche sia mediche che chirurgiche che sopravvengono prima di una certa età, mentre nelle Assicurazioni Sociali gli iscritti divengono pensionati al raggiungimento di quest'ultima, la quale costituisce di fatto la invalidità fisiologica legale dovuta alla vecchiaia. Per questa ragione un assicurato sulla vita, viene riconosciuto invalido, al compimento di 65 anni deve riprendere i pagamenti qualora la polizza non sia giunta a termine. Al con-

trario nella Previdenza Sociale si parla di assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia tenendo in tal modo distinte le cause patologiche da quelle fisiologiche come causa di inaridimento della capacità di guadagno.

Se questa circostanza di diritto è importante, non minore peso deve essere attribuito all'altro elemento contrattuale secondo la quale l'assicurazione sulla vita copre il rischio soltanto per una quota modesta della capacità produttiva individuale, cioè per la quota corrispondente al premio della polizza. Ciò è ben diverso da quanto accade nella Previdenza Sociale la cui prestazione riassume tutte le possibilità di guadagno e tutti i rischi fisiologici e patologici.

Ne consegue che il salariato potrà essere tentato, in vista della pensione, ad esagerare i propri disturbi; l'assicurato sulla vita in realtà non avverte lo stesso stimolo poichè il beneficio che egli si può ripromettere è molto minore, nè economicamente conveniente per uno stato di incapacità che egli deve poter dimostrare.

Come ho osservato in un altro studio questa seconda situazione psicologica ed economica è socialmente preferibile: la prima invece tende a sollecitare l'assicurato verso la simulazione od a pretestare il disturbo denunciato. Con ciò però non vogliamo escludere che talvolta anche tra i nostri assicurati, in occasione di pratiche per l'invalidità, vi sia tendenza a riferire l'inizio dei disturbi ad una epoca diversa dalla reale per ottenere l'esonero.

Comunque non è sulla convenienza o meno da parte dell'assicurato nel contestare uno stato di presunta invalidità che dovremo orientare la nostra azione. La chiarezza e l'obiettività mantenute nel campo strettamente medico è quella che a nostro parere deve prevalere rispetto al sopra lamentato criterio della soggettività. A tal fine in un precedente studio comparato della invalidità tra le assicurazioni sociali e quelle sulla vita abbiamo considerato l'uomo come un complesso fisico economico risultante da una sintesi armoniosa e proficua che costituisce l'individuo lavoratore.

Prima di analizzare un simile complesso, indispensabile per ottenere un orientamento in un campo nel quale i sinonimi sono infidi, esaminiamo senz'altro quali sono le formule in uso presso

le varie Compagnie Italiane sulla vita per le polizze ordinarie. Quanto al criterio attuariale del soprapremio ci limitiamo a ricordare che, secondo una convenzione stabilita nel 1925, esso è uguale per tutte le Compagnie e pertanto è inutile citarlo.

A nostro modesto parere non è accettabile una diversità nella definizione di invalidità nei vari tipi di polizze di assicurazione sulla vita poichè esse non trovano alcuna giustificazione previdenziale nè di altro ordine. Una duplicità di concetto potrebbe indebolire il criterio dell'autonomia dell'invalidità nell'assicurazione sulla vita alla quale è nostro desiderio pervenire. Per di più nell'applicazione pratica questa duplicità potrebbe dar luogo ad apprezzamenti sfavorevoli da parte dell'assicurato in quanto il giudizio è mantenuto nei limiti dell'amichevole componimento ed alla discrezione della Compagnia Assicuratrice.

La biologia non può avere, di fronte ad una prestazione, che una sola misura ; la disparità di trattamento in un giudizio medico, che già sappiamo complesso e soggettivo di per sè, potrebbe nuocere alle conclusioni della Commissione. Se da un lato gli elementi formativi dell'invalidità nell'assicurazione vita debbono essere identici nelle varie forme, non di meno riteniamo che sia utile agli Enti di assicurazione differenziare la loro prestazione da quella ben nota della previdenza sociale.

Giustamente Bellucci, commentando i criteri dell'invalidità pensionabile espressi due anni fa dal Pellegrini, osservava che l'interesse dei tecnici non rimarrà circoscritto, ma esso fatalmente sconfinerà « dal campo dell'assicurazione invalidità in quello della assicurazione malattia e assicurazione infortuni i cui interessi immediati ed individuali, più vivi e battaglieri, non potranno non essere additati se non turbati ». Certamente nell'assicurazione vita l'urgenza sarà minore ; ma è bene provvedere a tempo ad una chiarificazione e possibilmente ad una unificazione concettuale presso i vari enti.

Forse la frequenza del massimario per le vertenze sostenute dall'I.N.F.P.S. contribuisce a far considerare malamente da molti come indicativo anche per le altre assicurazioni la interpretazione della invalidità applicata nelle assicurazioni sociali. Un esempio è costituito dallo studio dello Japichino che, trattando, nella tesi di perfezionamento in Medicina legale delle assicurazioni, della invalidità presso i vari enti di assicurazione il raffron-

to delle definizioni dell'I.N.F.P.S. e dell'I.N.A. afferma, almeno per quanto riguarda la durata e il grado, che « lo spirito delle due definizioni è il medesimo ».

\* \* \*

Per chiarezza e brevità nella seguente rassegna saranno ora da noi raggruppate e considerate identiche quelle definizioni delle varie Compagnie delle assicurazioni vita che, pur presentando qualche differenza di parola, sono informate ad un unico criterio. Le formule in uso presso le suddette Compagnie possono riunirsi nei seguenti tre gruppi.

*PRIMO GRUPPO.* — Definizioni con riferimento alla capacità dell'esercizio professionale e ad ogni lavoro confacente alle attitudini ed abitudini del soggetto.

Son ben otto le Compagnie che vi rientrano. Specificatamente diremo che ad essa si riportano oltre l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il quale formulò per prima questa definizione, la Fondiaria Vita, l'Anonima Vita, l'Assicurazione di Milano, l'Italiana Vita e la Cattolica. La formula dell'Istituto è esattamente la seguente :

« Art. 2. — Ai sensi e per gli effetti del presente allegato, « si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, « per sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purchè l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed « oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della sua « professione o mestiere dichiarati all'Istituto ed abbia perduto « altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini ».

Nel seguente art. 3 viene specificato come non vengano coperti dal rischio le invalidità conseguenti a tentativi di suicidio, guerra, e infortunio aeronautico sia militare che civile.

Rileviamo che le prestazioni in esame nel titolo viene denominata *totale e permanente* solo dall'I.N.A. e dall'Italiana Vita : le altre Compagnie la denominano semplicemente invalidità : su tale questione torneremo successivamente.

Allo stesso gruppo va ascritta la definizione delle Assicurazioni Generali di Venezia che presenta poco più di una trasposi-

zione per alcuni termini della definizione. Il divario è maggiore nella formula della Reale la quale nello spirito, ed in parte nella dizione, segue la formula sopra riferita. All'art. 2 delle Condizioni Speciali di esonero dal pagamento premi in caso di invalidità nelle polizze della Ieale è detto : « il socio si ritiene invalido solo se per una causa qualsiasi non dipendente da guerra e non imputabile alla sua volontà, egli è reso inabile permanentemente all'esercizio della sua professione o mestiere e sia incapace a compiere altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini ».

E' questa l'unica compagnia, come ricordammo all'inizio, che usi il termine di inabile permanente per la definizione di invalidità.

Questo termine però non equivale a quello di invalido come abbiamo già visto ; comunque è stato usato come suo sinonimo nella legge per l'assicurazione per gli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Nella formula della Reale è poi notevole l'uso della qualifica di incapace a soggetti resi inabili ; il termine di incapacità è stato proposto per la denominazione della prestazione nelle assicurazioni sociali da parte del Pellegrini.

*SECONDO GRUPPO.* — Viene fatta *menzione* in tali definizioni *del solo lavoro in genere*.

Ad' esso appartengono le formule adottate dalla « Previdente Vita », « Il Mondo » e « L'Alleanza ».

Veramente la formula della « Previdente » che ha adottato per gran parte la dizione dell'I.N.A. ha finito col subirne lo spirito perchè nonostante le parole vi è implicito il riferimento al lavoro specifico. In essa leggiamo che è definito invalido colui che « abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità al lavoro già da esso esercitato, come ad ogni altro confacente alle sue attitudini e abitudini ». Orbene il lavoro inteso genericamente si esegue ; ciò che si esercita costituisce la professione ; in tal caso il termine lavoro va inteso come traslato della parola professione ; la frase che segue del resto conferma questo significato.

Più chiara è la definizione del « Mondo » che sembra derivata dalla formula dell'I. N. A. ; essa infatti si esprime così : « s'intende invalido ai sensi e per gli effetti del presente contrat-



to colui che sopravvenutagli malattia o lesione fisica qualsiasi, purchè l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità ad ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini ». In questa rimane incerto il valore dell'aggettivo indefinito « altro » che presume la contrapposizione ad un lavoro proprio o specifico non menzionato ; meglio sarebbe stato non riportarlo.

« L'Alleanza » presenta una formula che nella sua brevità è più felice ; essa infatti nell'art. 1 riassume ciò che è espresso negli articoli 2 e 3 dell'I. N. A. cioè la definizione e le cause determinanti coperte dall'assicurazione con queste parole : « La Società esonera dal pagamento degli ulteriori premi dovutigli per contratto l'assicurato, che in dipendenza di una malattia o di infortunio, del tutto involontario, accertabile oggettivamente indipendente dal servizio militare in tempo di guerra, resti privato prima che abbia compiuto i 65 anni di età, in modo completo e per tutta la vita, dell'attitudine a qualsiasi utile lavoro ». Nella sua semplicità questa dizione lascia libera l'interpretazione sull'attitudine residua del lavoro utile e pertanto l'assicurato profano non vi trova tutti gli elementi sufficienti per chiarire fin dove giunga l'invalidità ; è comunque evidente il riferimento al lavoro generico.

**TERZO GRUPPO.** — Riferisce l'invalidità alla *capacità di guadagno e di lavoro*.

A tale criterio si ispirano le formule di tre Compagnie e cioè « La Riunione Adriatica di Sicurtà », « L'Anonima Assicurazione di Torino » e « L'Abeille ».

La prima nell'art. 2 così si esprime : « si considera invalido l'assicurato se egli ha perduto totalmente, da sei mesi almeno la capacità di guadagno e di lavoro e se tale perdita si deve ritenere permanente e definitiva per tutta la vita.

« L'assicurato sarà considerato invalido senz'altro in caso di perdita delle facoltà mentali o della favella in seguito a malattia organica inguaribile del sistema nervoso centrale, di completa e inguaribile peralisi o di altra completa e permanente inservibilità di due arti (un arto superiore e uno inferiore, oppure ambo gli arti superiori o ambo gli inferiori) di cecità completa e per-

manente di ambedue gli occhi ed in fine in caso di malattia cronica che confini l'assicurato a letto per tutta la vita ».

« Un'invalidità cagionata soltanto da debolezza senile o da debolezza generale o comunque non cagionata da malattia o lesione corporale, oggettivamente dimostrabile, oppure subentrata in seguito a servizio di guerra non dà diritto ad esenzione dei premi ».

Questa definizione piuttosto lunga è divisa in varie parti ; una prima che comprende la definizione propriamente detta di cui ora vedremo ed una seconda nella quale, quasi in deroga alle condizioni circa la durata dello stato morboso espresso antecedentemente per il riconoscimento della invalidità, si elencano malattie o lesioni che danno diritto « senz'altro » a riconoscimento stesso. Dalla lettura di questo elenco si rileva trattarsi di forme molto gravi che corrispondono non solo ad una perdita di ogni capacità di lavoro e di guadagno ; ma che possono essere ascritte a quelle forme qualificate in altri campi grandi invalidità le quali si verificano allorchè l'individuo costituisce economicamente una passività per l'assistenza sanitaria che la sua malattia cronica richiede. Inoltre non si comprende il riconoscimento immediato nei casi di perdita delle facoltà mentali, mentre sappiamo che molte di queste malattie possono guarire rapidamente, tanto che in un lavoro nel quale avremmo occasione di occuparcene specificatamente proponemmo che per queste affezioni il riconoscimento dell'invalidità seguisse ad un congruo periodo di osservazione, data la prognosi incerta che esse comportano.

Riesce anche oscuro il riferimento alla perdita della favella che non può essere interpretata come disartria e pertanto, esclusi gli stati comatosi acuti, non potrebbe verificarsi che nel mutismo di alcune psicopatie o in seguito a lesioni del centro motorio di Broca, più raramente a quelle del sensorio che risiedono nella corteccia di sinistra. Una afasia alla quale probabilmente intende alludere la definizione si può anche avere in alcune speciali sindromi capsulari in seguito a distruzione delle fibre verbo-articolari di Mingazzini. In pratica tutte queste forme sono eccezionali.

Nell'ultima parte della definizione dell'« Adriatica » viene fatto cenno a due quadri clinici approssimativi cioè alla debolezza senile ed a quella generale ; a tale riguardo dobbiamo osser-

vare come la prima si verifica ad una età superiore a quella che abitualmente limita l'epoca di riconoscimento e quanto alla seconda risulta troppo vaga perchè possa esserle riconosciuto un valore medico.

Simile a questa definizione negli elementi essenziali risulta quella della « Assicurazione di Torino » nella quale, dopo le premesse identiche a quelle del formulario dell'I. N. A. viene riconosciuto invalido colui che « abbia perduto totalmente, da sei mesi almeno, la capacità a qualsiasi lavoro ed a qualunque guadagno, semprechè tale perdita si debba ritenere permanente e definitiva per tutta la durata della sua vita ». Nel capoverso seguente viene esclusa la invalidità per debolezza senile o generale come nella formula dell'« Adriatica » e sulla cui nebulosità non occorre insistere. Questa dizione presenta comunque il vantaggio di mantenere una maggiore brevità avendo abolito la lunga esemplificazione del secondo capoverso della formula dell'« Adriatica ».

Migliore, perchè più semplice è in questo gruppo la definizione data da « L'Abeille » la quale così la identifica : « Art. 1... perdita totale permanente e definitiva della capacità di lavoro e di guadagno cagionata da lesioni corporali o da malattie verificabili in base a fenomeni oggettivi subentrata entro il 65° anno ».

Esposto in tal modo ed illustrate le definizioni secondo il raggruppamento concettuale, ometteremo alcune rare formule adottate per tipi di assicurazione Vita speciali che intendono riferirsi alla sola capacità di guadagno ; il contesto nell'esame che segue ne dimostrerà gli inconvenienti.

Possiamo quindi concludere, dopo aver constatato alcune deficienze specifiche nella stesura delle definizioni, che fondamentalmente esse fanno riferimento a criteri piuttosto diversi e cioè : quelle del primo gruppo alla capacità dell'esercizio professionale e ad ogni lavoro confacente alle attitudini ed abitudini del soggetto (I.N.A. ed altre sette Compagnie), quelle del secondo Gruppo prendono in esame la sola capacità al lavoro generico (Arlanza ed altre due Compagnie) ed infine un terzo Gruppo con riferimento alla capacità di guadagno e di lavoro (L'Abeille ed altre due Società). Le Società ora specificate presentano la formula a nostro parere migliore per ogni singolo gruppo ; dobbiamo però ricordare che abbiamo potuto esaminare i moduli di 14 Com-

pagnie esercenti il Ramo Vita, non abbiamo avuto la possibilità di esaminare le formule di qualche Compagnia secondaria.

A questo punto si impone il primo problema : perchè di tre definizioni ben due presentano contemporaneamente un riferimento a due diverse capacità di cui una notevolmente più liberale dell'altra ? L'inconveniente cui ciò può dar luogo è facile ad immaginarsi ; l'assicurato per la sopravvenuta incapacità della forma più liberale chiederà che questa sia riconosciuta comprensiva anche per l'altra. Così colui che avrà perduto la capacità dell'esercizio professionale dichiarato all'ingresso secondo la formula del 1° Gruppo troverà giusto che tale stato gli venga riconosciuto anche per ogni lavoro tenendo presente il riferimento qualitativo che segue.

Una interpretazione di tal genere fatalmente condurrà ad ammettere l'invalidità specifica. Anche nello studio dello Japichino, già ricordato e che pure contiene interessanti rilievi, si viene alla conclusione che nella formula dell'I. N. A. la capacità è intesa in senso specifico tanto più che nel secondo caso (cioè quanto al lavoro) si parla di lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini. Sembra strana una tale interpretazione quando il titolo dell'allegato parla di « invalidità totale e permanente » ; ma l'interpretazione letterale anche di questa formula, che è tra le migliori, può condurre ugualmente a tali abbagli quando si fanno riferimenti a invalidità diverse.

La ragione del doppio riferimento nelle formule del primo e del terzo gruppo, mentre sarebbe stato assai più semplice riferire la sola condizione contrattuale più rigorosa, è a nostro parere dovuta al desiderio da parte della Società, di voler lasciare alla discrezione della Commissione Medica una libertà di giudizio di notevole ampiezza.

Le tendenze innovatrici nel campo dell'invalidità sociale consigliano al contrario oggi gli Enti di assicurazione di identificare in un solo riferimento ben saldo nella catena degli elementi formativi della capacità umana, la invalidità cui ci si debba portare.

Abbiamo perciò cercato di ovviare all'inconveniente delle definizioni di invalidità, basate di solito sopra criteri di negatività, con un metodo fondamentalmente analitico. Attraverso la rifrigenza bio-sociale l'individuo risulta nella società umana co-

stituito da tre entità positive che si susseguono e si completano nell'ordine di tempo seguente.

*Entità fisica* la quale si sostanzia nella idoneità psico-somatica, *entità tecniche* di conoscenze acquisite che si sviluppano nell'apprendistato per i lavori manuali o nelle scuole per gli intellettuali ed infine *entità economica* nell'utilizzazione sul mercato di lavoro. Quest'ultima che si concretizza in una retribuzione salariale o nel libero guadagno costituisce appunto la capacità di guadagno vertice, nonostante l'antinomia dei termini, dell'invalidità specifica espressa in valuta.

Ad ognuna di queste fasi dei valori sociali possiamo riconoscere tipi diversi di validità ; le quali dal seguente schema risulteranno così costituite :

IDONEITÀ PSICO-SOMATICA . . . . . = VALIDITA' BIOLOGICA

IDONEITÀ PSICO-SOMATICA + CONOSCENZE TECNICHE (Abità) . . . . . = VALIDITA' LAVORATIVA

IDONEITÀ PSICO-SOMATICA + CONOSCENZE TECNICHE + UTILIZZAZIONE ECONOMICA SUL MERCATO = VALIDITA' SOCIALE

N. B. — L'invalidità è sempre dovuta alla diminuzione dell'idoneità psico-somatica la quale assume una diversa importanza a seconda si considerino gli effetti sulla validità lavorativa (invalidità nell'assicurazione vita) o sulla validità sociale (invalidità sociale) presso l'I.N.F.P.S.

Da quanto sopra possiamo escludere che nell'assicurazione sulla vita ci si possa riferire al primo tipo d'invalidità che corrisponde ad una definizione filologicamente esatta, ma senza possibilità di attuazione pratica. L'identità psico-somatica non riferita ad una determinata attività corrisponde all'attitudine al lavoro in genere non ha importanza nelle assicurazioni, a differenza di quanto propone il Pellegrini per le ragioni riferite avanti. Questo al terzo tipo non ne consiglieremmo l'accettazione perchè il riferimento alla capacità di guadagno col relativo giudizio esorbita dal campo della Commissione Medica, come quella prevista dalle formule di invalidità sociale.

Sebbene il Biondi a proposito delle Assicurazioni sociali riconosca che l'invalidità culmina in un riferimento al guadagno egli stesso nel volume che tratta della incapacità al lavoro par-

lando delle funzioni medico-legali del sanitario così si esprime : « a noi si richiede di stabilire quanto siano ridotte le energie lavorative e se l'impiego di queste cagioni un pericolo al lavoratore... Ma di quanto queste circostanze risentano sul guadagno noi non siamo preparati a decidere ». In altre parole il Biondi è contrario alla ingiustificata fusione fatta talvolta dal Borri tra la capacità di lavoro e la capacità di guadagno : poichè esiste una differenza tra il giudizio medico-legale e quello economico-sociale.

Si comprende poi che non essendo gli assicurati sulla vita inquadrati tutti sindacalmente non sarebbe agevole nè conveniente andare ad accertare il guadagno reale di un professionista o di chi esplica numerose attività commerciali. Tale indagine sarebbe impossibile presso coloro che esplicano una attività in una azienda personale in cui il capitale e l'opera danno un reddito inscindibile.

Il riferimento del guadagno normale secondo i patti sindacali di lavoro, come desidera Pellegrini (cfr. Criteri per la valutazione della invalidità pensionabile) per le Assicurazioni Sociali non è perciò applicabile nel nostro campo ; la sua accettazione significherebbe l'adesione al criterio del lavoro specifico contro il quale si sono pronunciati i migliori medici-legali. La legge del 1939 sulla Previdenza Sociale ha però già discriminato, come vedemmo, tra impiegati ed operai e dobbiamo ritenere che le tendenze sociali presso il Regime siano portate forse a secondare ancora un tale orientamento di capacità specifica.

Aderire alla definizione delle leggi sociali (che danno agli Enti possibilità economiche coercitive per qualunque copertura di rischio) potrebbe costituire per l'avvenire una situazione non piacevole, tanto più che le Assicurazioni private debbono contenere il soprapremio in limiti molto discreti. Riassumendo possiamo perciò dire che sia per le difficoltà di accertamento, sia per l'impossibilità di modificare le attuali basi attuariali, gli Enti di Assicurazione Vita debbono differenziare la propria invalidità da quella offerta nelle assicurazioni sociali.

Per questa ragione è consigliabile mantenere la copertura del rischio invalidità alla capacità lavorativa in genere, natural-

mente con alcune eque tolleranze. Passiamo perciò ad esaminare i possibili elementi di definizione che integrano il concetto di capacità lavorativa e in genere.

\* \* \*

La capacità al lavoro, costituita secondo la definizione del Tovo « dalla somma di energie e di abilità fisiche o psichiche o delle une e dalle altre insieme », è di fatto espressione corrispondente alla validità lavorativa da noi sopra esaminata. D'altra parte fino a che l'invalidità poteva costituire una entità medico-legale ed economico-sociale inscindibile molti ritenevano indispensabile il riferimento al guadagno ; ma ciò non è più con la costituzione della invalidità biologica in genere per la quale, secondo Pellegrini « nulla importa che sia viscerale o segmentario, di peso modesto o elevatissimo, funzionale o morfologica ». Anche l'orientamento al guadagno specifico nell'invalidità sociale ci consiglia un simile comportamento.

Precisamente per tale ragione dallo schema sopra riferito, che illustrammo in un precedente studio, abbiamo identificato nel secondo stadio degli elementi formativi l'entità biosociale umana, la validità lavorativa la cui menomazione condurrà all'invalidità che ci sembra più rispondente all'intenzione ed allo spirito della nostra prestazione.

Il merito maggiore della formula dell'I.N.A. consiste a nostro parere, precisamente nell'aver omesso la capacità di guadagno, capacità che troppo si allontana dal campo medico e dal nostro controllo.

Le formule del terzo gruppo offrono appunto il notevole inconveniente di presupporre una equivalenza dei termini *capacità di lavoro e capacità di guadagno*.

Basterà ricordare in proposito come nel guadagno non entrano solo gli elementi dovuti a diminuzione della capacità di lavoro, ma anche molti altri ; quali gli elementi topografici (assunti anche nelle leggi d'invalidità sociale del 1923 e poi omessi nelle successive) gli economici, i politici e i moralistici ; i quali giocano una parte notevole e incidono sulla capacità di guadagno.

Ma anche limitato alla questione della capacità di lavoro il problema è ancora complesso. Infatti fino a qual punto una occupazione è espressione di vero lavoro? Evidentemente l'occupazione manuale o intellettuale residua ad una malattia o trauma

deve mantenersi tale che da essa derivi la qualità di possibile utile a chi la esercita. Il cieco o il paralitico che offrono in vendita i cerini in una piazza del sobborgo vivono della pietà altrui e non di un lavoro proprio. Nè certo questi soggetti potranno essere considerati validi al lavoro non ostante un simile apparente guadagno.

Dovremo poi tener presente che il lavoro viene abitualmente differenziato in specifico e generico ; questa divisione è molto sommaria ed è stata recentemente arricchita dal Pellegrini di altre suddivisioni : il lavoro qualificato (che presuppone cognizioni tecniche culturali), il lavoro specializzato (per la sua qualità è intermedio tra quello manuale e quello intellettuale) e il lavoro a tipo puerile (di cui è capace anche un fanciullo). Troppo dettagliata risulta tale classificazione perchè possa venire utilizzata nel nostro campo ; d'altra parte mentre il riferimento al lavoro assolutamente generico risulta un po' vago, quello al lavoro specifico sarebbe troppo gravoso per l'assicuratore. Japichino, nello studio sopra citato, ha proposto il termine di lavoro parascpecifico ; in cui egli ha inteso riferirsi ad un lavoro affine a quello esercitato per l'innanzi. Soluzione questa più di parole che di concetto.

Nella formula dell'I. N. A. il riferimento « all'esercizio della professione o mestiere dichiarati all'Istituto » può indurre, come abbiamo visto, ad un'errata interpretazione d'invalidità specifica ; più importanti sono invece le parole che seguono : « lavoro confacente alle sue *attitudini ed abitudini* ».

Queste parole costituiscono il punto più delicato di tutta la definizione in quanto, dopo l'ampio riferimento alla professione, dovrebbero offrire la possibilità di determinare la condizione minima per lo stato d'invalidità. Ricordo che una simile dizione occorre in alcune sentenze della Magistratura, mentre nella definizione della I.N.F.P.S. l'invalidità viene riferita soltanto alla « occupazione confacente alle sue attitudini ».

Fatta astrazione dalla differenza tra le espressioni « lavoro » (I.N.A.) e « occupazione » (I.N.F.P.S.), la quale ultima parola è più affine allo esercizio, possiamo con Pellegrini ammettere in senso lato che sia confacente alle *attitudini* « il lavoro cui l'individuo è idoneo ». Lo stesso Autore ammette che nella scala dei cinque valori di idoneità sociale sopra elencati sia consentita la



discesa di un solo gradino, per di più il nuovo lavoro non dovrebbe richiedere apprendistato, inoltre esso non dovrebbe turbare la cenestesi, non richiedere interruzioni o precauzioni speciali, non ferire la dignità dell'assicurato, ecc. Simili limitazioni, per riconoscere la esistenza della invalidità sociale, ci sembrano assolutamente opinabile, tendono comunque a svalutare pericolosamente l'opinione prevalente che l'invalidità consegua a gravi alterazioni anatomo-funzionali.

In realtà l'attitudine al lavoro non è stabilita dal beneplacito dell'assicurato come può sembrare da questa opinione; essa invece equivale a preparazione generica. Ciò del resto risponde alla interpretazione classica; più obbiettivamente infatti Tovo riconosce che « l'invalidità non va riferita al mestiere specifico, ma a tutti gli altri mestieri che si possono accordare con le energie fisiche e psichiche e con le doti lavorative (del soggetto), senza pretendere che qualsiasi altro mestiere gli si possa, per così dire imporre ».

Sempre a tale proposito Minesini interpretando l'espressione « occupazione confacente alle sue attitudini » ha detto che « si richiede al pensionando l'utilizzazione delle residue attività non nel suo primitivo ed abituale mestiere e nemmeno in qualunque mestiere, ma in una di quelle occupazioni che sono affini alla sua abituale e nella quale egli ha la possibilità di attendere proficuamente, in quanto si confanno alle sue primitive abitudini ». Comunque dalla parola « attitudine » non risulta richiesta alcuna collaborazione attiva dell'assicurando perchè questo possa avviarsi ad un nuovo lavoro.

La parola *abitudine* che segue nella formula dell'I.N.A., come ho già ricordato altrove, deve logicamente interpretarsi quale riconoscimento all'assicurato di mantenere il ritmo di lavoro ed una possibilità di strinsecarlo in modo identico a quello precedente l'infermità; una specie di inerzia funzionale. Forse con della buona volontà qualcuno ha creduto di intendere questa parola come riferimento allo stato sociale dell'assicurato al quale invece sarebbe, secondo la nostra opinione, da dare un esplicito riconoscimento. Questo elemento nell'assicurazione volontaria riveste una importanza notevole.

Dall'esame della suddetta definizione non risulta perciò alcuna sollecitazione ad una neppure parziale rieducazione fun-

zionale che, riveste invece grandissima importanza ai fini del recupero dei valori economico sociali, e ciò specialmente nei soggetti di età giovane.

In complesso la formula dell'I.N.A. è la più riuscita nella sua impostazione; ma potrebbe essere chiarita nella seconda parte in base ai criteri che abbiamo esposti; il riferimento professionale potrebbe essere fatto soltanto per una maggiore comprensione della rieducazione funzionale in campi di lavoro non molto dissimili. Non crediamo d'altra parte che si possa accettare la formula presentata dall'Allenaza (secondo gruppo) per la eccessiva concisione di essa che la rende oscura per ogni applicazione pratica.

Ricapitolando noi riteniamo che dall'esame di questi tre gruppi di definizioni, date le attuali tendenze in altri campi ad applicare sempre più in senso specifico il termine di invalidità, sia ormai opportuna una uniformità di criteri di invalidità in uso presso le varie Compagnie di Assicurazione vita; tale formula dovrebbe avere postulati propri che la differenzierebbero nella teoria e nell'applicazione pratica. Essa dovrebbe contenere a nostro modesto parere i seguenti elementi formativi:

1) Per il suo riconoscimento si deve richiedere una *incapacità permanente al lavoro in genere*.

2) Deve questa esser di grado tale da *escludere un coefficiente di rieducazione funzionale in rapporto all'età* dell'assicurato.

3) Le *condizioni sociali* dell'assicurato non devono fare presumere la possibilità di alcuna possibilità di lavoro, anche diverso dalla utilizzazione professionale dichiarata all'ingresso.

4) La malattia invalidante deve essersi *iniziata dopo il perfezionamento dell'allegato d'invalidità*.

Riteniamo che in tal modo l'invalidità generica al lavoro perderebbe l'eccessivo rigore; ma questo sarebbe temperato dalla valutazione delle condizioni sociali dell'assicurato, come pure dovrebbe tener conto delle possibilità del recupero e della rieducazione funzionale. Riferimento quindi al solo lavoro con larga libertà di giudizio da parte della Commissione Medica.

Questo del resto corrisponde al concetto della definizione attuale dell'I.N.A., anche se alcune parole risultano troppo cir-

coscritte. Qualora si addivenisse ad una unificazione secondo i suddetti elementi, le singole Compagnie nella libertà di formula potranno chiarirlo come meglio crederanno.

Senza sorpassare gli sviluppi avvenire su questo argomento ho inteso soprattutto dimostrare come la molteplicità delle definizioni attualmente in vigore potrebbe costituire, data l'evoluzione del concetto di inabilità in altri campi, una occasione di divergenza nel giudizio nelle varie Commissioni dei diversi Enti; ciò che si deve evitare.

\* \* \*

Dobbiamo pure accennare in breve ad altri problemi che si presentano nel campo dell'inabilità vita. Anzitutto questa prestazione viene qualificata nel titolo diversamente presso i vari Enti; l'I.N.A. e l'Italiana vita la chiamano invalidità totale e permanente, l'Adriatica, invalidità totale, l'Alleanza, invalidità assoluta; tutte le altre dieci più semplicemente, invalidità.

Biondi trattando delle Assicurazioni Sociali, esclude che alle parole «*assoluto*» o «*assolutamente*» usato nella relazione per la legge del 1923 «sia da accordare un significato qualificativo di un particolare grado della incapacità al guadagno che non sia quello richiesto dal legislatore per lo stato di invalidità. Il limite di due terzi appare riferito come quello che provoca una invalidità, se non totale, però assoluta». E successivamente anche più chiaramente afferma «mi premeva di assodare che l'invalidità assoluta è quella prevista dall'art. 7 della L.A.I.V. e non è una invalidità totale».

Ci si perdonerà se abbiamo fatto riferimento anche per questo problema alle Assicurazioni obbligatorie; ma nell'assicurazione vita non risulta che sia mai stato impostato. Da quanto sopra anche per l'autorità del Biondi, riteniamo che l'aggettivo assoluto nulla aggiunga alla invalidità legale e pertanto il suo uso sia superfluo.

Un complemento alla definizione invece potrebbe essere rappresentata da quanto afferma Biondi, alla qualifica di *totale*, appunto perchè presuppone la scomparsa anche dell'ultima capacità residua. In pratica però, specialmente se riconosciamo il valore biologico del termine di validità secondo l'interpretazione del Pellegrini, non esisterà in nessun organismo una invalidità

totale, in quanto esso adempie sempre al ricambio interno e permette lo sviluppo di residue energie intellettuali o muscolari esplicite anche rimanendo in poltrona o in letto, ciò che biologicamente costituisce ancora lavoro.

D'altra parte se in merito all'invalidità sociale si è omesso nelle disposizioni legislative ogni aggettivo che specifichi più esattamente la prestazione; nell'assicurazione sulla vita sarebbe opportuno che, nel titolo essa fosse determinata meglio quantitativamente e ciò potrebbe ottenersi con la qualifica di assoluto; nel testo poi della definizione l'invalidità verrebbe determinata, come abbiamo visto, qualitativamente.

Pertanto sarebbe forse più esatto che l'attuale intestazione data dall'I.N.A. venisse semplificata in quella di *invalidità permanente* o meglio più chiaramente modificata in quella di *invalidità assoluta permanente*. L'attributo totale attualmente in vigore nel titolo e nel testo non corrisponde alla realtà della definizione; ci sembra che esso abbia l'aspetto di un pesante chiostrino applicato ad una porta poco più robusta di un comune uscio. Invece l'aggettivo *assoluto* individualizzerebbe lo elemento quantitativo della invalidità ed eliminerebbe ogni dubbio circa il diverso riferimento della Previdenza Sociale.

\* \* \*

Accennerò per ultimo ad altri problemi non concettuali; ma strettamente pratici. Dall'esame dei moduli cortesemente inviati dalle 14 Compagnie ho riscontrato che circa la metà di esse usano un modulo speciale per la richiesta dell'assicurazione invalidità con domande specifiche sulla professione esercitata dal candidato, la pericolosità di essa, ecc. Non comprendiamo lo scopo di una indagine minuziosa che sembra presupporre una assicurazione contro l'invalidità professionale specifica, la quale in realtà non esiste poichè risultando assai più gravosa dovrebbe essere la corrispondente tariffa.

Una Compagnia che si è interessata a queste indagini ha espresso il timore che note mediche patologiche possano aggravarsi con la professione ciò che finirebbe col confondere l'invalidità con il rischio professionale. Perciò ad evitare malintesi iniziali e formalità inutili riteniamo che sia sufficiente e legalmen-

te preferibile inserire la domanda per il rischio di invalidità nel questionario della richiesta di assicurazione ordinaria riportando integralmente la definizione in calce come pratica l'I.N.A.

Giustamente qualche Compagnia si dimostra timorosa circa l'accettazione per tale rischio dei soggetti già tarati in seguito a lue pregressa, varici, miopia accentuata ecc. Questi dubbi sono giustificati ed in proposito saremmo favorevoli all'opinione di non concedere l'allegato a soggetti portatori di tare crescenti se non si preferisca addirittura limitare l'accettazione ai soli rischi normali.

Chiuderò infine con un rilievo formale ma non inutile. L'assicurazione invalidità nella speciale forma assunta nel Ramo Vita viene, appunto, perchè subordinata ad altra polizza, denominata diversamente presso le varie Compagnie. La Reale e l'Abbeille la intitolano « Condizione speciale di esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità » ; l'I.N.A. nel titolo e negli articoli la chiama « Allegato », molte altre più semplicemente « in caso d'invalidità » ; l'Adriatica, « assicurazione complementare in caso d'invalidità » ; la Cattolica, « esonero dal pagamento premio ».

Poichè di fatto questa assicurazione è stipulata a garanzia ed a completamento di un'altra sulla vita riteniamo che il titolo più proprio, riepilogando anche quanto abbiamo detto fin qui, dovrebbe essere : « *Assicurazione Complementare contro l'Invalidità permanente e assoluta* ».

\* \* \*

Mi si vorrà perdonare se nella elencazione delle varie formule ho messo in rilievo gli inconvenienti cui tutte quelle oggi in vigore potrebbero dar luogo, e superando i limiti prefissi ho tracciato una direttiva di lavoro. Certamente qualcuno mi obietterà che ho presunto una tempesta in un lago chiuso per la semplice ragione che nell'Assicurazione Vita tutto oggi si risolve, nei riguardi dell'invalidità, entro l'ambito della Compagnia attraverso un amichevole componimento.

A questa semplicistica soluzione devo fare osservare anzitutto che è nostro dovere seguire lo svolgimento dottrinale delle questioni medico-legali sulla invalidità in campi abbastanza

vicini al nostro, inoltre perchè a giusta garanzia del contratto dobbiamo far sì che l'assicurato conosca il più esattamente possibile i limiti e le caratteristiche della prestazione che gli si offre e non le confonda con altre omonime.

Se in tal modo riusciremo ad aver costituito una individualità medico-legale alla Invalidità nell'Assicurazione sulla Vita, pur essendo questo campo tanto incerto e tormentato, avremo soddisfatto felicemente ad ogni nostra esigenza teorica e pratica.

## RIASSUNTO

*L'A. ritiene che l'invalidità nelle Assicurazioni Vita debba mantenere elementi di definizione propri ed immutabili rispetto alla invalidità delle Assicurazioni Sociali la quale nella legislazione e nella dottrina recente ha subito una evoluzione concettuale. Tale criterio è inderogabile perchè nelle Assicurazioni Private qualsiasi occasione di contestazione è deprecabile.*

*Vengono esaminate successivamente le attuali formule in uso presso le Compagnie Vita che si ispirano a criteri diversi e spesso non rispondenti alle esigenze pratiche; pertanto l'A. propone che l'invalidità lavorativa nel campo in esame debba essere mantenuta generica; ma corretta dai seguenti altri elementi di giudizio: coefficiente di rieducazione funzionale, condizione sociale dell'assicurato ed epoca di inizio della malattia dopo il perfezionamento.*

*Oltre alle caratteristiche biologiche-funzionali di questa invalidità, al cui riguardo viene consigliata molta cautela nell'estensione di tale assicurazione ai rischi tarati in genere, l'A. propone la denominazione unica di: Assicurazione Complementare contro l'invalidità permanente ed assoluta.*

*Relazione del Dott. A. BRUGNOLI svolta nelle Riunioni del  
C. M. C. del 28-29 Febbraio 1940.*

## LA VALUTAZIONE DELLE ALTERAZIONI DELLA TIROIDE AI FINI DELL'ASSICURAZIONE VITA.

### *Cenni anatomo-fisiologici sulla Tiroide :*

La tiroide è la più grande ghiandola a secrezione interna. Nell'adulto peso 30-35 grammi in media con un minimo di 20 e un massimo di 60 gm. La variazione di peso dipende dal volume della persona e anche dal momento funzionale della ghiandola. La tiroide è formata da una capsula fibrosa molto vascolarizzata che avvolge la ghiandola la quale è divisa dalla stessa capsula in lobi. I nervi e i vasi scorrono nei setti interlobulari. Il parenchima della ghiandola è costituito da vescicole di volume vario, ripiene di una sostanza colloide ; la parete interna della vescicola è composta da un unico strato di cellule epiteliali, cubiche o piatte. Le vescicole sono divise da un stroma, molto ricco di vasi sanguigni, di nervi e di vasi linfatici. Negli interstizi si trovano pure delle zolle di cellule epiteliali, molto variabili per grandezza e frequenza. Gli elementi istologici ed il contenuto delle vescicole si presentano in differente aspetto, secondo che la ghiandola sia in istato funzionante o no.

Si distinguono due tipi di elementi dell'epitelio follicolare : le cellule principali e le cellule colloidi. Le prime sono cellule più o meno cubiche e si differenziano in *cromofile* e *cromofobe* per la diversa comportazione verso la colorazione. Le cellule *colloidi* sono invece a tipo piatto. La sostanza colloide nelle vescicole varia per quantità e anche per qualità : a volte è ialina, cromofoba, a volte è eosinofila e assume i colori basici. I differenti aspetti degli elementi delle vescicole, mostrano i differenti stati di funzione della ghiandola.

Le cellule principali cubiche sono elementi in funzione secretoria : le cromofobe secernenti colloide ialina, le cromofile secernenti i granuli cromofili colloidei.

Le fibre nervose destinate alla tiroide provengono dai rami comunicanti delle tre ultime radici cervicali e della prima dorsale e arrivano alle ghiandole attraverso i rami efferenti del ganglio cervicale inferiore. La tiroide è vascolarizzata dalle arterie tiroidee superiori e inferiori.

\* \* \*

Negli animali, privati della tiroide, si osservano dei fenomeni che possono servire per orizzontarci nelle funzioni di questa. In primo luogo si potrà constatare un grande abbassamento del metabolismo basale (ridotto a metà del normale) del metabolismo azotato, dell'escrezione della creatinina, del tasso glicemico, con aumento della tolleranza per gli idrati di carbonio. Anche il ricambio dei grassi è alterato. Si può osservare un forte dimagrimento per scarsa assimilazione degli alimenti, (non per eccitazione del metabolismo). Negli animali privati della tiroide si ha ritenzione di acqua e cloruri nei tessuti, specialmente nella cute. Da questo disturbo del ricambio dipende il mièedema, specialmente nel tipo di edema duro diffuso. Si osserva pure l'ipotermia per alterata termoregolazione, cioè per difficoltà di portare alla temperatura normale il corpo sottoposto al caldo o al freddo.

Si osservano pure disturbi trofici dell'apparato pilifero : anemia, ipotrofia e ipofunzione dell'apparato genitale, diminuzione della peristalsi intestinale, ritardo nel potere di rigenerazione dei tessuti nelle ferite o nelle fratture, scarsa reattività vasomotoria, astenia, apatia, ecc. Negli animali in periodo di accrescimento si ha un arresto di sviluppo specialmente nelle ossa lunghe, infantilismo, ecc.

\* \* \*

La somministrazione di estratti tiroidei fa regredire i disturbi causati dall'estirpazione della tiroide. In senso opposto : si ha metabolismo basale aumentato, attivazione del ricambio proteico e dei grassi, iperglicemia o anche glicosuria somministrando estratti tiroidei ad animali sani.



Negli edematosi la tiroidina aumenta l'escrezione dei cloruri e dell'acqua attraverso i reni.

La somministrazione di tiroide produce pure tachicardia, spiccata reattività vasomotoria, ipereccitabilità del sistema nervoso vegetativo alle medicine, ecc.

Non si conosce ancora se la tiroide produca uno o più ormoni, ma dalle ultime ricerche sembra assodato che esistano almeno due ormoni, ad azione quasi antagonista fra di loro: la *tiroxina* (= acido triidro — trijodo — ossi-indolpropinico) e l'altro simile per formola ma ad azione biologica molto differente: *la diiodotirosina*. La diiodotirosina modera il metabolismo basale eccitato dalla tiroxina e fa diminuire la tachicardia.

Sembra che altre sostanze iodate siano contenute nella tiroide con azioni non ancora definite. Lo studio della tiroide, come quello di molte altre ghiandole a secrezione interna, è ancora molto incompleto e molte asserzioni che ora si possono ritenere quasi certe, domani si potranno dimostrare contrarie.

\* \* \*

In questo breve studio prenderemo in esame le malattie della tiroide che possono interessare il medico non per la cura, ma per quanto riguardano il rischio più o meno grave dell'assicurazione sulla vita degli affetti da queste.

\* \* \*

#### *Gozzo semplice :*

Le forme anatomiche di gozzo, tanto nei Paesi ove esiste l'endemia quanto negli altri luoghi, sono molteplici. Circa il volume e la forma si possono trovare tutte le varietà possibili e immaginabili. Dai piccoli gozzi che passano sotto il nome di « gola piena » ai gozzi voluminosissimi per non dire enormi, dalle forme che colpiscono un solo lobo a quelle che possono chiamare complete, dalle forme lisce a quelle bernoccolute, ecc.

Dal punto di vista istopatologico, i gozzi si distinguono in *colloidi*, *cistici*, *angiomatosi*, *parenchimatosi* e *vascolari*. I colloidei e i cistici sono i più numerosi. Si possono trovare dei gozzi supplementari da tiroidi soprannumeraria sviluppatasi sul tratto originario tireoglosso ; si possono avere tiroidi accessorie iodiee,

crico-tiroidee, tracheali e paratiroidee, noduli tiroidei disseminati o aberranti, specialmente retrosternali, ove si possono formare dei gozzi anche voluminosi e per la ragione dare origine a gravi fenomeni di compressione. Nelle regioni ove il gozzo è endemico, si possono trovare dei casi con sintomi di ipotiroidismo, Senza trovare aumento di volume della tiroide o struma nè nella tiroide propriamente detta nè in noduli tiroidei accessori o aberranti. In questi casi, l'esame istopatologico della tiroide mette in evidenza dei fenomeni degenerativi o sclerotici nella ghiandola tiroide, la quale può essere anche di volume inferiore al normale.

Il sintomo più appariscente di questa malattia è il gozzo, o struma.

I gozzi *parenchimatosi* sono in generale di dimensioni piuttosto piccole, simmetrici nella forma, di consistenza piuttosto molle e uniforme in tutta la massa.

I gozzi *vascolari* sono simili ai parenchimatosi, ma con gli sforzi aumentano di volume come pure aumentano nelle espirazioni a glotide chiusa (iperemia venosa) e con la compressione sono alquanto riducibili.

I gozzi *fibrosi* sono di volume più piccolo, di consistenza duro-fibrosa, e in certi punti, così resistenti da dare l'impressione di essere di natura cartilaginea o ossea.

I gozzi *colloidi* sono in generale molto voluminosi e deformanti; si presentano come grossi tumori a carico della tiroide e sono di consistenza elastica.

I gozzi *cistici* sono quelli che possono raggiungere dimensioni enormi; si tratta in generale di gozzi colloidi in cui le vescicole, o alcune di esse, abbiano raggiunto un volume grandissimo. In corrispondenza delle cisti si può percepire la sensazione delle vesciche contenenti liquido.

I gozzi possono essere *misti* e presentare nello stesso tempo, da un punto all'altro, i caratteri dell'una o dell'altra varietà. Il gozzo ha la particolarità di seguire il movimento della laringe nell'atto della deglutizione. Quando il gozzo è voluminoso può dare fenomeni di compressione agli organi vicini.

### *Sintomi laringo tracheali :*

Nei gozzi voluminosi la voce assume un timbro gracitante ; la compressione dei ricorrenti può dare *tosse secca, stizzosa, insistente, stridente, bitonale*, può dare *spasmo della glottide* con ispirazione stridente. Durante gli stati congestivi i fenomeni possono diventare gravissimi tanto a dare perfino la morte in modo rapido, per asfissia. In certi casi si può avere *afonia* per paralisi delle corde vocali per prolungata compressione dei ricorrenti.

### *Sintomi mediastinici :*

Quando il gozzo è situato nella regione retrosternale si può avere compressione sulla trachea, con difficoltà respiratoria ; si può avere compressione nei tronchi venosi brachio-cefalici, con cianosi al viso e agli arti superiori, si può avere compressione sulle vene tracheali, con edemi della mucosa tracheo-bronchiale. Questi sintomi diventano più gravi nei periodi di congestione del gozzo (specialmente nei periodi mestruali e durante la gravidanza) o in seguito a sforzi prolungati ; queste crisi possono assumere tale intensità da provocare la morte.

### *Sintomi dovuti a compressione di altri nervi oltre il ricorrente :*

Si possono avere disturbi del vago se questo nervo venga compresso per infiammazione della capsula del gozzo unita per aderenze al fascio nerveo vascolare. Allora si possono avere, irritazione del vago, bradicardia, fenomeni asmatici o anginoidi e anche morte per sincope (di natura riflessa ?), si possono avere, per gozzi molto voluminosi, la compressione sul frenico che darà singhiozzo e spasmi diaframmatici e la compressione del plesso cervicale o brachiale che darà nevralgie. Per la compressione del simpatico cervicale si potrà osservare esoftalmo, midriasi e vasodilatazione al viso (fenomeni di eccitazione) o enoftalmo, miosi e ptosi (fenomeni di paralisi) dal lato della compressione.

Il *nosce endemico* può dare il gozzo semplice non accompagnato cioè da distiroidismo. In generale, però, nei soggetti gozzuti si notano i segni più o meno manifesti di ipotiroidismo. Alcuni soggetti nascono già affetti da degenerazione grave della tiroide con i sintomi dell'insufficienza totale della tiroide, si ha da questa la sindrome del cretinismo detto *endemico* per distinguer-

lo da quello detto *sporadico*, cioè fuori dei luoghi endemici del gozzo. I sintomi di ipotiroidismo possono apparire in tutte le età: dall'infantile alla giovanile a quella dell'adulto così si può avere il cretinismo sporadico o idiozia mixedematosa, il mixedema tardivo, ecc. La sintomatologia ipotiroidica si presenta a volte in forma frusta o incompleta dando luogo a sindromi diverse e confuse.

Il gozzo semplice può complicarsi per cause note (malattie intercorrenti, pubertà o menopausa, cure iodiche intensive ecc.) o ignote e dare luogo al *gozzo basedowificato*, fino ad aversi un vero gozzo esoftalmico. Nello stesso individuo si possono pure osservare i sintomi basedowiani e quelli ipotiroidici.

E' da notarsi che le disfunzioni tiroidee nei gozzuti, anche senza basedowismo, possono dare dei disturbi alquanto gravi, che nell'assicurazione vita sarà da tener presente specialmente quando esista anche il rischio di invalidità.

Il Prof. Carletti, in una conferenza sul gozzismo ebbe a dire: « Non è mai stata fatta una precisa valutazione del rendimento dell'operaio e del contadino nelle regioni a endemia; ma chi ha un pò di dimestichezza con queste popolazioni sa quanta parte nella misera esistenza e nelle sordide condizioni di vita, abbiano la torpidità della mente la fiacchezza della volontà ed anche una indubbia deficienza fisica che caratterizza i gozzuti » e in seguito: « sarebbe infine molto istruttiva una esatta statistica comparativa della durata della vita, delle malattie, difetti fisici anomalie dei gozzuti, rispetto ai non gozzuti. Ne risulterebbe certo meglio lumeggiata la minorazione della resistenza organica, ridotta già dal semplice struma endemico », e finisce: « Pensate che questo flagello che in fiacchisce e deteriora la nostra razza si annida proprio tra quelle popolazioni montanare che la natura ha posto a guardia dell'Italia bella ». Per fortuna che queste regioni infette sono proporzionatamente molto limitate e non possono dare molto squilibrio alla forza totale della popolazione italiana. E il Dott. G. Poà in una relazione sulle disfunzioni tiroidee in provincia di Como mette in evidenza l'invalidità che si deve concedere a molti gozzuti. « In 80 assicurati affetti da distiroidismo, 55 sono stati dichiarati invalidi, ai sensi di legge; su questi 55 invalidi, la causa della invalidità era dovuta esclusivamente all'affe-

zione tiroidea ; in 24 era bene dimostrabile che l'affezione della tiroide aveva influito ad aggravare le condizioni del soggetto, determinandone l'invalidità ; in 4 casi solamente essa non era in alcun rapporto con lo stato invalidante ». « Degli 80 casi, 78 appartenevano a donne. La differenza tra i colpiti di sesso maschile e femminile è risultata maggiore di quella notata dalla maggior parte degli autori e sembra dover essere spiegata principalmente col fatto che le osservazioni sono state fatte in una zona di endemia lievissima, mentre sembra che quanto più grave è l'endemia, tanto più il numero dei colpiti maschi si avvicina a quello delle femmine ».

Riguardo all'età, gli 80 casi erano così ripartiti : 8 in individui tra i 30 e 40 anni ; 25 in individui tra i 40 e i 50 anni ; 40 tra i 50 e 60 anni e 7 fra i 60 e i 70 anni. Come si vede l'affezione predilige l'età media e contribuisce a produrre uno stato di senilità precoce, che già da sola costituisce un rilevante fattore d'invalidità. Questo reperto collima quasi esattamente con quelli riscontrati dal Muggia nell'ospedale psichiatrico. Morfologicamente le diverse forme potevano raggrupparsi così : forme diffuse di ipertrofia 69 ; adenomi 5 ; gozzi cistici 4 ; forme miste 2. Il Muggia ha constatato negli ospedali psichiatrici il 18,8% di pazienti affetti da disfunzioni tiroidee ; da ciò si può dedurre che le disfunzioni tiroidee posson dare un coefficiente alquanto grave ai manicomi. Da questi dati si può dedurre che negli assicurati affetti da gozzo anche semplice si deve escludere il rischio d'invalidità.

#### *Gozzo esoftalmico e stati ipertiroidi :*

Il gozzo esoftalmico è stato descritto da Basedow nel 1840 e da lui prende il nome. Gli inglesi lo chiamano m.di Graves e gli italiani m. di Flajani-Basedow.

Il morbo di Basedow si presenta con una sindrome speciale : ingrossamento della tiroide, esoftalmo, tremore fine e ritmico delle estremità, specialmente superiori, tachicardia e forte aumento dei fenomeni catabolici, cioè aumento notevole del metabolismo basale. L'eziologia del Basedow non è nè specifica nè unica, a quanto si può ritenere da irecenti studi, ma la causa vera e propria spesso sfugge e noi vediamo solo il momento determinante dato da diversi fattori occasionali. Così spesso Basedow parte

da un gozzo semplice prima esistente da un tempo indeterminato e per causa della menopausa o di una gravidanza o di una ovariectomia si sviluppa rapidamente dando i segni del vero Basedow.

Tra i fattori ammessi si possono ricordare il *fattore ereditario*. I figli di genitori affetti da Basedow facilmente saranno pure basedowiani. Più frequente ancora è l'eredità dissimilare, per cui si potranno avere nella stessa famiglia casi di mixedema, di gozzo semplice e di Basedow. Molta importanza nel determinismo del gozzo esoftalmico si dà al fattore nervoso.

Il *fattore regionale* dà pure un buon coefficiente poichè nelle zone ove il gozzo è endemico, si vedono pure molti casi di gozzo Basedowificato.

Il *fattore tossinfettivo* sembra dia i più numerosi casi di basedowismo. Durante molte malattie infettive (tifo, influenza, reumatismo articolare, tonsilliti ecc.) si manifestano segni di ipertiroidismo. In questi casi però alquanto spesso succede che dopo poco tempo l'ipertiroidismo scompaia e perciò è da ritenersi questo ipertiroidismo non di natura basedowiana, ma una semplice tiroidite, della stessa natura della malattia generale. Molte volte però bisogna ammettere che la malattia generale sia il momento determinante lo sviluppo del Basedow e farebbe l'effetto del fermento o farebbe perdere alla tiroide l'equilibrio instabile in cui si trovava.

Anche la lue nel periodo terziario e la tubercolosi possono dare dei fenomeni ipertiroidei, ma in questi casi c'è da mettere molta attenzione per trovare che probabilmente esiste molta differenza tra il Basedow e questi stati di ipertiroidismo.

Anche le intossicazioni intestinali croniche o lente possono dare disturbi alla tiroide e qualche volta sono state incolpate di essere la causa di forme basedowiane.

I *fattori nervosi* sono pure da ritenersi presenti negli stati di eccitazione del simpatico. E' da notarsi che gli individui simpaticostenici (o simpaticotonici) sono quelli che più facilmente vanno soggetti al morbo di Basedow. Anche le eccitazioni nervose o le emozioni molto violente possono costituire il momento scatenante della sindrome.

### *Anatomia Patologica :*

Nella tiroide dei basedowiani si riscontrano delle lesioni istologiche tipiche, che sono da mettere in relazione all'alterata funzione della ghiandola. Le vescicole sono più numerose e più piccole, tappezzate da epitelio alto e cilindrico, meno intensamente cromofilo che di norma. La sostanza colloide è più tenue e meno colorabile con l'eosina. Si notano anche speciali isolotti di cellule a protoplasma intensamente acidofilo, che normalmente non esistono nella tiroide. Spesso vi è reviviscenza del timo.

Dai dati istologici risulta che non vi è una semplice iperplasia degli elementi epiteliali, ma che vi è una grande anormalità nell'aspetto delle cellule e della sostanza colloide. Si tratta dunque non di una semplice iperplasia, ma di una disiperplasia, cioè non di una semplice iperattività funzionale, ma di una patologica iperattività della ghiandola con funzione patologica conseguente.

La *patogenesi* del Basedow è ancora molto incerta e discussa. Le teorie sono molte e non è qui il caso di trattarle. Ora non si può più ammettere che il Basedow puro sia dato da semplice ipertiroidismo. L'analisi critica ha portato ad una certa chiarificazione sulla patogenesi del m. di Basedow. Accanto ai casi di Basedow, con tutti i segni clinici di questa malattia, si ammettono altre forme che possono dirsi forme fruste di Basedow, o ipertiroidismo semplice (come quello dei periodi premestruali) ecc. Mai però in questi casi si osservano intensi disordini dell'attività cardiaca, (intensa tachicardia, fibrillazione auricolare, dilatazione del cuore), forti tremori, sudori notevoli, deperimento, grande aumento del metabolismo basale.

Anche il cosiddetto *gozzo tossico* è molto discusso e mentre gli autori inglesi e francesi fanno di questo una entità a parte, in Italia viene trattato come una semplice forma di Basedowismo, che sta tra il gozzo semplice e il Basedow vero o come un momento di forte reazione della tiroide che dà intensi fenomeni catabolici o tossici.

### *Sintomatologia :*

Nel Basedow vero, oltre il gozzo l'esoftalmo si hanno i cosiddetti fenomeni tireotossici, cioè il tremore, la tachicardia intensa, il metabolismo basale molto aumentato, il deperimento orga-

nico ; oltre a questi fenomeni spesso si presentano le turbe psichiche e talvolta la diarrea, i sudori profusi, ecc. ecc.

La parte più importante del Basedow è rappresentata dai fenomeni tireotossici ; quanto al gozzo o all'esoftalmo non sono sempre presenti e sono segni probativi, ma non necessari.

L'aspetto dei basedowiani è quello di una persona che sta fra lo spavento e l'ira ; la cenestesi è sempre molto modificata e lo stato d'animo è inquieto e quasi irato.

Il gozzo in generale è poco voluminoso, se non è un gozzo basedowificato. Il gozzo appare frequentemente pulsante all'ispezione ; con la palpazione si percepisce una pulsazione sistolica, all'ascoltazione spesso si sente un soffio sistolico sulla tiroide. A volte si può avere un gozzo retrosternale, che dà i segni di un tumore mediastinico. Il gozzo retrosternale si può a volte palpare sotto i colpi di tosse.

#### *Esoftalmo e sintomi oculari :*

L'esoftalmo è il più importante ; esso è bilaterale, ma in qualche caso si può trovare solo unilaterale. A causa dell'esoftalmo, anche durante il sonno le palpebre non si chiudono completamente (segno di Stelvag). Quando l'ammalato guarda in basso la palpebra superiore non segue il bulbo e così l'occhio rimane un pò aperto (segno di Graefe). Esiste un difetto di convergenza dei bulbi (segno di Moebius) ecc.

#### *Sintomi cardio-vascolari :*

La tachicardia non manca mai nel gozzo esoftalmico e si avrà un polso di 100-160 al m'. Il cuore è molto labile e con un piccolo sforzo o con una lieve emozione si vedrà subito una tachicardia ancora aumentata di molto. In generale è una semplice tachicardia sinusale. Si osservano spesso extrasistoli sporadiche, a volte battiti riuniti con una extrasistole ogni 3-5 pulsazioni. Si possono osservare abbastanza frequentemente attacchi di tachicardia parossistica. Un grave turbamento del ritmo cardiaco facile a notarsi è la fibrillazione auricolare (aritmia completa) il quale però cede abbastanza facilmente quando migliorano i sintomi tossici.



L'area cardiaca spesso è ingrandita per dilatazione del cuore ; a volte si trova insufficienza della mitrale. Nei casi gravi ed avanzati si stabilisce l'insufficienza miocardica.

L'elettrocardiogramma dimostra spesso delle anomalie. Oltre le manifestazioni elettro-cardiografiche del flutter o della fibrillazione auricolare o della extrasistolia (quando esistano irregolarità del ritmo) si osserva di regola un aumento rilevante di ampiezza delle onde P. e T. che appaiono più acuminate che di norma. Anche l'oscillazione iniziale del complesso ventricolare diviene più ampia.

La pressione arteriosa tende ad essere più elevata, ma vi è grande labilità e variabilità poichè da un momento all'altro la pressione varia anche di 30 mm. di Hg. Un segno caratteristico (Pende) è la notevole differenza fra pressione massima e minima.

Il *tremore* si osserva specialmente alle estremità e meglio si osserva facendo tenere le mani a ventaglio e protese. Il tremore è dato da oscillazioni rapide (circa 10 al m'') fini e regolari e sono eguali tanto nel periodo di riposo come durante gli sforzi muscolari.

#### *Alterazioni del ricambio :*

In generale i basedowiani sono magri per accelerazione del ricambio. Questo è un sintomo precoce. L'aumento dell'intensità dei processi di ossidazione si dimostra in modo diretto con la prova del metabolismo basale, il quale è sempre molto aumentato (+ 40 — + 70). Spesso si riscontra pure un ricambio negativo dell'azoto, il che dimostra una notevole disintegrazione delle sostanze proteiche. Qualche volta si trova una iperglicemia alimentare o anche una glicosuria alimentare.

A volte viene emesso il calcio in quantità molto superiore al normale, con pericolo di osteomalacia, o di osteite fibrosa cistica o di fragilità capillare con tendenza alle emorragie.

#### *Sintomi nervosi :*

Si hanno sintomi psichici. Il carattere è turbato, il paziente è eccitabile, pauroso, melanconico, ansioso, con manie, talvolta di persecuzione. Vi è mutabilità di carattere, con mancanza di pensieri profondi e incapaci al lavoro mentale. Si possono avere

alterazioni della sensibilità (algie, iperestesi ecc.) fenomeni coreici o convulsivi ecc. sine materia.

I sintomi a carico del sistema nervoso vegetativo sono costanti. L'ipereccitabilità del simpatico è dimostrabile con le prove farmacodinamiche (adrenalina, pilocarpina, atropina). Però possono coesistere sintomi di ipereccitazione del vago: secondo Sainton si trova una accentuazione del riflesso oculo cardiaco nel 70 % dei casi.

L'esame morfologico del sangue dà quasi sempre neutropenia. In generale vi è ritardo nella coagulazione del sangue; talvolta vi è tendenza all'emofilia. Sembra che il sangue dei basedoviani contenga dei fermenti antitiroidei e forte quantità di adrenalina. In quasi tutti gli organi dei basodewiani si possono trovare dei fenomeni di squilibrio.

#### *Forme cliniche:*

Oltre al m. di Basedow propriamente detto, si hanno forme *fruste, attenuate, monosintomatiche ecc.*

Queste forme sono da differenziare dal semplice ipertiroidismo e dalla nevrosi del sistema vegetativo con ipertonìa simpatica. I sintomi per la discriminazione sono dati dai sintomi tossici (cardiaci, metabolismo basale accentuato, tremore ecc.). Se mancano questi sintomi non si può parlare di M. di Basedow o di forme basedowiane. Alcuni tipi clinici di Basedow prendono il nome da uno dei fenomeni più appariscenti: forme *nervose, cachettiche, ecc.* Una forma speciale è data dal Basedow giovanile. Questa forma si sviluppa in generale nella pubertà ed è una forma rapida nello sviluppo, ma abbastanza benigna nel decorso. Qualche volta il Basedow si sviluppa durante una cura iodica, specialmente se esisteva un gozzo e allora si può ritenere un gozzo basedowificato.

#### *Decorso ed evoluzione:*

La forma tipica di Basedow lasciata a sè senza cure può durare a lungo, con periodi di remissività e di peggioramento, con guarigione spontanea o morte per cachessia dopo diversi anni,

Le percentuale di guarigioni spontanee è (secondo Sainton) del 60-70 % con una durata della malattia di 5-6 anni. Secondo altri autori è più bassa.

La tubercolosi è la malattia che più di tutte si impianta sul soggetto basedowiano e dato il deperimento di questi, evolve rapidamente e porta a morte il paziente in breve tempo.

Le forme di Basedow per la durata si dividono in acute, croniche e remittenti, ma dall'una si può passare all'altra e nello stesso individuo, in uno spazio di tempo alquanto lungo, si possono avere tutte e tre le forme.

#### *Prognosi :*

Nel fare una prognosi del m. di Basedow bisogna far sempre una certa riserva anche nei casi che sembrano lievi. La prognosi va sempre basata sulla gravità dei fenomeni tireotossici, sulle condizioni dell'apparato cardio-vascolare, sulle condizioni ambientali e possibilità di cure del paziente.

#### *Diagnosi :*

Per le forme complete la diagnosi è facile. Basta aver visto una volta un basedowiano e già a prima vista si fa la diagnosi. Ma non sempre i sintomi sono così chiari da fare subito una diagnosi sicura. In questi casi bisogna ricorrere a tutte le ricerche cliniche e di laboratorio e con tempo e pazienza si potrà sempre avere una diagnosi sicura. In questi ultimi anni per la diagnosi differenziale fra gozzo semplice, ipertiroidismo e morbo di Basedow propriamente detto, molta importanza si è data alla determinazione del grado del metabolismo basale. Ciò che a prima vista sembra molto semplice è in pratica un pò complesso e la determinazione del metabolismo basale è un'operazione che facilmente può dar luogo a interpretazioni se non errate almeno talvolta esagerate in più o in meno. Per ciò anche il metabolismo basale deve essere tenuto come un sintomo nelle determinazioni della diagnosi e non come la base di tutti gli altri, specialmente quando quello non sia alquanto distante dallo zero. Quando il metabolismo basale sarà sostenuto da una cifra di + 30 o — 10 si potrà tenere come un indice alquanto sicuro (V. Tabella).

Ora va guadagnando terreno un nuovo metodo per stabilire la prova del catabolismo dei tessuti e dicesi molto più facile e semplice della prova del metabolismo basale: la cosiddetta *glutathione*; ma non è ancora una prova entrata nella pratica comune e bisognerà attendere che sia divulgata abbastanza per poterla usare.

La diagnosi tra m. di Basedow frusto e semplice ipertiroidismo o neurosi vegetativa è a volte un pò difficile da farsi, specialmente quando nell'esaminando esista o coesista qualche malattia esauriente con sintomi di ipertiroidismo o di eccitazione del simpatico. In questi casi è pericoloso scambiare i sintomi tossici della malattia principale con una manifestazione di tireotossicosi. Specialmente nei tubercolosi è pericoloso fare una diagnosi errata. Il deperimento, l'accentuazione dei fenomeni catabolici, la tachicardia, a volte l'ipertiroidismo concomitante possono esser presi per sintomi tireotossici, specialmente se esiste un leggero ingrossamento della tiroide. Occorre in questi casi una visita completa ed accurata, dando ai sintomi il valore reale e non lasciarsi trasportare dalla diagnosi affrettata che potrebbe essere fatale per il paziente e rischio pericoloso per l'assicurazione.

#### *L'ipertiroidismo in rapporto all'assicurazione vita:*

E' da ritenersi che molto frequentemente forme di Basedow frusto siano classificate tra le nevrosi cardiache.. Occorre perciò approfondire le ricerche in tutti quei casi ove il medico fiduciario ritiene l'assicurando affetto da nevrosi cardiaca, cioè disturbi di cuore senza lesioni valvolari o miocardiche. In questi casi si deve pensare all'ipertiroidismo legato molto frequentemente a disturbi ovarici o a disfunzioni di altre ghiandole a secrezione interna.

Il medico che deve fare una prognosi non solo approssimativa, ma, per quanto possibile, precisa, prima di prendere una decisione per dare un giudizio per l'assicurazione sulla vita, deve non solo fare sopra il suo malato uno studio clinico molto severo e profondo, ma dovrà eseguire o far eseguire tutte quelle ricerche che possono dare dei segni o la misura della gravità della malattia: metabolismo basale, radiografia, elettro-cardiografia; que-

ste ricerche nella maggior parte dei casi, non in tutti, gli permetteranno di fare una prognosi e di prendere una decisione.

Particolare attenzione merita la forma di Basedow a insorgenza acuta e la cosiddetta forma di gozzo tossico.

Queste forme possono portare il paziente in poco tempo alla forma cachetica per la loro malignità sia pure temporanea e davanti a questi casi il medico deve sempre riservarsi la prognosi e rimandare l'assicurando ad un'altra visita complementare per controllare la regressione dei sintomi e della gravità del male o constatare il contrario. In queste forme ipertossiche il cuore prende molta parte e potrà essere portato acilmente all'asistolia e perfino alla morte improvvisa. Un cenno particolare merita il *gozzo tossico* o *adenoma tossico*.

In certi casi è facile confondere questa forma con il Basedow avente dei sintomi comuni, ma questa forma da molti autori, specialmente stranieri, è descritta e individuata come forma a sè, con caratteri distinti.

Localmente il Basedow è caratterizzato per un « tumore elastico di consistenza pastosa ». Questi due caratteri locali sono molto importanti. L'ingrossamento è molto spesso bilaterale e non presenta nodi duri. E' utile ricordare che il tremore e l'emotività si riscontrano sempre, contrariamente all'adenoma tossico, uniti alla facies basedowiana. Un sintomo frequente è la predisposizione alle angine nel Basedow e non nel gozzo tossico. Il Basedow appare più frequentemente fra i 20 e i 30 anni ; il gozzo tossico fra i 40 e i 50 anni. Spesso nel Basedow si hanno remissioni nell'altezza del metabolismo basale, nel gozzo tossico mai. La tinta nel gozzo tossico è subitterica ; nel Basedow no.

Riporto la tabella di Dautrebande e Lemort che riproduce i caratteri clinici che separano l'adenoma o gozzo tossico dal Basedow.

	adenoma tossico	Morbo di Basedow
1 — Et�	40 - 45 anni	25 - 35 anni
2 — Durata del gozzo al momento dell'osservazione	10 - 15 anni	6 mesi a 4 anni
3 - Esoftalmo	nulla o insignificante	Esiste nell'80% dei casi
4 - Tremore	nulla o insignificante	Esiste nell'80% dei casi
5 - Polso	spesso irregolare	Spesso regolare salvo nel periodo terminale scompensato
6 - Gozzo	Uno o pi� nodi duri possono essere piantati sopra un gozzo semplice. La palpazione pu� essere completamente negativa.	Tumore elastico teso, bilaterale, di superficie uniforme.
7 - Soffio tiroideo	Nulla salvo che il gozzo non sia piantato sopra il Basedow	Esiste nel 50-60% dei casi
8 - Trillo a livello della tiroide	Nulla, salvo ch il gozzo non sia piantato sopra il Basedow	Esiste nel 50-60% dei casi
9 - Ipertensione	Frequente	Pi� rara
10 - Angina	Rara	Frequente
11 - Aspetto esteriore	Nervosismo inquieto	Sguardo aperto e fisso
12 - Pelle	Tinta giallastra o sublitterica	Turbe vasomotorie, sudorazione.
13 - Metabolismo basale	+ 30 a + 60 nell'adenoma tossico grave	+ 30 a + 150

Riassumendo i caratteri delle due malattie, si potrà fare rapidamente una diagnosi differenziale.

Le turbe cardiache che si possono individuare nei basedowiani e che possono portare all'asistolia sono :

- La tachicardia basedowiana pura (sinusale) ;
- I disturbi del ritmo (di natura non sinusale) ;
- L'associazione di una lesione valvolare.

La tachicardia basedowiana pura, è una tachicardia sinusale, nomotopa, a reazione elettrocardiografica normale. Essa è regolare o, nelle forme pure, non è accompagnata nè da extrasistoli nè da aritmia completa. E' di una frequenza abbastanza moderata e si mantiene in generale fra 100 e 150 battiti al m'. E' invariabile nelle diverse ore del giorno e si può notare la tachicardia da sforzo : mentre nei soggetti normali per un piccolo sforzo si ha piccolo aumento dei battiti, (fino a 25 al m', in più) e aumento del metabolismo basale di circa + 50, nei basedowiani si avrà invece un aumento del polso di 65 battute al m'. La tachicardia è molto accentuata anche per piccole emozioni ; così durante l'esame del medico è facile vedere diverse cifre : così all'inizio della visita si potrà avere 160 battiti al m' e dopo la visita, quando il malato si è un pò famigliarizzato con il medico, il polso potrà arrivare a 120-100 al m'.

Per fare una diagnosi differenziale fra tachicardia basedowiana e tachicardia parossistica si deve tener presente che la basedowiana quando è molto alta (160-200 al m') potrà durare qualche momento o poco più e non delle ore come l'altra e l'elettrocardiogramma conserva i suoi caratteri normali. Con l'esame radiologico spesso si mette in evidenza una dilatazione del cuore più o meno netta. Secondo i diversi autori si avrà la dilatazione in 40 e fino a 79 % dei casi.

L'aumento della portata cardiaca (o quantità di sangue circolante) nei basedowiani è ammesso da tutti gli autori ; questa portata o deflusso cardiaco, che è determinato in gran parte dalla rapidità delle contrazioni cardiache è maggiore durante gli sforzi,

Durante il riposo Fiel e Boek hanno trovato questi valori :

	Polso	Metabolismo basale	Portata cardiaca (o deflusso cardiaco in litri al minuto)	Portata sistolica (o deflusso cardiaco) in cmc.
Soggetti normali	62	Normale	6,3	101
Gozzo basedowiano	101	+ 65	11,7	116
Mixedema		— 28	2,5	51

Durante l'esercizio muscolare il polso, il metabolismo basale e il deflusso cardiaco aumentano tutti e tre, ma la proporzione non è uguale nei soggetti sani e nei basedowiani come si può vedere dai risultati di Means e Newocburg : Se in un soggetto sano con un lavoro muscolare si fa aumentare il metabolismo basale a + 65, la frequenza del polso aumenta di 23 %, il deflusso cardiaco aumentato di 55 % e il deflusso sistolico di 25 %. In un basedowiano facendo pure aumentare, con un lavoro muscolare (più piccolo) il metabolismo basale a + 65, l'aumento del polso sarà di 63 %, il deflusso cardiaco sarà di 86 % e il deflusso sistolico solo del 16 %.

Condizioni	Metabolismo basale %	Deflusso cardiaco in % della cifra normale	Aumento del polso in % del polso normale	Deflusso sistolico in % della cifra normale
Lavoro Muscolare in un soggetto sano	+ 65	+ 55	+ 23	+ 25
Lavoro muscolare in un soggetto sano	+ 65	+ 42	+ 12	+ 30
Basedow (media di 4 soggetti)	+ 65	+ 86	+ 63	+ 16
Iniezione di adrenalina (cmc. 1,5) in un soggetto sano	+ 20	+ 94	+ 46	+ 33
Mixedema	— 27	— 59	— 17	— 50

In questo caso Dautrebande fa notare che « sia in causa di una azione tossica della tiroxina, sia in causa della fatica cronica del miocardio, il ventricolo non può contrarsi nei basedowiani così completamente come nei soggetti sani. Qualunque sia la cau-



sa di questa diminuzione del deflusso sistolico, è chiaro che questa elevazione considerevole della frequenza del polso, contemporaneamente alla contrazione ventricolare imperfetta, costituisce una dispersione inutile di energia, la quale non può che aumentare ancora la fatica del miocardio ».

*Le turbe del ritmo nei basedowiani* non sono di origine sinusale, enterotopa, e si presentano in diversi modi. Le aritmie sono numerose. Secondo d'Ernstène che presenta uno studio su 1000 casi personali recenti (1938), si può vedere che i disturbi cardiaci nei basedowiani sono molto numerosi e differenti :

		(di cui 104 con cardiopatia organica
Fibrillazione auricolare	207	» » 103 senza » »
Flutter	2	
Tachicardia parossistica auricolare :	5	
» » ventricolare :	2	
Insufficienza cardiaca :	44	(di cui 29 con fibrillazione
		» » 15 con ritmo normale
Angina pectoris :	5	
Asma cardiaca :	3	

Da questo studio si può vedere come la fibrillazione auricolare sia molto frequente e pure frequente appare l'insufficienza cardiaca. Molti di questi fenomeni regrediscono da soli, altri regrediscono con le cure adatte, altri con la tiroidectomia. Rivisitando lo stesso malato dopo qualche tempo (2-3 mesi) si potranno trovare turbe cardiache differenti e ove non esistano lesioni organiche i sintomi cardiaci possono essere mutati di molto, così ove si riscontra una tachicardia regolare, si potrà trovare un disturbo del ritmo e viceversa.

Come si è notato anche precedentemente, lo sforzo che il cuore degli ipertiroidici deve fare è molto grande. Si può calcolare abbastanza facilmente lo sforzo muscolare del cuore dovuto all'ipertiroidismo.

Il lavoro prodotto da un cuore si può definire in prima analisi come corrispondente alla quantità del sangue espulso dal ventricolo, moltiplicato per la pressione media che questo ventricolo deve vincere. Per esempio se in un soggetto sano in riposo, il deflusso per minuto è di 6 litri e la pressione arteriosa media è di

100 mm. di Hg., troveremo che 100 mm. di Hg. equivalgono a 1,28 metri di sangue e per conseguenza il lavoro fornito da questo cuore sarà  $6 \times 1,28 = 7,68$  chilogrammetri di sangue al m'. Il lavoro del cuore negli ipertiroidei in riposo è spesso aumentato di 150 %. Questo cuore, dunque, anche in riposo deve fare uno sforzo formidabile. Si comprende per ciò che un cuore sovraccarico anche in periodo di riposo, non può fornire il fabbisogno di ossigeno ai tessuti e per lo sforzo muscolare aumenta ancora il metabolismo. Si comprende da ciò che la dilatazione acuta del cuore nei basedowiani è molto facile durante uno sforzo. Così pure si avrà una certa dilatazione quando la malattia è di lunga durata.

Sembra, secondo uno studio di Goodpasture, che la tiroxina renda il miocardio più sensibile all'azione delle tossine microbiche e, secondo Willius, l'insufficienza cardiaca degli ipertiroidei è probabilmente il risultato della combinazione della fatica con l'intossicazione del muscolo cardiaco per la secrezione esagerata della tiroxina. Questo deficit funzionale sembra che sia veramente la caratteristica di tutto il sistema muscolare degli ipertiroidei. Riporto questa tabella di Boothby e Sandiford ove si può vedere la differenza nelle diverse malattie del metabolismo e delle calorie per chilogrammetro :

Diagnosi	Numero dei casi studiati	Metabolismo basale (media)	Calorie per chilogrammetro	Deviazione dal normale
Normale	5	— 10	1,20	—
Diabete	4	— 13	1,09	— 10
Leucemia mioloide	2	+ 20	1,10	— 8
Anoressia isterica	1	+ 22	1,12	— 7
Leucemia linfoide	1	+ 65	1,19	— 1
Morbo di Addison	1	— 8	1,27	+ 6
Neurosi	1	+ 5	1,34	+ 12
Mixedema	5	— 28	1,36	+ 13
Ipertensione	3	+ 4	1,43	+ 19
Carcinoma della tiroide	1	+ 43	2,31	+ 93
Basedow o gozzo esoftalm.	12	+ 52	2,34	+ 87
Adenoma tossico	1	+ 47	2,86	+128

Sembra che i muscoli degli ipertiroidei vadano incontro ad una degenerazione grassa. Se si pensa, d'altra parte, come il biso-

gno di ossigeno conclamato sia legato alla degenerazione tissulare profonda e che il bisogno di ossigeno dipende, in gran parte, negli ipertiroidei, dallo stato della loro circolazione, si comprende l'importanza che può avere per la prognosi lo stato funzionale del miocardio. Il primo segno della degenerazione muscolare si ha nel muscolo quadricipite crurale, il quale è un segno quasi caratteristico della malattia di Basedow.

Lo studio della circolazione e del bisogno di ossigeno mostra anche l'importanza nell'ipertiroidismo delle interrelazioni che uniscono le diverse funzioni turbate dalla malattia.

*Esame di un malato della tiroide per l'assicurazione sulla vita.*

Risulta dalle considerazioni fatte che l'esame medico per un ammalato della tiroide e in modo particolare per un basedowiano che voglia entrare in assicurazione, deve comprendere :

1) Uno studio clinico accurato, fondato non solamente sullo stato attuale del paziente, ma sull'andamento anteriore della malattia (polso, temperatura, grado della tachicardia e sue variazioni, aritmia permanente o per crisi, reazione alla terapia iodica ecc. Questa evoluzione o andamento anteriore della malattia è indispensabile conoscersi in una malattia che procede a scatti ; la sua conoscenza permetterà spesso, ma non sempre, di prevedere l'evoluzione posteriore. Ciò vuol dire che un solo esame, anche completo di tutte le ricerche di laboratorio, non può essere considerato come sufficiente.

2) La determinazione del metabolismo basale, possibilmente prima e dopo una cura iodica.

3) Un esame radioscopico del cuore per mettere in evidenza l'inizio della dilatazione del cuore, sia destro che sinistro.

4) Un esame elettrocardiografico, in un certo numero di casi (specialmente quando l'assicurazione sia su capitali molto alti). Questo esame sarà inutile quando la tachicardia è regolare e moderata e diviene quasi indispensabile in caso di aritmia. Esso permetterà di distinguere una aritmia completa per fibrillazione auricolare da una aritmia extrasistolica, ecc. In caso di aritmia completa con fibrillazione verificata, sarà importante vedere se si tratta di aritmia stabile o di una crisi parossistica. In questi casi

occorre rivedere il malato. Nei casi di tachicardia regolare con polso oltre 160 al m', l'elettrocardiografia stabilirà se si tratta di una tachicardia di Bouveret (di prognosi riservata) o di una crisi di tachicardia basedowiana (si ricorda che l'aritmia completa è spesso una indicazione per la tiroidectomia che potrà guarirla definitivamente).

Queste sono le indicazioni per uno studio prognostico ideale. In pratica questi esami sono difficili da realizzarsi. Nel maggior numero dei casi, bisognerà accontentarsi di un esame clinico semplice, ma molto accurato, meglio se *ripetuto* e di eliminare quei casi in cui si abbiano dei gravi dubbi sulla prognosi, come i seguenti : (a meno che non si proponga al paziente il rinvio a dopo la tiroidectomia).

- 1 — Evoluzione progressiva dell'insieme dei sintomi clinici specialmente in pazienti affetti da gozzo antico in cui siano comparsi fenomeni di gozzo tossico.
- 2 — Magrezza notevole.
- 3 — Aritmia completa (praticamente rilevabile col solo esame clinico).
- 4 — Segni di insufficienza cardiaca.
- 5 — Resistenza alla terapia iodica o di diiodotirosina.
- 6 — Persistenza o riapparizione di sintomi basedowiani in malati anteriormente tireodectomizzati.

Nel secondo Congresso Internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita, tenuto a Parigi nel maggio 1939, fu discusso l'ipertiroidismo nell'assicurazione sulla vita. Relatori sono stati il Prof. Luciano Dautrebande di Liegi e il Dott. Carlo Aubertin di Parigi.

Benchè noi possiamo condividere in modo assoluto le affermazioni dei due dotti lavori (ai quali ho attinto anch'io) pure ci servono come base sulla quale potremo costruire il nostro lavoro.

Il Dott. Aubertin di Parigi fa notare le grandi difficoltà che si presentano al medico assicuratore quando si trova davanti ad un affetto da ipertiroidismo.

In America vige un assioma : ipertiroidismo non operato, rischio da rifiutare sistematicamente ; tiroidismo operato, rischio da accettare con o senza riserva.

Ciò sembra troppo assoluto essendo noto che esistono molti casi di Basedow guariti con cure mediche.

Il relatore espone quali sono i fattori di gravità nel morbo di Basedow :

- 1) Malignità con cachessia rapida ;
- 2) Infezioni secondarie (tbc. !) e qui è importante poter fare una esatta diagnosi differenziale di quanto spetta nel quadro morboso al B. e quanto alla tbc.
- 3) Trasformazione cancerigna dell'iperplasia tiroidea.
- 4) Ripercussione sul cuore, che può condurre fino all'asistolia, con morte improvvisa. I disturbi cardiaci che dobbiamo tener presenti sono :
  - la tachicardia pura ;
  - i disturbi del ritmo non sinusali ;
  - lesioni valvolari.

*La tachicardia basedoniana* pura è a reazione elettrocardiografica normale. Non s'accompagna nè con extrasistoli nè con aritmia completa. Si aggira fra 100' e 150'. Varia secondo i vari momenti della giornata, secondo la posizione del soggetto, gli sforzi muscolari (e in questo caso l'aumento di pulsazioni è nel Basedow ben più elevato che nelle persone normali). Presenta delle crisi di esacerbazione e si nota allora eretismo arterioso specie ai vasi del collo.

Alla palpazione del cuore si può notare oltre che un urto della punta forte, anche un fremito che può far pensare ad una stenosi mitralica senza che tuttavia si possa riscontrare, ad un esame radiologico, il noto profilo mitralico. La pressione arteriosa è spesso elevata (160-180). L'elettrocardiogramma dimostra un complesso ventricolare normale.

I disturbi del ritmo possono essere o extrasistoli, che non hanno grande importanza, o *l'aritmia completa* che rappresenta la complicazione veramente grave della malattia. Tale aritmia completa con fibrillazione auricolare esiste nel 10-20 % dei casi e dà luogo col tempo all'insufficienza cardiaca. L'elettrocardiografia renderà evidente la fibrillazione o il flutter.

Pure nel 15 % dei casi possiamo trovarsi dinanzi ad una lesione organica valvolare. E' intuitivo come tale condizione aggravi il quadro e possa affrettare lo stato di insufficienza cardiaca che terminerà con la grande asistolia e la morte improvvisa.

Da tutto ciò risulterà che l'esame di un soggetto affetto da morbo di Basedow dovrà *necessariamente* comprendere :

- 1) *La determinazione del metabolismo* basale sempre alterato nei basedowiani. Con l'occasione si risveglia l'attenzione su quei soggetti affetti da Basedow *senza* ipertiroidismo.
- 2) *Un esame elettrografico* che ci illuminerà sulla natura delle aritmie che potranno essere state constatate all'esame clinico.
- 3) *Un esame radioscopico* del torace che oltre a mettere in evidenza un ingrandimento del muscolo cardiaco ci garantirà sulle condizioni dei polmoni.
- 4) *Un esame clinico* possibilmente ripetuto a due o tre mesi di distanza dal primo per studiare l'evoluzione della malattia.

Il secondo relatore, Prof. Luciano Dautrebande di Liegi, tenta una classificazione del morbo di Flajan-Basedow che possa servire per l'assicurazione vita e descrive due aspetti della malattia che possono dar origine a dubbie interpretazioni :

— Soggetti affetti da gozzo che sembra clinicamente gelatinoso ,

— Soggetti che non presentano ipertrofia della tiroide.

In questi due casi la diagnosi clinica è particolarmente difficile e conseguentemente la prognosi resterà ancora più dubbia.

Dato ciò la necessità quasi assoluta della determinazione del *metabolismo basale* che ci fissa per così dire il grado della malattia.

La misura del ricambio ci dà dati preziosi per l'avvenire del paziente : qualunque siano i segni clinici, il metabolismo *presto* o *tardi* ha sempre ragione.

L'altro lato del problema da studiare è ciò che riguarda le reazioni circolatorie all'ipertiroidismo. L'autore parte dalla legge che ogni aumento del metabolismo si accompagna ad un aumento del lavoro del cuore. Ciò si osserva durante lo sforzo negli individui sani : il lavoro del cuore aumenta a mano a mano

che lo sforzo aumenta ; però se lo sforzo diviene troppo intenso il lavoro del cuore aumenta molto meno che il metabolismo: questa rottura di equilibrio avviene molto facilmente negli ipertiroidei nei quali vi è una grande difficoltà ad aumentare il lavoro del cuore durante lo sforzo. Questo deficit funzionale sembra esser caratteristico della muscolatura del cuore non solo, ma di tutti gli altri muscoli negli ipertiroidei : infatti il costo in calorie di uno sforzo misura in chilogrammetri è molto maggiore negli ipertiroidei che nei soggetti sani. Ciò sembra anche determinato da un deficit di ossigeno nei tessuti di questi malati. Il relatore conclude con l'affermare la necessità assoluta della misura del metabolismo basale come solo elemento sicuro per un giudizio diagnostico e prognostico negli ipertiroidei.

Il relatore invece non avrebbe affermato nel suo chiaro esposto la utilità altrettanto importante, anche secondo Aubertin, di un esame elettrocardiografico.

Nella discussione che seguì le due dotte relazioni furono affermati i seguenti principî :

« L'ipertiroidismo rappresenta sempre un rischio grave da condizionare o anche da rifiutare ».

*DA CONDIZIONARE* — Se il metabolismo basale è normale o di poco alterato, o se vi è cardiopalmo semplice o anche extrasistoli.

*DA RIFIUTARE* — Se esistono alterazioni miocardiche, precedenti cardiaci valvolari, metabolismo basale alterato.

\* \* \*

Come fu detto nella nota preventiva, in Italia manca ancora il materiale per fare una tabella di sopramortalità basata su dati di fatto, per quanto riguarda le malattie della tiroide.

Basandoci sulle tabelle di sopramortalità estere, che qui sotto riportiamo, e tenendo presenti i fattori clinici propri all'Italia, abbiamo cercato di fare una tabella di sopramortalità che possa corrispondere, quanto più è possibile, al valore reale del rischio sull'assicurazione vita per gli assicurandi affetti da malattie della tiroide.

*Valutazione in Assicurazione Vita delle affezioni della tiroide*  
(estratti da pubblicazioni di medicina assicurativa)

1) — da « *Lebenversicherungs-Medizin* » di Deutsche e Stern, Vienna 1938 (sotto titolo : Valutazione delle sopramortalità).

*Malattie della tiroide*

(N. B. : Tasso di mortalità — non sopramortalità)

a) GOZZO ;

Semplice gozzo colloide o gozzo adenomatoso senza manifestazioni di ipertiroidismo, sicuramente non situato sotto lo sterno e non aumentato negli ultimi anni :

	(piccolo . . . . .)	100 - 115
1 — senza operazione	(medio . . . . .)	125 - 150
	(grande . . . . .)	150 - 185

2 — con operazione :

entro i primi 6 mesi dall'operazione	Rinvio di 6 mesi
da 6 mesi a 2 anni dopo l'operazione . . . . .	115 - 135
dopo 2 anni o più . . . . .	100 - 115

Gozzi di assicurandi di regioni del gozzo endemico possono venire giudicati più favorevolmente di un 5 - 10 %.

b) GOZZO RETROSTERNALE

con dimostrabile compressione e impedimento della respirazione . . . Rifiuto o rinvio fino a dopo l'operazione.

c) GOZZO MALIGNO . . . . . Rifiuto

d) TIREOTOSSICOSI (Thyreotoxikose)

in generale la tireotossicosi è assicurabile soltanto se dimostrabile che p.r. più di 2 anni non si è manifestato alcun sintomo sospetto tireotossico, specie a carico del cuore e dei sistemi nervosi.



Unicamente casi lievi con stimate vegetative, i quali pure si possono ascrivere al gruppo delle tireotossicosi, sono tariffabili anche con leggeri sintomi in atto —

Casi siffatti . . . . . 200 % di cui il 50 % è da scaglionare (scaglionamento obbligatorio di 1/5 almeno).

Tutti i casi pronunziati :

dopo 2-3 anni di perfetta esenzione da sintomi	195 - 250
» 3-5 » » » » »	125
» 5 o più » » » » »	100 - 125

e) MALATTIA DI BASEDOW

SENZA OPERAZIONE - dopo completa guarigione con piena assenza di sintomi, ed entro 3 anni dalla guarigione . . . . .

Rifiuto

entro 3-5 anni dalla guarigione

185 - 250

» 5 o più » »

115 - 135

Con OPERAZIONE - dopo completa guarigione con piena assenza di sintomi:

entro 2 anni dopo l'operazione . . . . .

Rifiuto

dopo 2 anni . . . . .

175

» 3-4 » . . . . .

135

» 4 . . . . .

125

» 5 . . . . .

115 - 125

f) — BASEDOWISMO . . . . . 150 - 175

g) — MIXEDENA . . . . . Rifiuto

h) — CRETINISMO . . . . . Rifiuto

2) — da « *Rating Manual* » della « Reinsurance Association », U. S. A.



*Significato delle sigle usate nel manuale*

<i>Sigle</i>	<i>Rischio di invalidità</i>	<i>Doppio capitale in caso di morte per infortunio.</i>
W	si	si
X	si	no
V	no	si
Z	a discrezione, secondo le circostanze.	
	N.D.R. La tassazione non è stata stabilita.	
	R.N.A. Rischio non assicurabile.	
	Gozzo, diffuso, non tossico, senza operazione	
	Gozzo, diffuso, non tossico, con operazione	
	Gozzo, nodulare, non tossico, senza operazione	
	Gozzo, nodulare, non tossico, con operazione	

Con queste indicazioni si fa riferimento al cosiddetto gozzo semplice, o ingrossamento della tiroide, dovuto a carenza di iodio nella dieta. Tuttavia, poichè tutti i gozzi tendono a diventare tossici bisogna, per età oltre i 35 anni, avere gran cura nella selezione. Si dovrebbe ottenere una accurata cognizione della grandezza, della durata e del grado di sviluppo; accertarsi dell'essenza dei sintomi della malattia di Basedow; e sapere, se non operato, se c'è il proposito dell'operazione.

**E t à**

35 anni e meno — oltre 35 anni

*Senza operazione :*

Lieve ingrossamento, senza sintomi	da 0 a + 25	W	— da + 25 a + 60	Y
Modico ingrossamento, senza sintomi	„ + 30 a + 50	Y	— „ + 50 a + 75	Y
Grande ingrossamento, senza sintomi	R. N. A.		R. N. A.	

*Con operazione :*

Lieve ingrossamento, senza sintomi	0	W	0	W
Modico ingrossamento, senza sintomi	0	W	0	W
Grande ingrossamento, senza sintomi	+ 20	Z	+ 20	Z

Gozzo, diffuso, tossico, senza operazione

Gozzo, diffuso, tossico, con operazione

Gozzo, nodulare, tossico, senza operazione

Gozzo, nodulare, tossico, con operazione

Si tratta del gozzo esoftalmico o malattia di Basedow : ingrossamento della ghiandola tiroide, con sintomi di ipertiroidismo o aumento della secrezione interna della tiroide, congiunte spesso a tremore, sintomi dell'occhio, debolezza, perdita di peso, nervosismo, tachicardia, aumentata pressione di sangue, ed aumentato metabolismo. I sintomi variano di intensità da lievi manifestazioni nervose fino all'esaurimento e alla tossiemia, mortali.

Sono da ottenere completi particolari dei sintomi e segni, durata e recente andamento e, se non operato, se c'è il proponimento della operazione.

*Non operati :*

<i>Entro 2 anni</i>	<i>Età 35 e meno</i>	<i>Età 36 a 45</i>	<i>Età 46 a 55</i>
<i>Tra 2 e 5 anni</i>	Rinvio	Rinvio	Rinvio
Polso sotto 80 pr. art. normale . . . . .	+ 35 a + 60 Z	+ 45 a + 80 V	+ 55 a + 100 Y
Polso 80 a 90 pr. art. normale . . . . .	+ 65 a + 85 V	+ 75 a + 105 Y	+ 85 a + 125 Y
Polso 90 a 100 pr. art. normale . . . . .	+ 110 "R.N.A., Y	R. N. A.	R. N. A.
<i>Tra 5 e 10 anni</i>			
P. sotto 80, pr. art. norm.	+ 25 a + 50 Z	+ 35 a + 70 Z	+ 45 a + 90 Y
„ 80 a 90 „ „	+ 55 a + 75 V	+ 65 a + 95 V	+ 75 a + 115 Y
„ 90 a 100 „ „	+ 100 a + 150 Y	+ 110 a R.N.A. Y	R. N. A.
<i>Dopo 10 anni</i>			
P. sotto 80 pr. art. norm.	O W	O W	O W
„ 80 a 90 „ „	+ 15 a + 40 W	+ 20 a + 60 Z	+ 35 a + 80 Y
„ 90 a 100 „ „	+ 55 a + 75 Y	+ 65 a + 45 Y	+ 75 a + 115 Y
Sintomi di ipertiroidismo da esame . . . . .	R. N. A.	R. N. A.	R. N. A.

*Operati con successo*

Tassi come sopra, con riduzione da 10 a 20 punti.

*Gozzo, tipo non definito, o non registrato (nel manuale) altrove.*  
Si richiedano informazioni sufficienti per la classificazione N.D.R.



IPERTIROIDISMO — Vedi ai 4 tipi di gozzo *non tossici*, sopra indicati.

IPOTIROIDISMO . . . . . + 75 a + 20 Z

Disturbi delle ghiandole endocrine non registrati

altrove (non perciò qui compresi) . . . . . R.N.A.

N. B. i valori indicati nel « Rating Manual » sono valori di sopra-mortalità che vanno sommati a 100 (rischio normale).

### TASSI DI MORTALITA'

#### GOZZO SEMPLICE : non operato

American I.M.D. Association

piccolo . . . .	10 a 50 s.m.
medio . . . .	50 a 75
grande . . . .	100 e più

Canadian L.I.O. Association

età	ipertrofico	adenomatoso
sotto i 30 anni	+ 20	+ 25
sopra i 30 »	+ 1 punto	+ 2 punti per ogni anno

In età più giovani il 65 % di tutti i gozzi sono ipertrofici.

Dopo i 40 anni » » » » » » » adenomatosi.

Dopo 25 anni di età moltissimi gozzi ipertrofici divengono adenomatosi.

Metropolitan Life (U.S.A.)

(non aumentati di volume per tre anni)

piccolo . . . .	15
medio . . . .	25 a 35
grande . . . .	35 a 85

Prudential Life (U.S.A.)

a) presente, piccolo, semplice o cistico, non aumentato da due anni, ignorato o conosciuto così da parecchi anni, senza storia passata o evidenza presente di compressione, o di sintomi esoftalmici o tossici — NESSUN SOPRAPREMIO.

b) grande, di tipo semplice, ma senza sintomi e stazionario da 3 anni : dal 25 al 45,



*Dopo operato :*

American I.M.D. Association

Da un anno . . . . .	Rifiuto
da 1 a 5 anni con storia di sintomi	+ 50 per 5 anni
senza » » »	non caricamento
dopo 5 anni . . . . .	senza importanza

Canadian L.I.O. Association : Iperetrofico

senza sintomi da 1 mese . . . . .	+ 30
2 mesi . . . . .	+ 25
3 » . . . . .	+ 20
4 » . . . . .	+ 15
5 » . . . . .	+ 10

Metropolitan Life (U.S.A.)

Rinvio di un anno  
da un anno o più : — 15 a 35 in più.

Altre Compagnie (U.S.A.)

Ablazione completa o parziale ; non segni passati di esoftalmo o di tossità, non aumento di volume successivo.

entro il 1° anno . . . . .	Rifiuto
» » 2° » . . . . .	da 75 a 110
» » 3° » . . . . .	45 a 75
» » 4° » . . . . .	25 a 45
» » 5° » . . . . .	normale

GOZZO ESOFALMICO

Gozzo tossico o iperplastico, con tremore, tachicardia o esoftalmo in atto : rifiuto da tutte le Compagnie.

Canadian L.I.O. Association

*senza operazione :*

fra 5 e 10 anni . . . . .	75
più di 10 anni . . . . .	10

*con operazione :*

senza più alcun sintomo da 2 anni .	75
» » » » » 3 » .	50
» » » » » 4 » .	35
» » » » » 5 » .	25
» » » » da più di 5 » da	25 a 10



Metropolitan Life (U.S.A.)

con o senza operazione ma senza alcun sintomo :

— meno di 3 anni . . . . .	Rifiuto
da 3 a 5 anni . . . . .	da 75 in su
da 5 e più » . . . . .	da 15 a 35

Altre Compagnie (U.S.A.)

1°) Operati entro 2 anni e ritorno dei sintomi Rifiuto

2°) Storia di Basedow, o di operazione completa di gozzo esoftalmico seguito da cura:

Entro il 1° anno . . . . .	Rifiuto
» » 2° » . . . . .	Rifiuto
» » 3° » . . . . .	110 - 150
» » 4° » . . . . .	75 - 110
» » 5° » . . . . .	45 - 75
» » 6° » . . . . .	25 - 45
» » 7° » . . . . .	normale

*Casi da rifiutare:*

- tutti i grandi gozzi
- tutti i gozzi della media età (dopo 40 anni)
- tutti gozzi con nervosismo ben definito, tremori, tachicardia, crisi gastro intestinali o esoftalmo.

*Casi accettabili :*

- Giovani donne sotto i 25 anni con o senza sintomi nervosi possono essere accettate a condizioni normali ma con durata massima di 20 anni.

QUESTIONARIO PER GLI AFFETTI DA GOZZO : (Canadian A.L.I.O.)

- 1) Quando per la prima volta vi accorgete che il collo si era ingrossato, cioè aumentato e con quale misura ?
- 2) Ciò vi ha procurato qualche disturbo di giorno o di notte e da quando ?
- 3) Soffrite di palpitazione, o di qualche segno non usuale nervoso o di fatica ?
- 4) Il vostro appetito è eccessivo, o avete avuto qualche attacco di diarrea o di vomito ?



- 5) Avete perduto di peso in questi ultimi due anni ?
- 6) Sentite bruciori o calori più che la maggioranza degli altri ?

I seguenti punti devono essere accertati dallo stesso esaminatore :

- 1) E' presa tutta la tiroide o quale parte ?
- 2) E' molle, o vascolarizzata, solida o nodulare, e quale la sede dei noduli ?
- 3) Qual'è la sede al collo della sua più grande circonferenza ?
- 4) C'è qualche segno di compressione e quale ?
- 5) Ci sono segni di esoftalmo o tireotossici ?
- 6) Ci sono irregolarità cardiache o cardiopatia ?
- 7) Qual'è la pressione arteriosa e il numero delle pulsazioni prima e due minuti dopo esercizio ginnastico ?

*TABELLA DI SOPRAMORTALITA'*  
*che si propone per l'Italia*

I) Ipertrofia tiroidea e gozzo semplice di data non recente, stazionario, senza segni di distiroidismo	sino a 50 % di sopram.
II) Gozzo semplice, di data inferiore a 2 anni . . . . .	deferimento al C.I.R.T.
III) Gozzo semplice operato da meno di un anno . . . . .	Rinvio
IV) Gozzo retrosternale e gozzo tossico	Rifiuto o rinvio a un anno dopo l'operazione
V) Mixdema . . . . .	Rifiuto
VI) Morbo di Flaiani-Basedow - senza segni di distiroidismo, da almeno 5 anni . . . . . (Tutti gli altri casi non compresi in questa voce vanno inviati al C.I.R.T.)	50 % di sopram.
VII) Morbo di F. Basedow . . . . .	da 75 % a 300 % di sopram.

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| VIII) Morbo di F. Basedow - con metabolismo basale molto elevato - aumento grave della pressione arteriosa - lesioni miocard. . . . . | Rifiuto                     |
| IX) Morbo di F. Basedow operato da meno di un anno . . . . .  | Rinvio                      |
| X) Morbo di F. Basedow operato da 1 a 3 anni e guarito . . . . .  | da 75 a 200 %<br>di sopram. |
| XI) Morbo di F. Basedow operato da più di 3 anni e guarito . . . . .  | fino a 50 % di<br>sopram.   |
| XII) Morbo di F. Basedow operato con persistenti segni di distiroidismo   | deferimento al<br>C.I.R.T.  |
| XIII) Rischio d'invalidità - da non concedersi - agli affetti da gozzo.   |                             |



« *AUTORIASSUNTO* »

Premessi i cenni anatomo-fisiologici sulla tiroide in stato normale e i fenomeni dati dalla sua esportazione, si passa a parlare delle sue alterazioni.

Passato in rassegna il gozzo semplice nelle sue diverse forme e manifestazioni e la possibilità della sua trasformazione in gozzo tossico o in gozzo basedovificato, si viene a parlare di queste manifestazioni patologiche in riguardo all'assicurazione sulla vita. Particolare importanza assume in questo campo il morbo di Basedow. Si descrivono i diversi sintomi da rilevare per fare una diagnosi e una prognosi « quoad vitam » di questa malattia.

Le ricerche più importanti per differenziare il Basedow dal gozzo tossico o dal gozzo semplice sono dati : dal grado di metabolismo basale, dall'elettrocardiografia e dall'esame radioscopico ; i sintomi principali sono dati : dai segni fisici del gozzo, dall'esoftalmo e dalle tachicardia. Si descrivono in modo speciale i fenomeni a carico del cuore, sia intracardiaci che extra.

Si richiama l'attenzione del medico fiduciario per una visita molto accurata e possibilmente ripetuta dopo una cura di 2-3 mesi.

Si riportano varie tabelle di sopramortalità per le malattie della tiroide delle compagnie di assicurazione estere. Si propone un questionario speciale per la malattia della tiroide. Si propone una tabella italiana di sopramortalità, basata sull'esperienza assicurativa estera e sulle nozioni cliniche italiane.

Si aggiunge che per i malati della tiroide sarebbe sempre da escludere il rischio di invalidità.

*Relazione del Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI svolta nelle Riunioni del C. M. C. del 28-29 Febbraio 1940.*

## LA PROGnosi LONTANA DEI TRAUMATIZZATI DEL CRANIO IN ASSICURAZIONE VITA.

Le lesioni traumatiche del cranio presentano un'importanza notevole sia per la frequenza con la quale si verificano e sia per le conseguenze che ne derivano. La mortalità per queste lesioni è molto elevata nei primi istanti o nei primi giorni, cioè nel primo periodo, diminuisce, ma è sempre abbastanza rilevante, nel periodo secondario, e diventa scarsa nel periodo tardivo.

Dobbiamo dunque considerare nella prognosi dei traumatizzati del cranio un periodo primario o immediato, un periodo secondario ed un periodo tardivo.

Le conseguenze immediate dei traumi cranici non ci interessano, mentre sono importanti in assicurazione vita le conseguenze secondarie e molto di più le tardive.

Se la mortalità è molto elevata nel primo periodo e nel periodo secondario, non resta escluso ogni pericolo anche a distanza di tempo, quando pare che il traumatizzato sia guarito perfettamente o quando esso sia portatore di postumi transitori o permanenti di più o meno grave entità.

Tradurre in cifre la mortalità relativa al periodo secondario e tardivo non è cosa facile perchè non è facile avere una statistica composta di casi, operati o no, seguiti per molti anni. Mi servirò pertanto dei dati che mi è stato possibile trovare, dai quali, se non risulta una legge di eliminazione anche approssimativa, si potrà trarre un orientamento non molto lontano dalla realtà per la valutazione di questi rischi.

Le conseguenze secondarie dei traumi cranici sono quelle che non insorgono col trauma, come per esempio la commozione o la contusione cerebrale o la ferita del facciale in una frattura della base, ma in conseguenza delle lesioni prodotte dal trauma sorgono e si appalesano come delle complicazioni nelle successioni

morbose. Tali per esempio le meningo-encefaliti sorte da localizzazione di germi provenienti dall'esterno o dal sangue circolante, le ernie cerebrali, le lesioni del facciale dovute ad otite sierosa da rottura della membrana del timpano o ad ematoma del canale di Falloppio.

Le conseguenze tardive sono quelle che insorgono a distanza di tempo dal trauma.

Come postumi infine dovrebbero essere intesi quei reliquati che senza soluzione di continuo, cioè senza alcun intervallo di benessere nel traumatizzato, seguono alle vicende morbose superate come testimoni di lesioni craniche o cerebrali di grande o di lieve entità, apprezzabili o meno obbiettivamente.

Ammetto subito che questa definizione, come tutte le definizioni, ha le sue deficienze in quanto non è sempre facile nella pratica delimitare i confini tra postumi e conseguenze tardive.

I postumi grossolani, come per esempio la paralisi dell'abducente, non richiedono molta attenzione per essere rilevati, mentre con molta diligenza occorrerà ricercare i piccoli segni che spesso sono la manifestazione oggettiva di sofferenze soggettive e che costituiscono la base di un più fondato sospetto di ulteriori aggravamenti, come espressione di pronunziate alterazioni dell'encefalo e dei suoi vasi. Accennerò per ora alla tonoscopia retinica che è possibile ricercare in assicurazione vita, non potendo neppure lontanamente pensare che un assicurando sia disposto a farsi praticare la puntura lombare.

L'importanza di questi piccoli segni non diminuisce se ora consideriamo, accanto al rischio di mortalità, il rischio di invalidità: perchè le conseguenze potrebbero essere presentate dall'assicurato come sopravvenute, mentre in realtà erano preesistenti. Se esse fossero puramente soggettive non entrerebbero in discussione perchè il beneficio della clausola « Invalidità » contempla la sospensione del pagamento dei premi solo in presenza di una invalidità oggettivamente accertabile, ma poichè le sofferenze soggettive possono essere attestate dai rilievi semiologici oggettivi, come ho detto, talora finissimi, che l'assicurato ha tutto l'interesse di far mettere in evidenza da uno specialista, occorre che anche noi li ricerchiamo accuratamente nel caso si volesse addivenire alla concessione del beneficio.

Date queste premesse è il momento, ora, di precisare di quali traumi sia necessario tener conto nella formulazione di un giudizio sul rischio che importa un cranio-leso apparentemente guarito.

Se noi volessimo tener conto dei piccoli traumi limitati al cuoio capelluto, — che del resto non fanno parte dei traumi cranici, rigorosamente parlando — passati senza alcun disturbo di ordine nervoso rischieremmo di essere portati ad una enorme ed ingiustificata esagerazione. I casi pubblicati di gravi manifestazioni tardive dovute a traumi di lieve entità sono rari e come non capita spesso assistere, per esempio dal punto di vista delle conseguenze immediate, al manifestarsi di una commozione cerebrale per semplice scuotimento della testa poggiata durante il sonno su di una panca di un vagone di 3<sup>a</sup> classe, come nel caso di quel soldato che viaggiava da Berlino a Thorn, così non capita spesso assistere, dal punto di vista delle manifestazioni tardive, alla comparsa di una epilessia Jacksoniana, a distanza i vari mesi dall'urto, alquanto violento, della testa contro le pareti di un veicolo in corsa senza che si fosse avuta altra lesione all'infuori di un modico ematoma sottocutaneo, come in un altro caso pubblicato. Queste rarità se possono interessare l'Infortunistica o la Chirurgia, specie quella riparatrice, non debbono essere sopravvalutate in assicurazione vita. Una eccezione va fatta per le scottature del cuoio capelluto, poichè è noto che sulle cicatrici residue si può impiantare un epitelioma; mentre le ferite delle parti molli della testa potranno dare tutt'al più una cicatrice dolente, facilmente dominabile dalla escissione chirurgica.

Le cose vanno diversamente quando ci incontriamo in individui che hanno nell'anamnesi una frattura del cranio, una commozione o una contusione cerebrale. Essi possono essere divisi in tre gruppi:

- 1) individui che si presentano apparentemente guariti senza alcun disturbo della sfera neuropsichica;
- 2) individui che presentano sofferenze postume soggettive accompagnate o no da minuti segni oggettivi;
- 3) individui che presentano postumi evidenti della lesione patita come monoplegie, emiplegie, paralisi oculari, disturbi dell'equilibrio, glicosuria, psicosi, ecc.

Qui il giudizio prognostico deve essere più cauto e occorre pensare alla possibilità che le lesioni anatomiche create dal trauma nella teca ossea o nell'involucro membranoso o nella compagine encefalica, compresi i vasi cerebrali, diano luogo ad un dato momento, anche lontano, a manifestazioni morbose gravi ed anche mortali. Ricordo il caso di un individuo di 40 anni colpito in testa da un colpo di bastone, il quale, dopo aver superato una commozione cerebrale, fu dimesso guarito dall'ospedale. Egli riprese in pieno la sua attività; ma a distanza di 6 mesi dal trauma, senza che avesse presentato nell'intervallo alcun disturbo nervoso, fu colpito a morte da una emorragia aracnoidea. Il traumatizzato non aveva mai presentato note di lue o di alterazioni vascolari o di neuropatie, e per quanto esistano delle emorragie aracnoidee non spiegabili, anche al di fuori di queste condizioni morbose, non è da escludere in questo caso l'azione del trauma subito, che in queste occasioni viene accettata anche in infortunistica.

Ricordo pure il caso di un assicurato di anni 44, venuto a morte nel 1939. Questi aveva riportato nel 1935 un trauma del cranio e, per lesioni conseguenziali, era stato operato nel 1937 con asportazione di parte del parietale sinistro. Ne era seguita una perfetta guarigione. Senonchè, dopo un certo periodo di tempo, si presentarono disturbi della motilità a destra e disturbi della parola. Questi disturbi andarono aggravandosi fino all'ottobre del 1939 quando l'infermo morì in seguito ad aggravamento improvviso con perdita della conoscenza, perdita di urina, stato comatoso. Il rischio era stato accettato nel 1938.

Le emorragie intracraniche, che possono presentarsi a distanza da un trauma cranico e indipendenza di esso, si distinguono in meningee e cerebrali, e mentre le prime in molti casi vengono pacificamente considerate come post-traumatiche, le seconde sono oggetto di riserve maggiori, e solo per esclusione vengono dalla Clinica attribuite al trauma, tenuto conto dell'età del soggetto, dello stato preesistente delle arterie e della sede dell'emorragia che nelle forme spontanee ha predilezione per i nuclei della base mentre nelle forme traumatiche ha predilezione per la corteccia.

Le emorragie meningee si distinguono a loro volta in sopradurali e sottodurali. Le prime si raccolgono nelle zone scollabili della dura meninge, le seconde invadono per lo più la cavità aracnoidea e raramente restano circoscritte nella regione peribulbare, perichiasmatica, ecc.

Lenormat riporta due casi di emorragia sottodurale insorta dopo qualche tempo dal trauma e insiste sulla frequenza di tali manifestazioni.

L'intervallo libero delle emorragie endocraniche è molto vario. Sulla durata del periodo intervallare il Rizzatti riporta alcune statistiche. Secondo la statistica del Connel l'intervallo più lungo fu di 49 giorni. Heuschen su 184 casi di emorragia intraaracnoidea ne ha visti 17 con intervallo libero da uno a 10 mesi. Auvrai ha visto durare l'intervallo libero fino a 60 giorni.

Più lungo diventa l'intervallo nelle pachimeningiti emorragiche, per le quali sono stati osservati periodi intervallari da 4 a 8 anni.

Le emorragie cerebrali post-traumatiche sono state osservate anche dopo molti mesi dal trauma.

Non vi è chi non veda quanta importanza abbiano queste manifestazioni tardive a tipo emorragico, le quali, se possono assumere un decorso lento intervallato da episodi acuti come nella emorragia aracnoidea o nella pachimeningite emorragica, ma sempre a carattere grave, possono anche e spesso presentarsi in forma rapidamente mortale.

Rimane da domandarsi se la causa delle emorragie tardive sia proprio il trauma e quindi se il cranio-traumatizzato debba essere accettato in assicurazione vita come un rischio aggravato per quanto riguarda questo pericolo. Le opinioni a tal proposito sono molto discordi per alcuni casi che non hanno il requisito di un rapporto netto tra causa e conseguenza e presentano un intreccio etiologico molto intricato e difficile a chiarire; ma non vi è dubbio che molti altri casi abbiano col trauma un nesso intimo ed evidente, come anche gli infortunati concordemente riconoscono.

E' noto come un trauma possa interessare le pareti di un vaso senza interromperne del tutto la compagine ma danneggiandola soltanto, e creando un focolaio contusivo di minore resistenza do-

ve, in secondo tempo, si può verificare una rottura, Sono pure note d'altra parte le vasopatie traumatiche le quali fanno parte del quadro anatomico-patologico delle trombosi, delle apoplexie, delle emorragie meningeae tardive, delle sindromi commozionali tardive, ecc., come l'arteriopatia neoformans, la proliferans e l'endoarteropatia di Marburg che raggiunge al terzo mese il massimo dell'evidenza.

Per potersi spiegare l'insorgenza di altre manifestazioni terziarie dobbiamo ricordare che, oltre alle alterazioni vasali, diverse altre lesioni anatomiche si possono formare nella massa encefalica o nei suoi involucri, in dipendenza dei guasti prodotti dal trauma. Terremo presenti pertanto le cisti traumatiche, che hanno una evoluzione ed un accrescimento più o meno lenti e che si formano su di un focolaio di contusione cerebrale o di emorragia o di rammollimento; la pachimeningite interstiziale con ispessimento, sclerosi o addirittura ossificazione della dura; le aderenze fra dura ed aracnoide attorno a vecchi ematomi o a raccolte sierose di cui talune sono state designate col nome di idrocefalo esterno; l'edema cronico della pia madre, le cicatrici più o meno estese che stirano o comprimono i tessuti nobili e inceppano la circolazione cerebrale; le iperostosi craniche che determinano una compressione del cervello, ecc.

Le manifestazioni cliniche di lesioni anatomopatologiche tanto complesse e polimorfe saranno molto diverse da caso a caso e di gravità più o meno accentuata. Così potremo assistere alla comparsa tardiva di monoplegie, emiplegie, psicosi e via dicendo.

Una complicazione tardiva dei traumi cranici frequente ed importante è l'epilessia che può presentarsi localizzata o generalizzata. Le forme generalizzate sono per lo più precedute dalle forme localizzate. La complicazione si presenta nel 26 % dei casi in una statistica della guerra Franco-Tedesca del 1870. Holbeck, nella guerra Russo-Giapponese, ha trovato una percentuale del 29,2 %. Nella guerra Mondiale Chinaj per la Francia ha trovato una frequenza del 20 %. Altre statistiche danno cifre più basse come quella di Schak che dà una frequenza del 7 % su 166 fratture della base del cranio.

Il periodo intervallare è molto vario; ma gli Infortunisti non ammettono vada oltre i 4-5 anni, per quanto vi siano casi che sta-

rebbero a dimostrare il contrario, e Behague arriva a sostenere che trascorso un anno e mezzo non si deve ammettere alcun rapporto col trauma. Tuttavia, contrariamente all'affermazione di Behague, varie statistiche dimostrano che il periodo di latenza può andare al di là dei 2 anni.

Anche nelle epilessie traumatiche si possono presentare gli equivalenti epilettici in luogo dell'attacco, come vertigini, automatismi, assenze, accessi di cefalea.

La prognosi dell'epilessia traumatica è variamente considerata. Duvergey ha trovato che su di un certo numero di trapanati divenuti epilettici, il 90 % sono morti di epilessia subentrante in un periodo di tempo da 2 a 5 anni.

Alajouanine, Maisonnnet e Petit-Dutailli non confermano però questo pessimismo. Su 143 epilettici di cui hanno potuto seguire l'evoluzione, 2 solamente sono morti di accidenti epilettici e concludono anche in base a statistiche pubblicate da vari Autori che la morte tardiva per epilessia è molto più rara di quel che si ammette.

Riporto a questo proposito i pareri circolari dei vari Consorzi su di un caso di epilessia traumatica. (Vedi pagina seguente).

Le fratture del tavolato interno, detto anche vitreo, in conseguenza di una interpretazione patogenetica delle fratture che in esso si determinano in assenza di lesione del tavolato esterno, oggi da varie parti ritenuta erronea, sono pericolose ed insidiose perchè l'epilessia Jacksoniana è la possibile manifestazione tardiva di queste lesioni non apprezzabili da principio e perciò non diagnosticate.

Altre complicanze tardive sono l'encefalite acuta emorragica non purulenta e l'encefalite acuta purulenta (ascesso cerebrale).

Nel caso occorso alla osservazione di Fragnito dopo circa 6 mesi dal trauma si sviluppò una encefalite acuta che in 2 giorni condusse a morte l'infermo.

L'ascesso cerebrale traumatico è conseguenza di una infezione penetrata dall'esterno o arrivata attraverso il torrente circolatorio. Gli accessi precoci sono fuori discussione e qui debbono essere presi in considerazione solo i tardivi. Il periodo iniziale può passare inosservato, in uno stato di assoluta latenza, oppure può essere accompagnato da lievi disturbi come cefalea o altro. A



### Informazioni sanitarie sul rischio.

Età anni 40 - Peso Kg. 64 - Altezza cm. 162 - Torace cm. 98/88 - Addome cm. 88 - Collo cm. 38 - Polso 90/100  
 Nell'infanzia morillo, scarlattina e difterite. Nel 1917 ferita da arma da fuoco alla regione parietale destra, non penetrante in cavità. Residuo avvallamento del cranio. Fu soggetto a disturbi post-traumatici (epilessia jacksoniana, capogiri e vertigini) che però col tempo si attenuarono gradatamente tanto che dalla fine del 1928 non si sono più ripetuti. È pensionato di 5.a categoria Organi interni ed urine normali.  
 Diagnosi: Epilessia Jacksoniana post-traumatica.

	Consorzio Italiano	Consorzio Cecoslov.	Dana	Norske Folk	Comp. Suisse	Sverige	Varma	Consorzio Austriaco	Munchener Ruck.
Può concedersi l'assicurazione nella forma Vita Intera?	no	no	si	no	no	no	si	si	
Durata massima dell'assicurazione Mista, quando non può concedersi la forma "Vita Intera",		12		13	15				20
Premio normale per assicurazione Mista, 20 a. o per la minore durata sopraindicata; 0/100.	52,81	80,63	47,54	72,80	58,41	48,77	49,40	51,71	
Premio aumentato 0/100.	72,10	91,05	53,51	84.—	71,68	62,01	60.—	54,52	
Percentuali di aumento.	137	113	113	115	123	127	121	105	
Tabella di mortalità.	H <sup>m</sup>	M <sup>S</sup> M <sup>G</sup>	Tavola cardiacci legg.	Normale N. 1925		13 Comp. Svedesi Ed. 1928	C 1	M <sup>S</sup> M <sup>G</sup>	Aumento di età di 8 anni
Sopramortalità.	125 %	100 %	52 %	150 %	150 %	125 %	100 %	25 %	Fra 50 e 75 %
Tasso di interesse.	4 %	4 %	4 %	4 %	3 1/2 %	4 %	5 %	4 %	

distanza di tempo, che in rarissimi casi ha raggiunto i 10 anni, si presenta una sintomatologia complessa che si avvicina molto, se non è proprio identica, a quella del tumore endocranico. Ricordo qui il caso di Casali di un contadino che a distanza di un anno da una caduta, nella quale aveva battuto la testa contro il suolo senza alcuna grave conseguenza immediata, presentò una nevralgia ribelle del trigemino e in seguito presentò una sindrome cerebellare venendo infine a morte con segni di compressione bulbare. Alla autopsia si trovò un ascesso situato nel lobo sinistro del cervello.

Le ernie cerebrali sono complicazioni piuttosto secondarie che tardive ; ma esse, sebbene raramente, possono presentarsi tardivamente.

Molto discussa è l'esistenza di una malattia di Parkinson post-traumatica. Erb, Gowers, Oppenheim ed altri la ammettono, mentre Duret con molti altri la negano. Fra i cranio-lesi di guerra non è facile trovare un parkinsoniano. Tuttavia nella bibliografia si trovano sparsi dei casi di Parkinson insorti dopo un trauma cranico. Da ricordare il caso di Mayer, riportato dal Ciampolini, di un trauma al capo seguito per cinque mesi da nevralgia della faccia, quindi tremore ed atteggiamento parkinsoniano, e il caso di Guillaume e Alajouanine di un uomo di 45 anni nel quale comparve tremore Parkinsoniano dopo due anni da una commozione cerebrale. Grossoni riferisce che su circa 122 casi di morbo di Parkinson solo 3 presentavano sicuramente il fattore traumatico nell'etiologia, e Negro, convinto della possibile etiologia traumatica del morbo di Parkinson, riporta alcuni casi di individui giovani nei quali dopo un trauma al capo, a distanza di qualche mese, comparve una tipica sindrome parkinsoniana. Il Ciampolini ammette, con logiche restrizioni il nesso etiologico fra traumi e Parkinson.

Ancora più discussa è la sclerosi in placche come conseguenza di un trauma cranico. L'etiologia di questa forma morbosa è ancora oscura e sembra ormai che la causa sia di natura tossi-infettiva e che il trauma possa agire tutto al più come causa predisponente o risvegliante.

A questo punto voglio ricordare il caso che ha descritto Karpluss di un soldato che subì una commozione cerebrale alla quale

fecero seguito dei disturbi che per 3 anni e mezzo vennero considerati di natura nevrastenica ; ma, trascorso, tale periodo, si presentò un leggero nistagno, rallentamento della parola, tremore intenzionale, aumento dei riflessi profondi, lievi disturbi della sensibilità alla gamba sinistra, assenza bilaterale dei riflessi addominali. L'Autore interpreta la sindrome come dovuta a piccoli rammollimenti multipli conseguenza tardiva del trauma cranico.

Una lesione anatomica della base diencefalica e dell'ipofisi darà luogo a quelle sindromi che dalla moderna patologia vengono dette diencefalo-ipofisarie.

Emorragie traumatiche o post-traumatiche, cisti post-traumatiche, fratture della base, alterazioni meningeae tardive o immediate ecc. possono essere le condizioni anatomiche responsabili di tali manifestazioni morbose per quanto riguarda il nostro studio.

Molti Autori, in vista degli intimi legami anatomici e funzionali esistenti fra centri vegetativi diencefalici e ipofisi, parlano ormai di un sistema diencefalo-ipofisario. Nella pratica clinica non è possibile distinguere le manifestazioni di carattere diencefalico da quelle di carattere ipofisario, e un gruppo di sindromi cliniche, come le alterazioni del ricambio dell'acqua, dei sali, dei grassi, degli idrati di carbonio, sono state classificate come manifestazioni di lesione del sistema suddetto.

Vi sono, è vero, alcune sindromi, ad esempio l'acromegalia, dovute a lesioni ipofisarie, come vi sono sindromi ad esempio il diabete insipido, legate a lesione dei centri diencefalici ; ma esse possono presentare tale intreccio di sintomi e di lesioni che una netta distinzione non è possibile. Quanta parte gioca l'ipofisi nel diabete insipido ? Il Warner recentemente ha ammesso l'esistenza di un ormone diuretico nel lobo anteriore della ipofisi e un ormone antidiuretico nel lobo posteriore.

Quante volte nella acromegalia troviamo associate turbe del ricambio dei grassi, dell'acqua, degli idrati di carbonio ? E la sindrome di Simmonds come la distrofia adiposo-genitale non possono essere dovute tanto ad una lesione ipofisaria quanto ad una lesione ipotalamica ?

Al Lunedei sembrerebbe fondamentalmente giustificato distinguere :

- 1) Sindromi diencefaliche ;
- 2) Sindromi ipofisarie ;
- 3) Sindromi che possono essere sostenute sia da una lesione diencefalica che da una lesione ipofisaria.

Le principali del primo gruppo sono : il diabete insipido, la polidipsia primitiva, i disturbi del sonno, alcuni disturbi psichici, la cosiddetta epilessia diencefalica, il diabete mellito diencefalico e la glicosuria diencefalica, le alterazioni del ricambio dei grassi e altre manifestazioni minori come, per esempio, disturbi della regolazione termica e della vaso-motilità nonché alcune sindromi per le quali è discussa l'origine diencefalica, come l'ulcera gastroduodenale e alcune sindromi basedowoidi. Al secondo gruppo appartengono l'acromegalia e, secondo alcuni Autori, il morbo di Cushing. Al terzo gruppo appartengono la malattia di Simmonds la distrofia adiposo-genitale, forse l'oliguria essenziale, ecc.

Modificazioni di carattere, apatia, stati depressivi alternati a periodi di espansività, depressione della emotività, possono accompagnare le sindromi diencefaliche post-traumatiche come pure le ipersonnie, le insonnie o le iposonnies, le inversioni del ritmo del sonno, le parasonnie tra le quali è da ricordare la perdita affettiva del tono muscolare per la paura o per il riso che può essere causa di infortunio, per non dire delle altre, come la cataplessia del risveglio, la narcolessia ecc.

L'epilessia diencefalica si distingue per l'associazione con altre manifestazioni di lesione di questa sede.

Il diabete insipido si distingue dalla polipsia primitiva per il diverso comportamento della prova della sete.

Molte volte nella etiologia del diabete insipido troviamo un trauma encefalico. In una statistica di Lux, riportata dal Ciampolini, su 37 casi 26 erano riferiti a traumi del cranio.

Nella letteratura non mancano casi, come quello di Pozzi, di sindrome adiposo-genitale consecutiva a traumi cranici e neppure mancano forme acromegaliche insorte dopo un trauma cranico. Persuasivo è il caso di Rolandi Ricci, riportato dal Ciampolini. Un giovane artigliere cadde da cavallo battendo violentemente il capo al suolo ed ebbe segni di grave commozione cerebrale. A 4

giorni dalla caduta si notò poliuria e polidipsia. Due mesi dopo i piedi e poi le mani erano aumentati di volume fino ad aversi in seguito una completa sintomatologia acromegalica.

Esistono pure nella letteratura casi di morbo di Cushing traumatico nei quali le manifestazioni si ebbero ad una certa distanza dal trauma.

E' noto come le lesioni di varie parti del sistema nervoso possano essere seguite da glicosuria. Classico è l'esperimento di Claude Bernard, ed altri ne esistono nei quali si ottenne lo stesso effetto da una lesione del verme del cervelletto, dei talami ottici, dei peduncoli cerebrali, ecc.

Ma le alterazioni del ricambio degli idrati di carbonio nei traumi cranici sono da interpretarsi come semplici glicosurie o come veri diabete? Già è difficile, al di fuori dell'azione del trauma, distinguere alcune volte le due forme per la ragione che i fattori del metabolismo sono molto complessi e l'alterazione di una delle funzioni necessarie perchè esso si espliciti basta a provocare il disturbo.

Per Zoia è bene chiamare diabete mellito solo la classica forma di glicosuria iperglicemica da lesione insulare con la classica sintomatologia, completa o incompleta che sia, dovendosi intendere per diabete mellito « una malattia dovuta alla deficienza di azione del prodotto della secrezione interna delle isole di Langerhans caratterizzata da glicosuria e iperglicemia, continue o alimentari, con tendenza alla chetonemia ».

L'essenza del diabete è ancora così oscura e le correlazioni endocrino-vegetative sono così poco note che non è possibile rispondere con sicurezza a questa domanda.

Vi sono certamente delle glicosurie ipofisarie le quali hanno il carattere di risentire poco l'azione degli alimenti zuccherini o dell'insulina e di mantenersi in misura modesta; ma fin dove la regolazione diencefalo-ipofisaria del metabolismo dei carboidrati porta la sua azione? Per molti AA. le alterazioni di glandole a secrezione interna riscontrate in molti diabetici sono elementi patogenetici essenziali della malattia, e per Falta l'equilibrio glicemico deve essere considerato come una risultante di varie azioni endocrine.

Per l'etiopatogenesi del diabete vi sono delle statistiche in cui il trauma cranico figurerebbe nel 50 % dei casi. Labbè non è partigiano del diabete traumatico e molti AA. la pensano allo stesso modo ; ma non mancano quelli che lo ammettono, e secondo Kretschmer perchè una forma diabetica possa essere giudicata come dovuta ad un trauma del cranio, occorre che il trauma sia stato grave ed il diabete sia insulino-resistente : fenomeno clinico questo di gran valore.

Sotto il nome di sindrome commozionale tardiva si designa un quadro morboso che sorge a distanza varia da un traumatismo cranico in linea di massima non superiore ai due anni, dopo un periodo di latenza nel quale l'infortunato può presentarsi in buone condizioni di salute. Esso per lo più insorge dopo traumi che hanno dovuto raggiungere una entità sufficiente ma non tale da determinare rotture della scatola cranica, quindi, in apparenza, di una modesta gravità. Le cefalee esistono nel 95 % dei casi, secondo Bremer, le quali possono essere accompagnate da insonnia e deperimento.

Fanno parte ancora della sindrome : obnubilamenti del sensorio nei cambiamenti della posizione del capo, abbagliamenti visivi, irritabilità nervosa, iperestesia cutanea, visiva uditiva, disturbi della memoria, ecc. Secondo Bremer nel 70 % dei casi si avrebbe ipertensione retinica manifesta. L'esame delle pupille non darebbe risultati importanti. Vi possono figurare pure paresi dei muscoli oculari con scosse nistagmiche e reazioni vasomotorie della faccia che però sono più espressione di lesioni localizzate che di commozione.

La sindrome commozionale tardiva dopo un'apparente guarigione può presentare ricadute pericolose (Di Prisco).

Tra le conseguenze tardive, oltre che tra le precoci, dobbiamo ricordare pure i disturbi sensoriali uditivi, visivi, ecc. come emianopsie, diminuzione di vista, cecità per lesioni occipitali o chiasmatiche. Una cicatrice da ematoma o una frattura della base per esempio possono offendere tardivamente il chiasma.

La questione dei rapporti fra traumi cranici e tumori cerebrali è molto discussa. Cornil, che si è molto occupato di questo argomento, afferma che i casi nettamente dimostrativi sono estremamente rari, e cita i casi di tumori meningei (casi di Kenn, Bei-

cke, ecc.) in cui i tumori si svilupparono a contatto del punto leso. Ma si tratta di casi eccezionali in confronto del numero dei tumori cerebrali osservati.

Per quanto riguarda la sifilide cerebrale da trauma Urechia e Mihaliscu dopo averne descritti tre casi e aver invocato la determinazione da parte del trauma di un « locus minoris resistentiae » concludono che essa è molto rara e molto discutibile. Capgras e Brian hanno riportato tre osservazioni di demenza sifilitica di cui uno dopo quattro mesi dal trauma. Il Crouzon riferì due casi in cui la paralisi progressiva sembrava fosse stata favorita dal trauma. Nella letteratura numerosi sono questi casi e per essi potrebbe invocarsi un'azione favorevole del trauma alla localizzazione cerebrale di una infezione luetica preesistente o un'azione rivelatrice o di accelerazione di lesioni che si andavano costituendo.

Sulle malattie mentali l'azione del trauma non può essere negata se noi consideriamo, per certi casi, le lesioni organiche cui esso da solo può dar luogo e, in altri casi, la sua innegabile azione rivelatrice o risvegliatrice di latenze che nessuno potrebbe dire se e quando sarebbero passate in atto.

Benon ha descritto dei casi di demenza precoce in rapporto a traumi del capo e vi insiste convinto dell'esistenza del rapporto.

Non sono neppure da negare i rapporti del trauma con altre malattie mentali come la paranoia, la psicosi di Korsakoff, ecc Christian ha riunito 100 casi di alterazione mentale consecutiva a trauma, e dal punto di vista del tempo trascorso fra l'accidente e la comparsa della malattia ne ha osservati 54 da uno a cinque anni dopo ; 29 da 5 a 10 anni dopo ; 11 da 10 a 20 anni ; 7 da 20 a 30 anni, 7 da più di 30 anni dopo. Egli conclude però ammettendo che non esiste una demenza traumatica e che il trauma agisce ledendo il cervello e mettendo in atto predisposizioni latenti o creando un « locus minoris resistentias ». Come si vede egli se anche nega la demenza traumatica non può fare a meno di riconoscere sotto altri aspetti l'azione del trauma. Questa appare discutibile per i casi insorti a lunga distanza dall'accidente.

Dopo questa rapida e frammentaria rassegna delle possibilità morbose che porta in sé un cranio-traumatizzato da me fatta non allo scopo di approfondire lo studio del problema dal punto di vi-

sta clinico o etiopatogenetico o medico legale, ma allo scopo di presentare una prospettiva di base per la valutazione del rischio che un cranio-leso presenta in assicurazione vita, possiamo ora dare uno sguardo d'insieme al quesito che in questi casi si presenta.

Non è sempre facile decidere se in un singolo caso una delle manifestazioni descritte sia o no conseguenza del trauma, ma noi dobbiamo ammettere che in linea di massima, è fatta eccezione per qualcuna, esse esistono come possibilità morbose ed è necessario che ne teniamo conto per non considerare il cranio-leso guarito e non affetto da alcun apparente disturbo nervoso come un rischio normale, entro certi limiti.

Un giudizio ancora più cauto dovrà essere emesso per i trapanati, sia per il rischio che importa la perdita di protezione ossea da parte del cervello, tenuto anche conto della professione o mestiere dell'assicurando, e sia per le conseguenze che si potranno presentare.

Per quanto riguarda l'esame dell'assicurando, l'interrogatorio sarà prolungato e rivolto a scoprire se vi siano lacune della memoria, disturbi dell'attenzione, disturbi del linguaggio, lentezza nelle risposte come negli stati melanconici, deviazione della logica. Durante l'interrogatorio si studierà pure l'atteggiamento mimico del soggetto e si indagherà sulle circostanze in cui avvenne il trauma, sulle conseguenze derivate, se vi fu perdita della coscienza e con quali caratteri, se ci fu intervento chirurgico e di quale genere e per quale ragione, se vi fu perdita di sangue o di liquor dal naso o dall'orecchio, se vi furono ecchimosi palpebrali e congiuntivali tardive, ecc. Questi dati del resto potranno risultare dalle informazioni assunte sul rischio.

Dopo aver fatto denudare il candidato si esaminerà la motilità degli arti e la forza che essi conservano, badando che vi sono piccole deficienze che sfuggono ad un esame superficiale, della testa, degli occhi, della lingua. Si ricercheranno eventuali disturbi della coordinazione dei movimenti, dell'andatura e dell'equilibrio. Si studieranno la sensibilità e i riflessi.

Come postumi di una commozione cerebrale si potranno trovare una areflessività tendinea generalizzata o una ipereccitabi-



lità muscolare, e talvolta si potrà osservare un rallentamento del polso nei movimenti di flessione del tronco e della testa.

Una particolare attenzione sarà rivolta all'esame dell'occhio. Una reazione pupillare lenta ed ineguale deve far pensare a lesioni che si stanno svolgendo nell'encefalo ed hanno una prognosi non buona.

Il Boveri ha trovato nei postumi dei traumi cranici una diminuzione del campo visivo particolarmente nella zona visiva superiore. L'esame del fondo dell'occhio, naturalmente, non sarà trascurato.

Nei postumi di traumatismi cranici si riscontrano relativamente spesso alterazioni pressorie del liquor con sfiancamenti ventricolari e alterazioni circolatorie cerebrali di cui l'occhio costituisce lo specchio. Ora se una ventricolografia o una puntura lombare non sono possibili in A.V. ci potremo ben servire di un esame oculare completo.

Ho già messo in evidenza l'importanza dei piccoli segni, e quando anche questi manchino si potrà emettere un giudizio prognostico meno riservato.

Lo studio dei vasi retinici ha destato in questi ultimi tempi un interesse grandissimo essendo essi, dal punto di vista embriologico, anatomico e funzionale, analoghi se non identici, ai vasi cerebrali.

Non sempre si può avere a disposizione una papilla da stasi ben netta per una diagnosi di ipertensione endocranica. Essa mancherebbe nei tumori cerebrali nel 50 % dei casi secondo Bailliard. D'altra parte quando si voglia o si possa ricorrere alla determinazione della pressione del liquor si possono ottenere cifre normali pur essendo la pressione aumentata. In tali casi solo la puntura ventricolare o sottoccipitale potrebbe dare ragguagli utili. In tutti questi casi, come negli altri, noi abbiamo a disposizione un mezzo di facile maneggio, però neppure questo assoluto, nelle mani dello specialista, cioè la misura della pressione dei vasi retinici.

Bailliard stabilì che l'aumento della pressione retinica con pressione generale normale è, salvo eccezioni, segno sicuro di ipertensione intracranica e precede la papilla da stasi (Orzalesi-Cassuto).

Applicato al nostro caso lo studio della pressione retinica può fornirci come ho detto, un dato oggettivo di disturbi soggettivi che ci può essere prezioso.

A carico dell'orecchio potremo trovare una dilatazione dei vasellini della membrano del timpano o un restringimento del campo uditivo soprattutto per i suoni elevati.

Le prognosi lontana dei traumi cranici è stata sempre considerata come grave e prima del 1914 si ammetteva che dei feriti del cranio guariti in apparenza, un quarto morisse precocemente ed una metà presentasse infermità definitiva.

Nel 1912 Holbeck, studiando la prognosi dei feriti cranici di guerra, sopra 65 casi rivisti da uno a 10 anni dal trauma, e di cui 25 erano stati operati primitivamente, notava 9 morti (4 per meningite e ascessi, 2 per accidenti epilettici, 2 per malattie intercorrenti, e uno per suicidio).

Questo pessimismo venne confermato nella seduta del 13 settembre 1916 della Società di Chirurgia di Parigi alla quale parteciparono, in collaborazione, anche i neurologi. Da tale epoca le osservazioni su questo argomento si sono moltiplicate, e la questione fu ampiamente trattata nel Congresso francese di Chirurgia del 1928 da vari relatori, tra i quali Alajouanine, Maisonnnet e Petit-Dutaillis.

Occorre però analizzare le ragioni del pessimismo nella prognosi dei traumatizzati del cranio e le condizioni in cui esso è giustificato.

Ho detto che nel periodo tardivo la mortalità di questi traumatizzati è molto ridotta, mentre nel periodo primario e secondario è molto elevata. Il pessimismo è dunque giustificato fino a tutto il periodo secondario, dopo del quale comincia il periodo tardivo.

Ai nostri fini pertanto è necessario cercare di delimitare il periodo nel quale i traumatizzati del cranio presentano un'alta mortalità dal periodo tardivo, nel quale la mortalità è molto ridotta.

Sulla mortalità secondaria incidono soprattutto le conseguenze infettive, e mentre nei primi giorni sono frequenti le meningoencefaliti (30 % contro 1-5 % di ascessi), nel periodo secondario

la proporzione si inverte con un 30 % di ascessi, superficiali o profondi, contro un 5 % di meningoencefaliti.

Le complicazioni infettive diminuiscono dal terzo mese in poi per diventare rare dopo il sesto mese. Ciò risulta dalle osservazioni statistiche presentate da Alajouanine ecc. al Congresso francese di Chirurgia nel 1928. Questi relatori ammettono l'inizio del periodo tardivo dopo un anno dal trauma.

Si è visto che la mortalità nel periodo tardivo è molto più bassa di quanto si crede, e Tuffier e Gouillain da un'inchiesta sopra 6.664 trapanati calcolano la mortalità tardiva all'1,27 %, Wagstaffe sopra 740 feriti del cranio trova 17 morti di cui 2 non dipendenti dal trauma, con una percentuale del 2 % circa. Billet trova 5 morti tardive su 170 casi con una percentuale di 2,94. Lacaze trova 3 morti tardive sopra 77 casi con una percentuale di 3,89. Beraud dà una mortalità tardiva i 8,50 %, però avverte che questa mortalità alla fine di 12 mesi dal trauma si riduce a zero. Villaret e Bailby danno una mortalità tardiva di 1,34 %. Alajouanine ecc. hanno trovato sopra 602 feriti seguiti a lungo 5 morti a causa del trauma, con una percentuale di 0,75.

Secondo Alajouanine ecc. una prova della scarsa mortalità tardiva sarebbe data dal fatto che alla fine del 1926 esistevano in Francia 15.000 pensionati per trauma cranico, cifra molto vicina a quella dei trapanati sopravvissuti qualche mese dopo la fine della guerra, tenuto conto dei non pensionati.

Nelle statistiche riferite non risulta la durata del periodo di osservazione e perciò vanno accolte con una certa riserva. Tuttavia è possibile notare come la gravità della prognosi del trauma cranico si riduca enormemente dopo un anno dal trauma, tenuto anche conto di quanto precedentemente ho detto trattando delle conseguenze tardive. Tanto vale per la mortalità, perchè per quanto riguarda l'invalidità la prognosi è peggiore.

Per quanto riguarda la guarigione completa e duratura per i traumatizzati del cranio non è facile formare una statistica veritiera, in quanto il ferito tende quasi sempre ad accusare sofferenze o ad aggravarle nell'aspettativa di una indennità maggiore

Con questa riserva Alajouanine ecc. hanno trovato una guarigione completa, a distanza, nel 10 % dei casi e Michael nell'8 %. Beraud ha trovato il 10 % di guariti e l'8 % di quasi guariti. Weglowiski sopra 3868 casi ha trovato la guarigione completa nel 32 % dei casi.

Nel considerare la prognosi lontana dei traumatizzati del cranio occorre tener conto dell'entità del trauma, del danno prodotto, e delle successioni morbose.

Per quanto riguarda i traumi chiusi Iulliard nella sua relazione al Congresso di Parigi del 1928 non si sente autorizzato a trarre conclusioni statistiche avendo potuto rivedere, dopo 4 anni, solo una parte dei suoi casi, ma dall'insieme delle sue osservazioni riporta l'impressione che le conseguenze tardive non sono frequenti e gravi.

Sia nei traumi chiusi che nei traumi aperti, una grave manifestazione di commozione cerebrale fa prevedere la comparsa di sequele morbose più serie quale che sia stata l'entità della ferita.

Le ferite cranio-cerebrali sono più gravi, per la prognosi lontana, che è quella che ci interessa, delle ferite che interessano la teca ossea senza interessare la dura, come più gravi sono i casi che presentarono fatti infettivi per la facilità delle recidive. Pure aggravata è la prognosi di quelli che presentarono ernie cerebrali.

I proiettili ritenuti superficialmente possono essere causa di epilessia, contrariamente a quanto di solito avviene per quelli ritenuti profondamente, e per quanto il proiettile incluso dia un pericolo di infezione maggiore, questo pericolo si fa molto più lontano trascorso il periodo secondario.

La presenza di postumi del trauma (cefalee, segni di irritazione, paralisi, ecc.) deve indurre ad una valutazione più riservata del rischio, essendo espressione di lesioni più profonde ed estese della massa cerebrale. Questi postumi, infatti, acquistano un significato particolare sia come lesione in sé e sia come spia di ulteriori aggravamenti. Si dovrà tener conto inoltre della tendenza all'aggravamento o al miglioramento o alla stazionarietà.

Riporto qui appresso i pareri circolari su due casi con postumi di frattura del cranio :

**Informazioni sanitarie sul rischio.**

Età : anni 35

Nell'anno 1921 frattura della base cranica, Commozione cerebrale. (Caduta da un alta scarpata dal tranvay di Vienna). Due ore di incoscienza. Curato per 9 giorni all'ospedale di Vienna. Guarito con cecità all'occhio sinistro e sordità dell'orecchio destro.

	Consorzio Italiano	Consorzio Cecoslov.	Dana	De Hoop	Compagnie Suisse	Sverige	Varna	Consorzio Austriaco
Può concedersi l'assicurazione nella forma "Vita Intera", ?	o	no	si	no		si	si	no
Durata massima dell'assicurazione mista	20	20	20	20		20		20
Premio normale per assicurazione mista 20 anni o per la minore durata sopraindicata	46,76	43,97	42,62	42,80		43,54		44,54
Premio aumentato	51,26	45,94	46,67	45,10		43,54	Premio normale	50,72
Percentuale di aumento	109	105	110	105		100	100	113,88
Tabella di mortalità	H <sup>m</sup>	A H <sup>m</sup>	Grande Tab. min.	2. <sup>a</sup> Tab. Prof. Pesch		13 sved. del 1928		A H <sup>m</sup>
Sopramortalità	50 %	5 %	50 %	50 %		Normale	Normale	100 %
Tasso di interesse	4 %	4 %	4 %	4 %		4 %		3 1/2 %
Condizioni speciali		In caso di suicidio nessun pagamento		10 premi garantiti	Rifuto			

### Informazioni sanitarie sul rischio

Età anni 34 — Peso Kg. 70 — Altezza cm, 165 — Torace cm. 100 — Addome cm. 93 — Collo cm. 38,5  
 Anamnesi negativa. Ferito in guerra al parietale destro con perdita di sostanza ossea della dimensione di cm. 6 x 3. Ritenzione di scheggia entro la sostanza celebrare. Emiplegia a sinistra. Pensionato 1<sup>a</sup> categoria con assegni di superinvalidità.  
 Diagnosi: Emiplegia sinistra per ferita da scheggia al parietale destra con ritenzione di proiettile-

	Consorzio Italiano	Consorzio Cecoslovacco	Dana	Norske Folk	Comp. Suisse	Sverige	Varma	Consorzio Austriaco	Munche-ner Rucki
Può concedersi l'assicurazione nella forma V. I. ?	no	no	si		no				no
Durata massima dell'assicurazione. Mista quando non può concedersi la forma V. I.	20	15			20				20
Premio norm. per assicuraz. Mista 20 anni o per la minore durata sopraindicata	46,20	58,74	42,62		39,97				
Premio aumentato	56,54	63,55	48,97		54,38				
Percentuale di aumento	122	108	115		136				
Tabella di mortalità	H <sup>m</sup>	M <sup>S</sup> M <sup>G</sup>	Tav. min. con aum. di 5 a.	Normale N. 1925		15 Comp. Svedesi Eds. 1928		M <sup>S</sup> M <sup>G</sup>	Aumento di 14 anni
Sopramortalità	125 %	100 %	55 %		200 %				100 %
Tasso di interesse	4 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	4 %	4 %	4 %	3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> %	4 %	5 %	4 %	
Condizioni speciali				Rifiuto, non ritenendo sufficienti i dati raccolti		Rifiuto	Rifiuto	Rifiuto, ovvero esame di uno specialista neurologo	

Nella pratica assicurativa e nella letteratura riguardante la medicina dell'A.V. esistono delle norme più o meno generiche per l'accettazione di questi rischi, norme che riporto qui appresso. *Munchener Ruckversicherungs-Gesellschaft* : Nei cranici distinguiamo due gruppi principali e precisamente : 1°) i traumi causati da arma da fuoco ; 2°) i traumi causati da traumi di altra natura (per esempio : caduta, da apoplezia, da contusione).

I traumi più o meno gravi del cuoio capelluto da solo, senza alcuna partecipazione del cranio osseo oppure del cervello, possono essere trascurati al momento della valutazione, cioè essi non richiedono nessun aggravamento.

Se però il cranio osseo oppure il cervello oppure ambedue furono danneggiati, in tal caso nel valutare il rischio, si tratta di precisare da quanto tempo ed in quale misura ciò avvenne, quali sono le conseguenze che ancora perdurano o quali conseguenze la lesione aveva portato seco, quando ciò avvenne da quando sono nuovamente scomparse le successioni morbose.

Circa i traumi causati da arma da fuoco abbiamo applicato i seguenti criteri di classifica ed in base ai nostri esperimenti statistici abbiamo calcolato i sotto-notati tassi di sopramortalità :

#### Sopramortalità

- |  |            |
|--|------------|
| 1) I colpi striscianti d'arma da fuoco, i colpi di rimbalzo, i colpi perforanti, a secondo che non si presentano oppure se si presentano soltanto dei fenomeni leggeri di irritazione oppure dei fenomeni di mancante funzione . . .         | 0 - 75 %   |
| 2) I colpi d'arma da fuoco alla testa, i quali da 2-3 anni non hanno causato nessun fenomeno irritante, a seconda dell'entità del trauma . . .   | 50 - 125 % |
| 3) Colpi d'arma da fuoco alla testa, di qualsiasi genere, che il momento della visita oppure a periodi causano dei leggeri <i>fenomeni nervosi irritativi</i> (dolori al capo, dismnesia, vertigini, leggeri disturbi alla parola) . . . . . | 75 - 150 % |

- |  |  |             |
|--|--|-------------|
| 4) Colpi d'arma da fuoco con attacchi epilettici :   |  |             |
| a) nessun attacco più da 3-4 anni . . . . .  |  | 75 - 125 %  |
| b) attacchi nei due ultimi anni con tendenza a miglioramento . . . . .   |  | 125 - 200 % |
| c) Casi <i>gravi</i> con attacchi frequenti, senza alcuna tendenza a miglioramento . . . . .   |  | Rifiutare   |
| 5) Colpi d'arma da fuoco di cui è rimasto soltanto un difetto cranico però <i>nessun</i> sintomo di irritazione ed il proiettile non è <i>più</i> conficcato, a seconda dell'entità del trauma . . . . . |  | 50 - 100 %  |
| 6) Colpi d'arma da fuoco con difetto cranico e con piccoli sintomi di irritazione oppure di mancante funzione :  |  |             |
| quando il proiettile è <i>ancora</i> conficcato . . . . .  |  | 100 - 200 % |
| quando il proiettile <i>non</i> è <i>più</i> conficcato . . . . .  |  | 75 - 200 %  |
| 7) Colpi d'arma da fuoco con paralisi parziale <i>senza difetti cranici</i> , a seconda della gravità e a seconda del tempo trascorso dalla lesione . . . . .  |  | 50 - 175 %  |
| 8) Traumi al capo per colpi d'arma da fuoco con sintomi <i>forti</i> di irritazione oppure di mancante funzione all'epoca della visita (attacchi epilettici, vedi sub 4) . . . . .                       |  | Rifiutare   |

Le lesioni craniche determinate da traumi di altra natura vengono da noi valutate, circa i sintomi consecutivi, analogamente alle lesioni per colpi d'arma da fuoco.

I casi accompagnati da *commozione cerebrale* con perdita della coscienza in seguito ad un trauma, particolarmente quelli nei quali esistono al momento dell'esame ancora dei residui leggeri nervosi, siamo soliti a rinviarli nel primo anno.

Per 1-3 anni dalla lesione fissiamo una sopra mortalità di 25-100 %

Se sono trascorsi più di 3 anni dalla lesione e se almeno da un anno non vi sono dei sintomi, siamo soliti a non pattuire nessun aggravamento.



*Compagnie Suisse de Réassurances* : Un infortunato per frattura della base cranica deve restare a riposo a letto per 4 settimane dal giorno della frattura ; se non viene seguito questo principio non raramente continuano a restare dei dolori al capo, vertigini oppure altri sintomi residuali, per cui la prognosi viene notevolmente pregiudicata, cosicchè, oltre agli aumenti-premio temporanei si devono pagare anche extrapremi annui, cioè extrapremi pagabili per l'intera durata dell'assicurazione. Invece le fratture della base cranica senza complicazioni oppure senza sintomi residuali possono essere accettati a condizioni normali dopo pochi anni. In ambedue i casi è raccomandabile però di attendere almeno un anno prima di stipulare un'assicurazione.

Se la perdita della conoscenza è durata a lungo, cioè 8 o più giorni, se sono evidenti nelle ossa dei fenomeni di depressione oppure se si presentava una lesione manifesta del cranio con lesione della dura oppure del cervello, in tal caso il candidato sarà assicurabile appena dopo 2-3 anni, inoltre i soprapremi dovranno essere notevolmente maggiori, particolarmente per gli anni prossimi. La ragione di ciò si deve ricercare in modo particolare nel fatto che gli ematomi, cisti e tumori cerebrali, che si possono presentare anche dopo alcuni mesi o anni, causano fenomeni gravi.

Nel tariffare tali rischi si deve inoltre tener conto del regime di vita e della professione del candidato. Dovranno essere giudicate sfavorevolmente le persone che sono occupate in aziende che lavorano l'alcool, inoltre gli operai che attendono a lavori pesanti.

*Medical Impairment Study - ed. 1929*

Esperienze americane - Traumi cranici

Entro un anno dal trauma : rifiuto.

Fra i rischi assunti, la mortalità si manifestò entro il previsto se si trattava di rischi accettati a tariffa normale, mentre fra i rischi tarati la mortalità salì al 193 %.

Gli infortuni, esclusa guerra, causarono 1/4 dei decessi registrati (1,3/4 volte il normale). La mortalità nei primi due anni dall'ingresso in assicurazione e negli assicurati al di sotto di 30 anni è stata notevolmente alta. Ma negli anni successivi ed in età superiori, la mortalità rientrò entro i limiti previsti.

Questi risultati sono emersi nella prima volta in cui sono state esperite indagini in questo gruppo..

*Deutsch und Stern : Fratture craniche*

- a) senza depressione, entro un anno dalla guarigione :
- |   |               |
|---|---------------|
|   | Rinvviare     |
| da uno a 2 anni dalla guarigione . . . .  | 125 - 250 %/o |
| (se si dovesse trattare di una lesione particolarmente grave, in tal caso sarebbe raccomandabile rinviare il rischio a 2 anni dalla guarigione) |               |
| 3 anni oppure più dalla guarigione . . . .  | 100 - 125 %/o |

b) con depressione oppure difetto (imperfezione)

	Difetto non chiuso	Difetto chiuso con operazione
Entro un anno dalla guarigione :		
	Rinvviare ad un anno	Rinvviare ad un anno
1-2 anni dalla guarigione	200 - 250 %/o	150 %/o
2-5 anni dalla guarigione . . . .	150 %/o	125 %/o
Dopo 5 anni . . . . .	125 - 150 %/o	100 - 125 %/o

CONCLUSIONI

Le ferite del cuoio capelluto, quando non si siano accompagnate a lesioni ossee o a lesioni cerebrali, compresa in questa la commozione, non hanno un'importanza speciale ed aggravante per la valutazione prognostica in A.V. Fanno eccezione le cicatrici da scottatura sulle quali non è raro l'impianto di un epitelioma.

\* \* \*

Le cose vanno diversamente quando ci incontriamo in individui che hanno nell'anamnesi una frattura del cranio, una commozione o una contusione cerebrale. Essi debbono essere considerati come rischi tarati e possono essere divisi in tre gruppi : 1)



individui che si presentano apparentemente guariti senza alcun disturbo della sfera neuropsichica ; 2) individui che presentano sofferenze postume soggettive accompagnate o no da minuti segni oggettivi ; 3) individui che presentano postumi evidenti della lesione patita come monoplegie, emiplegie, paralisi oculari, disturbi dell'equilibrio, glicosuria, psicosi, ecc.

La prognosi presenta una gravità crescente dal primo al terzo gruppo e i postumi di questo gruppo vanno valutati caso per caso dall'aggravamento del soprapremio al rinvio o al rifiuto. Questi due ultimi provvedimenti saranno applicati secondo il caso anche quando esistano manifestazioni oculari da interpretare come espressione di alterazioni endocraniche (alterazioni pressorie del liquor con sfiancamenti ventricolari e alterazioni circolatorie cerebrali di cui l'occhio costituisce lo specchio).

\* \* \*

Nel primo anno dal trauma è indicato il rinvio, e per il secondo, terzo e quarto anno è indicata l'applicazione dello scaglionamento del capitale la cui durata può essere ridotta al 3° anno a seconda della gravità del trauma e delle sue conseguenze immediate e secondarie. Costituiscono fatti di maggior gravità le gravi manifestazioni di commozione o contusione cerebrale, le lesioni cranio-encefaliche, le infezioni pregresse, l'ernia cerebrale pregressa. Quando vi sono state manifestazioni infettive come l'accesso o la meningococcemia, lo scaglionamento del capitale dovrebbe essere portato a 5 anni dal trauma sempre che non esistano altre condizioni aggravanti che inducano ad adottare altri provvedimenti.

\* \* \*

L'epilessia grave, con attacchi frequenti senza accenno a miglioramento, va rinviata o rifiutata.

\* \* \*

Nella valutazione del rischio occorre tener conto della entità della perdita di sostanze ossee, della professione dell'assicurando e di eventuali intossicazioni (etilismo) o infezioni (sifilide) che aggravano la prognosi, come pure dell'eredità tarata per ma-

lattie mentali. E' da notare che gli infortuni sono più facili in questi soggetti.

\* \* \*

Per quanto riguarda la valutazione del cranio-traumatizzato, il trauma chiuso e il trauma aperto possono essere riuniti in una sola classe con quelle distinzioni che potranno essere stabilite caso per caso.

\* \* \*

La ritenzione del proiettile, trascorsi tre anni dal trauma, quando non abbia dato luogo a manifestazioni infettive, non costituisce più una aggravante.

\* \* \*

Il rischio è cattivo quando vi siano state manifestazioni tardive di emorragia aracnoidea, di emorragia cerebrale, di pachimeningite emorragica, anche se clinicamente guarite, data la facilità delle recidive a distanza più o meno lunga. Il rischio è da considerare ancora con molta cautela quando vi siano state gravi manifestazioni della sindrome commozionale tardiva anche guarite, perchè questa sindrome può presentare ricadute pericolose.

In presenza di complicazioni del trauma inerenti a disturbi del ricambio o, in genere, del sistema diencefalo-ipofisario ecc. queste verranno valutate caso per caso tenendo conto, insieme, del rischio che presenta il trauma pregresso per sè stesso.

\* \* \*

Se la mortalità rientra in limiti normali dopo due o tre anni dal trauma, misure di prudenza impongono di non considerare come rischio normale un traumatizzato del cranio di una certa entità prima dei cinque anni sempre che non esistano lesioni tali da non consentire quest'ultima favorevole valutazione.

\* \* \*

Il rischio d'invalidità va accettato solo a partire dalla fine del 4° anno, previa accurata visita neuropsichica del soggetto.

BIBLIOGRAFIA

- Alajouanine* — *Maisonnet* — *Petit-Dutaillis* — Congresso francese di Chirurgia 1928
- Begouin* — Chirurgia
- Brodier* — Congresso francese di Chirurgia
- Ciampolini* — Il trauma nei rapporti con la Legge
- Clausi-Schettini* — I traumatizzati del cranio in Assistenza Sanitaria 1938
- Grouzon* — Le malattie nervose ecc. — *Monde Médicale* — 1930
- Di Prisco* — Sindrome commozionale ecc. — *Folia Medica* — 1933
- Dupley e Reclus* — Chirurgia
- Eulemburg* — Diagnostica medica
- Faraone* — *Giornale di Medicina Militare* - 1938
- Ientzer* — Congresso francese di Chirurgia 1928
- Iulliard* — Congresso francese di Chirurgia 1928
- Introna* — *Policlinico, sez. Med.* 1938
- Lunedei* — in *Manuale di Medicina Interna* diretto da *Ceconi*
- Martin* — Congresso francese di Chirurgia 1928
- Masini* — Congresso francese di Chirurgia 1928
- Orzalesi e Cassuto* — La Tonoscopia retinica
- Pilotti* — *Atti del Comitato Medico Consultivo* 1937
- Romanelli* — Guida per il Medico delle A.V.
- Rizzatti* — Conseguenze dei traumi cranici
- Rossi* — *Cervello* 1932
- Tanzi* — *Malattie mentali*
- Uffreduzzi* — Chirurgia
- Villaret e Bailby* — *Presse médicale* 1927
- Wulstein* — Chirurgia

*Relazione del Prof. PILOTTI e Dott. GLAUSI-SCHETTINI  
svolta nella Riunione del C. M. C. del 20 marzo 1941.*

## PROPOSTE DI VALUTAZIONE DEI TRAUMATIZZATI DEL CRANIO IN ASSICURAZIONE VITA.

Prendendo come base delle proposte che andiamo a prospettare la relazione presentata al Comitato Medico Consultivo dal Dr. Clausi-Schettini su « I traumatizzati del cranio in assicurazione vita » nella seduta del 28 Febbraio 1940, considerando la vastità e la grande varietà degli aspetti che il problema può presentare in assicurazione vita e facendo le necessarie riserve per le difficoltà che si incontrano nelle ricerche statistiche sull'andamento della mortalità lontana per traumatismi del cranio, per la valutazione del rischio che presentano tali soggetti, noi formeremo vari raggruppamenti nei quali potranno essere compresi in linea di massima i casi da esaminare.

E' necessario dire subito che vi sono conseguenze dei traumi cranici le quali si concretano in quadri patologici che per avere un carattere nosologico abbastanza definito costituiscono entità morbose a sè stanti ed hanno un proprio significato prognostico indipendente da quello del trauma cranico e che viene ad aggiungersi al problema prognostico del trauma cranico preso a sè con le sue conseguenze potenziali o con le manifestazioni non bene definite in un quadro clinico isolato in atto.

Tali conseguenze come esempio, acromegalia, psicosi, morbo di Cushing, ecc., hanno fisionomia e prognosi propria e non possono essere prese dettagliatamente e studiate completamente in questa relazione, in quanto costituiscono tanti argomenti di studio nella valutazione assicurativa. D'altra parte esse presentano caratteristiche tali che per lo più richiedono un provvedimento di rinvio e di rifiuto del rischio quando non sia applicabile l'accettazione con elevato soprapremio. Faremo però una eccezione per l'epilessia traumatica per la quale proporremo pure uno schema di valutazione.

Non ci pare opportuno distinguere i traumi cranici in traumi da arma da fuoco e traumi dovuti ad altra causa, in quanto il carattere prognostico di queste due eventualità non presenta particolarità tali da giustificare una netta distinzione eccetto alcune circostanze di cui si terrà conto nella valutazione del rischio.

Distingueremo dunque :

1) — Traumi del cuoio capelluto senza interessamento dell'osso, della massa encefalica, che non hanno determinato contusione cerebrale nè commozione di una certa entità. In questi casi il rischio è da considerare normale, anche se si sono avute lievissime manifestazioni di commozione cerebrale con accenno fugace a perdita di coscienza, sensazioni luminose, ronzio d'orecchio, rallentamento del polso, pallore della cute, momentanei. Ciò si intende quando al momento della visita il candidato non presenti alcun disturbo della sfera neuro-psichica e sia guarito dal trauma riportato.

2) — Trauma cranico pregresso con frattura o con commozione cerebrale accentuata o con contusione cerebrale. La valutazione sarà fatta secondo le seguenti eventualità.

a) Il candidato si presenta completamente guarito, non presenta alcun disturbo della sfera neuro-psichica, nè perdita di sostanza ossea, nè avvallamenti, si presenta in età giovine sotto i 40 anni, non ha tare psicopatiche ereditarie, è indenne da lue e da alcool, non è addetto a lavori pericolosi dal punto di vista dell'attenzione e dell'equilibrio, non ha avuto manifestazioni infettive meningo-encefalitiche.

Rinvio a sei mesi dalla data del trauma. Trascorsi sei mesi dal trauma il rischio è tarato dal 50 al 75 % con scaglionamento del capitale da due a tre anni, a seconda della gravità del trauma e delle sue manifestazioni. Trascorsi i tre anni dal trauma non si considera più come rischio aggravato.

b) — Il candidato presenta perdita di sostanza ossea o avvallamento, o è addetto a lavori pericolosi come sopra, o presenta tare luetiche, alcoliche, tare psicopatiche ereditarie, o è in età avanzata oltre i 40 anni, non ha avuto manifestazioni meningo-encefalitiche, non ha alcun disturbo della sfera neuro-psichica.

Rinvio da sei mesi ad un anno dal trauma. Trascorso il periodo del rinvio il rischio è tarato dal 75 al 100 % con scagliona-

mento del capitale in tre anni. Trascorsi i tre anni dal trauma sopramortalità costante del 50 %. Se l'avvallamento è notevole, se è notevole la perdita della sostanza ossea, sopramortalità del 75 % costante, salvo revisione.

c) — Il candidato presenta postumi consistenti in vertigini, irritabilità nervosa, disturbi della memoria, iperestesia, cutanea uditiva, visiva, disturbi della vista e dell'udito, cefalea, paresi o paralisi, ma non vi sono alterazioni della pressione retinica, non ha avuto manifestazioni meningo-encefalitiche, non vi sono disturbi pupillari.

Rinvio da sei mesi ad un anno dal trauma. Trascorso il periodo del rinvio, rischio tarato dal 100 al 150 % con scaglionamento del capitale in tre-quattro anni. Trascorsi cinque anni dal trauma sopramortalità costante del 50 %. Si terranno presenti inoltre le eventuali circostanze aggravanti dell'età, della professione, della perdita di sostanza ossea, dell'avvallamento e dell'ereditarietà (visita di accertamento).

d) — Vi sono state manifestazioni meningo-encefalitiche. Rinvio da un anno a un anno e mezzo dal trauma. Trascorso il periodo del rinvio sopramortalità da 150 a 200 % con scaglionamento del capitale in cinque anni. Trascorsi i cinque anni dal trauma la sopramortalità sarà valutata al 75 % costante, tenendo conto delle eventuali circostanze aggravanti, salvo revisione.

e) — Un proiettile ritenuto costituisce una aggravante nei primi cinque anni.

f) — Una alterazione della pressione retinica ed altre manifestazioni oculari che siano espressione di gravi alterazioni endocraniche impongono un rifiuto del rischio.

g) — Manifestazioni gravi come morbo di Cushing grave, epilessia grave con attacchi frequenti, ecc. impongono un provvedimento di rifiuto.

h) — Epilessia Jacksoniana con attacchi non frequenti che tende a migliorare. Rinvio di un anno dal trauma. Trascorso il periodo di rinvio sopramortalità da 150 a 200 % con scaglionamento del capitale in 4 anni. Trascorsi 5 anni dal trauma, sopramortalità dal 125 al 150 % salvo revisione e salvo eventuali aggravanti.



*Relazione del Prof. DE GREGORIO, Dott. GUIDO, Dott. CLAUSI-SCHETTINI svolta nella Riunione del C. M. C. del 20 Marzo 1941.*

## PROPOSTE DI VALUTAZIONE DELL'ULCERA G. D. IN ASSICURAZIONE VITA.

Non è cosa facile inquadrare in uno schema di valutazione le varie forme e i vari aspetti dell'ulcera gastro duodenale.

Prima di tutto non si hanno a disposizione statistiche complete, vaste, che abbiano un carattere di omogeneità.

La nostra esperienza assicurativa è ancora recente e non consente di trarre delle conclusioni ben fondate, e, d'altra parte, esperienze già esistenti e raccolte in base a criteri più o meno esenti da critiche, in parte non tengono conto dei grandi progressi che la chirurgia ha ottenuti e va perfezionando in questo campo e che hanno avuto ed hanno come risultato un prolungamento della vita di questi pazienti. Inoltre se i progressi della chirurgia sono brillanti non bisogna trascurare il fatto che nella cura medica dell'ulcera g.d. buoni progressi sono stati pure raggiunti.

Pertanto occorre guardare il problema alla luce delle nuove esperienze senza peraltro trascurare ciò che è acquisito dalle osservazioni meno recenti.

Del resto le difficoltà della questione sono rispecchiate in modo evidente nelle controverse discussioni di cui non mancano i Congressi anche moderni, che si sono occupati dell'argomento. Tuttavia da questi Congressi una tendenza va diffondendosi sempre più ed è quella che va creando una collaborazione più intima fra medico e chirurgo ed un più netto ed intimo legame fra cura medica e cura chirurgica. E mentre il chirurgo tende a riconoscere che almeno nei primi tempi è sempre da istituire una cura medica prima di intervenire, eccettuati i casi che si presentano con caratteri di gravità e che non hanno ottenuto dalla cura medica alcun vantaggio, il medico tende a riconoscere da parte sua che ormai non è più possibile far correre dei pericoli al pa-

ziente nella vana attesa di un miglioramento che non viene con la cura medica.

Da questa armonica visione, dai progressi ottenuti nei due campi da una coscienza dell'adome acuto fatta migliore nella massa dei medici e del pubblico profano è scaturito quel progresso terapeutico che consente di guardare questa malattia con molto minore pessimismo in A.V.

In secondo luogo l'ulcera g.d. si presenta, ai fini della prognosi lontana, come un problema spesso complicato da interferenze morbose e da associazioni di lesioni che rendono ancora più difficile uno schematismo. Questo, del resto è indispensabile, ed è necessario pertanto riassumere i vari aspetti della questione in un quadro di valutazione il più possibile aderente alla realtà delle cose.

Prenderemo come base delle nostre proposte la relazione presentata al C.M.C. dal Dr. Clausi-Schettini nella riunione del 28-29 febbraio 1940.

Distingueremo tre grandi gruppi:

- 1) — Ulcera non operata, in atto ;
- 2) — Ulcera non operata, apparentemente guarita ;
- 3) — Ulcera operata, con guarigione o no.

*Ulcera non operata, in atto* — Contrariamente alla prassi attuale si ritiene accettabile quando non sussistano notevoli condizioni aggravanti di cui parleremo fra poco.

La sopramortalità che proponiamo, per le forme accettabili va da 150 a 300 % secondo l'entità della forma e lo stato degli altri organi e delle condizioni generali. Revisione fra tre anni o meno a seconda dei casi.

Sono aggravanti che importano il rinvio dell'esame del rischio o il rifiuto: gravi malattie generali, notevole ipotensione, notevole gastrectasia o gravi condizioni locali, anemia, emorragie ripetute o gravi, ereditarietà marcata e ben manifesta, stato generale scadente, condizioni professionali sfavorevoli, a seconda dei casi, ulcere callose in persone di età intorno a 40 anni ed oltre specialmente quando la diagnosi non è attendibile. Nei casi invece in cui la diagnosi è attendibile e lo stato generale è buono si può accettare con soprapremio elevato e con o senza scala 5 anni.

Sono aggravanti che importano una sopramortalità che tende ai limiti massimi o li raggiunge quando qualcuna di esse non sia anche ragione di rinvio o di rifiuto : l'appendicite pregressa non operata, o la cronica appendicite senza pregiudizio della questione esistente sulla sua origine, lesioni della cistifelea, emotività esagerata, distomia neurovegetativa accentuata con forme spastiche di colite, ecc. condizioni professionali e sociali sfavorevoli secondo i casi.

*Ulcera non operata senza sofferenze da tre anni e più : —*  
Questo caso può presentarsi sia come prima osservazione sia come revisione. Per quanto riguarda la revisione specialmente, ma anche nella prima osservazione, occorre tener presenti i lunghi periodi di latenza che l'ulcera può presentare, la relatività del criterio delle sofferenze soggettive, la possibilità di una grave complicazione anche nei casi che si accompagnano a sofferenze lievi e trascurabili. Si comprenderà facilmente lo scarso valore della formula « senza sofferenze » quando noi rileviamo questa condizione dalle dichiarazioni puramente soggettive dell'assicurando. Tale condizione dovrà specialmente valere quando sarà documentata da un accurato esame clinico-radiologico, tenendo anche presenti le difficoltà che si incontrano nel giudizio di miglioramento o di guarigione dell'ulcera e tenendo presente che le sofferenze sono specialmente fondate sulla risposta neurovegetativa, o per meglio dire sulla reattività neurovegetativa del soggetto che è del tutto individuale. Si potrà dare così il caso di un'ulcera in via di guarigione o guarita anatomicamente che presenta ancora pronunziate sofferenze, come si potrà dare il caso di un'ulcera stazionaria con scarse manifestazioni di sofferenza. E ricordiamo a tal proposito che non sono rare le perforazioni che si presentano al tavolo operatorio con un passato di vaghe ipercloridie, di indefinite sofferenze gastriche. Pertanto e per la probabilità della recidiva dell'ulcera, il concetto della guarigione e per conseguenza quello della revisione è molto relativo. Tuttavia poichè la guarigione medica è possibile e poichè un assicurando che non ha più da vario tempo sofferenze mal volentieri si adatta al pagamento di un forte soprapremio, anche per venire incontro al suo desiderio, riteniamo di fissare, con le cautele suddette, un termine di tre anni sia per la revisione che per la formazione di una seconda categoria di rischi. Il termine di revisione di tre an-

ni può essere abbreviato per tutte le categorie allo scopo di evitare disparità di trattamento.

La seconda categoria comprende dunque i casi di ulcera non operata senza sofferenze da tre anni e più, fino a cinque anni. Sopramortalità 125-200 % revisione fra uno e tre anni secondo i casi.

*Ulcera non operata senza sofferenze da sesto anno in poi* — Sopramortalità 50 % ed oltre secondo le condizioni del soggetto e la durata del silenzio dei sintomi.

Nell'applicazione di una eventuale riduzione del soprapremio si terrà conto della attendibilità dei risultati dell'accertamento sanitario e delle altre circostanze attenuanti o aggravanti.

In tutte le categorie un sottopeso lieve, senza essere contemplato da una regola fissa, sarà motivo di lieve aumento o meno del soprapremio.

*Ulcera operata* — Se il metodo operatorio usato non dà affidamento va considerata come non operata, a parte l'eventualità di condizioni aggravanti inerenti alla operazione stessa o ad altro. A questo proposito si fa riferimento all'esame dei vari metodi fatto nella relazione suddetta.

Si propone in ogni caso un rinvio da 6 mesi ad un anno specialmente dopo estesa gastrectomia per giudicare fondatamente sul buon adattamento o meno alle nuove condizioni create dall'intervento. Se dopo g.e.a. o dopo resezione le condizioni fossero immutate, se le emorragie fossero ancora presenti è naturale che il rischio rientri nella categoria dell'ulcera non operata accompagnata da notevoli aggravanti, tenendo pure conto delle eventuali aggravanti create dall'intervento stesso che verrebbe ad aggiungersi alle altre condizioni sfavorevoli fino a determinare le ragioni di un rifiuto. Sono questi specialmente i casi nei quali l'ulcera operata va considerata con una severità molto maggiore che per l'ulcera non operata.

Ma quando l'intervento è stato appropriato e i risultati sono buoni (sono numerosi gli individui che dopo l'intervento stanno bene tanto che si sentono autorizzati a rinunciare a privazioni e all'osservazione delle norme igienico-dietetiche consigliate) le cose cambiano aspetto.

La g.e.a. posteriore eseguita per stenosi cicatriziale del piloro dà eccellenti risultati. Risultati meno buoni si hanno nella

g.e.a. per ulcera situata lontano dal piloro o nel duodeno. Nell'età del cancro bisogna anche considerare l'eventualità della trasformazione cancerosa.

La resezione metodo Bilhroth I° dà risultati lontani paragonabili a quelli della g.e.a. quando questa non è eseguita per stenosi cicatriziale del piloro ma per altre indicazioni.

Più quotati sono il Bilhroth II° il Reichel-Polva e specialmente l'Hoffmeister-Finsterer.

Trascorso un anno o meno dall'operazione, studiato l'adattamento dell'individuo alle nuove condizioni create dall'intervento, tenuto conto della sanguificazione nei casi favorevoli questi metodi a parere della maggioranza dei chirurghi danno risultati lontani eccellenti.

Pertanto tenuto conto della diversità dei risultati dei metodi ora accennati (g.e.a. a resezione) che impone una certa oscillazione del giudizio, anche tenendo presenti eventuali lievi aggravanti riteniamo di proporre una sopramortalità di 150 % e oltre.

Anche qui il limite massimo fissato può variare tenuto conto delle condizioni aggravanti di cui è stato fatto cenno. A tal proposito ricordiamo le osservazioni del Gladuli su 30 operati appartenenti alla gente di mare nei quali si ebbe un'alta percentuale di insuccessi o recidive da interpretare come dovuti alle cattive condizioni igieniche e agli abusi frequenti in questa categoria di persone. Da tener presente il fatto che nella donna pare che le recidive siano meno frequenti eccettuate le isteriche con accentuata distonia neuro-vegetativa.

E' da proporre il rifiuto di resecati che presentano recidiva o sofferenze notevoli, e per tale evenienza lo stesso provvedimento o l'applicazione di forte soprapremio dovranno essere adottati nei soggetti che hanno subito semplice gastroenterectomia.

Non ci appare consigliabile fissare delle norme di riduzione del soprapremio negli anni successivi all'operazione, perchè proprio con l'andare degli anni la frequenza dei risultati eccellenti ottenuti va alquanto diminuendo. Tuttavia ammettiamo e consigliamo il principio della revisione di tre anni in tre anni o meno.

Nelle nostre proposte, non figura eccetto che per un caso, lo scaglionamento del capitale. Questo provvedimento non ci sembra aderente alla realtà per il fatto che l'ulcera g.d. non è una

malattia con caratteristiche di mortalità tali da determinare con un certo carattere di costanza, una perdita maggiore dei pazienti nei primi periodi del male. Tuttavia il provvedimento, basato in questi casi più su di un criterio attuariale che su di un criterio medico-statistico, può essere mantenuto per le assicurazioni di capitali rilevanti.

Per quanto riguarda l'età, secondo alcuni l'età giovane viene considerata come uno svantaggio, ma se è vero che in questo periodo sono già accentuate le distonie neurovegetative sembra pure che la più alta mortalità si abbia nel periodo dopo 40 anni. Inoltre nell'età avanzata sorge la possibilità del cancro. Da tener presente a questo proposito che la cancerizzazione dell'ulcera duodenale è rarissima. L'età giovane quindi non costituisce una aggravante ma all'inverso una attenuante, dopo aver prestata la massima attenzione all'apparato respiratorio.

Si ritiene infine di dover consigliare le cautele opportune nei casi in cui ci si trovi di fronte a diagnosi generiche, non controllate, di neurosi digestive, ed anche quando queste diagnosi fossero controllate, occorre tener presente che le neurosi digestive sono spesso la prima fase dell'ulcera, anche tenuto conto delle osservazioni fatte dal Dr. Beden nella riunione del C.M.C. del 28-29 febbraio 1940.

Relazione del Dott. PERCACINI GIO. BATTA svolta nella  
Riunione del C. M. C. del 20 Marzo 1941.

## CONSIDERAZIONI SUI « VIZI CARDIACI » IN AS- SICURAZIONE VITA.

(Nota preventiva)

Per i vizi di cuore *la tabella di sopramortalità del C.I.R.T. porta delle tarature fisse qualunque sia l'età di entrare in assicurazione, ed il differimento.*

E' giusto questo, e corrisponde al rischio reale che si viene ad assumere ?

Non sempre possiamo sapere se si tratti di soffi *organici* od *accidentali*, e perciò non possiamo esprimere un giudizio sicuro da quanto si rileva nel rapporto medico dei nostri fiduciari. Praticamente sta il fatto che molti vizi cardiaci vengono messi in rilievo per una causa accidentale :

— o una malattia intercorrente che richiede la visita del medico ;

— o un disturbo dopo uno sforzo, od una marcia nella vita militare ;

— o la visita di leva quando è fatta accuratamente ;

— molte volte dopo molti anni da un reumatismo (od anche una semplice febbre reumatica), una scarlattina, una tonsillite ecc. spesso ignorati o dimenticati, il medico nota non di rado un vizio mitralico in soggetti fra i 40-45 anni, che non aveva dato prima alcun disturbo.

Questo avvenne anche durante la grande guerra (1915-18) non solo negli Ospedali militari, ma anche nelle riviste dei richiamati.

Nel giudizio sugli assicurandi bisogna tener conto se coesistono ; col rilievo cardiaco, altre tare, soprattutto dell'apparato respiratorio ecc. che possano aggravare il rischio.

Ma è importante soprattutto vedere se il cuore si trovi in buone condizioni di compenso, cioè se il miocardio si adegui alle mutate condizioni stabilite dal vizio cardiaco.

Lo Sturm della « Münchener » ritiene giustamente nelle sue « *Norme per la valutazione speciale dei rischi nelle assicurazioni vita* » che la *funzionalità* del miocardio in tutte le cardiopatie ha una importanza grandissima, mentre *l'entità del vizio organico* ha un'importanza minore.

Questo criterio lo possiamo esigere da qualunque bravo medico fiduciario, e deve esserci di guida nella revisione. ,

Lo studio del Winternitz sulle statistiche, soprattutto americane, non persuade ; noi abbiamo altre condizioni di ambiente e razziali.

Lo studio del Fiandaca su statistiche clinico-ospitaliere è più persuasivo. Dalla sua relazione risulta che i vizi cardiaci si iniziano nel maggior numero fra i 20 ed i 40 anni, ed in media permettono una sopravvivenza fino ai 45 anni ed anche più.

Ma dobbiamo rilevare che gli Ospedali raccolgono i malati di cuore più gravi.

Nell'ambiente generale la sopravvivenza è maggiore.

Dalla statistica generale del Regno risulta che la *mortalità* per vizi valolari ecc. comincia ad accentuarsi fra i 45 ed i 49 anni ; è notevole dai 50 ai 54 anni ; mentre è quasi triplicata, di quanto era sui 30 anni, fra i 55 e 60 anni.

Certo abbiamo sempre l'incognita delle malattie intercorrenti, che portano più facilmente alla morte i tarati ; ma le malattie intercorrenti possono essere ugualmente esiziali anche in altre tare meno considerate.

Per quanto si riferisce alle condizioni di altri organi ed apparati organici, che possono anticipare lo scompensamento, se la visita è ben fatta, abbiamo degli utili elementi di giudizio.

Ed un valore notevole hanno pure la professione e le abitudini di vita.

Le miocarditi comuni non si rilevano generalmente prima dei 60 anni. La miocardite negli affetti da vizi cardiaci si stabilisce più presto sul terreno propizio dell'ipertrofia compensativa.

Cause determinanti dei vizi cardiaci sono sempre malattie dell'età giovane. Ma se si stabilisce un vizio cardiaco nei bambini, si ha una *lieve sopravvivenza* dopo i 20-25 anni, che è l'età dell'assicurazione vita.



La lue come causa di vizi cardiaci è più temibile in quanto rovina precocemente tutti gli apparati organici ; anticipa la sclerosi arteriale, e porta più presto allo scompenso cardiaco.

Dopo queste premesse io mi domando : una *taratura fissa*, anzi crescente, del 125-150 % di sopramortalità risponde *al fatto reale* ?

Un tarato, ad esempio, per vizio mitralico di 25-30 anni, nel quale la causa (ad es. : reumatica) si sia manifestata 8-10 anni prima e non si sia più ripetuta, deve essere tarato col 125-150 % crescente, anche se il differimento è di 25-20 anni o meno, in confronto di chi entra in assicurazione a 35-40 anni o con un differimento di 30-35 ?

Non si potrebbe *ridurre la taratura a seconda dell'età* e del *differimento minore*, dato che il rischio grave comincia dai 45 anni in su ?

La risposta agli attuari ; ma anche i medici colla loro pratica clinica devono esprimere il loro parere.

Una statistica esatta sulla mortalità generale per i vizi cardiaci fra i 25 ed i 60, fatta su un periodo abbastanza lungo, con riferimento all'*età del decesso* e riguardante soprattutto *le professioni* in cui è più facile l'assicurazione vita, sarebbe la base prima per stabilire una giusta taratura dei rischi.

Una statistica dei riformati alla visita di leva per vizi di cuore sarebbe utile a stabilire la percentuale dei malati maschi sui 20 anni ; ed utile pure la statistica dei riformati per la stessa infermità durante il servizio militare, e nei richiamati in servizio.

Sono ricerche statistiche che ci potrebbero illuminare sulla entità di questa tara e darci elementi più esatti di quelli che abbiamo nei riguardi di altre tare, per fare apprezzamenti più precisi sulla sopramortalità per vizi di cuore.

*Relazione del Dott. ALBERTO STARNA svolta nella Riunione del C. M. C. del 20 Marzo 1941.*

## L'OZENA ED IL RISCHIO DI ASSICURAZIONE VITA.

Non è rarissimo il caso che un assicurando sia portatore di ozena per la quale affezione i servizi sanitari degli Enti hanno prospettato il problema se essa debba essere considerata quale malattia che aggrava il rischio vita ed eventualmente di quanto. Poichè l'ozena è una malattia cronica merita di essere ricordata tra i temi da discutere presso questo Comitato.

Chiariremo brevemente anzitutto alcune caratteristiche epidemiologiche e sociali della malattia ricordando poi il suo decorso e le eventuali complicanze.

L'età preferita dell'ozena è l'infanzia e l'adolescenza ; è ancora frequente fin verso i 25 anni, successivamente si fa più rara dopo i 30, per divenire eccezionale quando sono superati i 45 anni di età. Tanto per dare una idea della frequenza dell'ozena nell'età che a noi interessa, cioè i 30 anni, ricorderemo come Mackenzie in 20 anni di osservazione ne ha riscontrati solo 5 casi. Fernandez attribuisce al lungo periodo dell'età adulta il 5 % di tutti i casi di ozena osservati ; più esattamente di questi il 3 % soltanto si riferisce a soggetti del gruppo di età 30-50 anni ed il 2 % si riscontrerebbero in età più avanzata. Ciò perchè la maggior parte degli ozenatosi superano in età molto giovanile il periodo fetido secernente della malattia.

Comunque anche tali pochi casi devono considerarsi non già come iniziati recentemente ; ma soltanto come malati in cui si ha persistenza della malattia originatasi molti anni prima. A tal proposito è bene ricordare come l'atrofia della schneideriana e parzialmente anche dei turbinati, come pure il cattivo odore e la secrezione esauriscono il periodo critico della malattia la quale successivamente viene considerata clinicamente estinta avendo ormai completato il ciclo flogistico. Conseguirà comunque sempre all'ozena una iperventilazione con processi faringitici ed una anosmia ; rimane per di più la possibilità che il processo si dif-

fonda oltre il cavo nasale in tre regioni ciò che può dar luogo al problema nel campo medico assicurativo.

Quanto alla frequenza della malattia in realtà essa è più rara di quanti molti credono ; le statistiche variano secondo i paesi e la età dei soggetti esaminati. Nei registri degli ambulatori della specialità tale frequenza ascende per alcuni autori all'1 % (Shavanne) per altri risulta appena del 0,17 % (Morance) ; Leroux-Robert nella relazione sull'ozena presentata al Congresso di Madrid nel 1932 ritiene che essa possa raggiungere il 0,75 % dei malati della specialità ; ma probabilmente tale cifra è ancora alta per i nostri paesi. L'età giovanile e l'adolescenza raccoglie la grandissima maggioranza dei casi, nel referendum praticato in Francia da Leroux-Robert l'età prepubere raccoglie l'85 % dei casi.

E' pure bene ricordare che il sesso maschile vi è rappresentato come minoranza per questa malattia, la donna dà il maggior contributo con l'80 % (Delacour) od il 75 % (Delie). Quanto alla professione prevalgono quelle più modeste : dal referendum già citato risulterebbe che il 70 % dei casi si verifica tra gli operai ; per alcuni autori vi sarebbero specialmente predisposti i profumieri e secondo Lermoyez vi andrebbero soggette le lavandaie, ma tali preferenze non sono state confermate da altri autori.

Da questi orientamenti della malattia in rapporto alla professione si comprende come la maggior parte dei casi sfuggano al nostro ambiente di esame perchè l'età, il sesso e la professione non corrisponde a quella prevalente presso i nostri assicurati.

Un punto di notevole interesse è costituito dal rapporto che presenta l'ozena con la *tubercolosi* e con la *sifilide*. Ricorderemo che Cabouche ha interpretato l'ozena come una forma larvata di tubercolosi ; qualche altro, come Collet, avrebbe riscontrato con frequenza la tubercolosi nell'anamnesi di questi soggetti, Delacour e Portmann hanno osservato che negli ozenatosi esisterebbe una eredità predisposizione alla t.b.c. discendente per via materna. Ciò se da un lato dimostra come i rapporti tra t.b.c. ed ozena vadano oltre la semplice coincidenza non conferma, come qualcuno ha sospettato, che l'ozena sia malattia di natura tubercolare. Infatti non è stata dimostrata una speciale frequenza della tubercolosi polmonare negli ozenatosi di antica data, questo fatto deve tranquillizzare il medico di assicurazione per quanto riguarda l'eventuale aggravamento del rischio nei riguardi dell'ozena.

Ugualmente è inesatta l'opinione di altri osservatori secondo i quali tutti gli ozenatosi siano eredosifilitici ; certamente la lue ancestrale, come Leroux-Robert qualifica la sifilide che risale a diverse generazioni antecedenti, può esistere, ma data la diffusione della sifilide è impossibile stabilire in quale grado la sua presenza sia occasionale e in quanti altri essa costituisca un vero coefficiente causale. Sebilau ed Escaut hanno osservato la frequenza della eredolue in questi malati, ciò che è confermato dalla pratica quotidiana ; ma a tal proposito non dovremo confondere le cacosmie sifilitiche con l'ozena la cui prognosi è certamente ben più favorevole *quoad vitam*.

La stessa opinione dobbiamo esprimere per quanto riguarda il decorso dell'eredolue che non turba più, anche negli ozenatosi, le condizioni di salute di un soggetto quando abbia superato l'adolescenza e raggiunga l'età matura che a noi solo interessa. Sebilau avrebbe riscontrato positiva la Wassermann in molti ozenatosi ciò che confermerebbe la natura eredoluetica dell'affezione ; Mezzena con altre indagini ha escluso il valore di specialità luetica a questi casi e Torrini della Clinica di Firenze, dopo aver fatto praticare sistematicamente questa ricerca negli ozenatosi, ha potuto concludere al contrario che i risultati positivi sono assolutamente rari.

In complesso la tubercolosi e la sifilide, malattie che tanto pesano nell'anamnesi personale per la valutazione del rischio vita quando assumono le manifestazioni classiche, non hanno che un valore ipotetico nel determinismo dell'ozena e soprattutto non aggravano la prognosi di vita nell'età adulta di per sé stesse.

Un errore frequente, che potrebbe occorrere anche in assicurazione vita da parte di un medico generico, è quello di qualificare come ozenatose delle riniti di altra natura. Esistono infatti delle *riniti atrofiche semplici* limitate alla parte posteriore del cornetto inferiore od a tutto il cornetto stesso ; tali riniti possono essere confuse con l'ozena, sia per la presenza di croste, sia per l'atrofia della mucosa sottostante. Chavanne ritiene che il 70 % delle riniti atrofiche siano di natura semplice e solo il 30 % di natura ozenatosa ; di queste ultime ben il 75 % si verificano tra le donne.

Ma se facciamo il raffronto con tutte le altre riniti croniche dalle ipertrofiche alle caseose, dalle luetiche alle tubercolari, l'o-

zena discende proporzionalmente ancora. Nel referendum praticato da Leroux-Robert in Francia nel 1932 presso gli specialisti, risultò che appena un decimo delle riniti maleodoranti erano di natura ozenatosa.

Da una simile statistica recente già risulta quanto sia modesto l'interesse di questa malattia nell'assicurazione vita; comunque anche nei casi in cui l'ozena risulta accertato e quando è limitato alla sede classica nasale non aggrava il rischio perchè con gli anni tende ad esaurirsi. E' però abbastanza frequente la diffusione del processo al faringe e risultano descritti nella letteratura casi con propagazione alle prime vie respiratorie.

Luc, Sarnion ed altri AA hanno descritto casi di *ozena tracheale*, di solito per propagazione di contiguità dalla mucosa laringea. Turrini ha riferito un caso di *ozena laringeo* accompagnato da crisi di soffocamento; il fetore dell'alito, l'espettorazione di croste eliminate dalla superficie delle corde posero la diagnosi; il riscontro dell'atrofia della mucosa sui cui queste si erano impiantate, la confermarono. Orlandini ha descritto un caso di *ozena* in cui il processo aveva raggiunto il bronco destro.

Tali quadri parossistici, assolutamente rari, non possono comunque rappresentare una eventualità di aggravamento del rischio assicurativo poichè risolvono felicemente con l'espulsione delle croste spontaneamente od in seguito ad inalazioni terapeutiche. Bisogna pure ricordare che queste localizzazioni, seppure presentano una sindrome tumultuosa per un breve periodo, tendono ben presto a cronicizzarsi come tracheite secca nella quale permane un lume respiratorio ampio e perchè infine tutto si riduce, come per la pituita, all'incomodo dell'alito fetido ed alla trasformazione dell'epitelio mucosa cilindrico in epitelio pavimentoso. Tale forma potrebbe eventualmente essere considerata corrispondente al rischio di una bronchite cronica. Non mi risultano altre complicazioni polmonari a carico degli ozenatosi.

Abbastanza frequente invece la diffusione del processo, attraverso la tromba d'Eustachio all'orecchio ove il processo può provocare *otiti catarrali*, *otiti sclerotiche* ed anche *otiti purulente*. Si comprende come in questo ultimo caso il rischio dell'ozena non sarà altro che quello dell'otite tenendo presente che una suppurazione di tal genere fatalmente diverrà cronica. Sono stati infine descritti anche casi di *sinusite mascellare* dovuta alla dif-

fusione, attraverso lo *hiatus semilunaris*, della flogosi la quale può essere di natura polimicroba e male odorante anche per il ristagno della secrezione. E' stata pure descritta la possibilità di ozena iniziata dal seno frontale; ma ciò è assolutamente eccezionale.

Se il rischio di assicurazione vita, tranne nei casi in cui si stabilisce una diffusione alla trachea, all'orecchio o ai seni, non viene ad essere modificato; diversa è invece l'importanza della malattia ai fini della *validità sociale*. E' ben noto a tutti l'odore nauseante, detto di cimice, che emana dall'alito di queste persone ed è perciò evidente come la loro permanenza in collettività lavorative sia spesso impossibile, per lo meno durante il periodo fetido. Per tale ragione gli ozenatosi vengono riformati dal servizio militare dal quale vengono esclusi anche per il timore che la malattia possa essere contagiosa. Questa ultima evenienza è però esclusa dalla maggior parte degli specialisti; sappiamo invece la grande importanza che riveste il fattore ereditario familiare dell'ozena e su di esso tutti convengono.

Potrebbe l'ozena, dato il carattere di ripugnanza sociale che essa provoca, venir ritenuta malattia sufficiente a determinare l'invalidità; Tale richiesta se può trovare giustificazione nelle assicurazioni sociali non potrebbe essere accettata nella assicurazione vita ove l'invalidità è essenzialmente riferita alla capacità di lavoro.

Riassumendo possiamo dire che mentre l'ozena nasale e naso-faringeo non costituiscono di per sè un aggravamento del rischio vita, anche per la rarità delle complicanze che esse determinano, dovremo invece considerarlo come rischio tarato solo nel caso in cui le complicanze sono già in atto all'ingresso e cioè quando si sono verificate *otiti purulente, tracheiti e sinusiti*. Tali complicanze rientrano comunque, per il carattere lento e poco pericoloso che presentano tra i rischi con sovramortalità compreso, a nostro parere, tra i 50 ed i 75 %.

Queste brevi considerazioni che abbiamo esposto in base alle moderne cognizioni di clinica delle specialità ed a vasto materiale statistico sono perciò sufficienti a tranquillizzare l'assicuratore da eventuali timori nei riguardi del rischio vita per i portatori di ozena nasofaringeo o dei suoi reliquati; solo in presenza di speciali complicanze, si potrà parlare di veri rischi tarati per la nuova affezione sopravvenuta.

*Relazione del Dott. R. DE BEDEN svolta nella Riunione del 20 Marzo 1941.*

## LA SELEZIONE DEI RISCHI IN RAPPORTO ALLA CLAUSOLA D'INVALIDITÀ.

La selezione del rischio d'invalidità deve ispirarsi a concetti alquanto differenti da quelli del rischio vita e spesso indipendenti dalla valutazione di quest'ultimo.

I rischi in generale possono venir divisi nei seguenti gruppi :

- 1) — Rischi normali ;
- 2) — Rischi adattati ;
- 3) — Rischi tarati ;
- 4) — Rischi professionali.

Per la concessione della clausola d'invalidità i primi non entrano in discussione. Si può senz'altro accordarla.

Gli altri tre gruppi abbisognano di una valutazione a parte che può essere :

- 1) — favorevole alla concessione della clausola d'invalidità senza riserve ;
- 2) — favorevole con riserve ;
- 3) — sfavorevole.

Nel secondo gruppo i rischi adattati, comprendendo quei rischi che, pur accettati amministrativamente senza riserve, presentano dal lato ereditarietà, anamnesi o reperto oggettivo delle imperfezioni o delle tare in atto o pregresse, che a tutto rigore non rappresentano un fattore essenziale « quoad vitam » (p.e. af-

fezioni visive, esiti di poliomielite, esiti di infortuni ecc.). Questi sono quei rischi che offrono la maggiore difficoltà di selezione.

Il terzo gruppo, rischi tarati, può godere della concessione della clausola d'invalidità. Questa dipende dalla qualità e dall'entità della tara. In date circostanze si può accordarla anche a rischi fortemente tarati, particolarmente a quelli in cui può prevedersi una rapida fine, cioè non preceduta da un lungo periodo di malattia invalidante.

Nel quarto gruppo, rischi professionali, l'indice della possibilità della concessione della clausola d'invalidità è dato dalla qualità dell'attività svolta dal candidato.

La difficoltà di una selezione ai fini di una futura presumibile invalidità è intrinseca nel concetto stesso di quest'ultima, che non rappresenta nulla di definito e si presta ad interpretazioni di una elasticità senza pari.

Una persona può presentare di fronte a certe premesse tutte le caratteristiche dell'invalido, che viceversa non sussistono ove si parta da altri punti di vista. Non è quindi possibile compilare una statistica medica di invalidità, se prima non si è ben chiarito cosa si vuole intendere per invalidità. Ossia è necessario, *prima*, stabilire esattamente la formula-base di riconoscimento dello stato d'invalidità, appena poi, quando — dopo alcuni anni di osservazione — si sarà ottenuta una cifra d'invalidi secondo il concetto voluto, si potrà tirare le somme, compilare una statistica e fare il confronto. Allora sarà facile stabilire una sopra-invalidità analogamente alla sopramortalità, esaminando la soprainvalidità per tutte le forme di rischi.

Per ora necessariamente la selezione dovrà essere empirica; del resto il soprapremio per la clausola d'invalidità è calcolato anche ora in modo più empirico.

Il concetto d'invalidità generica poi si allaccia strettamente a quello d'invalidità specifica professionale.

Questa interdipendenza graverà ancor più sul riconoscimento dello stato di invalidità introducendo il concetto di invalidità ad un lavoro non corrispondente alle proprie attitudini, nè qualsiasi cautela potrà ovviarvi, come lo dimostrano le frequenti decisioni in materia nei casi controversi.



Tutte le statistiche di una certa utilità per stabilire un quoziente di invalidità riguardano categorie di persone che esercitano una data professione o che sono diventate inabili ad esercitarla ulteriormente. Si tratta sempre di individui controllabili con una certa facilità nella capacità lavorativa.

Sta di fatto che i più importanti studi del genere si riferiscono ai ferrovieri, che sono impiegati ed operai in servizio stabile con diritti a pensione dopo un dato periodo di attività o per sopravvenuta incapacità al lavoro. E' chiaro che gli interessi personali del singolo, che possono essere quelli di desiderare un anticipato stato di quiescenza o viceversa, incidono con una certa importanza sul riconoscimento di inabilità all'ulteriore esercizio della professione.

Possibilità di un'altra occupazione più favorevole col desiderio contemporaneo di non perdere i benefici delle pensioni, condizioni sociali migliorate per essere pervenuti ad una situazione finanziaria tale da rendere poco allettante un lavoro ormai divenuto pesante, calcoli di gradini superiori per pensioni o promozioni in vista, talvolta anche il desiderio dell'amministrazione stessa di disfarsi di personale poco adatto e altri fattori analoghi inficiano « a priori » l'attendibilità assoluta di tutte queste statistiche. In più si deve tener conto che in genere queste persone beneficiano di una rendita derivante dall'invalidità (pensioni, taccitazioni ecc.), perciò le relative statistiche non possono venir portate ad esempio ed a base per le nostre valutazioni, dove in sostanza vengono a mancare quasi tutti quegli incentivi di cui si è accennato più sopra.

Nel congresso delle Assicurazioni di Trieste del 1932 Ottaviani ha presentato una relazione molto importante sui metodi per calcolare le probabilità d'invalidità, studiando una tabella dei ferrovieri italiani pubblicata dal Toja per il periodo 1901-1914.

Un interessante ed ampio studio sull'impianto tecnico della assicurazione addizionale d'invalidità totale abbinata all'assicurazione vita è stato svolto nella stessa occasione dal Riedel.

Le osservazioni del genere estese ad altre categorie danno divari grandissimi fra una professione e l'altra.

Riporto dal libro del Prinzing la seguente tabella compilata da Sucro e Andra sulla probabilità d'invalidità su 1000 persone d'ogni età :

Ferrovieri tedeschi (Zimmermann)	1868-1884	2.8	4.5	7.4	11.3	21.6	41.6	76.2
Impiegati tedeschi non ferroviari (Zimmermann) . . . . .	1868-1884	1.0	2.2	3.8	7.0	13.8	26.9	54.3
Impiegati delle Ferrovie non viaggiatori (Riedel) . . . . .	1882-1889	0.3	1.9	3.4	4.7	9.2	17.9	36.3
Impiegati delle Ferrovie della Media Baviera (Sucro) . . . . .	1890-1914	2.8	4.0	4.6	7.2	11.7	23.0	55.7
Impiegati postali superiori (hoherer-Amtmann) . . . . .	1899-1903	0.4	0.7	1.9	4.9	11.2	24.5	52.8
Direttori e Maestri superiori (Prussia-Böckh) . . . . .	1884-1898	0.9	1.3	2.0	3.7	7.6	16.7	44.4
Giudici ed Avvocati (Prussia-Klott)	1894-1898	0.6	1.2	1.9	3.3	6.1	11.7	22.7
Impiegati com. renani (Pletsch)	—	1.1	1.6	2.5	6.4	12.6	23.0	39.0
Assicurazione tedesca d'invalidità	1900-1902	3.5	4.3	7.0	10.4	17.9	34.0	55.0
Ferrovieri della Prussia e del Hessen (Martin) . . . . .	1900-1902	1.3	2.4	4.5	7.8	13.7	26.8	54.3

Non è il caso che noi entriamo nell'argomento tecnico del calcolo di probabilità d'invalidità. Le mie considerazioni sulle statistiche base per il calcolo di probabilità d'invalidità che riguardano un punto di vista essenzialmente medico trovano in gran parte conferma in queste relazioni.

Nell'impossibilità di formulare oggi una sopra invalidità, la nostra attenzione dovrà rivolgersi in modo particolare alle cause invalidanti, lasciando al medico revisore il giudizio di probabilità di invalidamento, traendola da lati di confronto.

Ma anche le statistiche di cause invalidanti presentano su per giù gli stessi difetti delle altre.

Inoltre come ho già osservato anche nel mio lavoro sui rischi professionali, le statistiche che si riferiscono a categorie di persone differenti da quelle assicurate presso le Compagnie di assicurazione vita non possono venir considerate di grande utilità ai nostri scopi.

Mancano anche statistiche esaurienti e bene elaborate sulle cause invalidanti. Qualche studio è stato fatto in Germania ed in Inghilterra, con dati ricavati dalle assicurazioni sociali.

In un lavoro presentato da me e dal collega Dott. Greco al congresso del 1932 sono stati esaminati i casi di invalidità constatati presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, le Assicurazioni Generali e la Riunione Adriatica di Sicurtà fino al 1926 rilevati in uno studio sull'argomento del Dott. Smolensky.

In tutto si trattò di 467 casi :

Riferisco da quello studio soltanto una statistica che può darci un certo ragguaglio sulle cause invalidanti, confrontate con quelle di morte :

	considerate causa di morte in ‰	considerate causa invalidante in ‰
Mal. cardio vascol	18.5	12.5
mal. app. respir.	14.5	1.0
traumi, suicidi, parti morti viol.	10.5	2.0
mal. sist. nervoso	10.5	16.0
tu. mal	9.0	3.0
tbc.	7.0	18.0
varie	7.0	2.0
mal. app. gastro intest.	6.0	2.0
mal. infett.	6.0	0.0
mal renali	4.0	2.0
mal. sen.	3.5	0.0
mal. del ricambio	1.5	2.0
P. p.	1.2	32.0
mal. del sangue	0.8	0.0
aff. ocul.	0.0	4.5
artr. cron.	0.0	1.0

Vediamo da questa tabella la disparità esistente fra causa di morte a causa invalidante fra diverse voci con particolare prevalenza di quest'ultima per la tbc., la p.p., le affezioni oculari, le malattie del sistema nervoso e le artriti.

Pur considerando l'esiguo numero di casi osservato, il che tutt'al più dimostra la relativamente scarsa importanza del problema ritengo che queste osservazioni siano più aderenti alla

realtà per i nostri scopi che quelle che si riferiscono alle cause invalidanti in statistiche per popolazioni o collettività operaie assicurate obbligatoriamente presso gli istituti di assicurazione sociale.

W. W. Beckett e D. C. Mac Even riportano nel libro del Foxworthy la seguente statistica di cause invalidanti :

The Pacific Mutual Insur. Company 1907 - 1923 (ottobre) W. W. Beckett - D. C. Mac Even	Foxworthy
Tbc.	30.7
Mal. mentali	16.1
Paralisi	12.6
Infort.	8.2
Sist. circol.	4.7
Perdita della vista	3.9
Sist. gen. urin.	2.7
Paresi	2.2
Sist. digest.	1.6
Reumat.	1.6
Ca.	1.5
Varie	14.2

La statistica si riferisce sulla base di riconoscimento dello stato d'invalidità per cause che rendono il candidato del tutto inabile ad una occupazione o professione stipendiata o che presenta alcune determinate lesioni (perdita della vista d'ambo gli occhi, perdita d'ambo le braccia o le gambe o di un braccio e una gamba) e prevede, oltre l'esonero dei premi, una percentuale di rendita sulla polizza (1 %).

Come si vede, il concetto base risulta un pò differente da quello in uso presso le nostre compagnie. In ogni modo il materiale studiato corrisponde evidentemente meglio al portafoglio delle compagnie d'assicurazione. La statistica confrontata colla nostra dà valori abbastanza concordi.

A titolo di completamento e di confronto riporto dal Prinzing questa statistica di cause invalidanti (elaborata dal Fischer sul materiale delle Casse obbligatorie di malattie per il Baben : 1905 - 1909 con base il 1907

Età :

A. FISCHET	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Tutte le età
Tbc. pulm. . . . .	60.9	47.7	28.0	10.7	3.1	19.2
„ altri organi . . . . .	7.2	5.4	3.3	1.9	0.7	2.5
mal. respir. . . . .	1.3	2.9	7.6	17.8	21.8	14.3
mal. circol. . . . .	5.1	6.3	9.9	16.5	20.0	14.5
mal. app. dig. . . . .	1.7	3.0	4.4	6.8	4.9	4.3
anemia, senctus . . . . .	2.4	3.5	5.5	7.5	20.5	14.2
gotta, reumat. . . . .	1.4	2.6	4.9	7.6	7.6	5.8
reumat. muscol. . . . .	—	0.2	0.5	2.1	3.8	2.0
pscopatie . . . . .	6.5	7.6	5.4	2.5	0.7	3.1
altre mal. . . . .						
sist. nerv. . . . .	7.3	9.5	11.6	8.4	4.7	7.0
tu . . . . .	0.6	1.3	4.2	4.5	2.7	2.7
altre mal. . . . .	5.6	10.0	14.7	13.7	9.5	10.4
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Il Prinzing nel commentare queste statistiche ci ammonisce di non trarre conclusioni affrettate e troppo facili sulla frequenza di alcune malattie. Coll'avanzare dell'età vengono in primo piano delle cause invalidanti che probabilmente inglobano delle altre concomitanti.

Naturalmente queste statistiche ci servono poco per la selezione in assicurazioni-vita per i motivi già più volte accennati. Osservo soltanto che esse ci danno una certa autorizzazione a considerare il problema della soprainvalidità alla stregua della sopramortalità.

Per quanto il concetto di soprainvalidità allo stato attuale delle cose appaia prematuro ho pensato che si potrebbe introdurlo a titolo di esperimento salvo revisioni.

Il principio su cui questa soprainvalidità dovrebbe basarsi, sarebbe quello del rapporto fra invalidità attese ed invalidità realmente avvenute, analogamente al calcolo della sopramortalità.

Il Prinzing nel suo già più volte citato libro porta una statistica elaborata per il Baden (1905-1909 con base il 1907) che pur essendo imperfetta perchè mancano i dati per età, si accosta all'idea fondamentale ora accennata. Ne riporto i dati conclusivi :

	su 1000	
	inval. aspettate	- inval. avvenute
Agricoltura	17.8	15.4
Industria ed artigianato	9.4	10.4
Commercio e comunicazioni	7.9	5.6
Personale di servizio (Dienstboten)	6.2	11.2

Nella medesima statistica si osserva una grande prevalenza del sesso femminile fra gli invalidi riconosciuti.

Ritengo che per una collettività assicurata presso una Compagnia d'assicurazioni-vita il lavoro di questo calcolo non sia impossibile.

Le basi prescelte ora dalla maggior parte delle compagnie per il calcolo del soprapremio d'invalidità (tabelle dei ferrovieri) sono certamente tali da cautelarle ampiamente nei rischi normali e per lo meno considerati tali.

E' molto probabile che l'osservazione futura dimostrerà che la riserva oggi applicata è superiore al rischio effettivo. Il problema non riveste in sè stesso una grande importanza per il relativo scarso numero di richieste di inserzione in polizza della clausola d'invalidità e perchè in parte, a motivo delle norme molto restrittive adottate per riconoscere lo stato d'invalidità, i danni sono molto pochi.

Se però la richiesta della clausola d'invalidità dovesse trovare un'ampia o addirittura una generale applicazione, le sorprese potrebbero essere alquanto pericolose. Non è quindi esagerato partire da un preconcetto sfavorevole di fronte a queste incognite, di cui la più grande è rappresentata dalla definizione stessa dello stato d'invalidità.

In ogni modo fino a prova contraria noi dovremo considerare « normale » quella riserva che viene attualmente considerata sufficiente alla copertura di un rischio normale. Per questo moltissimi adottano il sistema di moltiplicare semplicemente questa riserva a seconda del presunto maggior rischio.

A titolo di parentesi osservo che questo soprapremio unico applicato indifferentemente dall'età e dalla tabella proposta non può soddisfarci completamente, se non altro se consideriamo soltanto la maggiore o minore probabilità d'invalidamento a seconda dell'età.

Deutsch e Stern nel loro libro di medicina assicurativa seguono il criterio di selezione basato sull'applicazione di un multiplo del premio base fino a 4 o 5 volte, deducendolo dai seguenti elementi combinati fra loro :

- a) invalidità probabile
- b)       »       possibile
- c) professione favorevole o sfavorevole
- d) condizioni sociali buone o cattive.

Gli stessi autori portano un lungo elenco di tare e di professioni valutate ai fini dell'invalidità.

Il processo mentale del revisore per la valutazione del rischio d'invalidità secondo me, dovrà consistere nello stabilire una certa probabilità d'invalidamento per una data tara, costruendo un rapporto approssimativo fra il soggetto in esame e le cause invalidanti che occorrono più di frequente.

Schematicamente riepilogo alcuni punti fermi della selezione ai fini dell'invalidità :

*Rischi normali* : nessuna soprainvalidità.

*Rischi adattati* : soprainvalidità variabile da 50 % in più fino al rifiuto per le seguenti voci principali : sordità unilaterale, esiti di poliomielite, esiti di infortuni, anamnesi familiare gravata da tbc, da diabete, da affezioni nervose, da tumori, anamnesi personale con tare non più passibili di sopramortalità con speciale riguardo a tbc, affezioni nervose ecc.

Da rifiutare la concezione ad amputati anche parzialmente agli arti, a miopi con difetto visivo superiore a 6 D., a ciechi di un occhio, a tracomatosi, ad affetti a altre affezioni visive della

cornea e dell'occhio interno, ad affezioni bilaterali dell'orecchio, a neuropatici.

*Rischi tarati* : Non è possibile nemmeno passare in rapida rivista tutte le varie tare. Comunque, tenendo conto di quanto osservato sulle prevalenti cause invalidanti, si dovrà precipuamente esser molto cauti di fronte ai seguenti casi : tbc., affezioni cardiache, lue, affezioni nervose, malattie del ricambio, anche se la sopramortalità da applicare non dovesse essere molto alta per i singoli casi.

In ogni modo si dovrà di preferenza negare la clausola d'invalidità ai rischi tarati con una sopramortalità superiore al 75 0/0, o accordarla con una soprainvalidità certamente non inferiore al 100 0/0.

*Rischi professionali* : Nei rischi professionali non vi è sempre una parallelismo fra invalidità e mortalità. Le professioni manuali più gravose e quelle in cui prevalgono quali cause di morte le cause anche prevalentemente invalidanti quali : tbc. infortunio, alcoolismo, dovrebbero dare la maggiore soprainvalidità. A questo punto di vista dovrebbe venir orientata la selezione. D'altronde per le professioni non intellettuali vi è una maggiore possibilità di adattamento ad un altro lavoro meno pesante ed ancora confacente alle attitudini del soggetto.

Richiamiamo in fine l'attenzione dei selettori sul fatto che concordemente tutti gli autori considerano molto sfavorevolmente i rischi femminili. Secondo alcuni le donne rappresenterebbero un pericolo di invalidamento addirittura 3 o 4 volte maggiore.

In questa mia breve rassegna sul rischio d'invalidità ho tentato di dare un'idea sulle difficoltà della selezione medica in questo riguardo, illustrando le linee essenziali su cui è impostato il problema.

Attualmente è impossibile dare delle direttive che non sieno quasi puramente empiriche. Possiamo considerare il problema della selezione per l'invalidità in assicurazione-vita oggi in quello stadio in cui si trovavano i rischi tarati all'inizio del loro ingresso nelle assicurazioni, come quando i selettori medici raggruppavano le tare in classi di maggior o minor rischio su considerazioni dettate dalla esperienza personale senza un sostanziale contributo statistico.



Infatti manca, a mio avviso, ogni base sicura per una selezione medico-scientifica.

La relativamente scarsa importanza dimostrata dal problema per un portafoglio comune di compagnia d'assicurazione (vedi il numero dei casi d'invalidità già citato delle Compagnie Italiane: Istituto Nazionale, Generali e Riunione Adriatica), ha contribuito a trascurare parecchio questo capitolo, che potrebbe assurgere ad importanza nelle assicurazioni collettive professionali oppure se, come detto, la richiesta di inclusione in polizza della clausola d'invalidità dovesse generalizzarsi.

In ogni modo risulta fatto essenziale, per poter controllare un decorso d'invalidità, una definizione precisa per il riconoscimento dello stato d'invalidità.

Gli inconvenienti che all'atto pratico certamente affioreranno e che principalmente consisteranno in controversie sul riconoscimento dello stato d'invalidità, non potranno infirmare il valore statistico delle conclusioni.

Il concetto d'invalidità resterà sempre un valore relativo, ma i risultati statistici che deriveranno da qualsivoglia interpretazione risulteranno tuttavia da tutto l'assieme degli inconvenienti e dei vantaggi di quest'ultima e daranno di conseguenza una direttiva statistica abbastanza fidata.

*Relazione della Prof.ssa MARIA VELE svolta nella Riunione del  
C. M. C. del 20 marzo 1941.*

## MODULO PER « LE AFFEZIONI DELL'APPARATO VI- SIVO.

L'intimo legame che esiste fra occhio e organismo fa sì che molto spesso si renda necessario un esame dell'apparato visivo e a questo scopo è stato compilato un modulo adatto già in uso presso l'I.N.A.

Nella medicina delle Assicurazioni Vita si dà molto valore all'utilizzazione dei sintomi di tutti gli apparati sia per una diagnosi precoce che per la prognosi sulla vita. In genere i sintomi oculari concomitanti ad una malattia generale ne aggravano la prognosi, influenzando cioè sul decorso della vita e diminuendo presumibilmente il periodo di sopravvivenza del soggetto.

L'occhio offre la possibilità di essere esaminato piuttosto facilmente e senza perdita di tempo, e può manifestare una serie di sintomi anche ad un esame superficiale.

A questo scopo il modulo presentato comprende una prima parte riguardante le dichiarazioni dell'assicurato sia per i disturbi in atto che per le malattie pregresse. Le domande 6 e 7 pongono già in guardia il medico verso quelle lesioni oculari che la nicotina, l'alcool etilico e la lue possono determinare.

La seconda parte del modulo preceduta dalle dichiarazioni dell'assicurato comprende l'esame obiettivo che deve fare lo specialista. L'esame deve iniziare dalle membrane più esterne per terminare alle più interne mediante l'illuminazione diurna, laterale e con l'oftalmoscopia. Dopo quest'esame completo si possono trarre le deduzioni circa gli eventuali sintomi riscontrati.

Per dare un esempio pratico dell'importanza delle lesioni oculari in varie forme morbose di origine generale (alcune delle quali sono veramente espressione di una prossima morte) faremo

un breve riassunto di sintomi precoci o concomitanti ad una affezione generale che per noi presentano maggiore interesse (malattie ad andamento cronico).

Iniziamo dai sintomi in rapporto alle malattie del sistema nervoso centrale e periferico : le emianopsie per tumori cerebrali, traumatismi che hanno determinato lesioni del chiasma, ascessi, t.b.c. cerebrale, aneurismi della carotide interna, ecc.; la papilla da stasi frequente nei tumori del cervelletto e in tutti i casi di compressione cerebrale; il nistagmo ad oscillazioni irregolari del morbo di Friedreich ; talvolta le emorragie retiniche precedono le emorragie cerebrali, la neurite ottica che può pure determinare atrofia ottica nella mielite ; sono note la miosi, il sintoma di Argyl, l'atrofia ottica ed altri segni meno importanti nella tabe dorsale ; l'atrofia ottica nella paralisi progressiva, ecc.

Altri sintomi degni di nota sono quelli dipendenti da malattia del cuore e dei vasi. Sovente oltre al visibile edema palpebrale compaiono nei cardiaci le emorragie della retina, embolia dell'arteria centrale retinica. Se notiamo in un occhio midriasi, esoftalmo, allargamento della rima palpebrale dobbiamo sospettare una insufficienza aortica. Ciò avviene in conseguenza dell'irritazione del simpatico, se invece si manifesta una paralisi del simpatico si ha miosi, lieve ptosi ed enoftalmo. Non è escluso però che possa esservi trombosi o embolia di un ramo o di un'arteria centrale della retina.

L'esame oftalmoscopico può palesare una flessuosità spiccata dei vasi con aspetto a coroncina, una aumentata opacità delle arterie con riflesso luminoso più ampio ; striscie bianche lungo il decorso dei vasi consecutivi a degenerazione o perivascolite ed emorragie retiniche. Questo quadro è caratteristico nell'arterio-sclerosi. A questa flessuosità vasale si può sostituire un assottigliamento delle arterie e dilatazione delle vene come si nota nell'ipertensione rossa o benigna. Se invece le arterie divengono filiformi, e vi sono incrociamenti artero-venosi, edema peripapillare, ecc. dobbiamo pensare ad ipertensione pallida o maligna.

Anche intossicazioni influiscono sull'organo della vista. Così un edema peripapillare associato a retinite specie perimaculare è in rapporto alla nefrite e questo quadro viene chiamato ap-

punto retinite albuminurica a differenza di quella diabetica che si riscontra nel diabete e della papillite nell'uricemia.

A queste intossicazioni endogene si accompagnano quelle esogene. La neurite ottica retrobulbare, l'anisocoria, le ambliopie, gli scotomi, ecc. sono spesso consecutivi all'azione del piombo, alcool etilico, nicotina, chinino ecc.

Sull'occhio influiscono anche le malattie infettive e parassitarie; i tubercoli si possono riscontrare in tutti i vari tessuti e così pure le gomme luetiche. Non è rara la neurite in conseguenza di malaria e le emorragie retiniche per reumatismo. Queste ultime possono essere anche la conseguenza di malattie del sangue come nell'anemia perniciosa, emofilia, leucemia, porpora emorragica, ecc.

Per terminare questo breve riassunto, ricordiamo alcune alterazioni dell'occhio a carattere endocrino come le emianopsie dell'acromegalia le quali ci danno l'indicazione esatta della sede del tumore endocranico, e i sintomi oculari più evidenti benchè non i più importanti nella malattia di Basedow (esoftalmo, segni di Graefe, Darlymple, Stellwag, Möbius ecc.).

Abbiamo citato in special modo i disturbi del fondo oculare perchè i più importanti, i quali generalmente sono legati a turbe visive. Non ho compreso in questa elencazione le malattie propriamente oculari, come ad esempio, i tumori maligni i quali costituiscono di per sè un sintoma di infausta prognosi sulla vita.

In questo breve appunto non mi sono soffermata sull'esame funzionale perchè quasi sempre viene interessato. Lo specialista indaga specialmente il fondo oculare perchè la finissima rete sanguigna retinica, la papilla del nervo ottico e la macula possono rivelare molti sintomi utili alla diagnosi ed alla prognosi. Tutte le voci elencate nell'esame obiettivo permettono seguendo l'ordine nel modulo e dall'osservazione delle membrane esterne, reazioni pupillari, schiascopia ed oftalmoscopia, tensione ed esame funzionale completato dall'esame delle vie e centri ottici, di giungere ad un giudizio esatto.

*Relazione del Dott. E. VITTORI svolta nella Riunione del 9 Luglio 1941.*

## LA INDAGINE RADIOLOGICA NELLE AFFEZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE IN RAPPORTO CON L'ASSICURAZIONE VITA

Lo scopo che si propone questa mia breve relazione può sembrare superfluo sia per coloro che *giurano* sulla necessità della indagine radiologica in tutte o quasi le malattie dell'apparato digerente di una qualche entità e durata, sia per coloro che per tale indagine affettano o sentono realmente il maggiore scetticismo. Per i primi il mio lavoro può significare espressione di vano desiderio di provare una verità assiomatica; per gli altri una fatica di Sifiso.

Naturalmente, come in tutte le cose, la realtà sta nel giusto mezzo.

Nessuno, anche il più appassionato radiologo, può sostenere che la indagine radiologica è indispensabile *assolutamente in ogni caso* di malattia dell'apparato digerente per giungere a una esatta diagnosi. Ma nessuno ancora può negare che nel Capitolo specifico della Clinica essa riesce di validissimo aiuto. E mi si permetta di aggiungere « in tutti i casi medicalmente e chirurgicamente trattabili ».

A chiunque pratica la Radiodiagnostica è capitato di sentir dichiarare da illustri Medici o Chirurghi che un reperto radiologico netto, positivo o negativo (specialmente il primo), è base certa di una loro diagnosi. Viceversa è capitato anche di udire da loro Colleghi altrettanto illustri che nessun valore può darsi al reperto radiologico, quanto meno superfluo; fino ad affermare che la diagnosi di ulcera gastrica o duodenale si fa con l'anamnesi.

Tutti i medici sanno che nessuna ricerca è *assolutamente* probatoria. Ma essi sanno ancora che tutte le ricerche, basate su

fondamento scientifico e su salda esperienza, sono della più grande utilità per il compito del medico pratico.

« Lo studio delle ombre », come è detta la Radiodiagnostica, offre uno degli aiuti più validi.

Concediamo senz'altro che in certe forme morbose dell'apparato digerente e suoi annessi il radiologo difficilmente può pronunziare un giudizio definitivo per la diagnosi esatta, specialmente di natura.

Così, ad esempio, è ben difficile basare soltanto sopra i segni radiologici la diagnosi di appendicite, olando precisare con essa che trattasi di caso curabile soltanto con l'intervento chirurgico ; difficile l'affermazione precisa o la negazione della esistenza di aderenze perviscerali, più o meno post-operatorie ; difficile infine la diagnosi determinata di una colecistopatia non litiasica.

Ma dal riconoscere questa verità al negare il valore della Radiologia per il compito del Diagnosta esiste un abisso che onestamente tutti hanno da riconoscere dover essere colmato.

Così non sono esatte altre affermazioni tassative specifiche che negano l'utilità degli esami radiologici ad esempio negli stomaci operati. In tali casi l'indagine sarebbe impossibile per la rapidità precipitosa del passaggio del pasto opaco nell'intestino.

Per tale affermazione va tenuto conto prima di tutto della natura dell'intervento chirurgico subito dal paziente, chè per alcuni essa non risponde affatto alla verità (resezione) ; per altri (gastro-enterostomia) essa può rispondervi ; ma soltanto nei casi di nuova alterazione organica verificatasi nello stomaco operato, o di esito infelice dell'operazione. Se l'intervento chirurgico è ben riuscito e nulla di nuovo è venuto ad alterare la condizione gastrica, l'esperienza ci dimostra che il passaggio precipitoso del pasto opaco attraverso il neostoma si effettua nel primissimo tempo dopo l'ingestione. In seguito lo svuotamento del viscere assume ritmo molto più lento, talvolta oltre il normale, permettendo una indagine pienamente accurata.

La realtà, ripetiamo, è nel riconoscimento della incommensurabile utilità della scoperta di Röntgen applicata come mezzo di esame in aiuto della clinica.

Va ricordato anche che a porre ben saldamente le basi di questa verità deve essere il giusto concetto di conoscenza che i

medici generici devono possedere di quanto la Radiologia può dare.

Chi esercita tale branca della Medicina riceve assai spesso richieste di indagini che dimostrano la scarsa conoscenza a questo proposito di chi le compila, sia per la loro imprecisione, sia per la estensione del compito.

E' necessario che il Medico curante sappia ben precisare la X che egli vuol risolvere nel caso inviato al radiologo, e limitare la sua richiesta a quella, senza esigere risposte e domande vaghe o completamente al difuori del campo in esame, o alle quali il radiologo può rispondere soltanto dopo ricerche speciali, non praticabili nella esecuzione del quesito principale sottoposto al suo giudizio.

Ad ogni radiologo è capitato di ricevere richieste di esame dello stomaco, ad esempio, con l'aggiunta : « giacchè sei lì, fammi il piacere di dare un'occhiata anche al fegato e ai reni (!) ». E può anche capitare che si trovi un radiologo « poco serio » (per così dire) che dia una risposta esplicita in proposito, pur non avendo indagato nulla, al fine di contentare il collega e non perdere il cliente !

Ma se si parte dai concetti di giusta comprensione e di altrettanto giusta misura l'indagine radiologica acquista il suo reale, grande valore di collaboratrice della clinica.

« L'osservazione del malato deve esser fatta in comune fra il Medico internista, il Chirurgo ed il Radiologo ».

E' questa una verità ovvia e assoluta.

L'esame radiologico eseguito su richieste vaghe non può essere preciso. Perchè lo sia è necessario che il radiologo prima di accingersi ad un esame conosca i dettagli dell'esame clinico. Così nella sua indagine egli può orientarsi su punti precisi, e non vagare senza direzione alla ricerca di segni radiologici capaci di portarlo ad una diagnosi conclusiva completamente diversa da quella che il clinico aveva formulata per suo conto e per la quale aveva richiesto il conforto del controllo radiologico.

Bisogna che il caso clinico sia conosciuto pienamente dal radiologo.

D'altro canto i documenti dell'esame radiologico risultati da una indagine devono essere interpretati dettagliatamente dal radiologo, così da mettere il clinico e il chirurgo nelle condizioni

di chi ha eseguita la ricerca apprezzando tutti i più minuti rilievi che, specialmente nel campo delle malattie dell'apparato digerente, non possono essere registrati dalle sole radiografie. La lettura dei radiogrammi senza la illustrazione dettagliata non dà alcun affidamento di esattezza e può portar fuori di strada nella diagnosi. La collaborazione intima del clinico e del radiologo invece porterà a quel risultato che, specialmente nella parte della clinica che ci interessa, può correggere un concetto diagnostico errato e avviare una conclusione esatta, anche affatto diversa da quella che i soli rilievi clinici potevano indicare.

Certo che oggi la Radiologia ha raggiunto uno sviluppo tale ed è entrata così intimamente in tutti i campi della Medicina da avere ormai capitoli distinti per ogni branca di Specialità, ciò che richiede nel Radiologo una competenza e una esperienza particolari così da rendere necessaria una vera sua Specializzazione.

Nello studio delle affezioni dell'apparato digerente e suoi annessi la indagine radiologica si è affermata ormai in modo tale da doversi giudicare indispensabile in ogni ricerca sulle condizioni anatomiche e funzionali dell'apparato stesso.

Superati ormai i primi metodi che fino dal 1907 dimostrarono possibile l'osservazione dell'apparato digerente introducendo sostanze opache indifferenti ; lasciata quasi completamente la insufflazione gastro-colica, in un brevissimo periodo di tempo la Radiologia ha raggiunto tale importanza da doversi ritenere completamente indispensabile dagli altri ausili semeiologici nell'esercizio clinico.

E si può affermare sicuramente che l'indagine radiologica, praticata con competenza, buon metodo e diretta sulla base di un'anamnesi raccolta accuratamente, e infine interpretata giustamente, permette spesso di arrivare da sola a una diagnosi esatta mentre gli altri mezzi non otterrebbero tale risultato senza di essa. La difficoltà che l'esame presenta nelle affezioni dell'apparato digerente e suoi annessi, che rende veramente arduo in grado altissimo il compito del Radiologo, non può diminuire l'importanza di questo prezioso mezzo di ricerca ma, se mai, richiederà una maggiore competenza, un più severo studio da parte di chi lo pratica. Lo « studio delle ombre » in nessun altro campo forse è più complesso e delicato.



A differenza di altri organi e apparati il tubo digerente non ha immagini bene definite, precise, invariabili nel corso di ore, ma invece offre quadri variabilissimi anche nel soggetto normale, sia per lo svolgimento della meccanica della digestione, sia e più per una serie infinita di cause intrinseche ed estrinseche.

Il radiologo deve tener conto di tutte queste cause, come di tutti i dati raccolti con l'anamnesi e con la semeiologia clinica, e « unico arbitro », dell'esame da praticarsi e del metodo da seguire, raccogliere tutti i segni, accettare quelli che hanno un valore reale, scartando al quadro tutto quello che risulta superfluo. Così potrà giungere a una conclusione utile per la diagnosi definitiva.

Inteso così l'esame radiologico non è diminuito d'importanza dalla difficoltà, ma anzi ne viene valorizzato.

D'altronde se è vero che soltanto in rari e speciali casi, (diagnosi di diverticoli ad es.) l'esame radiologico è l'unico mezzo capace di permettere la formulazione di una diagnosi; è pur vero che il reperto radiologico, ottenuto con indagine conveniente, rappresenta il mezzo atto a chiarire un quadro clinico oscuro e a correggere un giudizio diagnostico sbagliato.

Come giustamente è stato affermato, esso può giungere a dare chiarimenti anche superiori a quelli che possono ottenersi con l'intervento operatorio durante il quale talora non è possibile praticare una analisi completa e conclusiva.

Se fosse possibile fare una classificazione scolastica delle malattie del tubo digerente e annessi nelle quali questa affermazione generica è confermata dalla esperienza, seguendo il Busi, si potrebbe così stabilire :

1) La diagnosi sarebbe rimasta incompleta : stenosi intestinale (della quale può fissare la sede e spesso determinare la natura) ; (tumore, inflessioni, aderenze, spasmi) ; carcinoma gastrico (diagnosi sicura) ; indicando anche elementi preziosi circa il criterio di operabilità ;

2) Casi nei quali il giudizio di malattia sarebbe rimasto incerto : gastropatie, con perigastrite da ulcera, o tumore endoventricolare ; tumore reniforme nella fossa ileocecale (reno ectopico o fissato ; tumore del cieco ?) ; ulcera gastrica o duodenale ; corpo estraneo nell'esofago ; fistola duodeno-cistica con sintomatologia di calcolosi epatica ;

3) Casi nei quali il giudizio diagnostico è stato corretto ; turbe gastriche dolorose male definite ; gastralgia nervosa con ipercloridria ; ulcera duodenale in soggetto isterico ; infiammazioni di ogni natura individuabili solo con i Raggi X.

Tutti questi casi, oltre, quelli riguardanti l'appendicite, i diverticoli del colon ; la colecistopatia, rappresentano un materiale che è soggetto di particolare studio e di particolari comunicazioni di illustri Radiologi che sono fra i capitoli più importanti della Radiodigenostica del tubo digerente.

Infine va ricordato che nella lotta oggi attivissima contro malattie considerate giustamente come « flagello della umanità » gran parte del buon risultato si basa sulla precocità della diagnosi. Per giungere a questa, l'indagine radiologica offre il mezzo più sicuro.

Fissati così il compito dell'indagine radiologica e il suo valore nelle affezioni dell'apparato digerente, e suoi annessi, risulta evidente la sua importanza nella pratica della medicina assicurativa, dove è del massimo interesse chiarire dubbi sulla esistenza o meno di lesioni organiche e nella loro entità e natura.

Senza diffondermi in dettagli statistici che avrebbero sapore e valore eccessivamente scolastici, pure rispecchiando la realtà di fatti, basterà tener presente che in *dieci* anni di esercizio della « Fondiaria » la mortalità degli assicurati per malattie dell'apparato digerente e suoi annessi ha raggiunto il 19,8 % del numero totale dei sinistri. Tenendo conto della durata dell'assicurazione, si deve anche presumere che in molti casi la malattia preesisteva all'entrata del sinistrato in assicurazione. In qualche caso il fatto era pienamente evidente per la risultanza di dati precisi.

Basta questa sola constatazione per dimostrare l'opportunità dell'indagine radiologica in tutti gli assicurandi che presentano un'anamnesi personale, uno stato presente tarati o fortemente sospetti.

Ho detto di proposito « opportunità » e non « necessità » sebbene questa sia la parola più giusta. Ma bisogna tenere conto delle difficoltà per l'attuazione pratica della indagine in oggetto ; difficoltà varie sia dal lato della Compagnia, sia e più, come ovvio, da quello degli assicurandi ; complessivamente tali da essere, con ogni probabilità, quasi insuperabili.

Non ho la pretesa di suggerire consigli sui mezzi da applicare per eliminare o vincere tali difficoltà. Il compito esorbita da quello puramente medico. Esso coinvolge anche le Agenzie e la concorrenza.

Ma è da augurarsi che la questione possa essere risolta raggiungendo un accordo più confacente agli interessi delle Compagnie. Tenendo conto anche che la maggiore frequenza dei sinistri si è verificata fra le assicurazioni in relazione a cessionequinto stipendi, e le riattivazioni, nelle quali ultime, specialmente è giustificato un più rigoroso vaglio sanitario potendosi sospettare che l'interessato voglia *intenzionalmente* rimettere in vigore un contratto lasciato cadere, si può giudicare che la pratica sia di più facile applicazione quando le Compagnie siano realmente legate da un accordo capace di vincolarle e impedire manovre di concorrenza commerciale.



*Relazione del Dott. R. DE BEDEN svolta nella Riunione del 9 Luglio 1941.*

## I RISCHI MORALI.

È ormai pacifico presso quasi tutte le Compagnie di Assicurazione che il lato morale di una proposta viene vagliato esclusivamente dal selettore amministrativo.

Tant'è vero che i medici non sono sempre bene a giorno delle esperienze delle Compagnie in fatto di rischi morali — i « morali hazards » — come vengono chiamati questi rischi dalle grandi Compagnie di Assicurazione straniere. D'altra parte i selettori tecnici non considerano sufficientemente le possibilità che oltre la selezione medica in tale riguardo.

Il meccanismo abituale, attraverso il quale una proposta viene vagliata, è congegnato di solito in modo che dopo un sommario esame e protocollazione dei documenti, questi passano al medico e poi ai tecnici.

Il medico dà quindi il suo giudizio prima che il selettore ratifichi l'assunzione vagliando, oltre il parere medico, anche tutti gli altri elementi del rischio. Fanno eccezione soltanto quei rischi che hanno un rifiuto precedente già registrato, che viene annotato fin dall'inizio sulla scheda.

Di conseguenza risulta che il medico spesso non è affatto informato sul lato morale di un affare, mentre invece questo fattore dovrebbe avere un'influenza non indifferente, se non addirittura decisiva sul suo giudizio.

Questa lacuna ha la sua particolare importanza nella selezione dei rischi tarati, perchè di fronte ad affari sospetti dal lato morale, anche quando si dovranno valutare delle tare in apparenza relativamente banali, sarà giustificato pienamente un certo pessimismo. Tutti gli scrupoli che potranno affiorare dall'esame dei dati sanitari dovranno venir rimossi prima di poter dare il definitivo nulla osta.

Secondo una relazione di A. Hunter i rischi sospetti amministrativamente sono i seguenti :

1) proposte con somme assicurate apparentemente superiori alle possibilità del candidato, specialmente con premi pagabili a rate ;

2) proposte per somme molto elevate senza assicurazioni precedenti ;

3) numerose assicurazioni contemporanee presso diverse compagnie stipulate a tariffe a buon mercato ;

4) assicurazioni in favore di persone giovani, quando risulti che i genitori hanno pochi mezzi finanziari ;

5) assicurazioni in favore di persone non parenti prossimi, nè in relazione d'affari col candidato ;

6) assicurazioni in favore di donna anziana se i figli guadagnano sufficientemente da sè e non vi è un evidente interesse d'assicurazione ;

7) assicurazione della moglie, in favore del marito non assicurato ;

8) assicurazione di un uomo anziano senza alcun apparente motivo ;

9) assicurazioni fatte e lasciate ripetutamente cadere prima di un anno di durata.

Questi, come si vede, sono i rischi morali dedotti da dati puramente amministrativi che, però, si appoggiano su basi statistiche citate dall'autore per le sue deduzioni.

Egli avverte d'aver ommesso dal suo elenco l'alcoolismo, che molti considerano senza eccezione un « moral hazard ».

Essendosi egli attenuto ai puri dati tecnici, trovo giusto che l'alcoolismo, che, per lo più, viene constatato o sospettato dal medico fiduciario, trovi il suo posto in un altro elenco.

Infatti non credo che sia sufficiente limitarsi alle pure esperienze amministrative in fatto di rischi morali, perchè vi sono altri gruppi di assicurati che certamente devono venir inclusi nella categoria.

In senso lato un pizzico di rischio morale vi è in ogni proposta di assicurazione, specialmente quando si tratti di rischi tarati. E' molto difficile infatti in gran parte dei casi avere una obiettiva precisazione della figura morale dei candidati di solito del tutto sconosciuti all'assicuratore.

Ma non è il caso di dover guardare ogni proposta con maggior diffidenza del necessario. La tendenza a minimizzare la tara e l'ottimismo abituale della maggioranza dei fiduciari non sfuggiranno certamente all'occhio critico dei revisori, ma questi fatti non sono sufficienti a bollare il rischio di speculazione e di frode nel pieno senso di queste parole.

Vi sono dei rischi in cui non si verificano le condizioni elencate dal Hunter e che pur tuttavia devono venir considerati rischi morali. La loro inclusione in questo gruppo è più di carattere medico.

Io credo che a tale categoria vanno annoverati i seguenti casi :

- 1) neuropatici, specialmente se depressi o ipocondriaci ;
- 2) tentativi di suicidio nell'anamnesi o nella storia di famiglia ;
- 3) persone affette da qualsiasi forma di psicosi anche se dimesse guarite da stabilimenti di cura ;
- 4) morfinomani, cocainomani e persone dedite ai barbiturici.

In grado minore ma tuttavia ancora da includere per lo meno fra i sospetti :

- 1) alcoolisti ;
- 2) luetici ;
- 3) donne in periodo della menopausa.

Di grande importanza ai fini della valutazione della moralità dell'affare è la professione del candidato. Un gran peso vi viene dato da tutti gli autori. Infatti alcune professioni, quali per esempio : biscazzieri, prostitute, professioni non definite ecc., sono nettamente da considerare un rischio morale. Per molte altre si do-

vrà ricorrere al buon senso pratico dei selettori per stabilirne l'esatta posizione sociale e morale del candidato.

E' certo che il rapporto fra possibilità economica del candidato, che di solito è data appunto dalla professione, e somma assicurata costituisce uno degli elementi principali per la stipulazione del contratto.

Come deve comportarsi il medico revisore di fronte ai rischi morali o sospetti di esserlo ?

La risposta è ovvia : egli dovrà usare la massima circospezione nel dare il suo giudizio e cautelare gli interessi della Compagnia in quanto è possibile nel limite delle cognizioni mediche.

Tutte le eventuali tare dovranno venir valutate con molto pessimismo e con alta quota di sopramortalità atta a coprire eventuali sorprese.

La tara dovrà venir esaminata e studiata sotto tutti i punti di vista per raggiungere quella quota di sicurezza che offrono tutti i rischi bene studiati, che, notoriamente, anche se fortemente tarati si rivelano migliori di altri meno gravi, ma meno approfonditi.

In assenza di tare palesi si dovranno richiedere esami supplementari o controlli dettati dall'esperienza secondo età, anamnesi, costituzione ecc.

Piccoli e banali precedenti, buttati come per caso nell'anamnesi, costituiscono spesso il nocciolo di tentativo di copertura in caso di contestazione. Si dovrà quindi dar loro un valore superiore alle apparenze.

Una speciale attenzione meritano i casi di persone che affermano di non aver mai avuto bisogno di un medico curante.

Le tare difficilmente rivelabili all'esame oggettivo quali per esempio : ulcera gastro-duodenale, diabete, gotta, affezioni ematiche, lue, precedenti nervosi, ecc. devono venir sempre sospettate e possibilmente escluse con adatte indagini.

Non è detto sempre che ci inscena l'eventuale tentativo di frode faccia una speculazione esatta sulla pelle della persona da assicurare o sulla propria. Talvolta può succedere che il contraente *creda* che la persona assicuranda o sè stesso sieno in condizioni tali da poter giungere presto alla riscossione del premio. In questi casi, che il medico revisore potrà talvolta individuare, il

tentativo di frode risulterà in ultima analisi a danno di chi lo vuol perpetrare.

Ma nè i criteri amministrativi, nè il certificato medico coprono sufficientemente le compagnie di fronte ai « rischi morali ». È indispensabile attingere anche ad altre fonti per chiarire la posizione e la figura morale del candidato.

Le referenze che il candidato stesso può fornirci o indicarci da chi possiamo averle, sono poco sicure. Certamente nessuno indicherà a garanzia delle persone che possono dare informazioni spiacevoli.

Un buon sistema, largamente adottato dalle Compagnie americane, è quello di affidare indagini su tutto il complesso dell'affare a dei buoni e perspicaci ispettori, che possono organizzare nelle zone loro affidate una rete fidata di informazioni. Non voglio occuparmi di quanto possa risultare pro o contro il candidato in linea finanziaria o morale : l'importanza ne è ovvia.

Ma è incredibile, quante volte, da rapporti o informazioni di profani si venga a conoscere dati sanitari riguardanti il candidato.

Noi abbiamo avuto risultati sorprendenti in molte occasioni, specialmente in Polonia, dove era stato organizzato un tale servizio, che risulta specialmente utile dove la vastità del territorio e la scarsa densità di popolazione offrivano molte difficoltà ai contatti diretti della Compagnia col cliente e coi fiduciari.

Mi pare che non sia nemmeno necessario che il servizio abbia un carattere di segretezza, perchè se il candidato ed il fiduciario sapranno della possibilità di un controllo, non potrà risultarne che bene. Il primo, infatti, sarà più guardingo ove fosse animato da intenzioni poco buone, il secondo sarà più cauto ed esatto nell'esame, perchè gli potrebbe risultare sgradevole di non essersi accorto di reperti sfavorevoli, che poi verrebbero a galla su rapporto di profani a tutto scapito della sua capacità professionale.

Riepilogando mi pare di grande importanza anche per il medico di essere bene a conoscenza del concetto di rischio morale a cautela del suo giudizio tecnico.

I rischi che presenteranno le nette caratteristiche dei « moral hazards » verranno con tutta probabilità già rifiutati « a limine » dalle Compagnie, ma accanto a questi vi saranno i casi dubbi. Allora la perspicacia e la pratica del revisore saranno veramente



utili alla Compagnia nello sbrogliare il caso. Ne consegue la necessità che sempre il revisore venga informato della posizione morale di una proposta prima di emettere il suo giudizio e che egli sia in grado, ove questo non venisse fatto, di saper anche da se ravvisare gli estremi dei rischi morali.

Io ho l'impressione che l'aspetto morale dei contratti sia in genere un pò trascurato e ne fa fede tralaltro il fatto che quasi ogni Compagnia all'inizio del suo lavoro in qualche nuovo territorio va incontro ad un numero maggiore del necessario di danni prematuri.

La questione in fondo è abbastanza semplice e può venir risolta con relativa facilità e senza particolare sforzo, soltanto con un pò di buon senso.

Ho creduto opportuno di parlarne anche in sede del Comitato Medico Consultivo, se non altro perchè è giusto che a suo turno ogni problema di carattere assicurativo che riguardi i medici, venga da questi discusso ed esaminato. Così dallo scambio di idee anche di fronte a questo aspetto dei rischi, si potranno stabilire la posizione e l'opinione dei medici, indispensabili per questo come per tutti gli altri problemi assicurativi.

*Relazione del Dott. S. FIANDACA svolta nella Riunione del 9 Luglio 1941.*

## L'ACCETTAZIONE DEGLI ASSICURANDI AFFETTI DA VIZIO VALVOLARE MITRALICO.

Il problema relativo all'accettazione in assicurazione dei soggetti affetti da vizio valvolare mitralico trae le sue ragioni di profondo interesse dalle seguenti circostanze fondamentali :

la notevole frequenza delle malattie della valvola mitralica tra la popolazione assicurabile ;

il decorso proprio di tali affezioni, il quale consente di solito un relativamente ampio periodo di sopravvivenza, talora con assenza o quasi di sintomatologia subbiettiva ;

la possibilità del mantenimento di una notevole capacità lavorativa da parte dei soggetti affetti da vizio mitralico, specie relativamente alle professioni sedentarie ed intellettuali, delle quali è costituito il maggior numero degli assicurati.

Le ragioni indicate, documentate, oltre che dalla quotidiana esperienza clinica, anche da numerosi dati statistici, rilevano, senza bisogno di ulteriori commenti, l'importanza notevole dei vizi mitralici nel campo dell'assicurazione dei rischi tarati e la necessità della conoscenza dei criteri che devono informare l'accettazione di queste affezioni in assicurazione.

Prima di procedere all'esame di tali criteri devo premettere che l'argomento relativo alla valutazione dei rischi per vizio mitralico non è davvero di facile trattazione.

Gli studi difatti sulla prognosi delle lesioni mitraliche ed in ispecie quelli di ordine statistico, urtano contro difficoltà notevoli dovute soprattutto all'impossibilità pratica di avere a disposizione un notevole numero di soggetti aventi la stessa lesione mitralica, sui quali poter eseguire i necessari rilievi. Le statistiche ufficiali, per evidenti ragioni legate all'incompletezza generica delle diagnosi di morte, raggruppano di solito in una unica voce le varie lesioni endocardiche. Ne consegue che non è pos-

sibile per lo studio pronostico di ciascun vizio mitralico attingere alle grandi masse della popolazione dei vari paesi e che le ricerche eseguite in proposito si riferiscono a gruppi, più o meno numerosi di casi, comunque sempre limitati e riflettenti soltanto alcuni strati della popolazione ed alcune regioni.

Dal materiale delle varie Compagnie di assicurazione si potrebbero attendere risultati migliori in quanto riflettenti una massa di soggetti che è quella propria dei candidati all'assicurazione, ma anche per essi sono da lamentare gli inconvenienti dovuti alla limitazione delle ricerche sia per quanto riguarda il numero e la categoria necessariamente selezionata dei casi sia per quanto riguarda le regioni nelle quali sono state fatte le osservazioni.

Inoltre i dati segnalati dalle Compagnie di assicurazione, nel caso in specie dei vizi mitralici, riflettono un'esperienza assicurativa di data relativamente recente, sicchè non possono essere considerati definitivi.

E' da osservare infine che i continui progressi della cardiologia dovuti all'introduzione nella pratica di sempre nuovi mezzi di indagine, quale l'esame radiologico, elettrocardiografico, cardiocinografico, fonocardiografico ecc., mantengono in continua evoluzione le possibilità pronostiche delle affezioni endocardiche, donde la necessità incessante di rivedere ed aggiornare i criteri di classificazione relativi ai rischi per tali affezioni.

\* \* \*

E' ormai acquisito che le lesioni croniche della valvola mitralica consentono una sopravvivenza di una certa durata ed hanno un decorso piuttosto benigno, talchè l'accettazione in assicurazione dei soggetti affetti da tali lesioni si pratica ormai su larga scala da tutte le Compagnie di assicurazione.

L'accettazione evidentemente è subordinata alla conoscenza esatta non solo del tipo di lesione ma anche di tutti quei fattori di vario ordine, direttamente collegati, o meno, con le condizioni dell'organismo malato, che ne influenzano sensibilmente il decorso. Vale per questo tipo di lesione, più che per ogni altro, il concetto che una esatta diagnosi è la base fondamentale per la valutazione del rischio.

Prima di trattare dei singoli vizi vengono qui analizzati i fattori più importanti, comuni alle varie lesioni mitraliche, che per

la loro influenza nel giudizio pronostico assicurativo costituiscono la base per l'accettazione e la valutazione dei rischi per vizio mitralico.

*Condizioni del miocardio.* — Ciò che al riguardo, dal punto di vista assicurativo, interessa è la presenza o meno di ipertrofia del miocardio. Un significato pronostico sfavorevole viene concordemente attribuito all'ipertrofia cardiaca. La conferma di tanto, oltrechè dalla esperienza clinica, viene offerta dalle indagini statistiche. In una indagine statistica sulla mortalità dei vizi mitralici condotta su materiale clinico austriaco, Friedmann trova, in rapporto al grado di ipertrofia cardiaca le seguenti cifre di mortalità :

Ipertrofia cardiaca	R. $\frac{\text{diam. cuore}}{\text{diam. torace}}$	Mortalità
assente	1,90	505 %
moderata	1,70 - 1,90	613 %
forte	meno 1,70	868 %

Dall'esperienza delle varie Compagnie di assicurazione, appare come negli assicurati con ipertrofia cardiaca, in confronto a quelli senza ipertrofia, la mortalità sia più elevata. Così da una tavola, tolta dal « Medical Impairment Study » si rileva come, presa uguale a 100 la mortalità normale, nei soggetti con soffio sistolico alla punta costante senza ipertrofia cardiaca, la mortalità sia del 224 % ; in quelli con lieve ipertrofia del 234 %, ed in quelli con moderata ipertrofia del 476 %.

Dal materiale della « New York Life », Campbell su contratti emessi dal 1925 al 1931 e Hunter su quelli emessi dal 1915 al 1934 hanno rilevato nei soggetti affetti da insufficienza mitralica, senza pregresso reumatismo, le seguenti cifre di mortalità, presa uguale a 100 la mortalità normale :

	Campbell	Hunter
Ipertrofia assente	169 %	211 %
» lieve	185 %	259 %
» moderata	370 %	356 %

Confermata l'influenza sfavorevole sulla prognosi dei vizi mitralici dell'ipertrofia del cuore, bisogna tuttavia tener presente che grande importanza ha il grado di tale ipertrofia.

I modicissimi ingrandimenti dell'aia cardiaca rilevabili soltanto all'indagine radiologica possono considerarsi pressochè senza effetto sulla prognosi assicurativa. Sono difatti rari i casi di soggetti affetti da vizio valvolare, nei quali all'indagine radiologica non si riesca, secondo il vizio, a mettere in rilievo delle, per quanto m'nime, modificazioni dell'aia cardiaca.

Lievi ipertrofie, clinicamente e radiologicamente rilevabili, aggravano bensì il giudizio pronostico, ma in misura non molto elevata, come mostrano le statistiche sopra rilevate e come del resto è noto dall'esperienza clinica.

Le moderate ipertrofie viceversa aggravano sensibilmente la prognosi; le notevoli poi hanno significato pronostico sfavorevole.

Da tanto si deduce che ai fini della valutazione del rischio è di importanza basilare il riconoscimento non solo di una ipertrofia cardiaca, o meglio di un ingrandimento dell'aia cardiaca, ma anche del grado raggiunto da tale ingrandimento. Il concetto comunque di ingrandimento dell'aia cardiaca deve essere inteso nel senso clinico, comprensivo cioè dei risultati delle indagini semeiologica e radiologica ciò tanto più quanto modico è l'ingrandimento.

*Caratteri del soffio.* — Ove si escludano le modificazioni che sogliono comparire in fase di scompenso si può dire che i caratteri del soffio hanno valore ai fini diagnostici più che a quelli pronostici. A tale proposito una questione che merita di essere accennata è quella relativa alla differenziazione tra soffio organico ed inorganico, differenziazione che ha valore fondamentale nel campo assicurativo e che non sempre nella pratica è di facile risoluzione. Non starò qui ad elencare quali sono nel campo medico-assicurativo i criteri diagnostici più atti per il riconoscimento di un soffio accidentale da uno organico; si richiama viceversa l'attenzione sulla necessità di procedere, in considerazione del differente significato pronostico dei due tipi di soffio, all'accertamento dei casi dubbi con larghezza di mezzi diagnostici e con ogni esattezza.

Esempi di soffi organici considerati come accidentali sono tutt'altro che rari. Nelle Compagnie americane l'esistenza di un soffio inorganico è ammessa anche quando esiste lieve ipertrofia

di cuore, purchè il soffio abbia carattere di incostanza e non si propaghi nella direzione dei rumori organici.

Dai dati raccolti dalla « Medical Impairment Study » si rileva come i soggetti accettati in assicurazione con soffio inorganico, sistolico, alla punta (senza e con lieve ipertrofia cardiaca) presentano la seguente mortalità :

soffio costante non trasmesso	161 %
soffio incostante	142 %

In questi soggetti la mortalità per malattie di cuore era da 2 a 5 volte superiore alla norma. Ciò rileva come evidentemente siano stati ritenuti inorganici anche soffi organici e spiega come la mortalità per tali soggetti era più elevata della norma.

Di solito è più facile in assicurazione vita che soffi organici vengano riconosciuti come inorganici, ma anche l'errore inverso è possibile.

L'esperienza assicurativa comunque mostra come i casi pervenuti all'accettazione per soffio cardiaco accidentale non siano molto frequenti.

Winternitz riferisce che alle Assicurazioni Generali su 711 casi di cardiopatia soltanto 17 volte fu constatata l'esistenza di soffi accidentali. Al Cirt non è occorso di prendere in esame casi con soffi inorganici.

*Caratteri del polso.* — A parte le caratteristiche proprie del polso legate alla natura del vizio (come ad es. la piccolezza del polso nella stenosi mitralica), qualsiasi modificazione che abbia carattere di costanza, inerenti alla frequenza, al ritmo, all'uguaglianza, all'ampiezza ed alla celerità costituisce un segno pronostico sfavorevole. Particolarmente significativi per un giudizio assicurativo sfavorevole devono considerarsi la tachicardia persistente e l'aritmia.

*Segni di scompenso cardiaco.* — Sintomi che lasciano supporre uno stato di scompenso cardiaco imminente od in atto hanno un significato pronostico grave, tale da sconsigliare l'accettazione del rischio.

In uno studio da me condotto sulla prognosi delle cardiopatie (Atti Com. Med. Con. 1938 Vol. IV 1939) è risultato che di solito tra le prime manifestazioni di uno scompenso grave e la mor-

te dei soggetti affetti da vizio mitralico intercorre in media poco più di un anno. Riporto a tale proposito la seguente tabella ricavata dai dati da me riferiti nello studio sopraindicato.

	Periodo medio di tempo intercorso tra scompenso cardiaco e la morte	
	su 601 infermi nati e residenti in Piemonte	su 536 infermi nati e residenti in Campania
Insufficienza mitralica	anni 1,7	anni 1,2
Stenosi mitralica	„ 0,8	„ 1,5
Steno-insufficienza mitralica	„ 1,0	„ 1,8
Tutti i vizi mitralici	anni 1,3	anni 1,6

Anche periodi di scompenso pregressi, rilevabili all'esame anamnestico, debbono essere considerati segni di sfavorevole significato pronostico ai fini dell'accettazione del rischio.

*Lesioni contemporanee di altri apparati.* — Una disamina accurata dell'influenza sul decorso dei vizi mitralici esercitata da lesioni di altri organi, esistenti contemporaneamente alle lesioni cardiache ed indipendenti da queste, se pure interessante, non si confà con l'indole di questa relazione. In sintesi si può dire che qualsiasi altra lesione (o esiti di essa) di qualche entità inerente agli altri apparati in un soggetto affetto da vizio mitralico non può che aggravare la prognosi. Le lesioni poi che interessano gli apparati renale, polmonare ed il fegato, sono quelle che in maniera più decisiva influiscono sfavorevolmente. In questi casi il rischio evidentemente è da rifiutare.

*Costituzione del soggetto.* — In una tavola del « Supplement Medical Impairment Study » si leggono su 10.000 soggetti esposti al rischio i seguenti quozienti di mortalità per tutte le malattie di cuore, in rapporto al peso corporeo :

Età	Normali	Sottopesi	Sovrappesi
10 - 29 anni	0,7	1,0	1,0
30 - 44 »	3,9	2,6	7,1
45 - e oltre	21,3	16,1	25,3

Risultati pressochè simili si rilevano in altre statistiche della « Medico Actuarial Mortality Investigation » per le malattie del cuore in genere.

Nei confronti dei vizi mitralici non ci sono dati statistici di rilievo. Sembra che anche per tali vizi il sovrappeso sia un dato poco favorevole per il giudizio pronostico. In ogni caso però, ove si eccettui il sovrappeso di una certa entità (il quale del resto costituisce già per sè stesso una tara), modiche deviazioni dalla norma della costituzione somatica non hanno ai fini dell'accettazione del rischio grande valore.

*Ereditarietà.* — Pur essendo ormai noto, e statisticamente accertato che l'insorgenza di un vizio mitralico è più frequente negli individui aventi nel gentilizio o tra i familiari più casi di morte per malattie dell'apparato circolatorio, non risulta confermato che tale ereditarietà abbia influenza sull'ulteriore decorso del vizio. Può essere preso in considerazione il caso in cui i genitori siano morti per malattie cardiache in età relativamente giovane, in quanto sembra che vi sia per le affezioni cardiache un certo rapporto di proporzionalità tra l'età alla morte degli ascendenti e quella del discendente, nel senso cioè che tanto più giovani sono i primi tanto più grave è il decorso della malattia nel secondo. Ed è per tale ragione che Deutsch e Stern consigliano l'applicazione di una sovramortalità che varia dal 15 al 50 % secondo l'età dell'assicurato in quei soggetti in cui vi siano nel gentilizio due o più casi di morte per malattie cardio-vascolari in età inferiore ai 65 anni.

Gli scarsi dati di fatto e l'esperienza clinica fanno comunque ritenere non sufficientemente giustificato per i vizi mitralici un aggravamento del rischio per ereditarietà cardio-vascolare.

*Etiologia del vizio.* — In confronto alle varie cause morbose che sogliono provocare lo stabilirsi di un vizio mitralico il reumatismo articolare acuto è quella affezione che di solito ha una influenza relativamente più sfavorevole sul decorso della lesione. Il fatto, clinicamente e statisticamente confermato, ha particolare valore, in quanto in realtà nella maggior parte dei casi è proprio il reumatismo articolare la causa del vizio valvolare. Ad es. su 714 soggetti affetti da vizio valvolare mitralico da me esaminati (Atti Com. Med. Cons. 1938 - Vol. IV) ho riscontrato le se-



guenti percentuali relativamente alla frequenza dell'etiologia reumatica :

	reumatismo art. acuto	altre cause
Insufficienza mitralica	73,6 %	26,4 %
Stenosi	66,7 %	33,3 %
Stenosi insufficienza	70,0 %	30,0 %
Tutti i vizi mitralici	70,1 %	29,9 %

La maggiore mortalità dei soggetti con vizio mitralico di origine reumatica in confronto a quelli con vizio di altra origine appare evidente dai seguenti dati registrati dalla « Medical Impairment Study » circa l'insufficienza mitralica :

	Mortalità media (presa = 100 la mort. normale)
Reumatismo pregresso	358 %
Altre infezioni pregresse (ton- silliti, corea, morbillo, ti- fo, scarlattina)	180 %

Dalle ricerche di Hunter sul materiale della New York Life (1915-1924) relative ai soggetti affetti da insufficienza mitralica si rilevano le seguenti cifre medie di mortalità per i soggetti senza pregresso reumatismo in confronto a quelli con pregresso reumatismo :

	Mortalità media (presa = 100 la mort. normale)
senza pregresso reumatismo	257 %
con » »	298 %

e da quelle di Campbell sul materiale della stessa Compagnia di assicurazione (1925-1931) relativi a soggetti anch'essi affetti da insufficienza mitralica senza o con lieve ipertrofia cardiaca si ricavano le seguenti cifre :

	Mortalità media (presa = 100 la mort. normale)
senza pregresso reumatismo	177 %
con » »	341 %

Come si vede, lo stabilire la natura etiologica reumatica di un vizio mitralico ha sensibile importanza ai fini della valutazione del rischio. A tal riguardo un altro dato ha anche notevole valore e cioè il tempo trascorso dalla pregressa infezione reumatica. Difatti le recidive sono frequenti ed in misura tanto maggiore quanto più recente è stata la pregressa infezione: esse inoltre, e perchè di solito aggravano la lesione valvolare e perchè possono fare insorgere altre complicazioni cardiache a carico del miocardio, rendono più sfavorevole l'ulteriore decorso del vizio mitralico.

E' difficile fissare entro limiti esatti quale sia il periodo di tempo massimo al di là del quale non sono possibili recidive, in quanto queste possono verificarsi anche a distanza di tempo relativamente lungo.

Hunter proponeva il rifiuto del rischio di insufficienza mitralica fino al 6° anno dall'epoca della pregressa infezione reumatica e del 7° anno in poi l'accettazione con sovramortalità man mano decrescente.

Winternitz in una comunicazione alla riunione del 1937 del C.M.C. proponeva l'accettazione del rischio di insufficienza mitralica nei casi favorevoli anche dopo 1 anno dal progresso reumatismo e nei casi più gravi dopo il 2° e dopo anche il 3°.

In considerazione che le recidive trascorsi due anni di assoluto benessere sono in realtà molto rare ritengo che dopo tale periodo di tempo il rischio possa essere assunto magari con qualche cautela e che dopo 3 anni dalla guarigione possa essere assunto anche senza speciali cautele.

*Epoca di insorgenza del vizio.* — Dai dati da me raccolti e già comunicati a questo C.M.C. (Atti C.M.C., Vol. IV, 1938) si rileva in proposito che l'età in cui è insorta la cardiopatia ha una sensibile influenza sull'ulteriore decorso della malattia, nel senso che, specie per l'insufficienza mitralica, tale decorso è più grave quando il vizio si è iniziato prima del 20° anno di età e in particolare tra il 16° ed il 20° anno, nell'epoca cioè in cui si ha il massimo rigoglio nello sviluppo fisico degli individui.

Ecco i dati percentuali della durata media della vita dei portatori di vizio mitralico in confronto alla popolazione in genere, da me registrati :

Età di insorgenza del vizio	Insufficienza	Stenosi	Steno-insuff.	Tutti i vizi mitralici
5 - 10 anni	51,8 %	42,7 %	42,3 %	43,3 %
11 - 15 »	52,0 %	36,7 %	40,4 %	45,8 %
16 - 20 »	48,8 %	37,7 %	38,6 %	42,2 %
21 - 25 »	62,5 %	35,7 %	43,9 %	48,7 %
26 - 30 »	58,9 %	37,8 %	43,2 %	47,3 %
31 - 35 »	60,7 %	41,1 %	38,2 %	47,0 %
36 - 40 »	63,3 %	36,6 %	40,0 %	46,6 %

*Età dell'assicurando.* — E' noto come in linea generale la fenomenologia relativa ai vizi mitralici vada con l'età man mano aggravandosi e come pertanto la tara dal punto di vista assicurativo sia ritenuta crescente.

Dalle ricerche da me condotte sulla durata della vita dei soggetti portatori di vizio mitralico (Atti Com. Med. Cons. 1939, Vol. V) è risultato in un gruppo di 1250 casi che la durata media della vita è in realtà tanto più elevata quanto più giovane è il soggetto. Però confrontando la durata media della vita dei cardiopatici nelle varie età con quella della popolazione in genere alla stessa età, è apparso bensì come essa sia decrescente negli adulti, specie dal 40° anno in poi, ma anche come essa nei giovani, al di sotto dei 20 anni, sia pressochè uguale a quella degli adulti o modicamente più breve. Tanto starebbe a significare che il giudizio pronostico assicurativo, pur essendo più favorevole nelle età meno anziane, in quelle al di sotto dei 20 anni deve essere più riservato.

Deutsch e Stern propongono per i soggetti affetti da insufficienza mitralica pervenuti in assicurazione al di sotto dei 20 anni l'aggiornamento fino al raggiungimento del 20° anno di età.

*Sesso.* — Risulta da dati clinici e statistici che nel sesso femminile la prognosi dei vizi mitralici è in genere meno favorevole.

Da una statistica sulla mortalità per malattie dell'apparato circolatorio in Inghilterra e Galles negli anni 1926-35 (riportata da Tizzano - Difesa Sociale 1937 N. 10) rilevo i seguenti dati, relativi alla mortalità per sesso e per età dei soggetti affetti da vizi

mitralici, dai quali traspare la minore mortalità nel sesso maschile.

Età	Mortalità degli uomini (presa = 100 la mort. delle donne)
5 - 14 anni	70 %
15 - 24 »	65 %
25 - 34 »	53 %
35 - 44 »	59 %
45 - 54 »	65 %
55 - 64 »	76 %
65 - 74 »	79 %

Da un mio lavoro (L'Assistenza Sanitaria 1939, N. 5) sulla prognosi assicurativa dei vizi valvolari in rapporto al sesso stralcio le seguenti cifre relative alla durata della vita in rapporto al sesso ed all'età in un gruppo di 560 infermi :

Durata media della vita degli uomini (presa = 100 d. m. della vita dell donne)				
Età	Insufficienza	Stenosi	Steno-insuff.	Tutti i vizi
5	103 %	84 %	100 %	96 %
15	108 %	87 %	109 %	101 %
25	115 %	89 %	116 %	107 %
35	115 %	85 %	120 %	107 %
45	125 %	85 %	107 %	106 %
55	80 %	100 %	89 %	89 %

Appare da questi dati che la durata della vita è in media più breve nel sesso femminile in confronto al maschile fatta eccezione per la stenosi mitralica la quale sembra consentire una maggiore sopravvivenza alle donne rispetto agli uomini. Però come risulta da altri rilievi dell'indicato lavoro, che qui per brevità non riferisco, tale maggiore sopravvivenza media per la stenosi è principalmente dovuta alla lunga durata media della vita del gruppo di donne la cui lesione si era manifestata nel 1° decennio di vita, affette con tutta probabilità, di quella forma di stenosi cosiddetta congenita il cui decorso più benigno è noto.

Le ragioni per le quali nelle donne il vizio mitralico costituisce una tara più grave sono da ricercare quasi esclusivamente nell'influenza esercitata sul decorso del male dalle vicissitudini della sfera genitale e soprattutto dalle gravidanze. Difatti, come si può rilevare anche dalle cifre soprariportate della mortalità e della durata della vita, la gravità delle lesioni si manifesta nelle donne intorno ai 25-35 anni, nel periodo cioè in cui più frequenti sono le gravidanze.

Dal punto di vista dell'accettazione dei rischi si può dire che, per quanto non perfettamente adeguato alla realtà, il soprappremio che generalmente si applica per il rischio donne, è sufficiente a salvaguardare gli interessi degli Istituti assicurativi, considerata anche la minima frequenza del sesso femminile tra i candidati all'assicurazione.

*Professione.* — In linea di massima i mestieri faticosi richiedenti sforzi fisici intensi od affaticamenti continuati aggravano il decorso dei vizi mitralici. E' questo un concetto clinico che trova conferma anche in dati statistici. Da una tavola tolta dal « Medical Impairment Study » del 1929 si possono rilevare le seguenti cifre di mortalità relativamente alla professione di soggetti affetti da insufficienza mitralica con soffio costante trasmesso verso sinistra :

professione non faticosa	218 ‰
professione faticosa	293 ‰

Hunter calcola per i portatori di insufficienza mitralica dediti a lavori pesanti, rispetto a quelli dediti a lavori leggeri, una sovramortalità del 50 ‰ circa maggiore.

In un gruppo di 714 individui affetti da vizio valvolare mitralico ho potuto rilevare che gli infermi di sesso maschile aventi mestieri prevalentemente manuali non sedentari e quelli di sesso femminile di professione operaie hanno in media una durata della vita inferiore rispetto ai soggetti aventi mestieri manuali sedentari o prevalentemente intellettuali ed alle donne impiegate o casalinghe.

Un'analisi particolare dell'influenza sulla prognosi esercitata dai vari mestieri o professioni non riuscirebbe nel caso in specie di pratica utilità.

Tenuto conto che esistono già delle tare generiche relative al rischio professionale si può dire che sarebbe rispondente agli scopi pratici, nel caso dei vizi valvolari, l'accettazione in assicurazione con un tasso di sovramortalità maggiore soltanto per quei soggetti aventi mestieri manuali non sedentari.

*Abitudini di vita.* — L'ambiente in cui l'assicurando vive, l'abitazione, il ritmo dei pasti, le pratiche sportive, ecc., per quanto abbiano la loro influenza sul decorso dell'affezione cardiaca, non costituiscono fattori importanti nell'assunzione del rischio, anche perchè difficilmente valutabili. Degne di rilievo sono invece quelle abitudini che provocano a lungo andare delle intossicazioni croniche. L'uso del tabacco non ha di solito grande influenza sulla prognosi dei vizi mitralici, può essere considerato elemento aggravante il rischio soltanto in casi eccezionali di uso smoderato. Viceversa l'uso dei stupefacenti — morfina, cocaina, etere, ecc. — o quello abituale smoderato di bevande alcoliche costituiscono elementi da far sconsigliare l'accettazione del rischio.

\* \* \*

Passati in breve rassegna e vagliati dal lato assicurativo i principi fondamentali, comuni a tutti i vizi, sui cui si basa la valutazione del rischio relativo alle lesioni mitraliche, vengono adesso esaminati partitamente i singoli vizi mitralici, considerato che per ciascuno di essi il giudizio pronostico-assicurativo è sensibilmente differente.

*Insufficienza mitralica.* — L'insufficienza è il vizio mitralico di prognosi più favorevole. Ha un decorso relativamente lungo, silente, e consente nella maggior parte dei casi l'esplicazione della normale capacità lavorativa.

Per queste ragioni, e per la sua maggiore frequenza, costituisce la lesione mitralica dal lato assicurativo più importante ed anche la più atta all'assunzione.

La sua guarigione clinica è stata da qualche autore (Peter, Saunè, Andrew, Huchard, De Gassicourt) in rari casi osservata e pertanto ammessa come possibile. In realtà, a parte il sospetto che nei casi citati, quasi tutti non controllati al tavolo anatomico, si sia trattato di errori diagnostici dovuti alla presenza di soffi

inorganici, la guarigione della insufficienza mitralica, se esiste, deve essere ritenuta una eventualità tanto eccezionale da non poter essere praticamente presa in considerazione. Viceversa dev'essere ritenere che la lesione, una volta stabilitasi, per quanto possa presentare dei periodi di sensibile miglioramento sintomatologico, anatomico-patologicamente ed anche clinicamente non sia suscettibile di definitive regressioni.

Che l'insufficienza mitralica possa consentire una lunga sopravvivenza è dimostrato dai risultati statistici consegnati sia per quanto riguarda la durata media della vita dei soggetti affetti da questo vizio sia per quanto riguarda la mortalità di tali infermi nei confronti della mortalità normale.

La durata della vita nei portatori di vizio mitralico è stato oggetto di una mia precedente relazione a questo Comitato (Atti Com. Med. Cons. 1939, Vol. V).

Riassumo le conclusioni relative alla insufficienza mitralica, ricordando che tali conclusioni riflettono un gruppo di 437 casi raccolti tra i ricoverati nelle R. Cliniche Mediche di Torino (1912-1937) e Napoli (1918-1938).

La durata media della vita dei soggetti portatori di insufficienza mitralica è in tutte le età la più elevata rispetto agli altri vizi cardiaci ed è regolarmente e quasi uniformemente decrescente delle età più giovani alle più vecchie. Essa nel periodo dai 25 ai 45 anni, che è quello nel quale gli individui entrano più facilmente in assicurazione, è risultata in media di circa 17 anni decrescendo da 21,5 all'età di 25 anni a 10,3 all'età di 45 anni.

In confronto ai dati della popolazione in genere, desunti dalla Tab. M. 901 (che è quella tutt'ora in uso presso gli Istituti Assicuratori Italiani) la durata media della vita dei soggetti con insufficienza mitralica nel periodo dai 25 ai 45 anni è risultata in media del 50 % circa più breve, diminuendo gradatamente del 53,7 % all'età di 25 anni al 42,9 % all'età di 45 anni.

I risultati accennati possono essere meglio vagliati dall'esame della seguente tavola, nella quale sono riportate le cifre della durata media della vita dei soggetti affetti da insufficienza mitralica, nelle diverse età, e quelle percentuali rispetto alle popolazioni in genere :

Età	Durata media della vita	Cifre percentuali (presa = 100 la v. m. secondo la Tab. M. 901)
10 anni	25,5 anni	50,0 %
15 »	22,8 »	48,5 »
20 »	21,8 »	50,6 »
25 »	21,5 »	53,3 »
30 »	18,5 »	51,3 »
35 »	16,6 »	51,8 »
40 »	10,3 »	42,9 »
45 »	10,3 »	42,9 »
50 »	8,5 »	40,4 »
55 »	6,5 »	38,2 »
60 »	4,4 »	31,4 »

Ove si consideri che i rilievi ricordati si riferiscono al materiale delle Cliniche, a soggetti cioè aventi mestieri in genere faticosi e versanti in condizioni economiche per lo più disagiate, e si consideri che non è stata fatta alcuna distinzione tra i casi gravi (con ipertrofia di cuore, recente reumatismo ecc.) rappresentati dalla maggioranza e quelli lievi, deve ritenersi che i dati della durata media della vita riscontrati siano piuttosto inferiori alla realtà e che in effetto la sopravvivenza media dei soggetti portatori di insufficienza mitralica, specie tra la popolazione assicurabile debba essere più lunga. E' da presumere comunque che la vita media di tali soggetti non scende al di sotto del 50 % rispetto a quella della popolazione in genere ; ciò che importerebbe grosso modo una classifica di sovramortalità media non oltre il 100 %.

I dati statistici relativi alla mortalità per insufficienza mitralica sono più numerosi ed in maggior copia si riferiscono al materiale delle varie Compagnie di assicurazione, particolarmente al materiale delle Compagnie americane.

Prima di prendere in esame i vari risultati ed allo scopo di poterli valutare giustamente ai nostri fini bisogna considerare che le tabelle basi di mortalità normale alle quali vengono riferite le cifre di mortalità dei cardiopazienti, variano secondo il paese e secondo i ricercatori. Sicchè ogni giudizio sulla mortalità dei soggetti portatori di insufficienza mitralica sarebbe errato, se non fosse tenuto conto della tabella base.



Così la tabella base americana, in confronto a quella europea, presume un decorso della mortalità normale molto più mite, talchè i quozienti di mortalità previsti da tale tabella sono molto più bassi di quelli previsti dalle tavole europee.

In Italia, dal C.I.R.T., è adottata come tabella base per la mortalità normale la M. 901, la quale presenta dei quozienti di mortalità più elevati, per le età medie, di circa il 100 % rispetto a quelli della tavola americana.

Si deduce da tanto che nella valutazione dei dati di mortalità segnalati dagli autori americani per i rischi tarati, sulla base della Tab. M. 901 solo le cifre di sopramortalità al di sopra del 100 % hanno il significato di un aumento effettivo della mortalità, quelle al di sotto rientrano nei limiti della mortalità prevista per gli individui normali.

Delle ricerche della « Medical Impairment Study » risulta in media per tutti gli assicurati affetti da insufficienza mitralica una mortalità intorno al 280 % circa, che rapportata alla Tab. M. 901 sarebbe grosso modo del 170-180 % circa.

Da un pregevole lavoro di Winternitz (Atti Com. Med. Cons. 1937 Vol. II) rilevo le seguenti tavole, tolte appunto dal « Medical Impairment Study » nelle quali dall'autore sono state calcolate le cifre di mortalità corrispondenti alla tabella base italiana :

soffio sistolico alla punta, costante, trasmesso verso sinistra :

	Mortalità (presa = 100 la mortalità normale)	Cifre raffrontate alla tabella base italiana
con assenza di ipertrofia cardiaca	224 % + 4	150 %
con lieve ipertrofia cardiaca	234 % + 7	150 %
con moderata ipertrofia cardiaca	476 % + 24	285 %

soffio sistolico alla punta, costante, trasmesso verso sinistra, reumatismo progressivo :

con assenza di ipertrofia cardiaca	331 % + 13	205 %
con presenza di ipertrofia cardiaca	422 % + 21	255 %

soffio sistolico alla punta, costante, trasmesso verso sinistra, altre infezioni pregresse (tonsillite, corea, morbillo, tifo, scarlattina) :

con assenza di ipertrofia cardiaca	189 % + 13	110 %
con presenza di ipertrofia cardiaca	161 % + 16	105 %

soffio sistolico alla punta, costante, trasmesso verso sinistra, reumatismo, od altre infezioni pregresse (tonsillite, corea, morbillo, tifo, scarlattina) :

	Mortalità (presa = 100 la mortalità normale)	Cifre raffrontate alla tabella base italiana
con e senza ipertrofia cardiaca	290 % + 9	185 %

Sul materiale della New York Life la mortalità media relativa a tutti i casi di insufficienza mitralica, secondo le ricerche di Campbell (contratti emessi dal 1925 al 1931) si aggirerebbe intorno al 320 %, corrispondente all'incirca al 200-210 % ragguagliata alla Tabella M. 901, e secondo le ricerche di Hunter (contratti emessi dal 1915 al 1924 e dal 1925 al 1934) al 290 % circa e cioè al 180-190 % circa in confronto della tabella italiana.

Riporto nelle tavole seguenti i dati riscontrati da questi autori con le cifre raffrontate alla tabella base italiana calcolate da Winternitz.

#### Ricerche di Campbell.

soffio sistolico alla punta costante, senza progresso reumatismo :

	Mortalità (presa = 100 la mortalità normale)	Cifre raffrontate alla tabella base italiana
con assenza di ipertrofia cardiaca	169 %	110 %
con lieve ipertrofia cardiaca	185 %	110 %
con moderata ipertrofia cardiaca	370 %	230 %

soffio sistolico alla punta costante, con progresso reumatismo :

con assenza di ipertrofia cardiaca	220 %	145 %
con lieve ipertrofia cardiaca	462 %	280 %

soffio sistolico alla punta costante, con albuminuria, cilindruria, glicosuria, tensione anormale, tachicardia ecc. pregresse ma non in atto, senza reumatismo progressivo :

con assenza di ipertrofia cardiaca	172 %	110 %
con lieve o moderata ipertrofia cardiaca	642 %	400 %

soffio sistolico alla punta costante con albuminuria, cilindruria, glicosuria, tensione anormale, o tachicardia, ecc. pregresse ma non in atto, reumatismo progressivo :

	Mortalità (presa = 100 la mortalità normale)	Cifre raffrontate alla tabella base italiana
con assenza di ipertrofia cardiaca	349 %	220 %
con lieve o moderata ipertrofia cardiaca	604 %	370 %

Ricerche di Hunter.

Contratti emessi dal 1915 al 1924 :

soffio sistolico alla punta, senza progressivo reumatismo :

	Mortalità (presa = 100 la mortalità normale)	Cifre raffrontate alla tabella base italiana
con assenza di ipertrofia cardiaca	213 %	130 %
con lieve ipertrofia cardiaca	233 %	150 %
con moderata ipertrofia cardiaca	327 %	205 %

soffio sistolico alla punta costante con progressivo reumatismo :

con assenza di ipertrofia cardiaca	213 %	130 %
con lieve ipertrofia cardiaca	272 %	185 %
con moderata ipertrofia cardiaca	410 %	250 %

Contratti emessi dal 1925-1935 :

soffio sistolico alla punta costante, senza progressivo reumatismo :

con assenza di ipertrofia cardiaca	204 %	125 %
con lieve ipertrofia cardiaca	327 %	205 %
con moderata ipertrofia cardiaca	466 %	285 %

soffio sistolico alla punta costante con progressivo reumatismo :

con assenza di ipertrofia cardiaca	205 %	125 %
con lieve ipertrofia cardiaca	394 %	250 %
con moderata ipertrofia cardiaca	582 %	355 %

Prendendo come tabella base quella della mortalità generale austriaca 1930-31, Friedmann su materiale clinico ha trovato per

l'insufficienza mitralica le seguenti cifre di mortalità in confronto alle varie età :

Età	Mortalità (presa = 100 la mortalità normale)
0 - 19	16 %
20 - 29	64 %
30 - 39	349 %
40 - 49	211 %
50 - 59	485 %
60 - 69	322 %
70 ed oltre	182 %

Secondo questo autore, nelle età medie, dai 30 ai 59 anni, la mortalità sarebbe del 342 % ; ciò che, tenendo conto della maggiore mitezza della tabella base adoperata, nei confronti alla Tab. M. 901 corrisponde all'incirca ad una mortalità del 200 %.

Appare evidente dai dati riferiti come la mortalità media dei soggetti affetti da insufficienza mitralica, in rapporto alla nostra tabella base si aggiri intorno al 200 %, il che comporterebbe un tasso medio di sopramortalità di circa il 100 %.

I risultati delle ricerche sulla mortalità concordano con quelli relativi alla durata media della vita precedentemente esposti ; tale concordanza sta a testimoniare il notevole significato pratico delle cifre rilevate per la valutazione pronostico-assicurativa della cardiopatia in questione.

S'intende che per tale valutazione devono tenersi in particolare conto le variazioni sensibili inferte dalle varie condizioni che ne influenzano la prognosi, come traspare dalle notevoli differenze riscontrate circa la mortalità, la quale dal 110 % nei casi più favorevoli raggiunge financo il 370 % nei casi più sfavorevoli.

*Stenosi mitralica.* — La stenosi mitralica è un vizio più grave dell'insufficienza, avendo un decorso di solito più sfavorevole ; risente più facilmente dell'influenza degli affaticamenti, delle malattie intercorrenti, specie delle recidive reumatiche, delle gravidanze e di tutte le altre circostanze che sogliono aggravare le affezioni mitraliche ; può anche aggravarsi spontaneamente e progressivamente senza l'intervento di alcuna causa specifica. La prognosi è inoltre più sfavorevole per la frequenza con la quale

in questo vizio sogliono comparire lesioni a carico del miocardio, con alterazioni gravi del ritmo (ad es. la fibrillazione auricolare), per la precocità e per la gravità delle manifestazioni polmonari ed epatiche e la frequente improvvisa comparsa di accidenti embolici.

Pur tuttavia la stenosi mitralica può consentire anche una relativamente lunga sopravvivenza ; si descrivono casi in cui il vizio è stato portato senza alcun disturbo fino alla tarda età, di militari che hanno sopportato per anni senza fastidio le fatiche del servizio militare, di donne che hanno portato a termine senza incidenti numerose gravidanze.

Le forme cosiddette congenite o quelle che si sono iniziate nella prima infanzia hanno un decorso di solito più favorevole e consentono in media una più lunga sopravvivenza.

In antiche ricerche condotte su un gruppo di 35 casi affetti da stenosi mitralica pura Carey F. Coombs ha trovato che la durata media della vita dall'inizio della sintomatologia alla morte è all'incirca di 13 anni. Egli ritiene che il vizio abbrevi la vita di 20-30 anni circa e che la morte sia dovuta nel maggior numero dei casi agli effetti meccanici della lesione.

Dalle mie ricerche sulla durata della vita dei soggetti portatori di vizio valvolare cardiaco (vedi relazione sopracitata) è risultato su un gruppo di 273 soggetti con stenosi mitralica che la durata della vita è per questo vizio, rispetto alle altre lesioni mitraliche, in quasi tutte le età la più breve, eccezione fatta per i soggetti di età dai 10 ai 20 anni in cui essa si presenta modicamente più elevata solo nei confronti del vizio doppio steno-insufficienza. Come per l'insufficienza anche per la stenosi la durata media della vita è regolarmente decrescente dalle età più giovani alle più anziane.

Nel periodo medio dai 25 ai 45 anni essa è risultata in media di anni 9,5, decrescendo da 13,1 all'età di 25 anni a 5,1 all'età di 45 anni.

In rapporto ai dati della popolazione in genere, desunti dalla Tab. M. 901, la durata media della vita dei soggetti con stenosi mitralica, si presenta regolarmente decrescente delle età più giovani alle più vecchie con valori medi che per il periodo dai 25 ai 45 anni vanno da un massimo del 32,7 % a 25 anni ed un minimo del 21,2 % a 45 anni, con una media intorno al 28 %. I risul-

tati appaiono più chiari dalla seguente tavola nella quale sono riportate le cifre della durata media della vita dei soggetti con stenosi mitralica, nelle diverse età e quelle percentuali rispetto alla popolazione in genere :

Età	Durata media della vita	Cifre percentuali presa = 100 la v. m. secondo la Tab. 901
10 anni	18,1 anni	35,4 %
15 »	16,3 »	34,6 »
20 »	14,9 »	34,6 »
25 »	13,1 »	32,7 »
30 »	11,3 »	31,3 »
35 »	9,0 »	28,1 »
40 »	6,8 »	24,2 »
45 »	5,1 »	21,2 »
50 »	3,4 »	16,1 »
55 »	2,8 »	16,4 »
60 »	2,5 »	17,8 »

Appare da tali risultati, per quanto essi si riferiscano (come è stato detto a proposito dell'insufficienza mitralica) ad un materiale clinico non selezionato in maggioranza costituito da infermi la cui lesione ha avuto un decorso non molto favorevole, come la sopravvivenza media dei soggetti affetti da stenosi mitralica sia poco meno di 1/3 rispetto a quella della popolazione in genere, ciò che dal lato assicurativo importerebbe grossolanamente una classifica di sopramortalità oltre il 300 %.

Dagli scarsi rilievi statistici esistenti sulla mortalità degli individui affetti da stenosi mitralica traspare ugualmente il giudizio pronostico in genere severo per questa lesione.

Friedmann ha trovato le seguenti cifre di mortalità, presa uguale a cento la mortalità normale della popolazione austriaca 1930-31.

Età	Mortalità
20 - 29 anni	70 %
30 - 39 »	355 »
40 - 49 »	418 »
50 - 59 »	226 »
60 - 69 »	224 »

Nel periodo d'età dai 30 ai 59 anni, per questo autore, la mortalità media sarebbe del 339 % circa, la quale ragguagliata alla tabella base M. 901 corrisponderebbe a 250 % circa.

Nel campo assicurativo la Medical Impairment Study ha rilevato circa la mortalità degli assicurati con stenosi mitralica i seguenti dati che riferisco insieme alle cifre calcolate da Winternitz corrispondenti alla mortalità sulla base della tavola italiana :

	Mortalità presa = 100 la mortalità normale	Cifre raffrontate alla tab. base italiana
Stenosi mitralica		
senza ipertrofia cardiaca	480 %	300 %
con lieve ipertrofia cardiaca	803 »	600 »
in media	553 »	340 »

Si vede da questi dati sulla mortalità, per quanto modificamente più favorevoli di quelli riscontrati circa la durata media della vita come in realtà il giudizio pronostico assicurativo sia per i soggetti affetti da stenosi mitralica poco favorevole. Difatti le cifre di mortalità sopra riferite comporterebbero una classifica di sopra mortalità in media al disopra del 250 %.

Per la stenosi mitralica quindi si può dire che l'accettazione in assicurazione deve essere limitata ai soli casi favorevoli e subordinata al preciso accertamento di quelle condizioni che influiscono sul suo decorso.

*Steno-insufficienza mitralica.* — Il vizio combinato mitralico viene generalmente considerato di prognosi più sfavorevole rispetto ai vizi semplici, specie in confronto dell'insufficienza. Il decorso è raramente silente ; di solito la sintomatologia subbiettiva non tarda a manifestarsi.

Le alterazioni del miocardio, le manifestazioni a carico dei polmoni e del fegato, gli accidenti embolici sono frequenti e relativamente precoci.

La lesione comunque può consentire anche una lunga sopravvivenza : per questa ragione e per la sua elevata frequenza tra le lesioni valvolari mitraliche ha una notevole importanza per l'assicurazione.

La durata media della vita dei soggetti affetti da steno-insufficienza, come risulta dalla mia relazione già citata, è rispetto al-

l'insufficienza molto più bassa, rispetto alla stenosi modicamente più alta.

Essa in un gruppo di 540 casi da me osservati è risultata per i soggetti appartenenti alle età medie (25-45 anni) di circa 10 anni, con un massimo di 13,9 anni all'età di 25 anni e un minimo di 5,1 anni all'età di 45 anni. Al pari degli altri vizi mitralici la durata media della vita dei soggetti con steno-insufficienza è regolarmente decrescente dalle età più giovani alle più anziane.

Nei confronti dei dati della popolazione in genere secondo la Tab. M. 901 la durata media della vita di tali infermi è risultata per il periodo di età dai 25 ai 45 anni in media del 30 % circa, ugualmente decrescente da un massimo del 34,7 % a 25 anni ad un minimo del 21,2 % a 45 anni.

A maggior chiarimento riporto la tabella seguente, nella quale sono indicate, per età, le cifre relative alla durata media della vita dei soggetti con steno-insufficienza mitralica e le cifre percentuali rispetto alla vita media della popolazione in genere :

Età	Durata media della vita	Cifre percentuali (presa = 100 la v. m. secondo la Tab. M. 901)
10 anni	17,8 anni	34,9 %
15 »	16,0 »	34,0 »
20 »	15,6 »	36,9 »
25 »	13,9 »	34,7 »
30 »	12,2 »	33,8 »
35 »	9,6 »	30,0 »
40 »	8,3 »	29,6 »
45 »	5,1 »	21,2 »
50 »	4,5 »	21,4 »
55 »	4,0 »	23,5 »
60 »	2,8 »	20,0 »

I risultati riportati mostrano come i soggetti affetti da vizio combinato mitralico possano consentire una sopravvivenza tale da permettere in determinate condizioni la loro accettazione in assicurazione. Stando a tali risultati (in considerazione anche che essi, per le ragioni già esposte relative al materiale di osservazione, possono essere ritenuti piuttosto pessimistici) la durata media della vita sarebbe per tali infermi di 1/3 circa rispetto a



quelle della popolazione in genere. Il rischio pertanto comporterebbe in linea approssimativa una classifica di sopramortalità media sul 300 %.

Non vi sono dati statistici di rilievo sulla mortalità per vizio combinato mitralico : le Compagnie di assicurazione hanno al riguardo un'esperienza limitata per lo scarso numero di soggetti affetti da vizio fin'oggi ammesso in assicurazione.

\* \* \*

L'accettazione degli assicurandi affetti da lesione valvolare mitralica per quanto con criteri e modalità diverse si pratica ormai da tutte le Compagnie di assicurazione.

Già fin dal 1896 la New York Life accettava i soggetti affetti da insufficienza mitralica ; nel 1901 Poels al 2° Congresso Internazionale dei medici di assicurazione tenutosi a Bruxelles proponeva in una tavola dei criteri di accettazione che, per quanto ormai superati dal tempo e dalla esperienza, stanno ad indicare come fin d'allora la possibilità dell'assunzione degli individui con vizio mitralico fu portata nel campo pratico.

Gli studi sulla prognosi delle malattie di cuore e le ricerche statistiche delle varie Compagnie di assicurazione eseguite in quest'ultimo periodo di tempo hanno consentito un rapido progresso nel campo della classificazione dei rischi tarati per lesioni mitraliche.

Accenno brevemente ai criteri proposti recentemente ed a quelli in uso presso le principali Compagnie di assicurazione esaminando partitamente le varie lesioni mitraliche.

*Insufficienza mitralica.* — Hunter della New York Life proponeva il seguente criterio di selezione. Accanto alle cifre di sopramortalità proposte dall'autore sono riportate quelle ragguagliate alla tabella base italiana calcolati da Winternitz.

Soffio sistolico alla punta, costante, trasmesso verso sinistra, anamnesi negativa, mestieri leggeri :

	Sopramortalità	Cifre raffrontate alla tab. base italiana
Senza ipertrofia cardiaca	75 — 100 %	0 — 25 %
Con lieve ipertrofia cardiaca	140 — 165 %	60 %
Con moderata ipertrofia cardiaca	rifiuto	—

Soffio sistolico alla punta costante, trasmesso verso sinistra; anamnesi negativa, mestieri pesanti:

Senza ipertrofia cardiaca	125 — 150 %	60 %
Con lieve ipertrofia cardiaca	190 % o più	100 %
Con moderata ipertrofia cardiaca	rifiuto	—

Soffio sistolico alla punta costante, trasmesso verso sinistra, mestieri leggeri, ipertrofia cardiaca assente:

reumatismo e corea pregressi:

entro 6 anni rifiuto —

da 7 a 10 anni:

al disotto dei 30 anni	225 %	40 %
dai 30 ai 49 anni	200 %	50 %
da 50 anni in su	175 %	100 %

da 11 a 14 anni:

al disotto dei 30 anni	175 %	20 %
dai 30 ai 49 anni	150 %	25 %
da 50 anni in su	130 %	75 %

da 15 anni o più:

al disotto dei 30 anni	125 %	0 %
dai 30 ai 49 anni	110 %	0 %
da 50 anni in su	110 %	75 %

Soffio sistolico alla punta costante, trasmesso verso sinistra, mestieri leggeri, ipertrofia cardiaca:

altre infezioni pregresse:

entro 2 anni	rifiuto	—
da 3 a 4 anni	175 %	60 %
da 5 a 6 anni	140 %	50 %
da 7 anni o più	110 %	40 %

Deutsch e Stern, sulla base delle tabelle europee di mortalità normale, propongono i seguenti criteri per l'assicurazione degli assicurandi affetti da insufficienza mitralica:

sopramortalità fondamentale per assicurandi oltre 25 anni, in ottime condizioni.

S. M.  
125-150 ‰  
eventuale Scala 1/3  
durata 20 anni

Casi lievi con lesione valvolare di vecchia data, esame obiettivo minimo (piccole ipertrofie verso sinistra comprese) età 20-25 anni con ottima funzionalità e stato di compenso

175 ‰  
durata 20 anni  
scala 1/3

età al di sotto dei 20 anni

Aggiornamento fino ai 20 anni di età

modica ipertrofia cardiaca non oltre I dito dall'emiclaveare e i 2 cm. dalla marginale destra dello esterno

175-200 ‰  
scala 1/3  
durata 20anni

ipertrofia cardiaca notevole oppure pressione arteriosa Mx 20 mm. di Hg oltre la norma, Mn. oltre i 100 mm. di Hg, oppure Mx. al di sotto dei 100 mm. di Hg. oppure disfunzioni viscerali oppure segni anche minimi di scompenso.

rifiuto

Winternitz per gli enti assicurativi che usano la tabella normale M. 901 o la H.M. propone le seguenti cifre di sopramortalità :



Soffi sistolici da insufficienza mitralica :

1° Gruppo : anamnesi del tutto negativa

Ipertrofia cardiaca	Lavori non congiunti	Lavori congiunti
	a fatica fisica	a fatica fisica
assente	25 %	75 %
lieve	50 %	100 %
modica	75 %	125 %
accentuata	100 %	150 %

2° Gruppo : reumatismo o corea pregressi

Ipertrofia cardiaca		Tempo trascorso dalla guarigione					
		0	1	2	3	5	10 oltre 10
assente	rifiuto	200 %	125 %	100 %	75 %	50 %	50 %
lieve	rifiuto	rifiuto	150 %	150 %	125 %	100 %	75 %
modica	rifiuto	rifiuto	rifiuto	175 %	150 %	125 %	100 %
accent.	rifiuto	rifiuto	rifiuto	rifiuto	175 %	150 %	150 %

per le professioni faticose aggiungere da 25 a 75 % di sopramortalità.

3° Gruppo : altre infezioni (tifo, difterite, scarlattina, tonsillite)

Ipertrofia cardiaca	entro l'anno	da 2-6anni	oltre 6 anni
lieve	150 %	100 %	75 %
assente	125 %	75 %	50 %
modica	rifiuto	125 %	100 %
accentuata	rifiuto	150 %	125 %

per le professioni faticose aggiungere da 25 a 75 % di sopramortalità.

Il C.I.R.T. per l'accettazione degli assicurandi affetti da insufficienza mitralica segue il seguente criterio di massima :

Insufficienza mitralica endocarditica, senza segni di stenosi e senza ipertrofia cardiaca clinicamente apprezzabile.

S. M. da 100 a 125 %  
tara crescente

Insufficienza mitralica in stato di compenso, senza segni di stenosi e con ipertrofia cardiaca.

S. M. da 125 a 200 ‰  
tara crescente

*Stenosi mitralica.* — Una gran parte delle compagnie americane di assicurazione ancora oggi non accettano gli assicurandi affetti da stenosi mitralica.

L'Association of Life Medical Directors proponeva l'accettazione con tassi di sopra mortalità dal 200 al 350 ‰.

Hunter parla della possibilità di assunzione dei rischi per stenosi mitralica mediante l'applicazione di elevati soprapremi ma d'altra parte consiglia il rifiuto.

Anche le compagnie di assicurazione europee tendono in linea di massima al rifiuto di tale rischio oppure all'accettazione dei casi più favorevoli con tassi di sopra mortalità elevati.

Deutsch e Stern propongono i seguenti criteri di massima :  
Stenosi mitralica in stato di perfetto compenso, polso ed elettrocardiogramma normale.

senza ipertrofia

sopramortalità 300 ‰  
scala da 1/3 a 1/5

con lieve ipertrofia  
cardiaca

sopramortalità 330-375 ‰  
scala da 1/3 a 1/5

per tutti gli altri casi il rifiuto.

Winternitz ritiene possibile l'assunzione dei soggetti con stenosi mitralica con una sopra mortalità del 300 ‰ limitatamente ai soli casi senza ipertrofia cardiaca, mentre ritiene siano da rifiutare i casi con ingrandimento dell'aia cardiaca.

Dalle tabelle di sopra mortalità adottate dal C.I.R.T. la stenosi mitralica non risulta specificatamente considerata. Il vizio rientrerebbe nel gruppo che viene classificato con una sopra mortalità dal 150 - al 300 ‰ e che comprende tutte le cardiopatie in stato di perfetto compenso.

*Steno - insufficienza mitralica.* — In linea di massima tutte le compagnie di assicurazione tendono a rifiutare i rischi relativi agli assicurandi affetti da vizio combinato mitralico. Soltanto i casi più favorevoli nei quali il vizio è perfettamente compensato,

senza aumento dell'aia cardiaca e con tutti gli altri dati normali, vengono da alcune compagnie d'assicurazione accettati con tassi di sopra mortalità intorno al 300 %.

Le tabelle del C.I.R.T. prevedono la possibilità dell'accettazione del vizio doppio mitralico in stato di perfetto compenso con una sopra mortalità, che va dal 150 al 300 %, crescente con l'età dei soggetti.

\* \* \*

Sarebbe stato interessante conoscere i risultati dell'esperienza assicurativa del C.I.R.T. relativamente ai soggetti affetti da vizio valvolare accettati in assicurazione, per quanto tale esperienza rifletta un ancora limitato periodo di tempo. Purtroppo però circostanze eccezionali, malgrado il gentile interessamento del Prof. Romanelli, non mi hanno consentito di poter prendere visione del sicuramente prezioso contributo del nostro Consorzio per i rischi tarati.

Riporto comunque, togliendola da una comunicazione di Winternitz, una tavola che riflette l'esperienza del C.I.R.T. fino al 1937 nei riguardi dell'insufficienza mitralica :

#### Insufficienza mitralica con e senza ipertrofia cardiaca

Contratti sottorischio 2630 - Contratti osservati 678 - Anni rischio 2252

	Mortalità assoluta	Mortalità relativa %
teorica	19,727	8,76
effettiva	29	12,87
morti in rapporto con la tara	21	9,32
morti senza rapporto con la tara	8	3,55
sopramortalità 47 %		

\* \* \*

Da quanto è stato riferito appare evidente come in definitiva non mancano dati clinici e statistici per una valutazione discretamente esatta del rischio per vizio valvolare mitralico.

Portando nel campo pratico dell'accettazione dei rischi i risultati segnalati, ritengo che sulla base di essi possano essere senz'altro desunte le condizioni di accettabilità ed i tassi di sopra-mortalità da applicare per l'assunzione di soggetti affetti da vizio valvolare mitralico.

Mi permetto quindi di presentare a questo C.M.C. delle proposte concrete, che allo stato attuale delle conoscenze, mi sembrano le più conformi alla realtà :

*Insufficienza mitralica* (soffio organico sistolico, alla punta) :  
anamnesi negativa per reumatismo (o corea), età superiore ai 20 anni :

	Mestieri sedentari o prev. intellettuali	Mest. manuali non sedentari
aia cardiaca clinicamente nei limiti di norma (lievissimi ingrandimenti apprezzabili solo radiologicamente sono tollerabili)	s. m. 50 - 75 %	75 - 100 %
lieve ingrandimento dell'aia cardiaca	» » 75 - 100 %	100 - 125 %
marcati ingrandimenti dell'aia cardiaca	» » 125 - 150 %	150 - 175 %

reumatismo progressivo da oltre 3 anni, età superiore ai 20 anni :

aia cardiaca clinicamente nei limiti di norma	» » 75 - 100 %	100 - 125 %
lieve ingrandimento dell'aia cardiaca	» » 100 - 125 %	125 - 150 %
marcato ingrandimento dell'aia cardiaca	» » 150 - 175 %	175 - 200 %

reumatismo progressivo da 2 a 3 anni, età superiore ai 20 anni :

aia cardiaca clinicamente nei limiti di norma	s. m. 100 - 125 %	125 - 150 %
lieve ingrandimento dell'aia cardiaca	» » 125 - 150 %	150 - 175 %
marcato ingrandimento dell'aia cardiaca	» » 175 - 200 %	200 - 225 %

reumatismo progressivo da meno di 2 anni : rinvio fino a 2 anni.

Soggetti di età inferiore ai 20 anni : aggiungere una s. m. del 25-50 %.

Soggetti con esagerato ingrandimento dell'aia cardiaca, con disturbi del ritmo, con segni di scompenso anche minimi, con lesioni contemporanee di altri organi interni, con abitudini di vita irregolare (uso smodato di alcool od altri tossici) : rifiuto.

*Stenosi mitralica* (soffio diastolico presistolico alla punta) : forme cosiddette congenite o insorte nella 1<sup>a</sup> infanzia, anamnesi negativa :

	Mestieri sedentari o pren. intellettuali	Mestieri manuali non sedentari
età superiore ai 20 anni :		
senza ingrandimento dell'aia cardiaca (o soltanto con lievissimi ingrandimenti apprezzabili solo radiologicamente)	s. m. 200 - 250 %	250 - 300 %
con lieve ingrandimento dell'aia cardiaca	» » 250 - 300 %	300 % o rifiuto
con marcato ingrandimento dell'aia cardiaca	rifiuto	rifiuto
forme acquisite : anamnesi negative o reumatismo progressivo da oltre 3 anni, età superiore ai 20 anni :		
senza ingrandimento dell'aia cardiaca clinicamente apprezzabile	s. m. 250 - 300 %	300 % o rifiuto
con lieve ingrandimento dell'aia cardiaca	» » 300 o rifiuto	rifiuto
con marcato ingrandimento dell'aia cardiaca	rifiuto	rifiuto

Soggetti di età inferiore ai 20 anni, con reumatismo progressivo da meno di 3 anni, con disturbi del ritmo cardiaco, con segni anche minimi di scompenso, con abitudini di vita irregolari : rifiuto.



*Steno - insufficienza mitralica* (doppio soffio alla punta) :  
anamnesi negativa o pregresso reumatismo da oltre 3 anni, età  
inferiore ai 20 anni.

	Mestieri sedentari o prev. intellettuali	Mestieri manuali non sedentari
senza ingrandimento del- l'aia cardiaca (o soltanto con lievissimi ingrandi- menti apprezzabili solo ra- diologicamente)	s. m. 250 - 300 %	300 % o rifiuto
con lieve ingrandimento dell'aia cardiaca	» » 300 % o rifiuto	rifiuto
con marcato ingrandimen- to dell'aia cardiaca	rifiuto	rifiuto

Soggetti di età inferiore ai 20 anni, con reumatismo pregresso da  
meno di 3 anni ,con disturbi del ritmo, con segni di scompenso  
anche minimi, con abitudini di vita irregolari : rifiuto.

Per tutti i vizi la tara deve essere considerata crescente con  
l'età. Il rischio in ogni caso dovrebbe essere di competenza del  
C.I.R.T.

*Relazione del Dott. R. DE BEDEN svolta nella Riunione del 9 Luglio 1941.*

## ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA SELEZIONE MEDICA DEI RISCHI TARATI.

La selezione medica dei rischi tarati, perchè possa raggiungere lo scopo essenziale dell'assicurazione, deve dare la possibilità ai tecnici di concretare una formula matematico-attuariale, atta a coprire il maggior rischio.

Non è ammissibile partire puramente dalla clinica. La medicina assicurativa deve adeguarsi anche a concetti matematici, perchè i calcoli matematici formano la spina dorsale dell'assicurazione vita.

Ne consegue un preciso dovere del medico di collaborare con gli attuari, offrendo la propria esperienza alle direttive richieste dagli enti assicuratori.

Ogni medico sa quanto la medicina sia agli antipodi della matematica, mentre spesso i profani ritengono la medicina molto « matematica », concetto che appare con molta insistenza anche nella legislazione. Prove ne siano l'infortunistica, i referti di lesioni, le commisurazioni dell'invalidità ecc. Non c'è da meravigliarsene, perchè questo bisogno di certezza programmatica è insito nella natura umana stessa.

E' premessa indispensabile a questo breve lavoro, che non è mio intendimento di sottoporre a critiche i sistemi tecnici su cui si basa la sopramortalità, nè mai vorrei arrogarmi la competenza di poterlo fare. Desidero soltanto esporre alcuni dubbi, pensieri e difficoltà come mi sono apparsi meditando talvolta sull'argomento del problema dei rischi tarati con lo scopo di promuovere una discussione fra i colleghi del Comitato, onde sentire i vari pareri per tentare di perfezionare i nostri metodi di selezione.

L'importanza dello scambio di idee è infatti fondamentale, perchè serve a modellare ed a fondere i nostri principi di selezione.

E' ormai uso generalizzato della medicina assicurativa di esprimere le riserve di carattere medico all'assunzione di un rischio con l'applicazione di una sopramortalità.

Questo non è però un concetto medico di valutazione, ma bensì il risultato di uno studio statistico-attuariale elaborato in base alle statistiche di mortalità esaminando il rapporto fra morti attese e morti avvenute. La base della medicina assicurativa resterà per forza di cose sempre la statistica, ma non è detto che lo studio clinico delle tare si copra perfettamente coi concetti matematici attualmente in vigore per la selezione dei rischi.

Pare talvolta addirittura paradossale discutere se una tara implichi una sopramortalità di 75 % - 100 % o 125 %, quando queste cifre non possono avere alcun significato se non sieno dedotte da una relativa statistica.

Nè vale molto l'obiezione che, conoscendo bene il decorso di mortalità di alcune tare secondo il concetto della sopramortalità, si possa fare un lavoro mentale di confronto.

Desidererei spiegarmi con un esempio.

Vogliamo ammettere per certo che un'insufficienza mitralica senza complicazioni dia una sopramortalità di 100 %; avremo allora un dato positivo su cui basarci. Di conseguenza, quando ci capiterà di dover giudicare una tara per cui ci mancano le statistiche attuariali, saremo costretti a fare il seguente ragionamento, questa tara equivale presso a poco ad un'insufficienza mitralica, giudichiamola quindi secondo questa falsariga.

Spunta così il giudizio soggettivo inadeguato e sorpassato in medicina assicurativa, anche se di un certo valore, quando viene emesso da un esperto e competente revisore, ma che può essere soltanto un ripiego in casi eccezionali, perchè soprattutto noi non dobbiamo giudicare *su impressioni*, ma *su fatti*, chè solo questi ultimi contano.

Effettivamente vediamo spessissimo che le statistiche attuariali ci portano delle notevoli sorprese. Valga ad esempio questa: le quattro voci del Med. Imp. St. sulla glicosuria portano i seguenti dati riassuntivi:

1. X Glicosuria, non specificata o trovata soltanto in un esame.  
Riscontrata all'esame di assunzione.  
SM. — 2 % (casi 34967)
2. B Glicosuria, non specificata o trovata in un solo esame una volta entro i 2 anni antecedenti all'assicurazione  
SM. + 13 % (casi 51617)

3. XB Glicosuria, non specificata o trovata in un solo esame. Ricontrata all'atto dell'accettazione o entro i 2 anni dall'ingresso in assicurazione  
SM. + 7 % (casi 86584)
4. Glicosuria, senza dieta, intermittente o costante — zucchero meno di 1 % — riscontrata all'esame o entro 2 anni dall'ingresso in assicurazione  
SM. 36 % (casi 16211)

Credo che la nostra impressione non sarebbe così ottimista, perchè da questi dati i casi suaccennati potrebbero, tranne l'ultimo, venir accettati senza riserve.

Tant'è vera che per la completa eliminazione del giudizio soggettivo in tutto e per tutto è stato proposto ed adottato anche da alcune compagnie americane il sistema numerico di selezione, che, però, non consiste in una riforma radicale dei metodi in uso, ma soltanto in un irrigidimento del compito dei revisori ad una macchina di cifre. Ha indubbiamente dei vantaggi, fra cui i principali sono: la sua facile applicazione, che permette una revisione dei rischi anche a persone poco pratiche, e l'omogeneità di giudizio. A me sembra che con questo metodo la standardizzazione del lavoro sia un po' troppo spinta all'eccesso.

Certamente il metodo più spiccio e più corrispondente ai canoni attuariali è quello della sopramortalità.

Esso ha l'indiscutibile vantaggio dal lato tecnico della praticità, dell'esperienza e della relativa facilità di impostare le statistiche adatte. Si è imposto anche dal punto di vista commerciale per la sicurezza che ha offerto alle compagnie in lunghi anni di applicazione.

Ma il medico non ne può essere soddisfatto pienamente, perchè egli ha spesso la sensazione di non aver completamente valutato l'individuo e la tara, che rappresentano sempre dei casi a sè. Il suo giudizio risulta allacciato alla clinica soltanto nella diagnosi in rapporto a gruppi di malattie. La sua personalità scompare in certo qual modo di fronte alla statistica.

Il più grosso equivoco è la presunzione dell'omogeneità della massa dei rischi componente la tabella della tara, mentre invece nulla vi è di più eterogeneo di un gruppo di malati, anche se forniti della stessa etichetta diagnostica. La presunzione del-

l'omogeneità può valere fino ad un certo punto per qualche speciale categoria di rischi, per esempio per rischi professionali, rischi geografici; ma, se si approfondiscono le indagini e gli esami, si finisce col constatare l'eterogeneità anche di questi rischi.

Ora l'attuario, che lavora con le grandi cifre, espleta il suo compito in base alle osservazioni sui grandi gruppi, mentre il medico si trova sempre a contatto col singolo caso ed è costretto ad una schematizzazione eccessiva non corrispondente in pieno allo stato effettivo dell'individuo tarato.

Il calcolo stesso della sopramortalità secondo differenti tabelle di mortalità ed il relativo squilibrio nei soprapremi è un grosso inconveniente. I vari studi statistici americani, che sono i più importanti in materia, confrontati con quelli di altri paesi su altre tabelle di mortalità non corrispondono affatto a queste ultime, dove i valori risulterebbero del tutto differenti. Ne consegue che rischi tarati secondo una tavola di mortalità, possono risultare normali secondo un'altra.

La mentalità del medico spesso riesce difficilmente a sottrarsi all'errore fondamentale di misconoscere la concezione attuale della medicina assicurativa che richiede da lui non tanto una prognosi del caso nè di una malattia in base alla clinica, ma una prognosi in rapporto alle tabelle di mortalità, il che è ben differente. Questo orientamento della medicina assicurativa è assolutamente specifico e del tutto sui generis.

Appariranno perciò spesso un pò ostiche al medico certe conclusioni statistiche, come p.e. persuadersi che un vizio cardiaco possa rappresentare una tara decrescente. Eppure talvolta succede anche questo.

Vediamo infatti, a mo' d'esempio, le seguenti tabelle del Med. Imp. St. 1929 :

I. Soffio sistolico costante trasmesso verso sin. — professione del candidato non dedita a lavori pesanti.

Età	esposti al rischio	S. M.
15-29	43008	149 %
30-39	38518	137 %
40-49	19489	79 %
50 e più	6270	98 %

Questo strano comportamento apparente della sopramortalità secondo l'età è dato dal fatto che per l'età più avanzata la mor-

talità normale è già molto alta e riesce ad inglobare parzialmente la tara ed il maggior rischio è già scontato dalle tariffe molto più alte.

Il metodo della sopramortalità otterrebbe un notevole perfezionamento quando si stabilissero in base ai decorsi di mortalità tabelle e tariffe speciali per ogni singola tara. Alcuni riassicuratori usano già tale metodo.

Relativamente facile ne riesce l'applicazione per le tare più comuni con statistiche esaurienti, più difficile naturalmente è l'elaborazione di simili tabelle per i casi più rari.

Ma lo spezzettamento delle tabelle e dei relativi premi, a parte sempre l'eterogeneità della massa componente la tara, rappresenta un lato debole di questo sistema.

E' ovvio che considerazioni identiche alle mie ed altre forse anche più sostanziali, che mi sfuggono, sieno spesso affiorate nel pensiero dei medici selettori e che molti abbiano in mente delle riforme in cui il concetto medico possa rappresentare un fattore più determinante e più corrispondente alle esigenze cliniche e scientifiche.

E' possibile escogitare una formula di selezione che divida più nettamente i campi del medico e dell'attuario senza intaccare le basi tecniche dell'assicurazione? Può il giudizio del medico essere più autonomo e più aderente alla clinica, alla biologia ed al singolo caso studiato?

Direi di sì, almeno in teoria, e ciò adottando a sistema di selezione il concetto dell'età biologica del Prof. Romanelli oppure mettendo il medico in condizione di poter stabilire col minimo scarto d'errore la sopravvivenza dei tarati in base alla durata della tara.

Da diverse parti ho inteso l'obbiezione che col sistema della età biologica applicato ai rischi tarati si arriverà allo stesso risultato della sopramortalità moltiplicativa con tutti i suoi difetti, quando è il caso di applicarla. Ora questo non è esatto.

L'accorgimento tecnico per tramutare le riserve mediche in un soprapremio potrà presentare delle analogie di carattere tecnico, ma le vie su cui si arrivano i due sistemi sono del tutto differenti.

Nel caso della sopramortalità non è tenuto conto dell'individuo, ma bensì del decorso della tara in rapporto alla tabella di

mortalità, nel metodo dell'età biologica scompaiono tutti gli elementi di carattere matematico e viene fissata per l'individuo una prognosi sulla durata della sua vita aderente al suo stato effettivo.

Ma è possibile in genere stabilire le condizioni fisiologiche di un organismo anche apparentemente normale? Mi pare che questo sia già un problema molto arduo, per quanto negli ultimi anni sieno comparsi libri e lavori di notevole importanza sulla biologia umana, tanto che si può dire che il problema rivesta una certa attualità. E' noto che i tessuti del corpo umano non seguono tutti assieme un invecchiamento collettivo. Vi sono tessuti che invecchiano prima degli altri e non è facile stabilire le proporzioni. Nè vi sono metodi di ricerca che diano sicuro affidamento.

Ove, poi, fosse effettivamente possibile in un organismo sano stabilire l'età biologica, il compito di precisarla, quando vi è una tara concomitante, diventa, secondo me, di estrema difficoltà.

Verrebbe in genere realizzato un grande evento in medicina, ove si potesse effettivamente trovare un metodo indiscusso e di facile applicazione per stabilire senza gravi errori l'età biologica. Ma temo che le nostre cognizioni sull'organismo umano non siano progredite a tal punto.

Non essendoci, però, nelle cose umane nulla di perfetto, si può ribattere che con alcuni dati si possono ottenere delle conclusioni con errori non sempre di grande importanza. In pratica generale gli errori non conterebbero molto; resta a vedersi se in assicurazione non dovessero venir scontati piuttosto duramente dalle Compagnie.

Ma ammessa la possibilità di giungere più o meno esattamente alla precisazione dell'età biologica in medicina, è possibile applicare praticamente il metodo in medicina assicurativa? Ecco quanto sostanzialmente vorrei venisse discusso ed almeno in parte risolto prima di metterci su di una via che potrebbe risultare impossibile nella pratica assicurativa.

Ho notato che tutta una serie di lavori presentati negli ultimi tempi seguono magari nel subcosciente questi nuovi indirizzi, trascurando in parte i concetti regolamentari della sopramortalità, ed è per questo che una discussione preliminare sull'argomento mi è sembrata di attualità. Fui spinto a questo lavoro indirettamente anche dal Prof. Romanelli, che più volte mi ha esortato a pensarvi ed a comunicare le mie idee.

In assicurazione gli ostacoli principali di natura pratica sono i seguenti :

1) Il materiale umano, come ci viene presentato al momento dell'assunzione, è talmente poco studiato a fondo da permettere appena un giudizio sommario. Per ovvie ragioni sarebbe difficilissimo ottenere uno studio ampio e particolareggiato di ogni caso.

2) Manca al revisore l'esame diretto del paziente. Non è possibile avere un corpo medico talmente istruito in materia da subentrare al revisore nel giudizio del caso o almeno da collaborare con lui in maniera effettiva. Anche nella migliore ipotesi, che, cioè, i fiduciari aderissero a questo sistema di valutazione, temo che i giudizi sarebbero cervellotici.

3) Manca qualsiasi statistica già elaborata.

4) Ove le cose non fossero fatte con la massima scrupolosità, il metodo finirebbe per venir soppiantato da una pura e semplice valutazione approssimativa di ogni singolo caso, ritornando più o meno all'elemento soggettivo di giudizio.

5) Il metodo potrebbe tener conto in modo speciale soltanto della tara vera e propria in rapporto all'individuo, ma non potrebbe valutare gli imponderabili.

6) Il compito del revisore, in queste circostanze, finirebbe per rivelarsi difficilissimo e gli incalcolabili errori ridonderebbero a suo scapito.

Questi ostacoli che mi sembrano i principali, dovrebbero venir studiati per poterli eliminare, ammesso di poter adottare con successo il sistema, mi limito quindi ad additarli.

Un buon metodo di selezione, come detto, potrebbe risultare quello di precisare la durata di una tara.

Ma vi sono difficoltà statistiche in tale senso, e non poche.

In primo luogo, anche nei casi di rischi tarati meglio studiati, sarà difficilissimo poter stabilire l'inizio della tara, perchè i nostri assicurati sono nella maggior parte dei cronici, in cui quasi mai la malattia ha avuto un inizio brusco, ma di solito subdolo e venuto a conoscenza del paziente spesso per caso o per malattia intercorrente. Il materiale clinico, che è meglio studiato e da cui si potrebbero ricavare delle statistiche, presenta una compo-



sizione molto differente da quello assicurativo e già in linea di massima non è lecito confrontare statistiche con differenti premesse.

In secondo luogo per necessità di cose le statistiche di questo genere risulterebbero molto spezzettate ed insufficienti a costituire cifre fidate. Varrebbe poi anche per questo metodo l'impossibilità di valutare gli imponderabili, che nell'attuale metodo della sopramortalità vengono ampiamente scontati. Infatti agli effetti della sopramortalità è perfettamente indifferente se il danno è avvenuto in seguito a morte per la tara iniziale o meno.

Io sono persuaso che tanto il sistema dell'età biologica, quanto quello della durata della tara, costituirebbero un ideale ai fini della selezione e mi auguro che o l'uno o l'altro metodo, che, in ultima analisi, presentano molto punti di contatto, possano in futuro realizzarsi.

Dobbiamo, perciò, salutare con piacere ed incoraggiare i lavori che portino un contributo a questi indirizzi di selezione.

Ma non dobbiamo d'altra parte dimenticare che sembra prematuro poter dire una parola definitiva. Vedremo in seguito se il materiale raccolto e studiato potrà darci dati soddisfacenti per venir efficacemente utilizzato.

In ogni modo questo materiale dovrebbe essere tale da non lasciare dei vuoti statistici da colmare con altri mezzi. Il compito che ne risulta è dunque immenso ed implica uno studio su materiale proprio e con un indirizzo diverso da quello seguito finora.

Io non credo che le nostre possibilità siano giunte ancora ad un punto soddisfacente, anzi, direi addirittura che si dovrebbe cominciare quasi da nulla.

Ritengo che, pur considerando l'utilità di tutti gli studi capaci di portare nuovi elementi di giudizio in assicurazione vita, noi dobbiamo tenere per ora fermo al sistema della sopramortalità. Non è detto che nei casi dove quest'ultimo non può darci criteri esatti, non si possa ricorrere all'aiuto di altri coefficienti di giudizio, adattandoli al sistema corrente. A questo dovremo pur ricorrere quando le statistiche della sopramortalità ci lasciano in asso, anche se consapevoli di usare un procedimento poco razionale.



## INDICE DEL SETTIMO VOLUME

---

Dott. <b>M. Clausi-Schettini</b> : L'Ulcera gastro-duodenale in assicurazione vita . . . . .	<i>pag.</i> 5
Dott. <b>Alberto Starna</b> : Il rischio d'invalidità presso gli Enti di assicurazione vita . . . . .	» 83
Dott. <b>A. Brugnoli</b> : La valutazione delle alterazioni della tiroide ai fini dell'assicurazione vita . . . . .	» 107
Dott. <b>M. Clausi-Schettini</b> : La prognosi lontana dei traumatizzati del cranio in assicurazione vita . . . . .	» 142
Prof. <b>Pilotti</b> e Dott. <b>Clausì-Schettini</b> : Proposte di valutazione dei traumatizzati del cranio in assicurazione vita . . . . .	» 170
Prof. <b>De Gregorio</b> , Dott. <b>Guido</b> , Dott. <b>Clausì-Schettini</b> : Proposte di valutazione dell'ulcera G. D. in assicurazione vita . . . . .	» 173
Dott. <b>Percacini Gio. Batta</b> : Considerazioni sui «vizi cardiaci» in assicurazione vita . . . . .	» 179
Dott. <b>Alberto Starna</b> : L'ozena ed il rischio di assicurazione vita . . . . .	» 182
Dott. <b>R. De Beden</b> : La selezione dei rischi in rapporto alla clausola d'invalidità . . . . .	» 187
Prof. <b>Maria Vele</b> : Modulo per le affezioni dell'apparato visivo . . . . .	» 198
Dott. <b>E. Vittori</b> : La indagine radiologica nelle affezioni dell'apparato digerente in rapporto con l'assicurazione vita . . . . .	» 201
Dott. <b>R. De Beden</b> : I rischi morali . . . . .	» 208
Dott. <b>S. Fiandaca</b> : L'accettazione degli assicurandi affetti da vizio valvolare mitralico . . . . .	» 214
Dott. <b>R. De Beden</b> : Alcune considerazioni sulla selezione medica dei rischi tarati . . . . .	» 246

171	Don M. Closser-Schubert: La vita di un sacerdote.
172	Don Alberto Sanna: La vita di un sacerdote.
173	Don A. Ingrosso: La vita di un sacerdote.
174	Don M. Closser-Schubert: La vita di un sacerdote.
175	Don Paolo Sanna: La vita di un sacerdote.
176	Don Ugo Sanna: La vita di un sacerdote.
177	Don Innocenzo Sanna: La vita di un sacerdote.
178	Don Alberto Sanna: La vita di un sacerdote.
179	Don R. De Bedon: La vita di un sacerdote.
180	Don Paolo Sanna: La vita di un sacerdote.
181	Don E. Vittoni: La vita di un sacerdote.
182	Don R. De Bedon: La vita di un sacerdote.
183	Don S. Fiamoni: La vita di un sacerdote.
184	Don R. De Bedon: La vita di un sacerdote.







Corporate Heritage  
& Historical Archive



