

AFIE MEDICO-CHIRURGICHE D'ATTUALITÀ

LEZIONE DEL "POLICLINICO,,

10

Prof. Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI

DOCENTE DI MEDICINA LEGALE DEGLI INFORTUNI NEL R. ISTITUTO DI STUDI SUPERIORI IN FIRENZE
MEDICO PRINCIPALE DELLE FERROVIE DELLO STATO

10

perizia nella pratica infortunistica

(Guida per i medici periti)

Prefazione del Prof. CARLO FERRAI

DIRETTORE DELL'ISTITUTO DI MEDICINA LEGALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA



::

Casa Editrice LUIGI POZZI

:: 1924

Prof. Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI

DOCENTE DI MEDICINA LEGALE DEGLI INFORTUNI
NEL R. ISTITUTO DI STUDI SUPERIORI IN FIRENZE -
MEDICO PRINCIPALE DELLE FERROVIE DELLO STATO

La perizia nella pratica infortunistica

(Guida per i medici periti)

Prefazione del Prof. CARLO FERRAI

DIRETTORE DELL'ISTITUTO DI MEDICINA LEGALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA



ROMA :: :: :: :: :: :: ::

CASA EDITRICE LUIGI POZZI

:: :: :: :: :: :: :: 1924

—
PROPRIETÀ LETTERARIA
—

PREFAZIONE

Se ho accettato ben volentieri di scrivere due righe in capo a questo volumetto del Ciampolini, non è certo per presentare ai lettori l'Autore, che è ben conosciuto ed apprezzato, ma per esprimere pubblicamente il mio plauso all'opera di vulgarizzazione delle questioni medico-legali che egli da tempo va compiendo colle sue pubblicazioni.

Perchè, di fronte all'incomprensione dell'importanza scientifica, etica e sociale delle discipline medico-legali, che pur nel nostro Paese hanno tradizioni così gloriose, incomprendimento per cui tutto quanto si riferisce alla preparazione medico-legale dei medici e dei giuristi, ed alla pratica utilizzazione di quelle discipline, è trascurato e disorganizzato, l'opera di chi, come il Ciampolini, tende, per quanto lo si può far cogli scritti, a render meno sensibile e grave di conseguenze la impreparazione medico-legale dei medici pratici, deve essere altamente lodata ed incoraggiata.

Specialmente poi quando l'opera di vulgarizzazione e di ammaestramento si rivolga a quel campo che quasi si identifica coll'esercizio stesso della professione medica, cioè al campo infortunistico e delle assicurazioni sociali.

Non meno utile dei precedenti è questo nuovo volume del Ciampolini, in cui, con opportuna concisione, che rende maggiore la chiarezza della materia, viene esposto tutto quello che riguarda la parte medica delle controversie liquidatorie, e

la forma e il contenuto della perizia medica in tema di infortunio, non senza delucidare varie questioni che ad ogni momento nelle controversie infortunistiche ricorrono, quali la valutazione dei postumi in rapporto alle funzioni operaie, la rieducazione professionale, la simulazione, l'autolesionismo, ed altre ancora.

Tutti punti trattati in succinto e rapidamente, come le proporzioni del volumetto, e la sua destinazione all'ottima collana del Pozzi richiedevano, ma con tanta conoscenza ed esperienza dell'argomento da far desiderare che ad alcuno di essi il Ciampolini dedichi in modo speciale una sua nuova apprezzata ed utile pubblicazione.

Pisa, luglio 1924.

Prof. CARLO FERRAI.

INDICE DELLE MATERIE

CAPITOLO I. — LA PROCEDURA PER LA LIQUIDAZIONE DEGLI INDENNIZZI SECONDO LE LEGGI IN- FORTUNI	Pag.	1
Le prime pratiche liquidatorie nella legge degli infortuni in- dustriali	»	1
Il giudizio di revisione	»	2
L'arbitrato medico	»	4
Le pratiche liquidatorie nella legge degli infortuni agricoli	»	7
CAPITOLO II. — PROVA PER PERIZIA E PROVA PER TE- STIMONIANZA	»	11
Il perito e la perizia	»	11
Il giudice e la perizia	»	12
Perizie giudiziali e perizie stragiudiziali	»	13
CAPITOLO III. — LE BASI PROCEDURALI DELLA PERIZIA	»	15
La sentenza con cui si ordina una perizia	»	15
Il giuramento	»	16
L'atto di consegna della perizia	»	18
L'onorario del perito	»	19
CAPITOLO IV. — LA SCELTA DEI PERITI	»	21
Come si fa oggi la scelta dei periti	»	21
Mentalità medico-clinica e mentalità medico-giuridica	»	24
La ricusazione dei periti	»	26
CAPITOLO V. — LE BASI TECNICHE DELLA PERIZIA	»	28
Le generalità della perizia	»	28
Lo stato anamnestico del periziando	»	29
L'esame clinico	»	30
L'esame medico-legale	»	31
La causa violenta di lesioni	»	32
La dottrina delle concause d'inabilità	»	33

L'inabilità lavorativa	<i>Pag.</i>	33
Il danno indennizzabile	»	35
Gli invalidati della guerra e i traumi del lavoro	»	36
La removibilità del danno da infortunio	»	40
 CAPITOLO VI. — LE FUNZIONI OPERAIE	»	44
Gli atti lavorativi dell'arto superiore	»	44
La statica e la dinamica degli arti inferiori durante il lavoro	»	49
 CAPITOLO VII. — LA RIEDUCAZIONE PROFESSIONALE DEGLI INVALIDI DEL LAVORO.	»	51
Le funzioni vicarie	»	54
Studi ed esperimenti personali in tema di adattamento funzionale	»	57
 CAPITOLO VIII. — LA SIMULAZIONE NELLA PRATICA DEGLI INFORTUNI DEL LAVORO.	»	63
 CAPITOLO IX. — L'AUTOLESIONISMO E L'ART. 123-BIS DEL REGOLAMENTO INFORTUNI.	»	68
Le autolesioni.	»	69
 CAPITOLO X. — LA NECROSCOPIA	»	74
L'utilità della necroscopia nella pratica degli infortuni	»	74
Le norme per spedire agli Istituti di anatomia patologica i pezzi necroscopici	»	78

CAPITOLO I.

LA PROCEDURA PER LA LIQUIDAZIONE DEGLI INDENNIZZI SECONDO LE LEGGI INFORTUNI

Le prime pratiche liquidatorie nella Legge degli Infortuni industriali.

Secondo l'applicazione della Legge per gli Infortuni industriali, avvenuta la guarigione chirurgica o — come dicono i Francesi — la consolidazione della lesione, l'Ente Assicuratore provvede, per mezzo dei propri organi tecnici, agli accertamenti definitivi del danno residuo: e la Legge fa obbligo al leso di sottoporsi a tutte le visite di controllo delle quali v'ha bisogno per valutare in modo opportuno il danno stesso (art. 103 R. I.).

Nel caso, in cui sorga divergenza d'apprezzamento fra gli organi tecnici dell'Ente in parola e il fiduciario dell'operaio, è prevista, allo scopo di dirimere una tale controversia, la possibilità di una visita in contraddittorio fra i rispettivi medici delle Parti.

Inoltre — quando occorra — si fa obbligo all'operaio di ricoverarsi in appositi Istituti onde sottoporsi a tutti quegli esami che sono necessari per la valutazione dei postumi dell'infortunio.

Se l'operaio non è soddisfatto della liquidazione propositagli, ne dà avviso all'Istituto Assicuratore con lettera raccomandata o della quale abbia ritirato ricevuta, motivando le ragioni per le quali non l'accetta, o non ne ritiene giustificato il differimento o il rifiuto, e precisando l'indennità che invece ritiene essergli dovuta. Se non riceva risposta nel termine di 15 giorni da quello della spedizione della lettera raccomandata o della data della ricevuta, o, qualora la risposta pur essa non gli sembri soddisfacente, può convenire in giudizio l'Istituto Assicuratore.

Però il procedimento contenzioso non può essere istituito se non dopo esaurite le pratiche amministrative occorrenti per la liquidazione dell'indennità.

Se la contestazione verta sulla natura o sull'entità delle conseguenze dell'infortunio, l'operaio può mettersi d'accordo con l'Istituto Assicuratore, per far decidere in merito da un Collegio di arbitri composto di tre medici (art. 115 del Regolamento).

L'azione dell'operaio per conseguire l'indennizzo da infortunio si prescrive dentro un anno (art. 17) conforme l'art. 924 del Codice di Commercio, trattandosi di pratiche a carattere commerciale.

Il giudizio di revisione.

Nel termine di due anni dal giorno dell'infortunio l'operaio e gli Istituti d'Assicurazione avranno la facoltà di chiedere la revisione dell'indennizzo, qualora sia provato erroneo il primo giudizio o quando nelle condizioni fisiche dell'operaio sieno intervenute modificazioni derivanti dall'infortunio (art. 7 della Legge).

Alla domanda, che l'operaio presenta in tal senso all'Ente Assicuratore, deve essere unito un certificato medico dal quale, colla nuova misura del danno per cui si richiede la revisione dell'indennità, risulti che il primo giudizio fu erroneo o che si è verificato un aggravamento nelle conseguenze dell'infortunio.

La domanda di revisione per erroneità della prima liquidazione è ammessa soltanto quando l'indennità sia liquidata consensualmente fra le parti e non può essere presentata che una sola volta (questa ultima norma vale anche per gli infortuni agricoli).

La revisione per modificazioni intervenute nelle condizioni fisiche del lavoratore non può essere chiesta che dopo trascorso un anno dalla liquidazione dell'indennità, eccetto che tale liquidazione sia stata fatta dopo un anno, dal giorno dell'infortunio, nel qual caso la revisione dovrà essere richiesta entro i trenta giorni precedenti la scadenza del biennio di cui al 2° comma. (Analogamente si pratica nella Legge per gli infortuni agricoli art. 11 R. D. 1917).

L'Istituto Assicuratore, nel termine di un mese dal ricevimento della domanda, deve liquidare la nuova indennità o respingere la domanda indicandone i motivi. In questo caso l'operaio, o gli aventi diritto, potranno convenire l'Istituto Assicuratore dinanzi al Magistrato competente del luogo nel quale è avvenuto l'infortunio.

Anche per il giudizio di revisione si procede con le stesse norme che per il primo giudizio; e non si può adire la Magistratura se non dopo esperita la procedura amministrativa.

Nel caso in cui la revisione sia chiesta dagli aventi diritto, a termine del primo capoverso dell'art. 13 della Legge (testo unico), alla domanda deve essere unito un certificato comprovante che la morte è avvenuta in conseguenza dell'infortunio.

Di capitale importanza è l'opera del medico chiamato a pronunciarsi per un giudizio di revisione. Ecco cosa ne scrive PISENTI:

« Il primo compito suo è quello di ricostruire lo stato dell'infortunato, come doveva essere all'epoca del primo giudizio ed a questo fine si gioverà non soltanto di quanto può dire l'infortunato, ma dei documenti in atti, e soprattutto di quei certificati medici che dovrebbero essere estesi con quella minuzia di cui abbiamo fatto parola, al momento stesso nel quale veniva effettuata la prima liquidazione.

È evidente che il giudizio che egli sta per emettere, non può essere che la risultante di uno studio comparativo fra lo stato dell'infortunato quale gli appare durante il suo esame, e quello che doveva essere all'epoca del primo giudizio: il possesso di questo termine di paragone è assolutamente necessario; e qualora venisse a mancare o fosse insufficiente, difficilmente il perito potrebbe sciogliere con giustizia ed equità il compito a lui affidato.

Nel prendere in considerazione l'ipotesi dell'errore del primo giudizio, occorre vedere non solo se la liquidazione fu fatta con esatta valutazione del danno allora in atto ma anche se nella valutazione del danno sia stato tenuto conto o di possibili miglioramenti, o di probabili peggioramenti, ed, in questo secondo caso, di qual grado.

Il previsto e non avvenuto miglioramento costituisce di per sé un errore che va riparato.

E può esistere l'errore anche se la liquidazione fu tenuta alta in previsione del peggioramento possibile, giacchè questo può avere superato il limite stabilito dalla previsione.

La questione però di valutare se ci fu errore quando la percentuale liquidata teneva conto del possibile peggioramento non è facile ad essere risolta, inquantochè non è sempre facile tradurre in cifre questi stati diversi e queste diverse variazioni la cui valutazione tiene molto al criterio individuale del perito.

Non bisogna dimenticare inoltre che, quando la liquidazione prima fu alta in rapporto alle condizioni di quel determinato momento, il sinistrato ha beneficiato per un tempo più o meno lungo di una indennità superiore a quella che gli sarebbe spettata.

In modo che, se si facesse un computo della scala degradante del valore in rapporto al tempo durante il quale l'operaio ha goduto di questa alta indennità, risulterebbe sempre una percentuale favorevole all'operaio. In questi casi il perito deve comprendere che un piccolo aumento all'indennità non sarebbe affatto giustificato, nè dal punto di vista medico, nè da quello economico.

Nei casi invece di un sopravvenuto aggravamento che non fu previsto, noi abbiamo insistito, più e più volte, allorchè ci capitò l'occasione di oppugnare certi avventati giudizi peritali, che l'aggravamento deve essere tangibile, ben manifesto, non già impalpabile e quasi evanescente.

Si capisce troppo bene che certi giudizi peritali, nei quali l'aggravamento venne valutato al quattro o cinque per cento, sono giudizi

di compiacenza, informati più che altro ad una tendenza di pietà elemosiniera, quando non influisca anche il pensiero che, agendo in tal modo, il patrocinatore dell'operaio può farsi liquidare la parcella dall'Istituto assicuratore.

La inconsistenza di queste percentuali così basse destinate a compensare il presunto aggravamento è stata così bene compresa fuor di Italia, che il Tribunale civile della Senna con sentenza 24 maggio 1909 affermava che l'aumento del 5 % proposto dal perito sul tasso della incapacità al lavoro, è insignificante e non può giustificare una azione di revisione ».

L'arbitrato medico.

L'arbitrato, di cui l'art. 115 del Regolamento, vale per i casi di primo giudizio, come per quelli di revisione, e si riferisce esclusivamente alle quistioni d'ordine tecnico.

Le parti interessate si impegnano rispettivamente in tal senso con un atto di compromesso il quale, prima della riunione degli arbitri, deve essere omologato dal Tribunale com'è richiesto dalla Legge (art. 14) per le transazioni.

Si tratta, a mio avviso, di un sistema praticissimo per dirimere ogni qualsiasi contrasto di apprezzamento medico, che si presenti nella risoluzione delle pratiche liquidatorie.

E questo mio giudizio - oltrechè da una larga esperienza professionale - è confortato dal parere di moltissimi altri infortunisti: tantochè si è anche lamentato da parecchie parti che, in occasione delle diverse modificazioni alla Legge, non siasi mai avuto il coraggio di rendere obbligatorio un tal sistema procedurale.

Nella Legge Belga è lasciato alla facoltà del Giudice di Pace di deferire la quistione ad un Collegio di arbitri: in Inghilterra le controversie di tal genere si risolvono tutte a mezzo di arbitri. V'hanno invece tribunali speciali, di cui fanno parte anche i medici, in Germania, in Austria, in Spagna, nel Portogallo, in Olanda, in Danimarca, in Norvegia, nel Lussemburgo, in Serbia, in Romania, ecc.

In Tripolitania e nella Repubblica di San Marino l'arbitraggio è imposto come unico mezzo per siffatte controversie: e vi si adottano le stesse norme di cui all'art. 115 del Regolamento della nostra Legge.

Ben s'intende che medicalmente vi dobbiamo ricorrere soltanto quando è in giuoco la discussione sul genere e sull'entità dei postumi della lesione e non quando vi sia altra divergenza sul diritto all'indennità: chè questo è quesito prettamente giuridico.

V'ha insomma una distinzione fra un tale arbitrato e il lodo, del quale si parla nel Codice di Procedura Civile, e che assume valore di vera e propria sentenza: infatti qui le parti sostituiscono il Giudice ordinario con giudici di particolare competenza e di rispettiva fiducia

e li investono di un mandato definitivo, mentre, nell'ambito degli infortuni industriali, è al Magistrato ordinario che spetta poi l'ultima parola sul responso dei tre arbitri medici. (Secondo le ultime norme potendosi deferire ad un Collegio arbitrale anche le vertenze su questioni amministrative o giuridiche, non è necessaria, anzi può dirsi intempestiva, in quest'ultimo caso la qualità di medico per essere designato come arbitro).

Hanno torto coloro (e per lo più gli avvocati) che si oppongono all'attuazione di tale sistema di procedura: non è vero che vi sia mancanza di alcuna garanzia nella tutela dei diritti dell'operaio. L'atto pregiudiziale di omologazione che il Magistrato compie, entrando in merito alle basi su cui si impenna la questione da risolvere, è già di per sé una tutela.

D'altra parte è noto quale influenza pregiudiziale abbiano sullo stato posttraumatico dell'operaio infortunato le lungaggini giudiziarie: la nevrosi traumatica ne è una conseguenza troppo comune perchè non ci debba preoccupare. V'ha chi l'ha chiamata addirittura la nevrosi procedurale.

Inoltre non è detto che, dal punto di vista da cui è obbligo considerare l'applicazione di certe Leggi sociali, non ci si debba preoccupare delle spese cui vanno incontro, con procedure interminabili, gli Enti Assicuratori: avendosi presente che questo aggravio di spese si riverbera poi sull'aumento dei premi d'assicurazione e quindi sull'industria. Mentre le pratiche necessarie per addivenire ad un accordo mediante un arbitrato sono semplici e sollecitamente risolutive.

Nè è vero quel che si argomenta da alcuni che al rigorismo del giudizio medico-legale sfuggono gli elementi di definizione equitativa esistenti nel rapporto giuridico stabilito dalla Legge infortuni fra l'operaio leso e l'industriale: ragione e sentimento possono bensì andare d'accordo anche attraverso al parere dei tecnici senza che occorra l'intervento del Giudice togato per trovare la formula conciliativa. Del resto è ingiusto dimenticare che in tutte queste controversie si arriva alla soluzione mediante il parere del tecnico in quanto che, salvo rarissimi casi, il Magistrato non fa che ricalcare la sua dalla sentenza preparatagli dal tecnico stesso.

E neppure è lecito il pensare che chi funziona da *perizore* nell'arbitrato medico adoperi un maggior rigidismo di vedute scientifiche di quel che non faccia il perito in genere o che egli risenta, più di questi, senza adattamento di opportunità l'indirizzo ed i criteri della sua scuola.

Sta d'altra parte a chi sceglie questo *perizore*, e cioè ai due medici fiduciari delle Parti in contesa, di saperlo scegliere: è certo tuttavia che una tale scelta è di solito sempre più felice di quel che non succeda ordinariamente per i periti giudiziali.

Il terzo arbitro, quando non si raggiunga un accordo fra gli arbitri delle Parti, viene nominato dal Presidente del Tribunale: ma ciò è

rarissimo, chè, dovendosi l'indicazione fare — come si è detto — da medici, non è ammissibile che non vi si riesca entro un vasto ambito di tecnici competenti e adatti, visto che da entrambe le Parti v'ha desiderio di definire la quistione con un siffatto sistema procedurale.

E così anche una tale scelta fatta da due medici, che conoscono il caso e fanno quindi appello a persona da essi riconosciuta competente, è di per sè una nuova garanzia alla dirittura e alla serietà del giudizio cui si vuole arrivare.

Il *periziore*, quando sia in tal modo selezionato, si pronunzia come un perito giudiziale ugualmente gradito alle Parti in contesa.

Io vorrei però che l'instituzione dell'arbitrato medico fosse meglio ordinata. Ad es.: troverei opportuno che l'atto arbitrale fosse preceduto da un contraddittorio fra i due medici fiduciari, durante il quale — secondo me — dovrebbe essere verbalizzato tutto quanto si riferisce allo stato clinico e funzionale, in cui si trova il leso, e ai motivi di divergenza riguardanti la natura e il valore dei postumi traumatici.

Da questi verbali indubbiamente risulterebbero viemmeglio le ragioni del contrasto, a dirimere il quale (nella impossibilità di un accordo) interviene il *periziore*.

Come ho detto l'atto di omologazione del Tribunale, mentre sanziona l'impegno reciproco delle Parti stesse, le difende entrambi e soprattutto garantisce l'operaio da sopraffazioni o da compromessi lesivi di interesse.

Le sentenze degli arbitri non sono appellabili essendo essi chiamati a presentarsi come amichevoli compositori (art. 28, 1° del C. P. C.).

All'operaio non è tuttavia impedita la possibilità di un giudizio di revisione entro il biennio quando si provi un aggravamento intervenuto.

Cambiando il *caput transactum* ed esistendo il fatto nuovo *de quo cogitatum non est* all'atto del compromesso, il diritto della revisione emerge incontestabile.

La sentenza degli arbitri può essere impugnata per nullità quando essa sia stata pronunziata sopra un compromesso nullo o scaduto oppure fuori dei limiti del compromesso, oppure se non sia stata pronunziata sopra tutti gli oggetti del compromesso o contenga disposizioni contraddittorie o se sia stata pronunziata da chi non poteva essere nominato arbitro o da arbitri non autorizzati a decidere in assenza degli altri (art. 32 C. P. C.). La scadenza del termine del compromesso è di giorni 90.

Possono essere pronunziate sentenze interlocutorie.

Gli arbitri che, accettata la nomina e senza giusto motivo, desistono o non si pronunziano nel termine stabilito sono tenuti al risarcimento dei danni verso le Parti.

La sentenza in originale è depositata coll'atto di compromesso, nel termine di giorni 5, da uno degli arbitri, o personalmente o per

mezzo di mandatario munito di procura speciale per quest'oggetto, alla Cancelleria della Pretura del mandamento in cui fu pronunciata: altrimenti è nulla.

Si forma processo verbale del deposito, che è sottoscritto da chi lo fa, dal pretore e dal cancelliere.

La procura anzidetta è annessa al processo verbale.

La sentenza è resa esecutiva e inserita nei registri per decreto del pretore, il quale deve pronunziarlo nel termine di giorni cinque dal deposito nella Cancelleria.

Per il compenso agli arbitri è stabilito che esso sia fissato dal Presidente del Tribunale in una somma non inferiore a L. 25 e non superiore a L. 150 per i due arbitri delle Parti; e non inferiore a L. 50 e non superiore a L. 200 per il terzo arbitro: con la rispettiva porzione in cui tale compenso debba stare a carico dell'Ente Assicuratore e dell'operaio.

* * *

Le pratiche liquidatorie nella Legge degli Infortuni agricoli.

Per gli infortuni agricoli vige un'altra procedura. V'è un Comitato speciale di liquidazione i cui membri sono designati dalle organizzazioni agricole operaie e padronali della circoscrizione. Inoltre v'è una Commissione arbitrale di prima istanza di cui fanno parte, oltre che un Giudice di Tribunale, i rappresentanti delle Parti in contesa (contadini e padroni) e due medici. I membri di questa Commissione (art. 123), in rappresentanza delle Parti, sono nominati dal Primo Presidente della Corte d'Appello, su indicazione delle organizzazioni agricole padronali e operaie comprese negli elenchi del Compartimento di assicurazione e funzionanti nelle circoscrizioni delle Commissioni arbitrali medesime. Anche i medici vengono scelti, insieme a due supplenti, dallo stesso Primo Presidente della Corte d'Appello entro una lista da compilarsi ogni anno dai Consigli Provinciali Sanitari compresi nella circoscrizione. L'art. 124 stabilisce le categorie di professionisti che hanno diritto ad essere iscritti nella detta lista: *i professori universitari di clinica e di patologia chirurgica, quelli di clinica e patologia medica, i professori di medicina legale, i liberi docenti in queste materie, i medici chirurghi primari d'ospedale con almeno 100 letti, che abbiano conseguito il posto per pubblico concorso, gli altri medici chirurghi esercenti i quali, a giudizio del Consiglio Sanitario, abbiano titoli scientifici o di esercizio equipollenti a quelli delle categorie suindicate.*

V'ha infine una Commissione arbitrale Centrale che ha sede in Roma: nella quale sono pure rappresentate le Parti e vi funzionano come esperti due sanitari di indiscussa competenza in materia.

Eccone la composizione secondo l'art. 15:

*un Consigliere di Corte di Cassazione che la presiede;
due funzionari superiori del Ministero del lavoro e dell'agricoltura rispettivamente;*

due sanitari di speciale competenza nelle materie attinenti agli infortuni sul lavoro, non stipendiati dagli Istituti assicuratori;

un rappresentante della classe padronale agraria o più precisamente delle persone obbligate a provvedere all'assicurazione;

un rappresentante degli operai agricoli.

Il medico curante del contadino infortunato, appena ne ha constatata la guarigione anatomica, rimette all'Ente Assicuratore il certificato medico definitivo.

A proposito di questo certificato dobbiamo dire che talvolta esso assume carattere di vera e propria perizia (accertamento di uno stato postraumatico in rapporto a determinate mansioni). Ed è strano che lo si richieda all'Ufficiale Sanitario e ai medici condotti i quali non possono ovviamente in ogni caso avere la competenza necessaria. Si aggiunga che essi senza un giustificato motivo non possono neppure rifiutarsi di redigerlo! (art. 88).

Appena l'Ente Assicuratore ha ricevuto il certificato in parola ed ha esperite tutte le indagini, per stabilire la natura e il grado del danno lavorativo che consegue all'infortunio, rimette - entro 15 giorni - al Comitato di liquidazione (art. 108), unitamente ad un suo rapporto in merito, tutti i documenti che si riferiscono alla questione.

Tale Comitato decide e la decisione è comunicata entro cinque giorni all'operaio il quale, quando si reputi non sufficientemente compensato, può appellarsi alla Commissione arbitrale. Nel ricorso deve essere indicato l'oggetto della domanda, la misura della indennità richiesta, l'indicazione del luogo, il giorno e l'ora della comparizione da notificarsi a cura dell'attore all'altra Parte a mezzo della Commissione, con le norme fissate per i conciliatori (art. 144). Il termine per comparire davanti alla Commissione è di 10 giorni.

Il presidente di dette Commissioni arbitrali, aperta l'udienza, ascolta le ragioni delle Parti e tenta di conciliarle, facendo redigere - in caso di conciliazione - il processo verbale. Se il componimento non avviene, la Commissione, esaminati gli atti e i documenti presentati dai contendenti, può - ove lo creda necessario - ordinare una perizia medica od altri accertamenti delle condizioni fisiche dell'operaio in rapporto al patito infortunio; ordinare agli operai, ai proprietari o conduttori del fondo e agli Istituti Assicuratori la esibizione di registri o altri documenti; sentire i testimoni indicati dalle Parti o chiamarne d'ufficio; interrogare persone pratiche e, ove occorra, procedere

a qualche verifica sul luogo; delegare il presidente ad accedervi, solo o accompagnato da tre dei giudicanti, un proprietario o conduttore di fondi, un lavoratore agricolo e un sanitario, allo scopo di verificare con processo verbale lo stato dei fatti.

Ai testimoni è deferito il giuramento ai termini degli articoli 226 e 259 del Codice di Procedura Civile, modificato dalla Legge del 30 giugno 1876.

I processi verbali di seguita conciliazione sono titoli esecutivi. Le decisioni emesse dalle Commissioni arbitrali compartimentali rivestono carattere di sentenza.

Per l'art. 14 a dette Commissioni è deferita ogni soluzione di controversie sul diritto all'indennità e sulla liquidazione e attribuzione di questa anche in sede di revisione; non sono davanti ad esse tollerati i periti di Parte, mentre l'art. 149 del Regolamento (21 novembre 1918) prevede l'opportunità di ordinare una perizia medica o altri accertamenti intesi a stabilire lo stato fisico del leso in ordine all'infortunio di cui si discute: perizie o accertamenti da compiersi preferibilmente durante l'udienza.

Invero non ci si sa rendere conto del modo con cui all'udienza, o durante questa, si possa fare una perizia, la quale richiede invece tempo e mezzi opportuni per gli accertamenti medici, ecc. Si è obiettato che per gli infortuni agricoli la perizia rappresenta un provvedimento d'eccezione: e, in realtà, di essa si sente minor bisogno, visto che nelle Commissioni arbitrali funzionano da giudici due sanitari d'indislessa capacità tecnica. Il CARNELUTTI così ha scritto in proposito, nel commento alla Legge stessa:

« S'intende che, una volta introdotti i medici nel Collegio (giudicante), non dovrebbero esserci, salvo circostanze straordinarie, medici periti. Il perito si chiama per integrare le deficienti attitudini deduttive e percettive del giudice dovute soprattutto al difetto di preparazione tecnica in determinate materie. Una volta che nel Collegio le attitudini e la preparazione ci sono, cosa c'entra più il perito? Sarebbe una duplicazione »,

e più oltre:

« Le constatazioni e le valutazioni mediche le fa il giudice medico; alla perizia si dovrebbe ricorrere soltanto quando, per esempio, per la necessità di constatazioni in luoghi lontani o per lavoro soverchio, il giudice si trovasse nell'impossibilità di operare direttamente ».

V'ha tuttavia da obiettarsi che questi argomenti non persuadono abbastanza: chè può occorrere anche il parere di specialisti laddove la capacità tecnica dei Medici della Commissione arbitrale non sia particolarmente versata. La medicina ha troppe branche perchè non si debba tener presente che in alcuni casi è più che necessario un metodo d'indagine tutto speciale.

È ovvio che allora si richiederanno soltanto accertamenti clinici e considerazioni d'ordine etiologico e pareri prognostici: la discussione medico-legale del caso spetterà sempre ai prefati Commissari medici.

Circa le eventuali nomine di questi periti il Regolamento non dice che essa debba farsi sulla indicazione dei detti Commissari: io avrei però preferito che su tal punto si fosse stati addirittura più espliciti.

L'art. 149 del Regolamento della Legge degli Infortuni agricoli differenzia giustamente le perizie dagli accertamenti medici che le Commissioni arbitrali possono altresì ordinare; evidentemente in questo ambito assicurativo una perizia, del genere di quella che si fa per l'applicazione della Legge degli infortuni industriali, destinata cioè per il Magistrato ordinario profano in materia di medicina, non ha ragione d'essere: appunto per la presenza di tecnici nel Collegio giudicante.

CAPITOLO II.

PROVA PER PERIZIA E PROVA PER TESTIMONIANZA

Il perito e la perizia.

Chi è chiamato a periziare giudizialmente su quistioni che si riferiscono alla traumatologia del lavoro deve anzitutto rendersi conto del valore da darsi alla cosiddetta « prova per perizia » e in specie del significato e della importanza di essa.

Dato il carattere pratico di queste mie Note da servire esclusivamente ai medici, non intendo addentrarmi in una disquisizione giuridica sulla funzione della perizia: nondimeno è necessario che, da chi è chiamato a interloquire come perito, si sappia in che essa consista e come si differenzi dalla « prova per testimonianza ».

Trattasi dell'accertamento tecnico di un fatto non altrimenti accertabile e valutabile. La distinzione fra testimonianza e perizia sta in questo: mentre il testimone si pronunzia soltanto sulla obiettività dei fatti senza esprimere alcun parere in proposito, il perito, invece, con funzione commessagli dal Magistrato trae dai fatti rilevati le opportune deduzioni riferendosi a quelli che sono i postulati giuridici del problema. Comunque egli deve sempre guardarsi da entrare in disquisizioni giuridiche che non gli si competono e che possono togliere valore alla perizia. Giustamente il LESSONA fa notare che « l'oggetto della perizia, come quello delle prove semplici, è il fatto non il diritto ».

Il perito ha soltanto lo scopo di acquisire dei fatti contestati, valutandoli o di per sé nelle loro conseguenze e nelle loro cause o rispettivamente nei rapporti di successione, di coesistenza e di concausa con altri fatti, sì da poter affermare o negare il nesso giuridico quale lo vuole l'art. 7 della Legge Infortuni. Perciò deve mettere in opera la sua capacità percettiva tecnica, procedendo a tutte le indagini necessarie da esperirsi sulla materia in contestazione alla presenza delle Parti durante il corso delle operazioni peritali.

Di tutto quanto gli risulta egli fa menzione nella relazione, dettando le ricerche e i relativi reperti: giungendo poi, attraverso ad un procedimento logico ben precisato, alle conclusioni motivate.

La necessità di un tecnicismo particolare per una perizia in materia assicurativa d'infortuni è ovvia: occorrendo rilievi e apprezzamenti che non possono affatto prescindere dal giudizio del medico, il quale deve di necessità supplire alla deficienza percettiva e deduttiva che ha il Giudice in quistioni mediche: sia che si voglia decidere se l'operaio ha o meno il diritto all'indennizzo (quesito dell'*an debeatur* nell'applicazione delle dottrine della causa violenta o della concausalità lesiva), sia che spetti di fissare il *quantum* di danno che egli ha sofferto, la deduzione relativa deve avere basi essenzialmente mediche ed è compito del tecnico di accertarne e di collaudarne la solidità.

È ben vero che non in tutte le quistioni che si riferiscono al sistema assicurativo degli infortuni ha voce il medico. Ad es.: il decidere dell'*occasione di lavoro* esula dalle di lui competenze, necessitando in tal caso il parere di chi ha competenza in tecnica industriale od agraria. Ma ciò ha ricorrenza assai rara in confronto a quello che avviene per le controversie di indole medica.

Un parere periziale può richiedersi tanto in sede amministrativa, cioè all'atto delle prime pratiche liquidatorie, quanto in sede giudiziaria, allorchè — fallita ogni possibile intesa fra le parti — si decide di adire la via del Magistrato.

Ma nell'un caso e nell'altro la funzione medica non differisce affatto, se chi la compie è veramente compreso dell'importanza che essa ha nell'applicazione di una legge sociale come quella di cui si discute.

È anzitutto indispensabile che il medico, chiamato a giudicare in tema di relitti da infortunio del lavoro anche in sede amministrativa, faccia sempre astrazione dalla sua contingente qualità di fiduciario o dell'Ente Assicuratore o dell'operaio. Purtroppo nella pratica accade spesso il contrario: sicchè ne deriva una diffidenza reciproca fra le Parti e di qui ha vita il contenzioso che è di grande pregiudizio e di impaccio alla buona applicazione della Legge Infortuni.

Mentre, se riuscissimo davvero a meglio ordinare in questa prima fase il corso della quistione, avremmo di sicuro il vantaggio di vedere ridotte al minimo le controversie giudiziarie. E — notisi — quando gli accertamenti del primo tempo furono difettosi, poco obiettivi, incerti o contraddittori, la perizia giudiziaria ne soffre sempre: essendo quelli i cardini su cui questa deve assai spesso impernarsi.

Il giudice e la perizia.

La perizia è un semplice parere che non vincola il giudice: siamo dunque nell'ambito dei giudizi consultivi senza valore di sentenza, la quale su questa materia è sempre riservata al Magistrato, il perito dei periti: nel senso che il responso di questi può illuminarlo e convincerlo: ma ciò non gli impedisce di discostarsene quando così suggeriscano altri risultati della causa (art. 270 del C. P. C.).

Anche la Corte di Cassazione Francese ha stabilito in tal senso (30 dicembre 1902) « le rapport médico-légal n'a qu'une valeur documentaire scientifique et il appartient aux magistrats de l'interpréter en toute indépendance, au point de vue de la réparation pécuniaire de l'accident ».

Una sentenza della Cassazione di Firenze del 5 febbraio 1912 dice: « La perizia non vincola il convincimento del Giudice il quale deve apprezzarne i risultati liberamente anche nella parte in cui è più schietta la natura tecnica dell'indagine ».

Altra sentenza della stessa Corte di Firenze (11 gennaio 1915) dice: « Il giudice può non seguire l'avviso del perito, apprezzando diversamente il fatto anche sotto l'aspetto tecnico, purchè dia di tale suo parere sufficiente motivazione ».

Egli è autorizzato anche a chiedere ulteriori delucidazioni al perito se lo creda opportuno.

Circa la facoltà data dall'art. 269 del C. P. C. di ordinare una nuova perizia è necessaria la constatazione che il perito ha commesso errori sostanziali dai quali può venir frustrato, se non del tutto almeno in parte, lo scopo per cui la perizia fu richiesta.

Una nuova perizia giudiziale può essere domandata anche dalle Parti: ed il Magistrato su siffatta richiesta deve pronunziarsi: ma da chi ne ha interesse debbono essere ben specificati e dimostrati i fatti e le circostanze che servono di base all'errore di giudizio in cui è caduto il primo perito: ciò si fa a mezzo di una perizia stragiudiziale. Questa può provocare anche un terzo parere da parte di chi ha invece tutto l'interesse che le conclusioni della perizia giudiziale sieno accettate. Io mi domando in quali condizioni di animo deve allora trovarsi il Magistrato in tal confittarsi di giudizi soprattutto tecnici, fra cui egli deve stare come giudice supremo. In pratica si vede quasi sempre che il giudice finisce col prendere pari pari le conclusioni del perito giudiziario e col servirsene per la sua sentenza. E dal suo punto di vista egli ha perfettamente ragione: il perito giudiziale non è un perito di parte, non ha subito influenza di sorta - dice lui - è vincolato da un giuramento, ecc., ecc. Sta poi a vedersi se il perito ha scritto delle inesattezze od ha commesso errori di tecnica. Quel che importa è che la sentenza esca e che la vertenza sia chiusa! Però in tal modo il discreto cade su tutto l'ordinamento giudiziario in materia d'infortuni sul lavoro.

Perizie giudiziali e perizie stragiudiziali.

Come ho detto, quando il giudice, nel conflitto fra una perizia giudiziale e una perizia stragiudiziale, nomina un secondo perito giudiziale deve dirne i motivi dettagliando le ragioni per le quali non trova elementi sufficienti per la decisione.



Egli tuttavia può anche fare a meno di una seconda perizia giudiziale e attenersi alle conclusioni della perizia stragiudiziale se questa per lui è convincente.

Il fatto di avere richiesta una nuova perizia non implica neppure che in definitiva non si possa tornare alle conclusioni della prima, quando il Giudice siasi convinto, attraverso ai nuovi pareri, che il primo parere era nel vero.

Vi sono delle sentenze che considerano le perizie stragiudiziali come memorie defensionali.

La Cassazione di Firenze (5 luglio 1916) così si è espressa in proposito: « La perizia stragiudiziale non è un mezzo di prova legale, ma costituisce una deduzione di ordine tecnico della Parte che la produce: onde il Magistrato non può trascurarla e rifiutarsi di esaminarla ».

Già in altra sentenza di data anteriore (29 dicembre 1913) la prefata Corte aveva detto:

« Le perizie stragiudiziali, se non possono essere considerate come perizie vere e proprie, possono servire però a rappresentare le osservazioni che le Parti hanno diritto di sottoporre al perito ed anche al Magistrato come difesa tecnica ».

All'atto della presentazione di una perizia stragiudiziale è ammesso anche di formulare il giuramento di rito col quale, chi vi ha collaborato, assevera di non avere avuto altro scopo colle sue ricerche che di far conoscere la verità al Giudice.

CAPITOLO III.

LE BASI PROCEDURALI DELLA PERIZIA

L'istituto della Perizia ha una base procedurale e una base tecnica.

Per quanto riguarda gli Infortuni industriali ci si deve riferire alle norme della comune procedura civile: la quale vuole che sia il Magistrato ordinario a ingerirsene.

Il C. P. C. (dall'art. 252 all'art. 270) disciplina tutta la materia della perizia in genere. Si tenga presente che, agli effetti giuridici e procedurali, la perizia cui viene chiamato il medico è identica a quella di cui viene incaricato il ragioniere, l'ingegnere, l'agrimensore, ecc.

L'azione dell'operaio verso l'Ente assicuratore — come si è detto — ha carattere commerciale: essendo considerato, per l'art. 3, n. 20 del Codice di Commercio, un atto commerciale tutto quel che si riferisce ad « assicurazioni terrestri anche mutue contro i danni e sulla vita ».

La sentenza con cui si ordina una perizia.

La perizia viene ordinata o d'iniziativa del Magistrato o ad istanza delle Parti: occorre tuttavia che il Giudice ne faccia motivo di sentenza o di ordinanza, enunciando in termini precisi l'oggetto da discutersi e stabilendo il termine entro il quale deve essere presentata la relazione. Anche il Giudice che è delegato a ricevere il giuramento del perito deve essere indicato in questa sentenza o ordinanza (art. 252).

Alla perizia possono prendere parte uno o tre medici: scelti con l'accordo delle Parti o designati dal Giudice con l'ordinanza o con la sentenza che ammette la perizia (art. 253 C. P. C.).

La copia dell'ordinanza o della sentenza, nella parte che determina l'oggetto della perizia, e i documenti necessari, sono consegnati ai periti non più tardi di giorni 15 da quello del giuramento (art. 261).

Può un perito rifiutare il suo incarico? Sì: prima del giuramento. Basta che ne scriva al Giudice che lo ha nominato. Dopo aver prestato giuramento, il suo rifiuto, giungendo tardivamente, può arrecare danno alle Parti e quindi deve avere motivi seri.

Quando il perito o i periti ne facciano domanda, il Giudice determina la somma da depositarsi nella Cancelleria anticipatamente per le spese (art. 259).

Quando il perito non accetti la nomina o non comparisca nel giorno e nell'ora indicata per prestare il giuramento, o per eseguire la perizia, è nominato d'ufficio, colle norme stabilite negli articoli precedenti, un altro perito, se le parti non siansi accordate in questa nomina.

Il perito che, dopo aver prestato giuramento, non comparisca nel giorno ed ora stabilita, per l'eseguimento della perizia, può essere condannato alle spese e al risarcimento dei danni (art. 260).

Il giuramento.

Prima di procedere alle operazioni peritali, il perito deve giurare davanti al Magistrato. Eccone la formula: «Giuro di bene e fedelmente procedere nelle operazioni affidatemi e di non avere altro scopo che di far conoscere al Giudice la verità».

La formula del giuramento delle perizie stragiudiziali è di «aver proceduto fedelmente nelle operazioni peritali e di non avere altro scopo che di far conoscere al Giudice la verità».

Talora il perito di Parte può giurare come testimone.

All'atto del giuramento per la perizia giudiziale è prescritto di fissare il luogo, il giorno e l'ora in cui dovranno iniziarsi le operazioni peritali.

Di ciò deve essere preso nota nel verbale del giuramento stesso e ne deve essere dato avviso alle Parti.

«È nulla la perizia, se l'ordinanza colla quale si stabiliva il giorno, l'ora ed il luogo in cui i periti dovevano dare principio alle loro operazioni non fu notificata al procuratore non presente, allorchè dal Giudice fu pronunziata». Così si è espressa una sentenza della Corte di Appello di Genova del 19 giugno 1891.

Un'altra sentenza che si riferisce allo stesso argomento è quella della Cassazione di Firenze del 3 luglio 1905:

«È nulla la perizia ordinata dal Pretore se questi, ricevendo il giuramento del perito, omette di stabilire il luogo, il giorno e l'ora in cui devono cominciare le operazioni».

Anche la Corte d'Appello di Palermo è dello stesso avviso (22 luglio 1909):

«Alla Parte non presente alla prestazione del giuramento del perito deve essere — sotto forma di nullità — notificata l'ordinanza che stabilisce luogo, giorno ed ora per l'inizio delle operazioni peritali: ma non v'ha termine perentorio per tale notificazione e basta che sia fatta in tempo per potervi intervenire».

La Corte di Cassazione di Torino (24 marzo 1917):

« Il perito ha l'obbligo di avvertire le Parti del giorno e del luogo solamente quando si tratti delle vere operazioni peritali, non quando si tratti di investigazioni e di informative che il perito crede utile di assumere, per proprio conto, per un più diligente disimpegno dell'incarico ».

La perizia può essere dichiarata nulla se l'inizio delle operazioni peritali si ebbe in giorno diverso da quello stabilito.

L'art. 263 dice: « Quando i periti non possono terminare l'operazione nel giorno indicato, questa è da essi prorogata ad altro giorno ed ora *certi*, senza bisogno di citazioni e di notificazioni.

La Cassazione di Roma in data 20 febbraio 1909 così si è espressa a questo proposito:

« Se il perito rinvia la prosecuzione delle operazioni peritali ad un giorno indeterminato la proroga deve essere notificata alle Parti ».

Alle operazioni peritali possono presenziare o farsi rappresentare le Parti le quali, nel corso degli esami, hanno il diritto di fare i rilievi e le osservazioni che credono utili al proprio interesse. Da questi rilievi e da queste osservazioni non potrà prescindere il Perito il quale sarà obbligato a tenerne nota nella sua relazione (art. 262 C. P. C.).

Così si è pronunziato al riguardo la Cassazione di Roma il 12 ottobre 1911:

« Le Parti possono, nel corso delle operazioni peritali, fare le osservazioni che credono nel loro interesse ed il perito ha l'obbligo di farne menzione nella sua relazione: nè il tener conto di tali osservazioni è subordinato al beneplacito della controparte ».

Ricordo di aver fatto annullare una perizia giudiziale perchè nel contesto si era omissso di accennare ad importanti rilievi che, assistendo come rappresentante di una Parte alle operazioni peritali, avevo creduto di dover fare al perito.

La Cassazione di Torino (9 giugno 1900):

« La trascrizione letterale nella relazione di perizia delle osservazioni presentate dalle parti non è prescritta a pena di nullità; basta che consti che il perito ne ha tenuto il debito calcolo nell'emettere i suoi apprezzamenti ».

Il perito deve mantenersi strettamente nei limiti del mandato conferitogli, altrimenti può andare a rischio di vedersi annullare la perizia. Egli deve esporre i motivi dei suoi apprezzamenti.

La mancanza, l'insufficienza o l'erroneità della motivazione possono pure essere causa di nullità: infatti una perizia che non contenga i motivi del giudizio espresso, i quali sono appunto la parte essenziale destinata a convincere il Magistrato, manca della sua funzione.

Il perito ha l'obbligo di adempiere personalmente al mandato affidatogli e non può dare ad altri in sua vece l'incarico di eseguire indagini attinenti alla perizia in quistione. Se ha bisogno, per esau-

rire il suo compito, di giovare della collaborazione e della competenza particolare di altri medici ne deve chiedere l'autorizzazione al Magistrato.

E, tenuto conto che il perito non può essere onnisciente e che può tuttavia occorrergli un'indagine, per l'integrazione del suo giudizio, la quale spetti per competenza assai meglio allo specialista (esame oftalmoscopico, esame elettrico, esame radiografico, esame otoscopico, ecc.) è ovvio che non gli si possa contestare dal Magistrato il diritto di associarsi — magari dietro sua indicazione nominativa — la opera di un altro tecnico particolarmente versato in quell'indagine complementare: ben s'intende riservando soltanto a sè stesso il compito di rispondere ai quesiti medico-legali che gli sono stati proposti.

La funzione quindi dello specialista assume in tal caso il valore di un accertamento qualsiasi: col pieno diritto, da parte del perito, di tenerlo presente o meno nelle sue conclusioni.

Se il perito non può compiere le sue operazioni nel termine stabilito (fissato cioè con l'ordinanza o con la sentenza che ammette la perizia e ne specifica le modalità) deve, prima della scadenza, domandare una proroga: questa è domandata con ricorso al Presidente, il quale udite le Parti prende le sue decisioni in merito. Il varcare i termini concessi senza avere richiesta dapprima l'autorizzazione può essere motivo di nullità, secondo l'art. 268 del C. P. C. e secondo vari ed autorevoli responsi della nostra Giurisprudenza.

La perizia deve essere unica anche se i periti sono in tre: e se fra loro v'è divergenza, basta la maggioranza di voti a dar valore alle conclusioni della medesima.

Del parere discorde si dovrà tener conto indicando i motivi per i quali il dissenziente non ha potuto di poter sottoscrivere il giudizio formulato dagli altri due colleghi.

L'atto di consegna della perizia.

L'art. 264 (2° capoverso) dice: « In caso di divergenza di opinioni fra i periti si esprimono i motivi delle diverse opinioni senza indicare il nome dei periti che le hanno espresse ».

La relazione peritica deve essere sottoscritta contemporaneamente da tutti i periti in presenza del Cancelliere dell'Autorità giudiziaria che ha ordinato la perizia.

Il Cancelliere deve fare apposito verbale dell'atto di consegna.

Il Presidente (art. 266) può ordinare che la relazione dei periti sia ricevuta dal Cancelliere della Pretura del mandamento in cui la perizia fu eseguita o di quella della residenza di uno dei periti e il Cancelliere trasmette immediatamente la relazione in originale alla Cancelleria dell'Autorità giudiziaria che ha ordinato la perizia.

Come ho detto la perizia deve essere chiara nelle sue premesse e nelle sue deduzioni. Se essa non appaia sufficiente per la decisione della vertenza, il Magistrato può sempre richiedere maggiori chiarimenti al perito o ai periti: come pure è nella sua facoltà di ordinarne un'altra.

Deve ritenersi illegale e inattendibile, agli effetti della sentenza, quella parte della perizia che ecceda i limiti del mandato commesso al perito.

Questi non può comunicare alle parti le sue conclusioni prima di avere depositato nella Cancelleria del Tribunale la sua perizia.

L'onorario del perito.

L'art. 267 (C. P. C.) dice: «l'onorario dei periti è tassato dal Presidente con ordine di pagamento in margine al processo verbale e il provvedimento ha forza di sentenza spedita in forma esecutiva contro la parte che ha chiesto la perizia e, se questa fu ordinata d'ufficio, solidalmente contro tutte le Parti interessate».

L'art. 268 (C. P. C.): «Il perito che ritarda o ricusa di presentare la relazione nel termine stabilito o prorogato, decade di diritto dalla nomina, e le parti possono chiederne senz'altro la surrogazione».

In questo caso il perito non può pretendere alcun onorario o rimborso, ed è tenuto alle spese e al risarcimento dei danni.

Coll'art. 115-bis del R. D. 2 ottobre 1921 per l'Assicurazione degli Infortuni Industriali, si è stabilito che l'onorario per le perizie debba «essere contenuto, secondo l'importanza del caso, fra le L. 50 e le L. 300».

Non è qui il caso di discutere di un siffatto argomento! È certo tuttavia che, se dapprima le perizie di 800 pagine citate dal MAGALDI per casi semplicissimi venivano pagate oltre ogni limite, l'inconveniente doveva addebitarsi all'incompetenza del Magistrato il quale assai spesso giudicava a peso di carta il valore di una perizia, come lavoro di accertamento e di critica medico-legale; chè invece essa rappresentava quasi sempre — e purtroppo anch'oggi l'inconveniente continua — una raccolta di citazioni bibliografiche pressochè inutili o un dettaglio di esami pleonastici inconcludenti, ecc. sì da riserbare la vera parte sostanziale della perizia ad un numero di pagine assai esiguo.

Perciò trovo addirittura errato che oggi siasi voluto conterminare e limitare il compenso ad un lavoro che, nella generalità dei casi, ha limiti indefiniti: infatti, se per un giudizio — putacaso — che verta sulla funzionalità più o meno minorata di un dito rigido è più che sufficiente un compenso modesto, non può certo pretendersi che per dare un parere su una quistione la quale implichi un dibattito sulla

concausa, in caso di morte, ecc. e per cui si richiede e studio e preparazione, si possa di poco differire da questi pareri modesti: tanto più quando si pensi che il patrono legale sullo stesso fatto, per un semplice atto di citazione e per una comparsa conclusionale di ben altro valore tecnico, ha un compenso o eguale o superiore a quello di cui si gratifica il perito giudiziale per la sua opera: intorno alla quale esclusivamente assai spesso s'impernia tutta la risoluzione della vertenza.

CAPITOLO IV.

LA SCELTA DEI PERITI

Come si fa oggi la scelta dei periti.

La scelta dei periti giudiziari è di grande importanza: disfortunatamente nel C. P. C. non sono contenute norme che la disciplinino. La discrezione e il buon senso del Magistrato falliscono assai di frequente in questa selezione di tecnici. L'argomento è ormai vecchio e le discussioni che esso ha provocato non si contano più.

Nè si può dire che abbia servito a qualche cosa una Circolare Ministeriale intesa a raccomandare una maggiore oculatezza nel conferire incarichi peritali (Circ. n. 8344 del 1915, ecc.). Essa, a firma del Ministro DARI, così diceva:

«Pervengono a questo Ministero continue lagnanze sulle perizie nei giudizi per le indennità in seguito ad infortuni del lavoro e in particolar modo viene chiamata la mia attenzione sugli inconvenienti non lievi derivanti dal fatto che talvolta viene conferito l'incarico di eseguire tali perizie ai professionisti, i quali nella materia di cui si tratta, non hanno quella speciale competenza che è indispensabile, affinchè possano portare sui fatti a loro sottoposti un esame coscienzioso ed illuminato. Mentre, pertanto, richiamo l'attenzione delle Autorità Giudiziarie sulle norme contenute nella Circolare di questo Ministero in data 24 luglio 1907, n. 1594, per quanto concerne i compensi da liquidarsi ai periti, ed in attesa che provvide riforme, da tempo invocate, diano un più conveniente assetto a questo importantissimo ramo della nostra legislazione sociale, ravviso opportuno di raccomandare fin d'ora che all'ufficio di periti sieno chiamati, possibilmente, professionisti che posseggono titoli speciali di studio, escludendo in loro confronto altri professionisti che ne sieno privi. Non ho bisogno di ricordare che il Giudice, usando per tal modo della sua discrezionalità, seguirà quella che può ritenersi la più recente orientazione legislativa nella disciplina della perizia. Ne porge autorevole conferma l'art. 209 del nuovo C. P. P., che per le perizie medico-chirurgiche,

le chimiche e per tutte le altre di carattere tecnico-scientifico esige che venga dato preferenza, quando sia possibile, ai Direttori di Istituti di Medicina Legale, ai loro assistenti o ai medici particolarmente esperti in questa materia.

Rivolgo, poi, specialmente invito ai Signori Primi Presidenti e Procuratori Generali presso le Corti d'Appello di invigilare, per quanto è di loro diretta competenza, affinchè nei Tribunali e nelle Preture dipendenti anche queste raccomandazioni sieno tenute presenti nel conferimento degli incarichi peritali ».

Tutti gli inconvenienti riferentisi alla cattiva scelta dei periti erano stati segnalati in una relazione del MAGALDI fino dal 1905:

« I periti e segnatamente i periti medici vengono il più delle volte scelti senza tener conto della speciale competenza che dovrebbero avere per dare un giudizio cosciente sulla natura e sulle conseguenze della lesione riportata dall'operaio. Mentre invece, specialmente nei casi più gravi, sarebbe opportuno che, secondo l'organo offeso, fossero chiamati, come periti medici, specialisti nella diagnosi e nella cura delle malattie d' quel dato organo: e quanto meno occorrerebbe che le funzioni di perito non fossero considerate, come spesso avviene, un beneficio da distribuirsi indifferentemente fra i medici che, con raccomandazioni o con pressioni, le sollecitano, ma che si procurasse invece di far cadere la scelta su coloro che, per la loro pratica professionale e per la prova fatta come periti in simili cause, dànno affidamento di saper meglio corrispondere al delicato compito ad essi affidato.

E, sempre a proposito della perizia, converrebbe anche esaminare se non fosse opportuna qualche disposizione che prescrivesse di ben precisare e delimitare i quesiti fatti al perito, in modo da evitare lo sconcio più volte verificatosi che, per fatti assai semplici, sono state presentate perizie voluminosissime talvolta di 800 e più pagine ».

Il PERI così scriveva nel 1913 (*Sulle più urgenti modificazioni, ecc.* in Atti del 1° Convegno della Società italiana di medicina legale. Genova 1913):

« La perizia il più delle volte è affidata a chi è specializzato in un ramo della medicina ben lontano da quello che sarebbe necessario; spesso è accordata a medici troppo giovani che ignorano completamente la tecnica peritale. Ne consegue che le relazioni ora si presentano incomplete riguardo alle indagini che sarebbero state indispensabili, mentre sono prolisse nelle parti che si riferiscono al modo con cui avvenne l'infortunio, ecc. ».

Bene spesso si nota che il perito compie delle ricerche completamente inutili, come esami d'urine, esami somatici completi, delimitazioni di aree di visceri, per determinare una lieve alterazione anatomica o funzionale di un dito; spessissimo poi che trascrive intere pagine di Trattati di medicina senza alcuna necessità, all'infuori di quella di allungare il numero delle vacanze.

Chi ha occasione di esaminare un considerevole numero di perizie ha l'opportunità di notare, in mezzo a quelle che corrispondono perfettamente al fine di illuminare il Magistrato, molte altre che, attraverso a deficienze di ogni genere, tradiscono la psicologia particolare della persona che le redasse. Dalla maniera con la quale la perizia è condotta, dalle ricerche particolari fatte, da quelle dimenticate o volontariamente omesse, dai tentennamenti nella valutazione dei fatti rilevati, è facile riconoscere il perito che ha la coscienza dell'importanza del compito suo dal perito che fa uno studio speciale per sostenere una tesi preconcepita o per favorire una delle parti. Tale studio talora si rileva con una frase o con un inciso, che sfuggono nello scrivere a chi, per ragioni d'opportunità, per partito preso, per animosità, per timore di rappresaglie o per altri motivi inconfessabili, cerca di favorire la parte che gli dà affidamento di non disturbare la propria tranquillità.

Non è infrequente vedere come alcuni periti, per non urtare contro nessuno, ricorrano ad espedienti di sincerità discutibile per evitare di rispondere ai quesiti posti dal Magistrato, affermando l'impossibilità di pronunziarsi in merito od esponendo i propri concetti con una forma ricercatamente imprecisa ed ondeggiante, colla speranza di aver contentato tutti, anche in quei casi ove una coscienza integra può con piena sicurezza dare il suo responso scientifico ».

Nulla più di questo è veramente provato nella pratica quotidiana della medicina legale degli infortuni !

Ma, anche a prescindere da siffatte considerazioni, v'è un altro lato della quistione che non deve mettersi in disparte: intendo dire della mentalità medico-giuridica, la quale non è la stessa cosa della mentalità medico-clinica appunto perchè nei rispettivi assunti le esigenze non coincidono: e ne risultano plasmati in modo diverso e i metodi di ricerca e il raziocinio da adoperare.

Scrive il BORRI:

« Sì: è vero che il Magistrato o le Parti propongono al perito di loro fiducia dei problemi articolati in formule di quistionario cui può sembrare a prima giunta la cosa più semplice del mondo dare una risposta congrua e soddisfacente, attribuendo a questo epiteto il suo stretto significato etimologico. Ma è vero del pari che il quesito, quale è proposto, non deve considerarsi altrimenti che un atto iniziale od un movente onde si promuove un ragionamento critico; molto più che non sempre — anzi — le risposte possono darvisi in maniera categorica.

« Di qui l'obbligo imprescindibile di completare idealmente la rappresentabilità integrale del problema che ha da risolversi, informandone la dichiarazione ad una finalità giuridica. Nè si obietti che questo ufficio di utilizzazione specifica del materiale periziale è di competenza del magistrato. Invero il dato d'ordine medico e la proposizione d'indole giuridica si possono considerare come inclusi in due

circonferenze contigue, sì che il medico puro ed il giurista puro non sarebbero in grado, posti di contro ad un problema di interesse integrale, di far altro che assumere *passivamente* ed applicare meccanicamente quelli elementi del giudizio che sarebbero forniti dalla rispettiva cerchia di cognizioni. Mentre che quello che occorre è di *attivare* questo contingente integrale di parti diverse ma fuse in un unico ragionamento; o, per riprendere il paragone or ora fatto, portare i circoli chiusi e contigui ad una soprammissione unitaria di più o meno coperta interferenza. Ma come mai riuscire in questo assunto senza il possesso di una, sia pure elementare, cognizione culturale giuridica, almeno, e se non altro, limitata alla esatta comprensione di ciò che è illustrazione e schiarimento di quelle sanzioni di diritto rimpetto alle quali si tratta di valutare una data condizione inerente alla personalità umana? Negli scritti, nelle conferenze, nelle discussioni periziali, tanti e tanti illustri maestri della clinica, per essere stati manchevoli di questa base conoscitiva e per non essersi foggiate quel saldo temperamento medico-legale (che non s'improvvisa come non s'improvvisa il cosiddetto senso od intuito clinico), non imbroggarono nel segno o, peggio, batterono falsa strada; con che, sotto l'orpello di un successo personale e nell'ambiente incompetente del pretorio di una Corte d'Assise, furon travolte spesso la serietà e la santità della giustizia ».

Mentalità medico-clinica e mentalità medico-giuridica.

Io sono un fautore convinto della necessità d'instituire anche in Italia una scuola di periti medici come in Germania: e con ordinamenti siffattamente seri da dare ogni garanzia al riguardo. Se non arriveremo a questo, avremo sempre a lamentare gli inconvenienti di cui è parola.

Sta bene che l'oculista o l'otoiatra, l'ostetrico, ecc., sieno i soli tecnici capaci di interloquire in merito ad accertamenti diagnostici e prognostici che si riferiscono alle rispettive specialità; ma poichè ad es. un ottimo oculista può essere un pessimo perito in una questione che verta sulle concause di incapacità o sul *quantum* di danno, agli effetti di un determinato lavoro, non è detto che si debba pretendere da lui qualche cosa di più di quello che è accertamento di un fatto clinico e che non sempre egli può dare attraverso alla sua peculiare attività professionale di ogni giorno.

Anche POELS scrive:

« La differenza fra l'arte di curare e la scienza della perizia è grandissima. La scelta di periti inadatti nel Belgio ha portato gravi danni nell'applicazione della Legge infortuni. Le statistiche stanno là

a dimostrare che in gran numero di casi il compenso non è stato pari al danno, o esagerato o deficiente o ingiustificato ».

MOELLER, parlando nel 1904 all'Associazione dei medici infortunisti belgi, diceva:

« L'accomplissement de notre tâche sera ardu. Il ne sera pas donné à tout le monde de pouvoir le remplir; elle exige des études préalables sérieuses, un esprit d'observation sagace, une honnêteté à toute épreuve et même certaines qualités psychologiques que peu de personnes possèdent d'instinct ».

Le controversie nell'ambito della Legge infortuni riguardano sovrattutto la causa, la natura, l'entità, la durata di un fatto morboso e la valutazione del danno derivatone: e gli accertamenti tecnici che vi si riferiscono acquistano valore deciso per il giudizio definitivo: donde l'indispensabilità che chi l'esegue abbia tutta la competenza necessaria.

Cecchè si dica è addirittura inesatto che tutti i medici abbiano la capacità di periziare in una materia così speciale come questa. Lo ripeto: si può essere un ottimo professionista nell'arte salutare ed essere un pessimo medico legale. Altro è differenziare dei sintomi altro è razionare intorno a delle cause morbigene e saperle graduare nella loro efficienza lesiva per proporzionarvi una responsabilità.

Eppure in questa materia tutti hanno voluto e vogliono interloquire e se ne sono viste conseguenze d'ogni genere!

Indubbiamente una cattiva perizia porta ad una cattiva sentenza e questa al discredito del giudice: perchè in definitiva è proprio al Giudice che si deve far risalire la responsabilità della cattiva scelta di un perito.

Donde — secondo me — la necessità che si colmi finalmente la lacuna esistente nel C. P. C. su questo argomento.

E guardate che, in tema di scelta di periti, il concetto liberistico del BORRI non è neanche da scartarsi *a priori*. V'ha chi insiste nella necessità di Albi di Periti; e ne indica le modalità di formazione facendo tuttavia astrazione dalla pregiudiziale che vuole distinta una particolare mentalità medico-giuridica.

Piuttosto che un cattivo Albo di periti fatto a rime obbligate, noi siamo per seguire criteri meno vincolativi e che talvolta danno maggiore garanzia. Perciò sottoscriviamo le parole del Maestro quando afferma: « quel che vale, non è già la etichetta, bensì la penetrazione di un vero e saldo senso medico-giuridico. Un sommo clinico non lo si potrebbe bandire dal famigerato albo; ebbene egli sarebbe sempre un pessimo perito qualora, nell'affrontare l'assunto valutativo, non piegasse la propria mentalità a metodi e vincoli medico-legali ».

La ricsuzione dei periti.

Secondo il C. P. C. non devono essere nominati periti d'ufficio coloro che, a termini dell'art. 236, non possono essere sentiti come testimoni e particolarmente i parenti e gli affini in linea retta di una delle parti (art. 253 C. P. C.).

Inoltre possono essere ricsuati solamente i periti nominati d'ufficio, eccetto che i motivi di ricsuzione sieno sopravvenuti dopo la nomina fatta dalle Parti. I motivi di ricsuzione del perito sono gli stessi che i motivi di ricsuzione dei giudici: particolarmente se egli abbia interesse nella controversia, se sia parente o affine sino al 4° grado inclusivamente, d'una delle Parti, se abbia dato consiglio nella causa, se abbia fatto somministrazioni nelle spese, se un suo parente o affine in linea retta o in linea collaterale sino al 3° grado, inclusivamente, difenda la causa come avvocato o procuratore, se vi sia inimicizia grave fra lui ed uno dei litiganti, ecc. (art. 116).

L'atto di ricsuzione deve indicare i motivi e i mezzi di prova ed essere sottoscritto dalle Parti o da un procuratore munito di mandato speciale a quest'oggetto;

Gli articoli 255, 256, 257 e 258 del C. P. C. disciplinano le norme per la ricsuzione dei periti.

I motivi di ricsuzione anteriori alla notificazione dell'ordinanza o della sentenza, che contiene la nomina dei periti d'ufficio, debbono essere proposti entro 8 giorni dalla detta notificazione, salvo che nei casi d'urgenza un altro termine sia stabilito nell'ordinanza e nella sentenza.

I motivi di ricsuzione sopravvenuti dopo la nomina dei periti, fatta d'ufficio o dalle Parti, devono essere proposti prima del giuramento.

L'atto con cui si propongono i motivi di ricsuzione deve contenere la produzione dei documenti giustificativi, o l'offerta della prova per mezzo dei testimoni sui fatti specifici di ricsuzione

L'atto di ricsuzione è notificato anche al perito ricsuato.

La sentenza che ammette la ricsuzione nomina altri periti.

Questa sentenza non è appellabile.

Quando la ricsuzione sia rigettata, la Parte che l'ha proposta è condannata al risarcimento dei danni verso l'altra Parte e verso i periti che ne facciano domanda per essere stato leso il loro onore. Nel caso di questa domanda i periti cessano dal loro ufficio.

L'appello della sentenza che rigetta la ricsuzione deve essere proposto nei giorni 15 dalla notificazione, con citazione a comparire in via sommaria entro un termine non minore di giorni 5, nè maggiore di giorni 15.

In Francia per l'art. 17 della Legge 22 marzo 1902 il perito giudiziale non può essere scelto fra i medici che hanno curato il leso nè un medico che abbia rapporti coll'Impresa presso cui il leso stesso lavorava all'atto dell'infortunio.

Però è ovvio che, con la specifica di medico che ha curato il leso, si è voluto significare che si tratti di medico di fiducia del leso: non il medico che — putacaso — all'ospedale, dove il leso in parola fu ricoverato, ebbe a praticargli le cure necessarie.

E infatti vi è una sentenza ben precisa a questo riguardo della Corte di Parigi. « Per medico che ha curato il ferito deve intendersi unicamente il medico di sua elezione, quello di cui egli è cliente ».

Fra i motivi contemplati dal C. P. C. Francese per la ricusazione dei periti — oltre alla parentela, ai legami d'interesse con una delle Parti, all'essersi occupati anteriormente della quistione rilasciando ad una delle Parti stesse un certificato o un parere, ecc., v'ha anche il fatto di avere « l'expert bu ou mangé avec le plaideur aux de celui-ci, depuis le jugement qui a ordonné l'expertise ».

Ben s'intende il perito ricusato ha tutte le ragioni, quando lo possa, di far valere i suoi diritti se ricusato ingiustamente.

CAPITOLO V.

LE BASI TECNICHE DELLA PERIZIA

È da prefnettersi - dunque - che il perito debba essere di una onestà e di una integrità di carattere a tutta prova, che la sua indipendenza nel compito affidatogli debba essere assoluta e che nel giudizio da dare egli non subisca altra influenza se non quella dei fatti che cadono sotto la sua diretta osservazione, basandosi esclusivamente sulle conoscenze scientifiche e giuridiche sue proprie al solo scopo di servire la giustizia.

Perciò si rende necessario che egli segua anche una linea di condotta logica e ben stabilita, sia nelle ricerche che nella esposizione dei suoi convincimenti.

Le generalità della perizia.

Cominci intanto col tener nota di quanto riguarda le generalità del periziando: e fra queste indichi l'età, il luogo di nascita, la Ditta presso cui lavorava all'atto dell'infortunio, la data di questo, il genere di lavoro, ecc.

Faccia quindi cenno della sentenza od ordinanza che dispose la perizia stessa, enumerando e specificando i quesiti formulati dal Giudice; precisando il termine stabilito da esso per il deposito della relazione in Cancelleria, il giorno e il luogo del giuramento, l'inizio delle operazioni peritali con o senza la presenza delle Parti, i questionari da esse eventualmente presentati (verbalmente o per iscritto).

Anche delle possibili proroghe concesse dal Giudice, in ordine al deposito della perizia in Cancelleria, deve tenersi nota.

Infine egli venga al fatto in discussione prendendo le mosse da tutti i particolari che si riferiscono all'infortunio e che meglio si adattano ad illustrarlo nelle modalità in cui è avvenuto. All'uopo, a cominciare dal verbale d'inchiesta, prenda visione di ogni atto che riguarda la vertenza. Sieno pertanto citati nella relazione tutti i documenti - soprattutto quelli d'ordine tecnico - che valgono a lumeggiare le prime fasi dello stato postraumatico e quelle successive.

Ed è necessario che in modo speciale si tenga conto di tutti quei documenti di cui il perito sia venuto in possesso direttamente a mezzo delle Parti; cioè a prescindere da quelli già acquisiti in via giudiziale ed esistenti nel fascicolo della causa e dei quali dovrà altresì farsi menzione: soprattutto se si tratti di fotografie, di radiogrammi, di tracciati sfigmografici, di relazioni di specialisti, ecc.

Se nella fase amministrativa della vertenza vi furono visite in contraddittorio fra i medici delle Parti e se ne abbiano sott'occhio i verbali, non si ometta di farne cenno: in ispecie se da essi possa rilevarsi lo stato delle lesioni e dei postumi all'atto delle visite stesse.

Quale valore hanno gli esiti di tutte queste pratiche amministrative allorchè, mancato l'accordo, si entra nel contenzioso giudiziario? Nessuno. Le perizie eseguite e i pareri dati dai medici dell'Ente assicuratore rappresentano nè più nè meno che giudizi di Parte e come tali devono considerarsi agli effetti giuridici: come quelli che l'operaio esibisce a mezzo dei propri fiduciari.

Comunque non è detto che non se ne debba prendere visione e che non possano essi servire a darci ragione del modo con cui la questione si è svolta e quali sono i punti del disaccordo.

Talvolta anche le perizie stragiudiziali valgono a qualcosa: soprattutto se sono ben fatte e se risulti che le loro conclusioni hanno un legame logico con le premesse: e se l'esposizione dei fatti è sincera e la interpretazione e le considerazioni relative hanno una base di verosimiglianza.

Lo stato anamnestico del periziando.

Insomma al perito occorre aver sotto gli occhi tutto il dettaglio che riguarda le modalità dell'infortunio, le conseguenze dirette e immediate di esso, il decorso delle lesioni e il modo d'insorgere e di manifestarsi di complicanze, ecc., le diverse cure esperite e gli effetti di queste.

S'insista altresì nell'accertare il modo con cui le cause lesive hanno agito sui sintomi immediati delle lesioni e sui sintomi anteriori, se ve ne furono (nei casi di aggravamento di uno stato preesistente).

Nell'anamnesi remota del periziando si ricerchino tutte le circostanze di fatto anteriori all'infortunio di cui si discute: elencando cioè le malattie e gli infortuni eventualmente sofferti e avendo presenti le abitudini di vita e di lavoro di lui in rapporto a possibilità di intossicazioni d'ordine voluttuarie (alcool, tabacco) o d'ordine professionale.

Circa l'anamnesi familiare del periziando è ovvio che si lasci alla discrezione del perito d'insistere sui dati di fatto che egli reputi importanti e di omettere quelli che gli sembrino superflui.

L'esame clinico.

L'esame clinico deve farsi dapprima indagando sullo stato generale, sull'aspetto, sull'abito fisico, ecc., del periziando: eventualmente si tenga conto anche delle sue facoltà mentali, dell'intelligenza, ecc.

Si passi poi ai sintomi d'ordine subiettivo, avendo presente il significato medico-legale di molti di questi e il valore che si deve dare ai reperti dei relativi metodi d'indagine intesi ad obiettarli.

X La descrizione delle lesioni e dei fenomeni clinici osservati deve essere fatta con ordine e con esattezza: procedendo infine agli esami dello stato funzionale con le opportune sperimentazioni e valutando se fra i sintomi rilevati e le limitazioni funzionali repertate vi sia corrispondenza e proporzione: altrimenti se ne indaghino le cause e se ne discuta a fondo e con competenza, non bastando in questi casi le sole indicazioni dell'interessato. E il postumo funzionale non si prenda a sè ma lo si consideri nei suoi legami colla funzione complessa dell'organo: perchè qui si tratta di definire una minorata capacità lavorativa nel senso più concreto.

Di un postumo funzionale, che non abbia il suo corrispettivo in un reperto anatomico, c'è da dare ragione: d'altra parte, postumo anatomico non è sinonimo di postumo funzionale: di questo soltanto ha da tener conto il perito agli effetti della vertenza, la quale s'impenna appunto sul diritto o meno ad un'indennizzo per minorazione di rendimento lavorativo.

Le eventuali indagini di laboratorio e di dominio di uno specialista e le alterazioni anatomo-patologiche macro e microscopiche, allorchè si tratta di prove necroscopiche, gli esami batteriologici, ecc., dovranno essere bene specificati nella relazione peritica.

Le ricerche e le misure sieno scrupolose e se ne indichino i metodi seguiti, per praticarle, onde - se occorra un controllo - questo resti facile. Si ricordi altresì che l'obiettivazione dei fatti è il pernio di queste indagini. Deve essere alla portata di ogni medico, che pretenda periziare in materia, tutto quanto può essergli utile per esami del genere (strumentario adatto).

V'è una grande differenza nei metodi e nei criteri da seguire fra la visita di un ammalato, allo scopo di accertarne lo stato morboso onde curarlo, e la visita di un periziando agli effetti della Legge infortuni; qui è necessario controllare ogni sintomo rendendosene conto. Un errore, sia per deficienza d'indagine che per omissione, può essere il motivo di una cattiva perizia: analogamente si dica per gli errori di interpretazione scientifica dei fatti stessi nei campi rispettivi.

Donde l'obbligo che il perito, oltre avere una cultura medica d'incontestabile valore, sia adusato alla critica e alle ricerche inerenti alle controversie in parola.

Se occorra, non si prescinda mai dai benefici di un'osservazione metodica e diuturna facendo anche ricoverare il periziando in Istituti appositi: onde gli esami possano praticarsi con miglior agio e con maggiore serietà di mezzi.

Una diagnosi di simulazione e di esagerazione non può imperversarsi che su documentazioni ovvie e su argomentazioni serie.

Scriva il PERI:

« La relazione, specialmente quando concluda per l'esistenza della simulazione, deve essere lo specchio fedele di tutto quello che il perito ha osservato nei riguardi dell'oggetto della simulazione e della personalità del simulatore. Deve essere inoltre la riprova del procedimento logico seguito per giungere a stabilire in modo indubbio l'insistenza completa e parziale dei fatti che vengono attribuiti all'azione di una causa violenta in occasione di lavoro ».

Alla enumerazione dei sintomi rilevati e alla loro dimostrazione segue il giudizio clinico complessivo ossia la diagnosi dello stato posttraumatico, se trattisi di perizia necroscopica, il giudizio anatomico-patologico: specificando in entrambi i casi le motivazioni relative sulla scorta dei sintomi e delle alterazioni riscontrate e riferendosi altresì a tutto quello che può riuscire utile per giustificare, nel modo più obiettivo e razionale, il giudizio in parola.

L'esame medico-legale.

Formulata la diagnosi medico-clinica si proceda alla diagnosi medico-legale e si stabilisca cioè:

① il rapporto causale in cui si trova o meno lo stato posttraumatico con l'infortunio di cui si discute, nel senso anche della causalità conforme alle vigenti dottrine;

② il danno che ne deriva.

Occorre pertanto riassumere in termini sintetici tutto ciò che riguarda lo stato posttraumatico e stabilire quale influenza esso abbia sulla funzione fisiologica dell'organismo: onde vagliarne qualitativamente e quantitativamente la ripercussione che se ne ha sul rendimento lavorativo.

A questo proposito è ottima premessa quello che scrive POELS: « Il s'agit en effet d'analyser des individus au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie. Or, nul n'ignore qu'il n'y a pas de sujets semblables ».

E ovvia inoltre la necessità che il perito adoperi nel suo argomentare un linguaggio comprensibile anche da chi non è tecnico, e che illustri in maniera convincente tutto quanto egli viene esponendo al riguardo.

La causa violenta di lesioni.

Affinchè la causa di lesioni corrisponda al concetto di cui all'art. 7 della legge infortuni occorre che sia unica e cronologicamente circoscritta in brevissimo lasso di tempo e agisca in modo repentino e anormale. Essa deve avere un principio e un fine assai prossimi e ben delimitati anche se gli effetti non si manifestano subito.

Per giudicare se una causa lesiva sia violenta o meno è necessario dunque aver presente la sua azione e la sua capacità pregiudizievole in modo rapido: e cioè badando soprattutto alla sostanza e non soltanto alla modalità esteriore dell'azione stessa. La distinzione fra infortunio e malattia professionale s'impone nella pratica per esigenze di legislazione, mancando in Italia le sanzioni provvidenziali per questa ultima.

La malattia professionale è la conseguenza di tante cause morbose inerenti al genere di lavoro eseguito e che, al contrario di quello che si ha nell'infortunio, hanno agito diuturnamente e in modo lento e la somma di momenti dannosi che hanno agito con persistenza attraverso il tempo e hanno determinato alterazioni graduali e progressive nella struttura degli organi e nella funzione degli organi.

Secondo BORRI la causa violenta è « qualunque *quid* energetico essenzialmente idoneo a turbare profondamente e prontamente quello equilibrio delle sinergie vitali, che ha esponentza nella salute e nell'integrità corporea, qualora questo *quid*, nella unità di tempo ovvero in un periodo di tempo ristretto in breve volgere, agisca sull'organismo in virtù di un'efficacia qualitativa sua intrinseca, vuoi primigenia e già pronta, vuoi ulteriormente sviluppata oppure per efficacia conseguita mediante insistenza e reiterazione concentrata di attività ».

Insomma nell'infortunio la causa lesiva agisce istantaneamente, rapidamente (termini brevissimi di tempo), nella malattia professionale si ha una azione lesiva lenta, protratta, ripetuta. Nel primo caso si ha quel che si dice causalità concentrata, nel secondo la causalità diluita.

La stessa causalità lesiva può agire talvolta in modo lento e talvolta in modo rapido: e, a seconda che ricorre o meno, nell'atto in cui la causa in parola investe l'organismo, quella che si chiama la concentrazione cronologica, prende vita la configurazione giuridica dell'infortunio e della malattia professionale.

Nella valutazione degli estremi giuridici dell'infortunio c'è dunque da prendere soprattutto in considerazione l'elemento cosiddetto della entità dell'azione lesiva.

È su questo punto che spessissimo nella pratica vertono le discussioni più vivaci e le contestazioni. La causa incriminata deve avere

un'efficienza lesiva dimostrata e dimostrabile: bisogna uscir fuori da quelle che si reputano le contingenze abituali della vita lavorativa. Non si può dare il valore di causa violenta lesiva a qualsiasi movimento abituale o azione ordinaria di lavoro.

La dottrina delle concause d'inabilità.

Per dar valore di concause d'inabilità e di lesioni alle condizioni preesistenti o a quelle sopravvenute deve farsi una dimostrazione esatta della loro influenza sul determinarsi delle conseguenze definitive del trauma. È logico che, quanto più l'azione della concausa è grande, tanto meno il trauma è responsabile delle conseguenze stesse: fino a passare addirittura in seconda linea e anche ad assumere soltanto significato di eventualità di coincidenza e non di efficienza. Avviene il contrario se il trauma agisce in grado notevole e allora lo stato predisponente perde di valore.

Qui il perito ha da dar prova di tutto lo spirito critico di cui dispone: sapendo ben discernere quello che è pretestazione da quello che è veramente in rapporto col trauma incriminato. Il criterio del *post hoc ergo propter hoc* è pericolosissimo per l'argomentare peritico.

« La valutazione della causalità - scrive il PERI - è uno dei compiti più ardui del perito e costituisce la pietra di paragone della sua abilità tecnica, perchè tale valutazione non può, com'è stato ad ogni occasione ricordato dal BORRI, essere fatta che con criterio medico-forense che attribuisce ai diversi momenti causali, insieme cooperanti, valori differenti da quelli che potrebbero essere a ciascuno assegnati dai criteri etiologici dominanti in patologia ».

L'inabilità lavorativa.

Il perito ha inoltre da tener conto - stando allo spirito e alla lettera della Legge - di quel che si deve intendere per inabilità lavorativa sia temporanea che permanente.

Si definisce *inabilità temporanea totale* l'impedimento assoluto al lavoro durante un determinato periodo di tempo che per gli infortuni industriali è fissato (art. 7) da 5 a 90 giorni.

L'inabilità permanente assoluta è così definita dall'art. 94 del Regolamento della Legge per gli Infortuni industriali: « la conseguenza di un infortunio la quale tolga *completamente e per tutta la vita* l'attitudine al lavoro ».

E di conseguenza:

« L'inabilità permanente parziale è quella che diminuisce in parte, ma *essenzialmente e per tutta la vita*, l'attitudine al lavoro ».

L'inabilità che consegue in modo permanente ai traumi del lavoro si valuta — secondo la nostra Legge — prescindendo dal mestiere e dall'età dell'infortunato. Il salario è invece il pernio di siffatta valutazione.

Nel concetto di inabilità permanente deve dunque implicitamente negarsi ogni qualsiasi preventivo di emendabilità dello stato post-traumatico, oltre alla minorazione sostanziale del rendimento lavorativo: per il cui conforto la Legge in effetti ha avuto vita.

Questa attitudine al lavoro deve essere intesa genericamente e non riferita a questa o a quella incombenza professionale. Lo spirito della Legge è chiaro a tal proposito: nè valgono a modificarlo quelle poche sentenze che hanno giudicato fino a qui in modo diverso.

L'art. 95 del Regolamento della Legge per gli infortuni industriali esemplifica, mediante una tabella annessavi, il valore di moltissime delle mutilazioni o infermità che ricorrono nella pratica.

Lo stesso compito è affidato alla tabella allegata all'art. 102 del Regolamento della Legge per gli Infortuni agricoli.

Col sistema della valutazione cosiddetta di lista si può correre il rischio di non dosare effettivamente il danno sofferto: però è stato giuocoforza adottare un tal sistema onde semplicizzare, quanto più è possibile, la procedura della liquidazione dei danni permanenti da infortunio e per non facilitare quella molteplicità di pareri cui indubbiamente la cosiddetta valutazione libera avrebbe dato luogo.

È ben vero che le ricordate tabelle contengono soltanto una limitata serie di postumi traumatici; sicchè esse ci danno norme assai imprecise per i casi non contemplati e per quelli in cui le inabilità sono di vario ordine o complesse, com'è ad es.: quando in uno stesso organo coesistono mutilazioni, deformità e limitazioni articolari: resta tuttavia l'indicazione generica che viene al perito dalle tabelle in parola e delle quali egli deve sapersi servire come di un buon punto di riferimento.

Partendo da un massimo del 100 % per quelle infermità che rendono l'operaio incapace a qualsiasi lavoro proficuo (perdita della vista o di ambedue gli arti superiori o inferiori, ecc.), si scende proporzionalmente a valori minori mano a mano che un qualche profitto professionale risulti possibile: graduando questo sulla scorta analogica delle infermità o mutilazioni tenute presenti dalle predette tabelle: e considerando pari alla rispettiva perdita anatomica degli organi l'abolizione funzionale di essi: allorchè, ben s'intende, lo stato post-traumatico non sia tale da rendere, oltrechè inutilizzabili, anche ingombranti gli organi funzionali perduti (paralisi flaccida di un arto, ecc.). In questi casi il valore del danno risulta di un po' superiore a quello di una mutilazione vera e propria nella quale il compenso protetico può essere ragguardevole.

Talvolta la funzione di un arto resta minorata anche per cicatrici dolenti, per perdita della sensibilità, ecc.: e anche in questi casi sta

al criterio del perito il saper valutare quanto siffatti disturbi pesino sulla utilizzazione dell'organo leso.

La questione dei deturpamenti ha la sua importanza: è ovvio però che debbasi anzitutto ben definire dal perito in che consista il deturpamento agli effetti della Legge infortuni. Deve insomma sussistere una limitazione o una soppressione della possibilità di procurarsi il salario sul mercato del lavoro: quindi, sarebbe frustrare il concetto della Legge in parola il voler qualificare come deturpamenti tutte le cicatrici della faccia anche se estese e irregolari.

Anche la menomazione in qualsivoglia modo dell'apparato masticatorio può avere, com'è noto, la sua importanza nei rapporti del rendimento lavorativo: a tal fine ci si riferisca a quel che ne scrivono BORRI, BERNACCHI, ecc., e ai giudicati della recente Giurisprudenza (vedi la mia *Traumatologia del Lavoro*, 1920, pag. 296).

Le infermità degli organi della vita vegetativa e del sistema nervoso non sono contemplate nelle tabelle surricordate: perciò è necessario che nei quesiti relativi si prenda a base il concetto del lavoro generico equamente considerato; e, sulla scorta dei reperti funzionali risultanti dagli esami praticati sul soggetto in questione, s'indaghi e si stabilisca in merito al rendimento utile che, nell'ambito professionale, ci si può ancora ripromettere da lui, dal punto di vista sia somatico che psichico.

In quanto al cosiddetto danno potenziale, o meglio per tutto quello che di prevedibile o di certo, in tema di aggravamento di una lesione o di una infermità in atto, c'è da preventivare, se trattasi di infermità a decorso inevitabilmente progressivo - visto che il biennio di revisione non è sempre sufficiente a mettere sott'occhio tutto lo svolgersi della sindrome di cui si discute - occorre tenerne conto e con equità, non decampando da quella che è ricorrenza ordinaria in simili forme morbose, se condizioni particolari non ce ne autorizzano.

Non è possibile dire con esattezza del valore da darsi ad un siffatto danno in potenza: ma è ovvio che, attenendosi a criteri di probabilità razionale nel vaglio del caso per caso, ci si possa sempre trarre d'impaccio.

Il danno indennizzabile.

Al disotto di un determinato valore che la Legge per gli Infortuni industriali fissa al 5 % e quello per gli infortuni agricoli al 16 % non v'ha un *quantum* ponderabile correlativamente alla possibilità di un minor lucro. Le ultime norme legislative hanno disciplinata la quistione delle invalidità valutabili al disotto del tasso minimo: e ciò era necessario per togliere di mezzo un lamentato motivo che, per mancanza di chiarezza letterale della Legge, serviva talvolta a deformare lo spirito di questa, in tema di invalidità permanente parziale.

Il danno per la coesistenza di più lesioni è parificato dall'art. 95 alla somma dei danni rispettivi: ma ciò non risponde sempre ad equità e ai criteri razionali che devono regolare l'applicazione della Legge infortuni.

Nel mio Trattato di Traumatologia del lavoro, parlando della valutazione del danno per la mancanza di più dita della mano, sia totalmente che parzialmente, consiglio di non addizionare in via aritmetica i rispettivi valori o le relative proporzioni fissate dall'art. 95 per ogni singolo dito: chè il danno nell'insieme è talora assai maggiore di quanto possa risultare da una cotale somma. Un dito preso a sè ha un valore x inquantochè, se esso viene a mancare, la mano dispone di altre quattro dita su cui contare, le quali, dividendo il nuovo onere a loro imposto dalla mutata condizione statica, possono attenuare, se non compensare, il danno: invece, se l'organo prensivo è privato anche di un secondo e di un terzo dito, è ovvio che questi non debbano e non possano avere il valore che loro spetta individualmente, dovendosi mettere in conto anche quel *quid* di disponibilità intrinseca potenziale che ciascun dito possiede nei rapporti complessivi dell'atto di presa.

Per certe mutilazioni si tenga conto anche dell'adattabilità o meno di una protesi efficace. Ad es.: nei monconi degli arti inferiori occorre che la cicatrice non sia terminale, che la estremità ossea sia ben protetta e la sua sensibilità tattile e di pressione non contrasti colla funzione di appoggio che ad essa spetta. Si deve insomma aver presente il pregiudizio che, all'uso di un buon apparecchio di protesi, apportano le cicatrici irregolari facilmente ulcerabili, quelle aderenti dolorose, i monconi che non sieno protetti da abbondante tessuto celluloadiposo e anche da uno strato muscolare (trasformabile col tempo in tessuto fibroso) la deformità degli estremi ossei, ecc.

Gli invalidati della guerra e i traumi del lavoro.

La dottrina delle concause d'inabilità, quale è da noi intesa nell'uso comune della legge infortuni, assume particolare impostazione nei riguardi degli invalidati della guerra, allorchè gli effetti della loro infermità si aggravino col sommarvisi di sopravvenute conseguenze di traumi del lavoro.

È noto che per la predetta legge il danno si valuta riferendosi del tutto al salario perduto o diminuito, anche se le perdite non sono sempre dimostrate o dimostrabili alla lettera: sì che dello stato anteriore, qualunque si sia, non si tien conto se non quando esso pesi di troppo sullo stato finale, cioè colla sua azione, eventualmente di predominio, tolga addirittura al traumatismo il carattere di coefficiente d'inabilitazione.

Piuttosto, se la preesistenza limiti la disponibilità dell'operaio o aumenti il rischio professionale, si potrà pretendere un maggior premio assicurativo.

Questo è pure previsto dalle norme di legge che disciplinano l'assunzione degli invalidati della guerra nelle officine private: essendo disposto che, oltre una determinata percentuale numerica di assunti da uno stesso padrone, l'Ente presso cui questi ha assicurato le proprie maestranze può richiedere un sovrappremio.

Però, fino ad oggi, non è detto in qual misura e a carico di chi un tal sovrappremio debba o possa essere.

Dinanzi a un minorato comune, il datore di lavoro ha libertà di scelta, e, se non veda nel nuovo operaio assumendo una bastante garanzia di rendimento ma piuttosto, per la infermità di lui e per la pericolosità dell'Azienda, una maggior minaccia di rischio, ha tutto il diritto di rifiutarlo: a meno che non creda di potersi rivalere e del minor utile e del maggior premio offrendo un salario più basso dell'ordinario. Dirò di più: gli invalidati del lavoro, se la loro incapacità superi determinati limiti, di rado vengono, dopo l'infortunio, riassunti dallo stesso imprenditore: anche se questo è lo Stato.

Non così è, nè può essere, per i debilitati della guerra: epperò di tutto quanto si riferisce al nuovo problema merita che si chiariscano i punti essenziali. Esula, è vero, dalla competenza del medico giurista l'occuparsi della ripartizione degli oneri assicurativi: l'argomento si spazia bensì nel vasto campo dell'economia sociale.

Tuttavia, se non è al medico che devesi chieder consiglio sui gradi di proporzionalità di tali oneri amministrativi, è, senza dubbio, compito di lui il saper distinguere, nel caso per caso, quali delle due infermità, la bellica e la industriale, la preesistente e la sopravvenuta, abbiano di più influito, come concause, sulla inabilità definitiva.

Vediamone l'applicazione pratica: il monocolo di guerra che perde in un secondo tempo sul lavoro l'occhio superstite ha incontestabilmente diritto a percepire il 100 % della indennità di legge: in quanto la sopraggiunta cecità gli impedisce di guadagnare più oltre quel salario col quale gli era lecito dapprima integrare la sua magra pensione militare, e per il quale era stato assicurato.

È giusto però che di tale indennizzo non sia soltanto gravato l'imprenditore e per questi l'Istituto d'Assicurazione: altrimenti i sovrappremi, da richiedersi per un rischio assicurativo così forte, potrebbero essere d'incaglio alla facile accettazione e alla piena utilizzazione degli invalidi della guerra nei laboratori e nelle Officine, ancorchè sotto l'imperio di una legge.

Mentre è necessario perciò che si tolga di mezzo ogni impedimento che limiti questa grande funzione sociale: tenuto conto che, l'invalido di guerra — se bene e opportunamente adoperato — può ancora essere di prezioso vantaggio al suo paese.

Nel caso del monocolo che diventa cieco del tutto, dovrebbe dunque all'imprenditore assegnarsi un onere non superiore ai $\frac{2}{3}$ dell'indennizzo spettante al leso. Per l'altro $\frac{1}{3}$ che rappresenta, in effetti, il danno dello stato anteriore, si dovrebbe provvedere a mezzo di un Ente di previdenza, costituito per questo scopo preciso.

Siffatte proporzioni dovrebbero invece mutarsi se si trattasse di un già amputato di braccio che perde sul lavoro l'altro arto: in tal caso non si potrebbe davvero considerare come equo il computo della seconda mutilazione parificandone il corrispettivo danno al 20 % della massima assicurata tenuto conto che la prima delle mutilazioni, alla stregua della legge che si vuole applicare, corrisponde alla perdita dell'80 % della capacità totale.

Qui, ammesso incontestabilmente il diritto per il leso ad un indennizzo del 100 %, gli oneri dell'indennizzo medesimo dovrebbero rispettivamente pesare in egual misura sull'Imprenditore e sull'Ente di previdenza.

Terzo esempio: un amputato del braccio sinistro perde, in seguito – putacaso – ad una ferita settica, la funzionalità totale del pollice della mano destra: egli ha diritto ad un indennizzo che va dall'85 al 90 % della massima assicurata. Di tale indennizzo io credo che $\frac{3}{8}$ debbansi addebitare all'Imprenditore e $\frac{5}{8}$ all'Ente di previdenza.

All'Estero l'importanza dell'argomento in parola non è sfuggita: in Francia, ad esempio, si è provveduto con una legge speciale, che sancisce il principio di queste diverse spettanze di oneri in riguardo all'indennizzo da pagare all'invalido della guerra che rimanga vittima di un infortunio del lavoro. S'è costituito all'uopo un Ente cui incombe una parte di tali oneri, allorchè l'intera responsabilità del danno finale non possa addebitarsi all'Industria, com'è ad esempio nel caso di un mutilato di piede che, per lesione oculare da lavoro, rimanga cieco o in parte o completamente. E, per analogia, si è stabilito che tutto gravi sull'Ente suddetto se l'infortunio industriale è una conseguenza esclusiva della infermità bellica.

JEANBRAU commentando la detta legge vede quest'ultima possibilità nel caso in cui il pilone di un amputato di gamba si rompa e l'operaio si ferisca all'altro arto.

A me sembra però che l'egregio commentatore francese – per questa sua esemplificazione – prescinda di troppo da quel *rischio professionale* (ancorchè centuplicato per l'infermità anteriore) che forma il pernio del concetto assicurativo moderno, in materia d'infortuni dell'Industria. Se specifiche circostanze di mestiere hanno esposto il mutilato di gamba, col rompersi improvviso del suo apparecchio di protesi, alla lesione dell'arto superstite, non saprei come disconoscere in questo evento l'*occasione di lavoro*. Altrimenti, venendo questa a mancare, manca altresì la configurazione giuridica dell'infortunio. E allora non v'ha ragion di contesa.

È noto infatti come occorra dare la prova che il caso lamentato non è un'accidentalità fortuita di tempo e di luogo, che può incogliere qualsiasi altro, a prescindere dal lavoro, ma bensì rappresenti l'attualità di un particolare pericolo, intimamente legato alla natura delle incombenze lavorative.

Un muratore epilettico che, durante un attacco del suo male, cade da un soppalco da costruzione e muore si trova, dinanzi alla Legge, in posizione di favore: poichè si dovrebbe altrimenti dimostrare — e ciò non è sempre agevole in questi casi — che, se non fosse stato costretto, per ragioni del suo mestiere, a lavorare sul soppalco medesimo, non sarebbe morto.

Concludendo, la soluzione del problema importantissimo che ci siamo prospettati sta — riconosciuta l'*occasione di lavoro* per il fatto incriminato — nel graduare la concausa preesistente e la concausa sopravvenuta.

In Francia il fondo di previdenza, che serve a fornire i contributi integrativi dell'indennità per infortunio da lavoro agli invalidi della guerra, è alimentato anche dagli industriali e dagli Enti assicuratori, mediante aliquote che il Governo fissa anno per anno secondo determinate norme. Si potrebbe fare altrettanto anche in Italia.

Secondo la Legge Francese un monocolo di guerra che, lavorando, percepisce — ad esempio — un salario di 2400 lire annue e diventa poi cieco per infortunio sul lavoro, rimanendo totalmente invalido ha diritto ad una rendita che, secondo le disposizioni della Legge stessa, è uguale a $\frac{2}{3}$ del sopradetto salario e cioè a L. 1800.

Alla costituzione di tale rendita concorrono l'Imprenditore e l'Ente speciale: e, premesso che la giurisprudenza più corrente di quel paese valuta il danno del monocolo pari al 30 % della totale, si addebita all'Ente medesimo questa aliquota la quale corrisponde alla rendita dell'infermità preesistente mentre il resto (70 %) è a carico dell'Imprenditore. In tal caso all'operaio spetta, oltre l'indennità di guerra, un'altra indennità cui concorre per L. 540 (cioè il 30 % di L. 1800) il fondo di previdenza e per L. 1260 (cioè il 70 % di L. 1800) l'Imprenditore.

Secondo la nostra legge, prendendo a base lo stesso salario annuale e ammesso un fondo di previdenza, da costituirsi all'uopo, noi dovremmo moltiplicare per sei detto salario alla stregua delle norme liquidatorie della legge stessa: si ha così la somma di L. 14000 da capitalizzarsi opportunamente e alla cui costituzione, tenuto conto che la nostra legge fissa per la perdita di un occhio l'indennità del 35 %, dovrebbero contribuire all'incirca rispettivamente per $\frac{2}{3}$ e per $\frac{1}{3}$ l'Imprenditore e l'Ente di previdenza.

Ci si obietterà che il monocolo di guerra percepisce una esigua pensione: sicchè, divenendo poi cieco del tutto, le lire 14000 capitalizzate rappresentano, di fronte alla nuova grave infermità che lo inco-

glie, ben piccola cosa di fronte alle esigenze della vita: e ciò è vero. Ma come rimediare allora se non ricorrendo, per il caso specialissimo degli invalidati dalla guerra, a nuovi sistemi di liquidazione che garantiscano rendite sufficienti, com'è appunto disposto dalla Legge Francese degli infortuni del lavoro?

Questo importante argomento fu oggetto di una mia comunicazione al Congresso regionale degli infortunisti Emiliani del luglio 1923; e in quella circostanza fu per la prima volta in Italia formulato un voto alle Autorità legislative e presentato all'attuale Guardasigilli perchè tale materia fosse opportunamente disciplinata. Un voto del genere, sul calco del primo, è stato fatto anche nel recente Congresso Nazionale di infortunistica (Venezia giugno 1924).

La removibilità del danno da infortunio.

Ma anche un'altra quistione ha da prospettarsi, quando occorra, non perchè essa abbia sempre valore agli effetti liquidativi del danno.

Intendo dire della removibilità o meno, mediante atti chirurgici, di alcuni postumi traumatici. Se in linea giuridica non si può arrivare ad una coercizione diretta, non sanzionabile nè disciplinabile almeno colle disposizioni vigenti, appare tuttavia giusto che in un parere medico-legale del genere non si prescinda dal considerare il *quantum* di inabilità derivante essenzialmente dal rifiuto di uno di quegli interventi operativi che, al riparo di qualsiasi rischio, servono a reintegrare funzioni o perdute o minorate.

Senza pretendere conclusioni d'ordine generale nelle quali si potrebbe vedere coartata la personalità dell'operaio leso, v'ha comunque lo studio del caso per caso che supplisce e che ci permette di risolvere siffatte quistioni con sufficiente equità.

Un dito il quale chirurgicamente guarisca di una lesione da schiacciamento con un moncone dolente in posizione anchilotica deforme, sì da rendere non solo inutilizzabile la sua parte residua ma altresì tutta o quasi tutta la mano, di cui è organo integrante, non può certo valutarsi nella sua reale effettiva minorazione di presa e di contenzione, senza che si tenga conto del beneficio incontestabile che ad esso verrebbe da un intervento chirurgico riparatore di minima portata tecnica e di nessuna pericolosità.

E, se è vero che gran parte della Giurisprudenza, sia di quella estera che di quella italiana, fino ad oggi nega l'obbligo dell'operaio di sottoporsi ad un qualsiasi atto chirurgico, v'ha però chi crede che non si possa arrivare all'estremo limite di non ammettere distinzioni fra cura e cura, astrazione fatta da quegli alti concetti ideologici delle supreme facoltà cui tendono le odierne provvidenze sociali.

Numerose infatti sono anche le sentenze, soprattutto estere, le quali nella valutazione del danno definitivo tengono conto di questi

irragionevoli rifiuti. Ricordo altresì che nel I° Congresso Nazionale Spagnolo sugli infortuni del lavoro (Saragozza 1922) fu deciso che, allorché manchi l'accordo fra le Parti sulla necessità di sottoporre o meno l'infortunato ad un atto chirurgico riparatore, debbesi risolvere il caso mediante arbitrato medico: e si decise pure che l'ernia non debba mai considerarsi come un'infermità permanente: lasciando quindi la facoltà all'operaio di scegliere fra un intervento operativo a carico del padrone e un'indennità *forfataria* corrispondente alle spese per l'intervento medesimo.

In Russia, per la Legge del 31 ottobre 1918, l'invalidità del lavoro non può arbitrariamente rifiutarsi di sottomettersi alle cure necessarie sotto la pena di essere privato della pensione: si fa eccezione quando si tratti di dover subire una grave operazione.

Nel Colorado, nel Kentucky, nello Stato di Montana, in quelli di New York, dell'Oregon, del West, Virginia, ecc. (C. F. STODDARD, « *Hernia as a factor in Workmen's Compensation Wards* » 1918) gli operai che denunciano un'ernia infortunio sono invitati a farsi operare e l'indennità temporanea (che in alcuni Stati come nell'Illinois arriva fino al 60 % del salario) dura dal giorno dell'infortunio a quello in cui l'operaio dimesso dall'ospedale è guarito e può riprendere il lavoro.

La « United States Employees Compensation Commission » nel 1918 emanò una serie di norme di cui, per quel che ci riguarda, è importante la seguente:

« In ogni caso di ernia che la Commissione giudichi operabile, l'operazione è parte integrale della cura medico-chirurgica e ospitaliera. Quando l'operaio rifiuti il trattamento di esito così sicuro gli sarà sospesa ogni indennità e ogni altra cura, a meno che non esistano particolari circostanze le quali giustifichino o una dilazione o una deroga da tali norme ».

Nei casi nei quali non sia consigliabile per una ragione qualsiasi l'operazione per la cura radicale può essere accordata una modesta indennità per inabilità permanente.

Nel Workmen's Compensation Act of the State of Washington 1913-1914 si è ancora più recisi e vi è esplicitamente detto che l'operaio ernioso il quale rifiuti di assoggettarsi al conveniente atto operativo è da mettersi alla pari coll'operaio fratturato che ricusi ogni soccorso chirurgico.

In Italia il concetto dell'obbligo dell'operaio di sottoporsi ad atti chirurgici non ha mai prevalso.

La Legge, sia nel testo del 1898 che in quello delle modificazioni successive, non ne fa motto. Anzi è utile ricordare che durante la prima discussione in merito al regolamento della nostra Legge, essendo stato richiesto al relatore (MAGALDI) se si fosse in esso prospettata anche una tale questione, egli rispose essersi riconosciuto: « che la

Legge non consente di obbligare gli operai ad esporsi ai pericoli conseguenti ad un'operazione chirurgica: obbligo che non sarebbe neanche conforme al diritto che ognuno ha che la propria esistenza, la propria integrità personale non sia, per volere altrui, manomessa o compromessa ».

E anche quando si volle entrare un po' più decisamente nel merito della questione colla Legge per gli infortuni della Colonia Libica (Regio decreto del 25 maggio 1913) lo si fece tuttavia con cautela, condizionando un tale obbligo ai minori interventi operativi (art. 24).

Nella legge per l'assicurazione infortuni nella Repubblica di San Marino (23 maggio e 18 luglio 1914) sta scritto all'ultimo capoverso dell'articolo 19: « se l'operaio rifiuta di sottoporsi ad adeguate cure o anche a piccoli atti operativi che non importino ragionevoli preoccupazioni per la sua vita, l'Istituto assicuratore potrà negargli il pagamento di qualsiasi indennità ».

La Legge italiana per gli infortuni agricoli (23 agosto 1917) al comma secondo dell'articolo 18 sancisce che « il lavoratore non può, senza giustificato motivo, rifiutarsi, dietro richiesta ed a spese dell'Istituto assicuratore, di sottostare alle cure che l'Istituto stesso ritenga necessario e di entrare a tal fine in qualsiasi clinica, ospedale od altro luogo di cura che sia indicato dall'Istituto assicuratore. Fra tali cure non s'intendono comprese le operazioni chirurgiche, salvo i minori atti operativi. In caso d'ingiustificato rifiuto, può essere negata in tutto o in parte l'indennità, salvo in caso di contestazione il giudizio arbitrale ».

Nel discutere in sede di perizia dell'obbligo che ha l'operaio di assoggettarsi ad un intervento chirurgico fa d'uopo prendere in esame sia quelli che sono i vantaggi della chirurgia riparatoria o ortomorfica, sia quelli che ne sono i rischi.

Noi abbiamo visto durante la guerra quello che mercede l'ortopedia chirurgica si è potuto ottenere: gravi postumi d'incapacità funzionale, per estesa distruzione di rami nervosi e di tendini, si sono notevolmente attenuati nelle loro conseguenze con un opportuno trattamento a base di trapianti tendinei e nervosi: in taluni casi si è persino ricuperata la completa funzione: perdite di sostanza ossea, così frequenti nelle ferite di mitraglia, e che qualche anno fa richiedevano inesorabilmente l'amputazione dell'arto, hanno permesso con buon esito di seguire i criteri della chirurgia conservatrice mediante auto- ed eteroinnesti ossei: anchilosi articolari sono state facilmente rimosse con atti operativi cruenti come l'artroliisi, ecc.

Quando si parla di rischi non devono considerarsi soltanto quelli specifici dell'atto operativo ma altresì quelli d'ordine generale che risultano dalla somma di molteplici circostanze intrinseche ed estrinseche al soggetto. Non si arriva a conclusioni di massima in questi

argomenti, se non astraendo di troppo delle contingenze che viceversa la pratica ci mette ogni dì sotto gli occhi.

Piuttosto l'osservazione del caso per caso, anche per lo stesso tipo di lesione, richiederà il nostro studio ogni qual volta ci si debba pronunziare in merito ad un tale problema: e farà convergere la nostra mente su pregiudiziali, oltremodo utili per la soluzione del problema stesso.

Anzitutto c'è da distinguere se si richieda un intervento operativo di necessità oppure di elezione, chè nel primo caso le conseguenze di un eventuale rifiuto sono assai ben diverse da quelle del secondo, mirando questo esclusivamente, o quasi, a migliorare la funzione dell'organo traumatizzato, mentre quello intende evitare possibili peggioramenti o dello stesso organo o di organi omologhi o contigui. Nella traumatologia generale un esempio di intervento di necessità è quello dell'erniotomia in caso di strozzamento. Nella traumatologia oculare v'ha l'enucleazione dell'occhio leso onde risparmiare l'evento di un'oftalmia simpatica nell'occhio illeso. In questo caso, ad esempio, per la mancanza di fatti *eclatanti*, il paziente ha da essere chiaramente edotto di siffatto rischio perenne: ma, se egli si rifiuti di sottostare all'atto chirurgico richiesto dalla gravità del suo stato, a chi dovrà eventualmente far carico il danno della conseguente comparsa di fenomeni iridociclitici nell'altro occhio?

Quando poi si discuta di interventi chirurgici di elezione la cosa cambia aspetto: e prendono vita allora altre questioni, sia in rapporto al tecnicismo rispettivo degli interventi stessi, sia in rapporto alle resistenze individuali dei pazienti, sia in rapporto alla sicurezza degli esiti, ecc. Ci si chieda infatti: in quali condizioni di salute si trova il soggetto da operare? Quale ne può essere la tolleranza fisico-psichica per un atto operativo anche di lieve entità? E questo particolare atto operativo ci dà proprio la sicurezza di riparare o di diminuire il danno lamentato? Quali garanzie offre il chirurgo a cui l'operaio ricorre? Può egli sceglierlo liberamente? Qual è il decorso post-operatorio? E il pericolo dei fatti settici? e le embolie? E i pericoli della narcosi generale se non si può ricorrere a quella locale?

CAPITOLO VI.

LE FUNZIONI OPERAIE

Gli atti lavorativi dell'arto superiore.

Come punti di riferimento per la valutazione delle rispettive deficienze lavorative trovo utile prospettare al perito i diversi atti delle più importanti funzioni operaie.

Per la mano sono da tenersi presenti i principali tipi di prensione: ad essa spetta di prender contatto colla superficie degli utensili da lavoro e di riconoscerne la natura, la forma, le dimensioni, la temperatura e i movimenti.

REMY distingue tre modi principali di presa:

(a) presa a pugno o a piena mano: per gli oggetti cilindrici come il manico di un martello, una corda, ecc., la presa si fa a piena mano e lo sforzo relativo è proporzionato alle dimensioni dell'oggetto impugnato; le dita mediali si stringono attorno al manico e formano una specie di guaina, mentre il pollice aderisce ad esse opponendosi più propriamente all'indice e al medio: si viene in tal modo a costituire un atteggiamento prensivo che lo stesso REMY chiama: anello pollice-digitale.

È ovvio che, quanto più un tale anello costringitore è completo ed è fermato solidamente da una buona muscolatura della mano, tanto più efficace è l'atto di presa;

(b) presa digitale o pollice-digitale: per gli utensili leggeri e di piccole dimensioni a forma cilindrica o prismatica la presa è fatta dal pollice e dall'indice, i quali agiscono come le branche d'una pinza: quanto più l'oggetto è piccolo tanto più il suo punto di presa è riportato verso le estremità delle dita in azione.

A seconda del volume dell'oggetto la pinza si fa con due o tre o più dita (pinza bi-tri- e pluridigitale);

(c) presa digito-palmare o impalmamento: per certi utensili di mestiere, il cui manico termina con una parte sferica come ad es.: il cacciavite, la lesina, ecc., l'atto prensivo è diverso da quelli surri-

cordati: tale estremo dell'istrumento si adatta nel cavo della mano tra le eminenze *thenar* ed *ipothénar*, le quali si contraggono convenientemente e vi aderiscono con la forza necessaria, mentre, delle dita, alcune (le più mediali) si dispongono a spirale intorno allo strumento, stringendolo viemmeglio, altre con l'intervento del pollice valgono ad azionare e a dirigere lo strumento stesso ai fini del lavoro. Quindi non si ha più nè una guaina nè un anello nè una pinza: ma bensì entra in giuoco il tallone della mano che dà il colpo di pressione mercè uno sforzo adeguato da parte dell'avambraccio e del braccio.

PUNZO, con ricerche assai accurate e considerazioni molto opportune, riduce le tre modalità fondamentali di presa della mano a tre gradi di uno stesso atto fisiologico e cioè dalla flessione massima alla flessione minima delle dita, dalla partecipazione di tutta la mano a quella di una sola parte di essa: riferendosi quindi ad un criterio esclusivamente funzionale, vale a dire basato sul *quantum* di flessione di ciascun dito, sulla posizione del pollice, sulla partecipazione o meno del metacarpo e del gruppo muscolare intrinseco e infine sul numero delle dita che concorrono alla prensione medesima.

In tal modo anche egli ha raggruppato i tipi in tre distinte configurazioni funzionali, differenziate fra loro da caratteri ben definiti.

Di esse le due prime, quella ad anello, che corrisponde alla prensione a pugno o a piena mano del REMY, e quella a coppa hanno a comune il contributo di tutta la mano (prensione pollice-digito-metacarpea) e, per quanto in alcune contingenze di modalità intermedie esse possano somigliarsi, hanno però delineazioni e peculiarità assai evidenti.

Infatti, per il tipo ad anello, si ha la tendenza delle dita mediali a raggiungere il *maximum* di flessione e, da parte del pollice col suo metacarpo, ad ottenere il *maximum* di opposizione: oltre al disporsi, delle dita stesse, secondo linee circolari, perpendicolarmente all'asse dell'utensile.

Mentre, nel tipo a coppa, è elemento precipuo l'ampliarsi di profondità del cavo palmare, mercè la contrazione energica delle masse muscolari del *thenar* e dell'*ipothénar*: cui si aggiunge il contributo del pollice e del suo metacarpo coll'addursi in estensione ed opponendosi solo incompletamente: oltre alla posizione di intermedia flessione da parte delle altre dita, disposte secondo linee più o meno parallele o spirali all'asse dell'oggetto di presa.

Il terzo tipo, detto comunemente a pinza, costituisce un atteggiamento del tutto digitale o pollice-digitale: poichè non vi piglia parte precipua il metacarpo: e la flessione, in rapporto alle esigenze dell'atto stesso, è proporzionalmente distribuito sulle varie serie di articolazioni degli archi digitali che vi contribuiscono.

Tale classificazione fondamentale ha a sua volta suddivisioni subordinate: in modo che, per il tipo ad anello, si distingue la presa

pollice-digitale ed una presa digitale, a seconda che vi concorre o meno il pollice: nel primo caso dalla prensione a pugno chiuso, quale può effettuarsi quando si tenga fisso nel cavo palmare un piccolo oggetto, e che rappresenta il grado più perfetto del tipo medesimo, si arriva progressivamente ad un grado imperfetto caratterizzato dalla flessione minima delle dita, quale ad es.: può aversi nella prensione di una grossa sfera, il cui diametro venga superato dagli estremi liberi delle dita: nel secondo caso, mancando il concorso del pollice, si ha un tipo anatomico di prensione che può presentarsi sotto due varietà: quella di anello digitale completo in cui le dita raggiungono con i loro estremi il cavo palmare, contro cui si oppongono, e quello di anello digitale incompleto, o meglio di semi-anello digitale, in cui manca il semi-arco di opposizione (*prensione ad uncino* secondo PUNZO).

Nel tipo a coppa, oltre alla varietà in tal senso definita, si ha la presa palmo-terminale che corrisponde all'*impalmamento* del REMY e in cui il lavoro utile non è effettuato dalle sole dita, ma anche dal palmo della mano, che esercita una opportuna pressione sull'oggetto: in modo che questo è fissato con uno degli estremi al palmo stesso mercè anche il contrarsi del *thenar* e dell'*ipothernar*, i quali formano due sostegni laterali assai efficaci; mentre le prime tre dita si dispongono sulla superficie dell'oggetto medesimo secondo linee ora parallele ed ora spirali (uso del cacciavite) e l'anulare e il mignolo in flessione aumentano la profondità della vola dal lato *ipothernar*.

Nel tipo a pinza le dita della mano costituiscono un insieme di leve mobili saldate prossimalmente nella regione metacarpea, le quali possono in diversi modi accoppiarsi, nell'atto della prensione, in guisa da disporsi come le branche di una pinza: e, a seconda che alla formazione di essa prende parte o meno il pollice, si ha la pinza pollice-digitale e quella digitale come pure, a seconda delle dita che concorrono a formarla, si ottiene la pinza a due, a tre e più dita.

Ciascuno di questi tipi principali ha poi come tipo complementare quello effettuato dal pollice o dall'indice nella posizione di guida, mediante la quale si esercita un'azione direttiva nel lavoro.

Infine, allorchè la stessa mano effettua contemporaneamente due dei suddetti tre tipi, si ha la prensione mista: e così si combinano fra loro le singole posizioni se sono in azione simultanea le due mani dell'operaio (atto di inchiodare, ecc.).

Con tali premesse, che compendiano nelle linee generali tutto quanto riguarda i diversi atteggiamenti di presa e il dinamismo corrispettivo, si rendono evidenti, per un *optimum* di funzione, anche tutte quelle esigenze di integrità anatomica che servono come di base nella configurazione degli atteggiamenti medesimi.

È ovvia infatti, per il buon effettuarsi di un anello pollice-digitale, la necessità che non si abbiano menomazioni nella lunghezza delle leve ossee e che il giuoco delle articolazioni sia normale, in modo

da aversi una, quanto più completa, circoscrizione di tutto l'oggetto di presa: inoltre che l'altezza dell'anello di presa non sia ridotta per la mancanza di uno dei due segmenti estremi (indice e mignolo), che non sia diminuita l'ampiezza di opponibilità del semi-anello laterale (1° arco digitale e thenar) nei rapporti con quello mediale: e infine che l'adesione di tutta la superficie volare della mano a quella dell'utensile sia completa.

Così, nell'anello con pollice guida, poichè questo dito abdotto ed esteso deve adattarsi colla sua faccia palmare alla superficie dell'utensile in maniera da stabilire un valido sistema rigido (come quando si mantiene nella mano sinistra una mela nell'atto di sbucciarla), contro il quale l'utensile stesso è fissato a mezzo della contrazione dei tendini flessori, si rende necessaria, oltre all'integrità dei tre segmenti ossei dell'arco digitale medesimo, anche la piena funzione della trapezio-metacarpica.

Allorchè l'ufficio di guida è disimpegnato dall'indice, dovendo questo applicarsi adeguatamente col polpastrello sulla superficie dell'oggetto, si rendono indispensabili nel polpastrello medesimo quelle proprietà meccaniche e sensoriali che valgono a commisurare l'azione direttiva.

Per l'efficacia del tipo a coppa è a base il perfetto stato fisiologico dei muscoli del thenar e dell'ipothernar oltre a quello delle articolazioni, specie della trapezio-metacarpica, delle altre carpo-metacarpiche e delle metacarpo-falangiche delle dita mediali.

Anche per la fattività della pinza pollice-digitale occorre regolare funzione delle articolazioni: cui deve aggiungersi l'integrità della lunghezza delle dita.

* * *

La mano deve l'efficacia della sua funzione anche, e soprattutto, ai movimenti dell'*avambraccio* e del *braccio*; in ispecie al giuoco articolare del polso, del gomito e della spalla.

Occorre essenzialmente che l'organo prensivo si muova in ogni piano a seconda delle esigenze del lavoro e si porti corrispondentemente a quei livelli che nei limiti delle condizioni statiche dell'arto eventualmente si reclamano nelle varie circostanze di mestiere.

Una deviazione assiale, una permanente discontinuità ossea (pseudo-artrosi), una limitazione o un'abolizione dei singoli movimenti o del complesso di essi in una delle tre articolazioni surricordate, una deficienza più o meno accentuata nei gruppi muscolari, che azionano le due leve ossee costituenti il braccio e l'avambraccio, influiscono tutte rispettivamente, nei loro effetti (e in non lieve misura), sulla validità della contenzione e sull'utilizzazione completa dell'oggetto impugnato, nei riguardi del lavoro.

Ciò a seconda delle particolarità di mansioni da compiersi, oltrechè delle contingenze fisiche in rapporto alla costituzione dell'operaio.

Ad es.: le escursioni laterali del polso hanno un'importanza non indifferente per i battimazza e costituiscono una siffatta consuetudinarietà di movimenti da indurre, nei muscoli che vi presiedono, alterazioni delle guaine tendinee che si definiscono infatti a carattere professionale: orbene una menomazione di queste escursioni limita proporzionalmente in primo tempo l'attitudine lavorativa di tale categoria di operai e di quegli affini, come il picconatore, ecc., mentre limita in minor grado la capacità ad alcune mansioni del terrazziere, dello sterratore, ecc., per le quali invece occorre integro nell'avambraccio il movimento di supinazione e di pronazione, con cui appunto si effettua l'atto di impalare la terra e di gettarla di lato: movimento che, come quello per l'uso del cacciavite, è a carico specialmente dell'articolazione radio-cubitale e radio-omerale, mentre nel primo caso sono esclusivamente gli ossi della prima serie del carpo i quali girano, come i raggi di una ruota, attorno ad un'asse antero-posteriore che passa per il centro di figura della testa del grande osso: precisamente come per l'asse trasversale intorno a cui si compiono i movimenti di estensione e di flessione del polso.

È ovvio però che tutte queste funzioni singole sono soltanto una parte della funzione complessa, che compendia il dinamismo per il lavoro, e che all'attività di quei determinati segmenti deve associarsi, sebbene in grado minore, quella di altri segmenti contigui dell'arto, quando non sia necessario, altresì, il sussidio di determinate posizioni del tronco. Infatti, nell'atto di manovrare la mazzuola, il piccone, il martello, ecc., ai movimenti di lateralità del polso si associano il flettersi e l'estendersi rapido del gomito, il che serve appunto a dare impulso allo strumento impugnato, oltre a particolari escursioni della spalla (di elevazione o di rotazione) che rendono ampio ed adeguato al lavoro lo spostamento da compiersi dall'utensile.

Così pure nei movimenti che effettua il terrazziere nell'atto di impalare la terra e di gettarla di lato, oltre alla supinazione e alla pronazione dell'avambraccio, v'hanno anche l'abduzione e l'adduzione del braccio, che sono appunto a carico dell'articolazione scapolo-omerale.

D'altra parte ha da aggiungersi che, in ogni atteggiamento di presa valida, il cavo della mano, nella forzata chiusura del pugno, deve essere raggiunto dalle dita: e ciò essenzialmente avviene per mezzo della flessione dorsale dell'articolazione del polso.

Nell'atto del piallare, del limare, del segare, ecc. il compito che spetta all'articolazione del gomito è importantissimo: ad esso però si aggiunge quello della spalla ed in misura varia, a seconda, oltrechè del livello a cui si trova il materiale da lavoro, anche della statura dell'operaio e della posizione del corpo durante l'atteggiamento medesimo.

Nel sollevare da terra dei pesi da caricarsi sulle spalle entrano in giuoco tutte le articolazioni dell'arto e soprattutto quella del gomito, il cui ruolo è di esercitare la trazione necessaria a compiere lo sforzo maggiore.

Nell'operaio impastatore, oltre alle utili manualità dell'organo prensivo, è il regolare succedersi di estensione e di flessione del gomito e d'oscillazione della spalla che provoca i movimenti adatti al lavoro.

Ed in quasi tutte le incombenze di mestiere, in cui v'ha bisogno che il tallone della mano riceva un'adeguata forza di propulsione, devesi pure all'estendersi e al flettersi del gomito assegnare una funzione importante, unitamente ad adatte escursioni della testa omerale nella sua cavità e ad opportuna flessione dorsale dell'articolazione del polso.

La statica e la dinamica degli arti inferiori durante il lavoro.

Gli arti inferiori non hanno rispettivamente una funzione operaiata distinta: si può dire quindi che abbiano lo stesso valore essendo attivi nella identica misura.

Trattasi tuttavia di un coefficiente funzionale secondario: chè, non intervenendo direttamente nel dispiego dell'attività professionale se non in un numero esiguo di mestieri (barrocciaio, ecc.), nè avendo alcun segmento dotato di specificità di prevalenza, com'è della mano per l'arto superiore, rimane soltanto in giuoco per essi l'onere della statica e della dinamica del corpo, necessarie alle incombenze di lavoro.

Però, se nelle mansioni sedentarie il loro ruolo non è primo, ciò non toglie che — in via di massima — sia indispensabile la loro perfetta integrità anatomica e fisiologica altrimenti l'azione degli arti superiori ne resta minorata.

E all'uopo si richiedono lunghezza opportuna, punto di sostegno ben costituito, meccanismi articolari ben funzionanti.

Vi si aggiunga inoltre la perfetta sensibilità di alcuna delle parti di essi e soprattutto della pianta del piede; infatti a questa sotto le molteplici forme della sensibilità cutanea in tutto l'ambito plantare vanno gli stimoli idonei — in una col senso muscolare — al compiersi delle diverse fasi del cammino.

Analogamente al difetto di queste proprietà sensitive sta l'eccesso di esse (cicatrici dolorose, nevralgie, ecc.): intervenendo allora altri disturbi che, col rendere difficile il pieno contatto della pianta del piede col suolo, impediscono l'uso dell'arto ai fini stabiliti.

Nella posizione verticale (CIAMPOLINI-PROSPERI, *Il giudizio di revisione a distanza dello stato post-traumatico degli arti*; RAMAZZINI, 1914), il peso del corpo riposa sulla pianta del piede, la quale provvede

al sostegno mediante la volta coi suoi pilastri a forma di treppiede, costituita all'indietro dal tuber calcanei, all'avanti tibialmente dalla testa del 1° metatarso e dalla falange dell'alluce, peronealmente dalla testa e dal capo del 5° metatarso secondo le idee dei classici; al contrario, secondo le idee recentemente sostenute dal BEELY e dal v. MEYER, dall'HOFFA, dal MUSKAT e dal BOSSI, il tallone anteriore sarebbe costituito o dalla testa del solo 3° metatarso, come ritiene il v. MEYER, o dalle teste del 2° e 3° metatarso, come sostengono il MUSKAT, il BOSSI, l'AIEVOLI.

A me sembra poter concludere con questi 2 ultimi autori; i quali, pure ammettendo in tutte le arcate del piede la facoltà a portare, sostengono si debba però dare la maggiore importanza alle arcate interne di questo, specialmente alla 2ª e alla 3ª.

Si tratterebbe quindi ancora di un treppiede, ma ad angolo molto più piccolo di quello classico.

Le dita, a cagione della loro brevità ed esiguità, non prendono parte alla stazione verticale, però nel cammino esse servono da contrafforte al piede ed entrano in giuoco a guisa di molle elastiche nell'elevazione sulla punta dei piedi, acquistando in alcune circostanze di prolungato esercizio, come nelle ballerine di professione, resistenza sufficiente a sorreggere tutto il peso del corpo.

Sopra ciascuno dei pilastri del piede la pressione è più o meno forte secondo che il centro di gravità cade più o meno vicino ad esso.

Nella stazione verticale tutti i pilastri sopportano la stessa pressione. Le articolazioni dell'anca e del ginocchio sono fissate in estensione forzata dall'intervento dei legamenti e dei muscoli in istato di leggiera contrazione tonica.

La stazione verticale immobile non viene presa in considerazione che raramente nella maggioranza delle professioni operaie; per la cui esplicazione sono necessari molteplici cambiamenti di equilibrio che esigono lo spostamento delle braccia e della parte superiore del corpo.

Perciò i muscoli della gamba e della coscia hanno bisogno di contrarsi continuamente. Tuttavia, quando il lavoro operaio non è dispendioso di molta energia, non è necessario grande vigore muscolare; anche muscoli deboli e atrofici sono sufficienti a sostenere il corpo in questa direzione.

Al contrario nei lavori di forza, per i quali la stazione verticale è la posizione di scelta, i muscoli devono essere potenti e le articolazioni agili per prendere la posizione più favorevole, potendo la cattiva posizione di un arto frustrare una buona parte del lavoro muscolare utile.

In molti mestieri l'operaio acquista l'abitudine di raccomandare il peso del corpo ad un solo arto, flettendo l'altro; così raggiunge l'effetto di riposare ora l'uno ora l'altro dei suoi arti pelvici. Quando, o per debolezza o per atrofia di uno degli arti o per esigenze del

mestiere l'operaio è costretto a servirsi sempre dello stesso arto, egli tiene sempre la stessa attitudine e contrae allora una deformità professionale.

Se i muscoli o le articolazioni funzionano male, l'operaio può mantenersi ancora in piedi: ma i punti d'appoggio sono meno solidi e la stazione eretta diviene in queste circostanze meno sicura e più faticosa.

È questo il caso delle varie deviazioni del piede, nelle quali uno dei punti di sostegno viene a prendere il predominio su alcuni degli altri.

Il punto di sostegno, sul quale più difficilmente può gravitare e trovare stabilità ed equilibrio il peso del corpo è il laterale esterno come quello costituito di parti ossee più esili e governato da gruppi muscolari più tenui.

Tuttavia, quando non coesistano atrofie dei muscoli della gamba di entità rilevante, l'intervento attivo di muscoli, che giorno per giorno vanno ipertrofizzandosi coll'esercizio, e la giovane età, oltre che le applicazioni di opportune solette ortopediche, possono ovviare sufficientemente al difetto statico.

Se invece, insieme al difetto statico, coesistono gravi atrofie dei muscoli della gamba, il compenso funzionale riesce a tal punto difficile da far spesso preferire un buon arto artificiale al posto di un piede naturale che non può essere usato che minimamente.

Allorchè la volta viene ad essere distrutta e al posto di tre pilastri tutta la pianta del piede viene a sopportare il peso del corpo, la validità e la resistenza della stazione eretta vengono ad essere compromesse, offrendo l'arco di volta una forza di resistenza molto più alta del piano.

Questa condizione statica viene aggravata allorchè il platismo è complicato dal valgismo. Quando però esistano buone condizioni generali, l'età sia giovane e non manchi un po' di forza di volontà, l'operaio, in modo relativamente facile, riesce a creare dei punti di appoggio compensativi, che in tutto o in parte possono sostituire i mancanti o i deficienti: tali punti d'appoggio possono mettersi in evidenza collo studio delle impronte plantari e della configurazione delle callosità plantari.

È frequente difatti osservare piedi piatti anche di alto grado di natura professionale in camerieri, fornai, ecc. che attendono regolarmente al loro mestiere come ogni altro individuo sano.

Ad effettuare la deambulazione due elementi essenziali intervengono: l'integrità della base di sostegno necessaria a mantenere l'equilibrio corporeo e un grado sufficiente di flessibilità della coscia sul bacino, della gamba sulla coscia, e del piede sulla gamba, allo scopo che l'arto possa raccorciarsi fino al punto necessario in cui il suo movimento di oscillazione pendolare avvenga senza toccare il suolo.

A questo movimento non è perciò necessaria l'integrità assoluta dell'arto: raccorciamenti relativamente brevi, lievi rigidità articolari, atrofie muscolari non gravi, deviazioni del piede e deformazioni della volta di sostegno di non grande entità permettono efficacemente la deambulazione.

Essa avviene mediante una successione di atti: mentre il piede è posato a terra l'inizio del cammino è costituito dal sollevamento del calcagno per mezzo della contrazione dei muscoli del polpaccio, che ad esso si attaccano: il calcagno così rialzato solleva tutto il peso del corpo: il secondo momento è costituito dal sostegno del peso del corpo sull'avampiede. Il terzo atto è la propulsione in avanti del corpo, così sollevato sulla punta dei piedi, per mezzo del raddrizzamento del ginocchio dovuto alla contrazione dei muscoli del quadricipite.

Il più grande sforzo è sostenuto dalla azione dei muscoli del polpaccio necessaria all'elevazione del tallone e del corpo. Lo sforzo del quadricipite per il raddrizzamento del ginocchio è meno notevole.

Gli altri movimenti, sollevamento della punta del piede e oscillazione della coscia, che riconducono l'arto alla posizione primitiva, avvengono quasi passivamente.

Il tallone non può essere sollevato se il ginocchio non può essere flesso sia per rigidità articolare che per insufficienza muscolare; se mancano i punti di appoggio del piede o sono dolorosi, la deambulazione è difficoltà e si compie mercè l'intervento di movimenti supplementari. Si ha allora la claudicazione.

La deambulazione in piano con carico necessita di uno sforzo proporzionale al peso del carico e presenta analogie colla deambulazione sul piano inclinato (montagna, scala, armatura, ecc.). Questa richiede una flessibilità di tutto l'arto e una integrità articolare e delle contrazioni muscolari molto più valide che per la deambulazione in piano. Nella salita è necessario anzitutto elevare il piede a una certa altezza e, quando esso ha preso punto di appoggio, sollevare tutto il corpo a un'altezza non comune. Per ottenere l'elevazione del corpo occorre uno sforzo violento di raddrizzamento del ginocchio, che avviene nei muscoli anteriori della coscia. Il lavoro dei muscoli utile ad ottenere la flessione preliminare del ginocchio è il meno importante.

Invece è indispensabile una flessibilità completa, o quasi, della articolazione del ginocchio.

Nella discesa lo sforzo massimo avviene pure nei muscoli anteriori della coscia. Essi hanno l'obbligo di rallentare ed arrestare il movimento di flessione del ginocchio e di resistere alla pressione del peso del corpo intero.

La rotula deve fare da fulcro per sostenere la rigidità delle ossa dell'arto. Ginocchio, muscoli della coscia, rotula e legamenti relativi sono perciò i fattori che abbisognano di integrità funzionale.

Quando si tratta di salire una scala il lavoro è più complicato: il piede deve posare sullo scalino colla sua escavazione e prendere la posizione più favorevole per aderirvi e sostenere il peso corporeo, ciò che suppone lunghezza, mobilità e agilità sufficienti.

D'altro lato le mani devono afferrare le sbarre o gli scalini per assicurare l'equilibrio del corpo, poichè il piede, privato delle sensazioni abituali provenienti dai suoi punti di appoggio normali, non può servire a mantenere l'equilibrio.

Anche nelle varie specie di stazione entrano in giuoco più o meno attivamente i segmenti superiori dell'arto.

La stazione seduta si addice a professioni che non esigono impiego di forze: il lavoro dei muscoli è per esse quasi nullo.

In questa posizione è sufficiente una flessione di 90° del bacino sulla coscia. Il punto di sostegno del corpo viene a portarsi sull'ischio e la coscia serve soltanto da contrappeso per mantenere l'equilibrio del corpo: e per questo è sufficiente anche un solo arto o segmento di arto.

Soltanto nelle fratture del bacino e nelle anchilosi dell'anca in estensione può essere ostacolata questa stazione.

Nella stazione a *cavalcioni* il punto di appoggio risiede ancora nelle tuberosità ischiatiche, ma si estende anche al perineo; le membra inferiori intervengono attivamente serrando il petto o il torace dell'animale per mezzo dell'adduzione o rotazione interna.

I movimenti necessari per prendere questa posizione sono assai complessi e suppongono la perfetta integrità delle articolazioni e dei muscoli, oltre a una agilità speciale delle quattro membra del tronco.

Infatti non solo gli operai devono produrre una serie di movimenti di abduzione, d'adduzione, di flessione e di rotazione delle membra inferiori per mettersi, mantenersi e spostarsi in questa posizione, ma sono anche obbligati a salire sulla staffa e a fare una ginnastica preliminare per arrivare sul luogo di lavoro.

Analoga a questa posizione è quella dei sellai sul loro cavalletto, i quali però non abbisognano che di un lieve dispendio muscolare per prendere e mantenere questa posizione; anche quella dei calzolai, che afferrano tra le ginocchia il loro materiale di lavoro, non ne è molto dissimile.

In questi ultimi casi il movimento non è complicato dallo sforzo utile a sopportare il peso del corpo ed è possibile anche con membra deformate o storpiate.

Nella stazione *accovacciata* o *ginocchioni* entra in giuoco tutta l'estensione dei movimenti articolari. Il movimento necessario per sollevarsi dal suolo è dei più difficili ed è quello che permette di giudicare meglio il ritorno completo delle funzioni articolari e muscolari.

CAPITOLO VII.

LA RIEDUCAZIONE PROFESSIONALE DEGLI INVALIDI DEL LAVORO

Le funzioni vicarie.

È canone della fisiopatologia che gli organi deboli, o non capaci di attività utile, cedano il posto a quelli che ne sono più adatti: ed anche nell'atrofia successiva di questi organi reietti ha da vedersi l'azione della forza adattatrice, in quanto la diminuita, o soppressa, funzionalità di essa importa stimoli minori o nulli e ne sono invece riservati in più per l'organo vicario, ai cui stimoli ordinari si sommano fino ad esaltarne l'attività e il trofismo per un'adeguata iperfunzione.

A queste leggi obbedisce dal cervello alle ossa tutto l'assieme organico nel complesso e nelle sue parti: ciò subordinatamente, s'intende, alle peculiari coefficiente strutturali e al genere di funzione nuova che si richiede.

Si può quindi ammettere come legge biologica generale che, per effetto dell'esercizio, tutti gli organi si adattino alle funzioni che sono loro richieste.

Nel campo degli infortuni del lavoro, come nel campo delle lesioni traumatiche in genere, l'adattamento ha frequenti occasioni di manifestarsi.

Un siffatto meraviglioso organizzarsi delle forze compensative e di adattamento al lavoro ha le sue esigenze: anzitutto richiede, oltre a particolari condizioni dello stato postraumatico e al tempo necessario, un ambiente *ad hoc*, poi le buone condizioni di salute del soggetto, l'età adatta e la volontà di esso a questo riadattarsi.

Per quel che riguarda l'età non si deve dimenticare quanto essa influisca su tale potere di adattabilità a nuove funzioni: nel bambino questo potere ha limiti di gran lunga più vasti che negli adulti. In lui tutto contribuisce ad alimentare lo stato euforico che è proprio dell'animo infantile e che tien lungi quel senso di scoraggiamento e di depressione psichica che è il grande nemico del ricostituirsi di una capacità fisica menomata.

Ma soprattutto ha da porsi mente a quelle risorse insite nella struttura anatomica fisiologica degli elementi statici e dinamici su cui si edifica la funzione operaia.

Si pensi infatti all'importanza che, nel ricostituirsi di un atteggiamento soppresso o menomato, possono acquistare la cedevolezza, l'elasticità, l'attiva nutrizione dei legamenti e delle capsule articolari, dei tendini, dei muscoli, delle borse sinoviali, delle cartilagini, di tutti quegli elementi insomma che contribuiscono al buon funzionamento della macchina lavorativa e che appunto, nei soggetti dell'età giovane, sono altamente quotati e quindi più facilmente sfruttabili nei meravigliosi tentativi di riedificazione cinetica.

L'influenza delle malattie costituzionali sull'adattamento può considerarsi duplice: e cioè da un lato colla complicazione anatomica della lesione traumatica sul terreno organico tarato, dall'altro per mezzo dell'impedimento o del rallentamento dell'energia motoria necessaria allo stabilirsi dell'adattamento.

È nota infatti la influenza pregiudizievole della sifilide sulla guarigione e la consolidazione delle fratture, sulla riparazione delle piaghe, sul dileguarsi dei fenomeni morbosi articolari o tendinei: a prescindere dalle complicità spesso gravi che il trauma può risvegliare in un organismo sifilizzato.

La stessa considerazione vale per i tubercolosi: in questi ammalati talvolta il processo di guarigione delle più comuni lesioni traumatiche avviene in modo lento e imperfetto, spesso attraverso complicazioni e malgrado la più accurata diligenza terapeutica.

Il terreno tuberculare, depressore di tutte le energie di risveglio e di compenso funzionale, quand'anche non intervenga direttamente a complicare colla natura specifica la lesione traumatica, rallenta in misura notevolissima il meccanismo di ogni funzione organica e pregiudica l'instaurarsi dell'adattamento funzionale sia coll'imperfetta guarigione anatomica, sia col ritardare la ripresa del lavoro e col diminuire l'energia delle nuove combinazioni cinetiche atte a compensare le funzioni danneggiate.

Infine tra le influenze che ritardano il manifestarsi di questo fenomeno restauratore dovremo dare il giusto peso anche alle malattie del ricambio e cioè all'uricemia, al diabete, all'artrismo, ecc.: soprattutto quando si tratti di localizzazioni morbose articolari il cui tardo decorso e quindi la conseguente lentezza di adattamento, è *a priori* comprensibile da chi abbia la minima esperienza clinica.

Di portata più generale è lo stato arteriosclerotico, inerente alla età, alle abitudini alcolico-nicotiniche e al duro lavoro della maggioranza dei nostri operai.

Inoltre, nello studio di questi fenomeni, si tenga conto delle influenze che vi esercitano alcuni coefficienti quali le questioni riguardanti l'indennità d'infortunio da riscuotere e tutte le divergenze ammi-

nistrative o giudiziarie che vi si riferiscono. Esse non sempre in modo trascurabile contribuiscono assai spesso ad un ritardo nel ripristino lavorativo, il quale nella sua maggiore o minore precocità è il cardine dell'opera stessa.

Non si dimentichi mai che un elemento addirittura essenziale perchè la rieducazione lavorativa possa effettuarsi in modo completo è la buona volontà dell'infortunato a prestarsi alle pratiche relative: si tratta infatti della reintegrazione di una capacità motoria (o perduta o menomata) mediante un quotidiano esercizio il quale non si compie senza che una buona dose di intenzione la guidi e la coordini.

Con questa premessa ci si rende conto meglio dei miracolosi risultati ottenuti nell'ambito extra-assicurativo.

All'atto pratico noi vediamo che nei feriti non indennizzabili, e altresì in quelli infortunatisi prima della promulgazione della Legge, la necessità di tornare al lavoro, e quindi le precoci manovre fisiche volontarie, adeguate alle rispettive incombenze di mestiere, furono nei riguardi della guarigione, di una efficacia rimarchevole nella pluralità delle lesioni stesse.

Se si confrontano le numerose statistiche di tal genere e quelle che risultano per le identiche lesioni fra gli operai assicurati, si ha un'impressione sconcertante: può dirsi che, nonostante il progredire di tutti i mezzi di cura, nonostante il cammino mirabilmente percorso dalla terapia chirurgica in ogni ramo, siasi fatta una strada a ritroso, per quanto concerne il periodo di tempo occorrente a guarirsi di una lesione qualsiasi.

Le ragioni per le quali il grado dell'intelligenza è funzione più o meno attiva ed efficace del reintegrarsi delle capacità lavorative sono ovvie. Si tratta di vincere difficoltà iniziali: quindi occorrono in primo tempo anche dei processi cerebrali. D'altra parte individui intelligenti ed equilibrati comprendono istintivamente meglio degli altri che la via da seguire, nel proprio interesse, è quella che porta rapidamente al ripristino delle attività perdute.

Altra condizione che favorisce il riadattamento professionale - oltre l'età giovane del soggetto, l'ambiente in cui lavora, la di lui volontà a rieducarsi e la intelligenza - è lo stato della sensibilità della parte che deve essere adoperata per la nuova funzione da compiersi.

L'esperienza dimostra che la dolorabilità, sotto tutte le forme e manifestazioni anche le più attenuate, è la nemica più pericolosa del riadattamento funzionale degli arti.

Anzitutto il dolore, e pure la semplice molestia, rappresentano un mezzo continuo di suggestione autoctona che ricorda all'interessato incessantemente il danno sofferto. Ed anche quando la liquidazione dell'indennità ha avuto luogo il persistere di una dolenza di un arto, se non impedisce la rieducazione motrice certamente ne ritarda l'avvento col disordinare le operazioni preparatorie.

* * *

Studi ed esperimenti personali in tema di adattamento funzionale.

Nella convinzione che soltanto col contributo di una ricca casistica si potevano trarre elementi di studio sul fenomeno dell'adattamento funzionale degli arti traumatizzati mi sono accinto fino dal 1914 - insieme al PROSPERI - ad un lavoro organico di revisione a distanza di esiti di infortunio: cercando il materiale sia nell'ambito dell'industria Statale, sia in quello dell'industria privata onde avere dati di confronto e molteplicità di esemplari.

Sono parecchie centinaia di casi che sono passati sotto i nostri occhi.

Scopo precipuo di questo nostro studio è stato quello di portare un giudizio sulla efficienza lavorativa di arti traumatizzati dopo un opportuno periodo di lavoro: in altri termini si è voluta studiare l'influenza delle possibili modificazioni anatomiche e funzionali esercitata dalle ordinarie contingenze di mestiere, sugli organi del lavoro in qualche modo resi anormali.

Tenuto conto dell'entità e della natura dell'esito traumatico e avuto riguardo alle peculiari esigenze di un determinato mestiere, ci siamo messi nella migliore opportunità per accertare quali fossero in effetti i compensi funzionali durante il lavoro e quali le sostanziali modificazioni complessive dell'organo parzialmente leso, che rendevano ragione, e ad un tempo testimonianza, di quei compensi medesimi (callosità professionali, condizioni trofiche dei tegumenti e delle appendici tegumentarie, maggiori escursioni articolari, deviazioni assiali, ipertrofie muscolari, comparsa di nuove funzioni, formazioni *ex novo* di elementi protettivi, ecc.).

Inoltre, quando non si poté avere un vero e proprio ripristino funzionale agli effetti della primitiva mansione, il nostro studio fu rivolto alle analogie fra questa mansione medesima e quella che il sinistrato fu costretto in appresso a disimpegnare, appunto per ben stabilire nella vera essenza i confini di quest'altro adattamento funzionale più lato.

Orbene posso dire, in via conclusiva, che ciascuno dei casi da noi studiato, tenuta presente ogni circostanza di mestiere, di ambiente, di intelligenza, di salute, di età, ecc., è davvero un tipico esempio di quanto possa, agli effetti pratici, la forza di adattamento e quanto questa pesi sul bilancio dell'attività redditizia di un invalidato.

Riferendoci alla funzione di presa della mano nel suo valore specifico e generico, tanto come atto capace di prelevare dall'ambiente un certo oggetto come fine di contenerlo stabilmente, abbiamo visto

molti casi in cui il compenso era completo o quasi, anche laddove la mutilazione o la storpiaggine interessavano in grado maggiore i segmenti della mano più utili allo scopo.

Operai, che avevano perduto il primo arco digitometacarpo di destra, riacquistarono sufficiente attitudine alla presa sì da potersi restituire alle primitive incombenze.

Eppure pensiamo alla qualità della menomazione di questi operai: considerando l'importanza del pollice e del suo metacarpo nella formazione dei vari tipi di presa valida, la pinza pollice digitale era sostituita da una pinza bidigitale mediante un'azione energica dei muscoli interessei palmari e dorsali; la presa palmo-terminale, quella che si attua per maneggiare il cacciavite, era sufficientemente utilizzata mettendo fortemente in azione i muscoli dell'ipothénar, perchè l'utensile non potesse sfuggire, disponendo l'indice e il medio lungo l'istrumento, col mignolo e l'anulare flessi per far presa attorno al manico dello strumento medesimo e contemporaneamente aumentare la profondità del cavo palmare dal lato dell'ipothénar.

Abbiamo visto operai mutilati del dito indice, il cui dito medio aveva acquistato proprietà di abduzione oltre la norma, fin quasi a portarsi marginalmente nel campo d'azione dell'indice, in modo che nella pinza col pollice questo non aveva da eseguire che un'opposizione di lieve grado e quindi senza un eccessivo dispendio di flessione che sarebbe tornato a svantaggio della forza prensiva: così pure il medio addimostrava di sapersi adattare mirabilmente alle modificazioni del centro di pressione e di direzione della guida, a seconda delle esigenze del lavoro.

Ad es.: nella pinza pollice-digitale esso poteva assai bene sostituire, e in modo efficace, l'indice (abbottonarsi e sbottonarsi il colletto della camicia): la sua articolazione prossimale era infatti mobilissima e, oltrechè di flessione e di estensione, poteva effettuare ampi movimenti di abduzione e di adduzione ed in lieve grado anche di circumduzione: in tal modo poteva altresì disporsi nell'atteggiamento di guida e assai bene adattarsi alle variazioni del centro di pressione e di direzione della guida stessa.

Nei casi in cui la mutilazione del dito indice non era completa il moncone entrava in giuoco più o meno efficacemente a seconda della sua lunghezza, dei pezzi che lo componevano e della loro mobilità.

Abbiamo visto operai mutilati del dito medio (del cosiddetto dito di forza) nei quali il dito indice a lungo andare aveva finito col deviare verso il lato ulnare e assumere anche il ruolo del dito mancante: in altri era il dito anulare che aveva assunto tale funzione (ipertrofia dell'anulare).

Allorquando manca il mignolo resta inattivo anche il corrispondente metacarpo: l'ipothénar (contrariamente a quello che avviene per il thenar) è destituito di ogni ufficio di prensione e resta solo a

rappresentare un segmento passivo della superficie della mano con semplici funzioni di appoggio e di sostegno all'oggetto impugnato.

Tutti i tipi di presa ne risentono, soprattutto quello ad anello: infatti, oltre alla diminuita altezza dell'anello stesso, v'ha l'abolizione di quel tratto di presa mediale che contribuisce in modo notevole alla validità degli atteggiamenti in parola.

Invece anche un moncherino limitato al $\frac{1}{2}$ prossimale della prima falange può talora essere utile e l'operaio in alcuni tipi di prensione ad anello può servirsene, facendolo con energica flessione aderire alle superfici dell'oggetto impugnato e ciò con bastante efficacia (atto di adoperare il martello).

D'altra parte, a compensare il dito mignolo mancante, in alcuni tipi di presa ad anello serve sufficientemente l'anulare che in tal caso si abduce rispetto all'asse della mano e tende colla sua estremità a farsi marginale: e il pollice si contrappone più medialmente per rafforzare la parte più debole dell'anello di presa.

E quel che si dice per la mutilazione di un dito si dica per la mutilazione di più diti in una stessa mano: anche qui il compenso, per quanto più complesso, si è addimostrato sempre possibile in qualche modo.

Analogamente è quando, invece di mutilazioni, si tratta di storpiaggini per rigidità o anchilosi articolari di uno o più diti o per deformazioni della costruzione ossea nei segmenti che costituiscono l'arco prensivo della mano (spostamenti dei punti di applicazione delle forze).

È ovvio che, coll'aumentare del numero degli archi digito-meta-carpei lesi, aumenta altresì la necessità di adattamento per il compiersi di determinati atti prensivi.

Ed è ovvio pure che la molteplicità di compensi che intervengono nelle contingenze siffatte è in dipendenza soprattutto del numero degli archi menomati, del loro ruolo funzionale, della natura e del grado della lesione, oltrechè del genere di lavoro compiuto e del lato della mano a cui la menomazione appartiene.

Noi vediamo inoltre, in casi di rigidità articolare del polso, del gomito o della spalla, ad es.: intervenire di regola, con il tempo e con l'uso razionale dell'arto, quelle sostituzioni necessarie che valgono a neutralizzare le conseguenze di tali limitazioni motorie: entra per lo più in giuoco allora, e soprattutto, l'articolazione vicina a quella lesa e il compenso si effettua col disporsi in altro modo, adeguatamente e utilmente, dei vari punti su cui si applica ogni minima forza componente: e a movimenti inefficaci si supplisce con sostituzioni di compenso, sia da parte del segmento menomato che dà il massimo della potenzialità ad esso rimasta, sia da parte del segmento finitimo che quasi sempre sostiene il ruolo più importante, sia infine da parte di segmenti a distanza i quali controbilanciano l'effetto di questo spostarsi del sistema cinetico dai centri abituali.

Nei casi di anchilosi della spalla con braccio addotto il compenso si effettua mediante spostamenti della scapola e del tronco e così è possibile una elevazione ed una abduzione dell'arto nei limiti utili di un lavoro modesto.

Nelle anchilosi della mano e del gomito sono rispettivamente le articolazioni finitime che entrano in giuoco con maggiori escursioni e con adattamenti opportuni per compensare il difetto iniziale.

Analogamente a quello che avviene per le deficienze motorie in seguito a rigidità articolare dei vari segmenti dell'arto, può dirsi che anche nei postumi paralitici, per lesione dei nervi (radiale, cubitale, ecc.), il compenso si determina mercè la vicarietà di altri muscoli che a mano a mano, col tempo e con l'esercizio, assumono, per quanto è possibile, il ruolo di quelli paralizzati.

E in tutti questi casi - anche dal punto di vista anatomico - si ha gradualmente, in proporzioni ridotte, quello che si constata in molte deformità o alterazioni congenite nelle quali la modificazione di funzione apporta sempre modificazioni di struttura.

Abbiamo visto anche degli operai mutilati di avambraccio che si servivano dei rispettivi monconi sia come punto di sostegno e di pressione, sia come organo di presa mediante il doppio giuoco di afferrare e contenere gli oggetti tra il braccio e il moncone di amputazione o applicando l'oggetto fortemente contro il braccio e il torace.

Tutte le menomazioni funzionali dell'anca possono venire compensate, più o meno sufficientemente, dalla mobilità del bacino sulla articolazione sacro-vertebrale, specialmente per quel che riguarda la rotazione esterna, la quale, riscontrandosi il più spesso congiunta alla estensione rigida dell'arto, compromette notevolmente la deambulazione.

In tal caso la torsione del bacino sull'anca sana può in parte compensare la rotazione dell'arto necessaria alla deambulazione.

Com'è noto le rigidità del ginocchio compromettono notevolmente la funzionalità dell'arto solo quando superino i 90°: e in pratica si vedono rigidità o escursioni minori di 90° permettere agevolmente la deambulazione e le varie forme di stazione, eccettuata quella cosiddetta *accovacciata* che del resto necessita di rado nell'attività operaia.

Le rigidità più gravi sono quelle che impediscono l'estensione dell'arto e provocano così un grado notevole di accorciamento.

La influenza dannosa dei raccorciamenti dell'arto inferiore è tanto più sentita quanto più alta è la sede della lesione che n'è la causa. Il fatto anatomico della diminuzione di lunghezza scheletrica trova il suo equivalente funzionale nella claudicazione la quale a sua volta rende difficile e faticoso il cammino.

Anche allo stato fisiologico si riscontra una differenza nella lunghezza tra un arto e l'altro, il più delle volte a vantaggio dell'arto sinistro.

Ma anche una differenza di 2 cm. quando non coesistano complicanze di altro genere (anchilosi, atrofie, ecc.) non danneggia apprezzabilmente le condizioni della statica, essendo essa compensata in modo completo dall'abbassamento omolaterale del bacino.

Differenze di 4-5 cm. possono essere compensate mercè l'applicazione di un tacco più alto e l'abbassamento del bacino, soprattutto quando questo può essere portato al massimo per la maggiore elasticità dei legamenti articolari e dei dischi intervertebrali, propria dell'età giovane.

Quando l'articolazione del ginocchio sia integra e non vi sia atrofia della coscia, accorciamenti anche di 5-6 cm. possono essere compensati in modo da non diminuire la attività degli arti inferiori, pur provocando un certo grado di claudicazione.

Le rigidità in estensione del ginocchio sono più facilmente compensabili di quelle in semiflessione e in flessione. L'arto rigido in estensione può servire bene alla deambulazione mercè un compenso funzionale costituito dalla elevazione del bacino e da un movimento combinato di rotazione esterna, di abduzione iniziale e di adduzione successiva, con cui si sostituisce il mancante raccorciamento dell'arto: raccorciamento che serve all'oscillazione in avanti senza che il piede si incontri col suolo. È il tipo di deambulazione a falce, caratteristico degli emiplegici classici.

Nel piede, quando non vi sieno deviazioni notevoli e sieno validi i muscoli del polpaccio, le rigidità dell'articolazione tibio-astragalica possono venire, dall'esercizio, agevolmente compensate, purchè sieno di tal grado da permettere la deambulazione: condizione necessaria e sufficiente per l'esercizio che deve portare all'adattamento.

Per quanto concerne le mutilazioni dell'arto inferiore occorre riferirsi ai mirabili progressi fatti in questi ultimi anni dall'ortopedia, la quale ha raggiunto un grado assai rilevante di perfezione e di utilizzazione. Oggi siffatti apparecchi sono leggeri, ben bilanciati in tutti i loro segmenti, precisi nelle loro giunture articolate, silenziosi e sono adoperati senza fatica e con massimo profitto, appunto perchè, nella loro perfetta funzione, permettono al paziente di flettersi e di estendersi col tronco nei vari atteggiamenti di mestiere.

Tale protesi permette a mutilati di una gamba le mansioni di guidamacchine, di attrezzisti, di falegnami e di tornitori in modo da averne un profitto non inferiore a quello degli altri operai della stessa qualifica nella medesima officina: e si pensi che certe incombenze di quei mestieri stessi richiedono, per buona parte della giornata, una posizione eretta e anche atteggiamenti del tronco non sempre comodi.

Questo profitto si ha soprattutto quando resti conservata la funzionalità del ginocchio e il soggetto, sia per l'età che per le condizioni generali di salute e di costituzione, e per la psiche, si trovi nel migliore stato per un riadattamento del genere.

Ai segmenti dell'arto inferiore al disopra del $\frac{1}{3}$ inferiore della gamba spettano attività di alta importanza funzionale che si compendiano essenzialmente nella meccanica dell'articolazione del ginocchio e dell'apparecchio tendineo-muscolare che ad essa presiede. L'importanza di questo segmento dell'arto è tale che, agli effetti della capacità lavorativa, possono i mutilati classificarsi in due grandi categorie a seconda che la mutilazione esiste al disopra o al disotto del ginocchio.

Intanto non è arrischiato affermare che la gran maggioranza degli amputati della gamba, purchè non coesistano condizioni anatomiche complicanti la funzione in altri segmenti dell'arto, possono ritornare ad essere operai validi e capaci di bastare a sè stessi come prima dell'infortunio. Occorre soltanto che la superficie del moncone d'amputazione sia larga quanto più possibile per offrire più vasta base di sostegno al peso del corpo, la cicatrice operatoria sia situata al di fuori della superficie di sostegno e sia mobile, solida, indolente ed abbia un rivestimento di parti molli adatto e sufficiente alla formazione di un comodo punto d'appoggio.

CAPITOLO VIII.

LA SIMULAZIONE NELLA PRATICA DEGLI INFORTUNI DEL LAVORO

La simulazione è assai spesso la conseguenza di una ingiusta interpretazione dei principi che formano il pernio delle comuni Provvidenze Sociali. Per molti operai la Legge infortuni, soprattutto, non è stata promulgata soltanto per salvaguardarli dai veri danni lavorativi, che conseguono alle lesioni determinatesi violentemente in occasione di lavoro: ma bensì anche per compensare ogni qualsiasi lesione o disturbo che non intacchi affatto la loro integrità professionale sicchè, di fronte alle necessarie resistenze che s'incontrano in questo errato convincimento, si inscenano e si falsano inabilità irreali in seguito anche a relitti anatomici di nessuna importanza, e si esagerano, oltre ogni misura di verosimiglianza, conseguenze che non hanno invece alcun peso sulla capacità operaia.

E non è vero che questo errato convincimento sia raro: chi afferma che il fenomeno della simulazione o dell'esagerazione si rileva con difficoltà nella pratica infortunistica non ha sufficiente esperienza quotidiana per giudicare in merito.

A me sembra che su questo argomento siansi prese un po' troppo alla lettera le frasi celebri di illustri Clinici in tema di simulazione. Può darsi benissimo che un medico ignorante veda più simulatori di quanto non ne esistano in realtà: ma è altrettanto vero che i simulatori e gli esageratori nella pratica infortunistica ci sono e non poche volte essi riescono a gabbare anche medici valenti, se questi non tengono gli occhi ben aperti e non sanno valutare tutti quei dati di cui ci si serve per un sereno giudizio medico-legale del genere.

Certo è che una diagnosi di simulazione non si farà mai se tutte le circostanze per convalidarla non saranno state accertate e incontestabilmente; un dubbio, una insufficienza di indagine, una manchevolezza di reperto dovranno sempre arrestarci prima di pronunziarsi in modo definitivo ed esplicito.

Tali giudizi insomma non devono essere d'impressione o di semplice presunzione o di probabilità o di possibilità, ma bensì di constatazione sicura, inequivocabile.

D'altra parte è utile ricordare a questo punto che l'atteggiamento, l'intelligenza del medico che assiste gli operai fin dal primo tempo e che ne deve saper apprezzare le conseguenze traumatiche in un tempo mediato hanno sempre una grande influenza sul contegno del leso.

Ad un'efficace organizzazione di assistenza medico-chirurgica per gli operai infortunati anzitutto è necessario che non si viva in quella atmosfera di reciproca diffidenza che purtroppo - in buon numero di Aziende - anima rispettivamente gli operai assicurati e i datori di lavoro; dubitando gli uni delle buone intenzioni degli altri e questi alla lor volta male interpretando ogni atto ed ogni riserva di quelli. Fa d'uopo che finalmente si comprenda l'interesse di entrambe le parti a valorizzare in ogni aspetto una Legge, che trascende i vantaggi dei singoli individui, per avvistare finalità generali di ben altra importanza. E che gli uni si rendano conto che i benefici propri sono i benefici degli altri, essendo tutti vicendevolmente legati ad una stessa sorte e ad una stessa fortuna. Quando si sarà giunti ad una siffatta collaborazione avremo percorso un buon pezzo di strada; inquantochè all'attuarsi di certe Provvidenze l'elemento essenziale è proprio la perfetta consonanza di volontà in coloro che dalle Provvidenze stesse traggono nel campo correlativo i maggiori utili.

Orbene: un tale armonico collaborare di operai e di padroni in questo specifico ambito si impernia soprattutto sull'opera giudiziosa competente del medico; il quale appunto se vuole può bene integrare forze di diversa tendenza, superando pregiudiziali, sfatando preconcetti, infondendo fiducia, sì da creare davvero un terreno psicologico favorevole a questa sana coordinazione d'interessi. Egli deve far nascere in tutti il convincimento che la sua opera risponde soltanto all'interesse collettivo e che nulla lo lega al padrone dell'Azienda come nulla lo potrebbe e lo dovrebbe legare agli scopi degli operai.

Con un'etichetta di tal genere non v'ha dubbio che la sua azione si avvantaggia di efficacia e di serietà.

* * *

La classificazione che fa il LEONCINI delle malattie simulate è ottima:

- a) nelle cause;
- b) nelle manifestazioni;
- c) negli effetti.

In riguardo alle cause si può avere o provocazione o pretestazione. In riguardo alle manifestazioni si hanno malattie allegate o simulate (in senso ristretto della parola) e malattie esagerate.

In riguardo agli effetti si hanno malattie aggravate o prolungate o mantenute.

Credo tuttavia, per maggior chiarezza del medico infortunista, che basti una classificazione la quale concerna le malattie simulate (cioè quelle inesistenti), le malattie esagerate, le malattie provocate, le malattie aggravate, le malattie mantenute per azione (mezzi diretti) o per omissione (trascurando le medicature, ecc.) e le malattie pretestate.

Si può parlare anche di malattie facilitate o occasionate (BENASSI) allorchè nulla si è fatto per impedirle: o, sottraendosi alle più elementari norme di profilassi, si è cercato che la malattia insorgesse, onde avvalersi dei suoi effetti a scopo di profitto economico (malaria). Un campo molto esteso per la simulazione è quello della fenomenologia subiettiva: e in particolar modo quella dolorosa.

Scrivo DUFESTEL:

« Ces simulateurs ont toujours un but déterminé, et ils n'accusent le plus souvent que des symptômes subjectifs. Ils racontent éprouver telle ou telle douleur. Le plus souvent ils simulent mal et l'observateur, même extra-médical, peut ordinairement déjouer leur fourberie. Ce sont des simulateurs maladroits et malhabiles. De plus, la simulation chez eux est passagère; elle cesse lorsque le but désiré est atteint ».

La simulazione è di tutti i paesi e di tutte le classi sociali. Questo io l'ho già detto, scrivendo della *Nevrosi dei Traumatizzati* e riferendomi alla larga esperienza che mi viene dall'esercizio nell'ambito dei sinistri ferroviari.

SAND a tal proposito scrive:

« Si des ouvriers ont tenté d'exploiter leurs assureurs, combien de fois des personnes aisées ne se sont-elles pas rendues coupables de tromperies éhontées envers les administrations des tramways et des chemin de fer ? ».

Sulla frequenza della simulazione nell'ambito infortunistico i vari pareri - o meglio le varie statistiche - non sempre vanno d'accordo fra loro. È ovvio che la base su cui questi pareri si formulano e i punti di riferimento con cui queste statistiche si compilano sono le sole ragioni di siffatte divergenze fra i competenti in materia.

SEELIGMULLER nel 1890 scriveva che un quarto delle nevrosi traumatiche sono simulate: HOFFMANN e SCHULTZE hanno portato questa proporzione rispettivamente al 33 e al 36 %.

OPPENHEIM invece ha limitato al 4 %, STEIN al 5 %, HITZIG al 3 % il numero dei simulatori (SAND).

BLUM, KNAPP, BOUVERET, ecc., considerano addirittura la simulazione come un fenomeno trascurabile.

La statistica di BRUNS fa ascendere all'8 % il numero dei simulatori, quella di TISQUIEN al 6 %.

In realtà la simulazione propriamente intesa come creazione *ex novo* di una sindrome inesistente è piuttosto rara.

Anche SACHS e FREUND, che hanno studiato le malattie nervose, conseguenti a traumi, scrivono:

« Alors que l'exagération est naturelle et presque constante, la simulation est rare en général. Encore s'agit-il le plus souvent d'une exagération très prononcée: il reste chez les traumatisés une légère douleur ou une légère impotence d'un membre qui sert de base à leur simulation ».

(L'esagerazione è di gran lunga più comune della simulazione; e soprattutto l'esagerazione cosciente, la quale è un elemento spurio che purtroppo si infiltra, con grandissima facilità, in tutti i reperti clinici della medicina legale degli Infortuni. Comunque non è detto che se il medico è un tecnico esperto non possa avere in sé mezzi bastevoli per combattere questa mala pianta.

Nel sospetto di una simulazione o di una esagerazione si vada sempre cauti. Scrive giustamente WILBRAND: « In nessun caso io ho il diritto di accusare un uomo di simulazione quando non posso fare la dimostrazione obiettiva di questa asserzione ».

Il precipitare coi giudizi di tal fatta è sempre pericoloso: non ci si avvalga mai della prima impressione che può essere fallace.

Si tenga presente che il simulatore cosciente con difficoltà persevera nello stesso sintoma o entra nel dettaglio di esso. Ecco perchè l'osservazione prolungata è indispensabile.

KRANTZ dice che il simulatore porta al massimo ogni sintomo; esso è più cieco del cieco stesso, sente meno di un sordo, trema più di un Parkinsoniano.

Si consiglia di parlare poco col presunto simulatore: egli teme fortemente il perito quando questi non gli comunica le sue impressioni su quel che reperta: ciò lo rende ansioso e guardingo. D'altra parte anch'egli difficilmente parla e, quando non possa farne a meno, cerca di girare attorno alle domande imbarazzanti e compromettenti.

Anche per i simulatori coscienti non ha mai da prescindere da particolari condizioni psichiche degenerative.

In quei casi da me osservati l'anormalità mentale e talvolta anche l'anormalità più o meno costituzionale (OTTOLENGHI e DE SANCTIS) erano evidentissime. Non si tratta mai o quasi mai di operai laboriosi e validi, ma piuttosto di intossicati (alcool, tabacco) o di indeboliti per malattie croniche, ecc.

Il BRONDI ha osservato che le note psicologiche del simulatore si concretano essenzialmente in deficienze del campo morale e di quello intellettuale, con scarso senso di dignità, avendo povero il patrimonio morale e limitata la sentimentalità alle più elementari e brutali astrazioni egoistiche. Ciò è assai più evidente nell'autolesionista.

« Egli - dice il BRONDI - ha poca originalità e vivacità nella scelta dei mezzi di frode ed è scarso di critica rispetto alle cause che invoca delle malattie e delle lesioni che provocò; mostra imprevidenza supina

per i danni che possono derivare al suo organismo dalle manovre artificiose e che talora arrivano fino alla morte: è indifferente ed insensibile di fronte alle conseguenze morali e giuridiche dei suoi atti ».

Anche a me è risultato che trattasi di operai svogliati con tendenza all'ozio, al giuoco e all'alcool.

Spesso sono individui facilmente dominabili da altri e che si lasciano persuadere a simulare malattie e a provocare lesioni.

Il simulatore è uno svogliato per il lavoro, ma non è detto che non abbia talvolta una volontà forte la quale lo porta ad agire e ad agire deliberatamente e con perseveranza nel suo atteggiamento.

CAPITOLO IX.

L'AUTOLESIONISMO E L'ART. 123-bis DEL REGOLAMENTO INFORTUNI

L'art. 123-bis del Regolamento Infortuni dice:

«L'Istituto assicuratore, quando abbia motivo di ritenere che l'infortunio sia avvenuto per dolo del danneggiato o le conseguenze di esso sieno state dolosamente aggravate ha facoltà di richiedere al Pretore l'accertamento d'urgenza col procedimento e con le norme stabilite dagli articoli 51 e 251 del C. P. C. e 165 e 177 del C. P. P.; le spese relative sono a carico dell'Istituto Assicuratore».

L'art. 51 (C. P. C.), di cui è detto, stabilisce che «quando l'Autorità giudiziaria debba assumere informazioni o accertare qualche fatto senza contraddittorio di Parte vi provvede sul ricorso dell'interessato e ne fa processo verbale».

Nell'art. 251 (C. P. C.) si parla delle cosiddette testimonianze a *futura memoria*:

«Chi abbia fondato motivo di temere che sia per mancare uno o più testimoni, necessari a far valere un diritto o un'eccezione, può chiedere che i medesimi siano esaminati a futura memoria».

L'esame «a futura memoria» ha soltanto l'effetto di conservare la prova la quale, per essere efficace, deve essere ammessa definitivamente. Essa non porta alcun pregiudizio ad alcuno dei mezzi che competono all'altra parte per opporsi all'ammissione definitiva della prova, nè alla deduzione di prove contrarie, e non impedisce alla parte istante di presentare altri testimoni.

I suindicati articoli del C. P. P. disciplinano le norme per la conservazione dei corpi e delle tracce del reato: spetta agli ufficiali di polizia giudiziaria a curare che lo stato delle cose non sia mutato prima che giunga sul luogo l'Autorità giudiziaria.

«Se vi sia fondata ragione di temere che frattanto le cose o le tracce anzidette si alterino o si disperdano essi possono provvedere ad accertamenti con perizia, senza far prestare giuramento al perito».

E il Pretore «nell'informare immediatamente il Procuratore del Re di ogni reato di competenza del Tribunale o della Corte di Assise commesso nel suo mandamento gli trasmette le denunce, i rapporti, le querele, i processi verbali e qualsiasi atto od oggetto che vi si riferisca. Procede tuttavia agli atti urgenti di accertamento e assicurazione delle prove dando sollecito avviso di ciò al Procuratore del Re ».

In questi casi dunque il perito è chiamato ad accertamenti di urgenza: per valutare cioè dati e fatti che altrimenti col tempo potrebbero modificarsi, non lasciando di sè quelle prove che da una delle Parti si ha interesse di far valere.

Certamente non si potrà mai parlare di perizie di urgenza di cui l'art. 123-bis allorchè chi deve giudicare in via tecnica non potrà servirsi che di documenti, di certificati, di reperti già acquisiti: secondo me si dovrebbe allora far ricorso a quanto prescrive il C. P. P. se il fatto che si vuole accertare esula dalla competenza di altri Codici procedurali e rientra nell'ambito vero e proprio dei reati. Ad es.: in caso di denuncia di auto-lesionismo l'accertamento peritico d'urgenza è indispensabile se non si vuole che, a lungo andare modificandosi le tracce e lo stato delle cose da provarsi, manchi poi l'*ubi consistam* della discussione.

Invece l'accertamento di cui il precitato art. 123-bis non ha ragione di essere quando, del fatto in parola, se ne deve discutere a distanza di tempo e cioè allorquando lo stato attuale non può per nulla darci luce su quali furono, in un primo tempo, le condizioni del presunto auto-lesionista.

Le autolesioni.

Nell'ambito dell'autolesionismo per la pratica infortunistica noi dobbiamo tener conto della possibilità di lesioni prodotte o col meccanismo della contusione o mediante costrizione e contenzione forzata e protratta (fasciature, ecc.): oppure di lesioni o di automutilazioni volontarie.

V'ha anche da tener conto della possibilità di ritardi o di aggravamenti, chè manovre *ad hoc* possono provocarsi nel decorso di una lesione traumatica comune.

Le lesioni prodotte col meccanismo della contusione sono di vario ordine: a seconda del mezzo contundente adoperato, del grado e della durata d'azione della violenza lesiva, oltrechè della regione e della estensione ove questa violenza agisce.

Dalle piccole ecchimosi alle fratture volontarie v'ha una numerosa serie di tali lesioni artefatte, le quali si rivelano mediante sintomi spesso assai simili a quelli delle lesioni corrispondenti accidentali: onde la distinzione fra esse è tutt'altro che facile anche ai più esperti.

In tema di autolesionismo è tutta una serie di indagini che dobbiamo proporci: talora le difficoltà sono grandi in ispecie quando si tratti di orizzontarsi di fronte a casi isolati: non così allorchè il fatto rappresenta un vero e proprio episodio epidemico in un determinato centro operaio, come purtroppo talora è accaduto. In questo caso occorre tener conto della causa incriminata che di solito è press'a poco la stessa per tutti: e generalmente sono sempre messe in valore le ragioni delle dita più redditizie, rispetto all'art. 95 del Regolamento della Legge Infortuni.

Mettere in confronto le varie e molteplici modalità traumatiche con gli effetti rispettivi è quasi sempre assai difficile: stabilire se a un determinato meccanismo debba o possa corrispondere soltanto una lesione contusiva o una contusione escoriata o una ferita da schiacciamento oppure vi si debbano riscontrare in modo esclusivo i segni di un semplice strisciamento, rimane sempre nel campo delle presunzioni, che potranno, è vero, metterci sull'avviso per una più diretta sorveglianza nell'ulteriore decorso della lesione, ma che non ci permetteranno tuttavia di formulare giudizi recisi.

Certo è che talora, dopo una denunziata contusione, la mancanza di fatti contusivi laddove la lesione stessa dovrebbe essersi determinata col meccanismo o colla violenza necessaria deve farci aprire gli occhi: così pure per certe perdite di sostanza provocate ad arte a mezzo di rasoi, forbici, ecc. e nelle quali farà strano contrasto coll'emorragia abbondante il difetto assoluto dell'attritamento dei tessuti circostanti: mentre è proprio ad un fatto contusivo che vuol farsi risalire la causa della lesione in parola. Talora non si riesce a spiegare come di una determinata regione siasi lesa una parte meno esposta, risparmiandosi quella finitima, assai più alla mercè del trauma preso a pretesto.

Nelle autoescoriazioni ha spesso importanza il riscontro di striature parallele appena accennate ai lati delle escoriazioni medesime e che si spiegano colla diversità di sporgenza delle varie zone della superficie sfregata in rapporto al mezzo di sfregamento: onde alle parti più sporgenti corrisponde l'abrasione vera e propria, mentre in quelle meno rilevate si hanno soltanto delle rigature lineari non approfondite nel derma: e tale reperto può essere ottimo in quanto, nella sua regolarità di disposizione delle strie longitudinali e parallele, non si riscontra nelle lesioni accidentali.

Per gli aggravamenti di lesioni cutanee si ricorre talora ai caustici: fra questi è spesso usata la liscivia: essa non ha azione sulla cute integra. Manipolazioni del genere sono state fatte anche adoperando l'acido nitrico, l'acido solforico, ecc.: caratteristiche ne sono le escare le quali si distinguono da quelle degli alcali che hanno colorito nerastro, consistenza coriacea e si distaccano con grande difficoltà e lentezza.

SORGE ha particolarmente studiato, in via sperimentale, i caratteri delle causticazioni artificiali con sostanze chimiche. Sulla cute

abrasa la liscivia converte immediatamente la superficie rosea della pelle stessa in una superficie bianca, mentre la soda e la potassa danno subito un colorito scuro, nerastro. Dopo mezz'ora anche la chiazza bianca della liscivia diventa scura come le chiazze trattate con soda o potassa. Il giorno dopo si trovano escare nere, secche a margini netti, dure, pergamenacee. Scarsa è la reazione all'intorno. Col passare dei giorni l'escara s'infossa al centro uniformemente, assumendo forma a scodella e non si distacca prima di 15-20 giorni. Talora al distacco dell'escara la superficie sottoposta è cicatrizzata o quasi. Più tardi è il distacco, più facile è la cicatrizzazione sottostante, se l'abrasione della pelle è stata più superficiale. Anche la reazione infiammatoria subisce la stessa legge. Essa è maggiore, il distacco è più rapido: ed eliminata l'escara si scopre una piaga granuleggiante a margini netti come tagliati a stampino, se in origine la lesione cutanea è stata più profonda.

E lo stesso SORGE aggiunge: « Ho potuto così col mezzo più diretto e convincente battere in breccia l'opinione di un perito, che in campo civile sostenne che la potassa e la soda, essendo caustici liquefacenti, danno luogo ad escara umida ».

Degli acidi il nitrico dà, appena lo si applichi a cute integra, una colorazione gialla; a cute abrasa dà una colorazione brunastra che, dopo qualche giorno, diventa un'escara superficiale, pergamenacea, poco spessa, bruna ma non nera con tracce all'intorno della caratteristica colorazione giallognola.

L'acido solforico diluito a cute integra non ha alcuna azione: a cute abrasa dà una tinta brunastra ed immediati fatti di essudazione superficiale.

Dopo un giorno, corrispondentemente, si nota un'escara grigio-roseo-giallastra limitata da un margine bianco con lieve reazione infiammatoria per cui, al margine bianco, segue intorno intorno un orletto roseo. Se quest'acido è concentrato si hanno ustioni anche a cute integra: gli esperimenti fatti in regioni, ove questa è più spessa e resistente, hanno fatto rilevare escare grigio-verdastre, il cui colorito ricorda molto quello dei chicchi di caffè crudo: trattasi di escare molli le quali, dopo 48 ore, mostrano un limite netto di distacco dai tessuti sani circostanti. Laddove la pelle è più sottile i fatti distruttivi sono assai più gravi e più evidenti: e il dolore è intenso: in alcuni casi si ebbero vere e proprie forme gangrenose.

L'acido cromico dà sulla cute integra una colorazione giallo-scura; sulla cute abrasa una colorazione nettamente bruna, conserva cioè il suo colorito naturale. Dopo qualche giorno si ha escara secca, più scura quasi nera e circondata da lieve alone infiammatorio.

L'acido cloridrico su cute integra dà risultato negativo, su cute abrasa dà una colorazione biancastra limitata nettamente ed elegantemente da un orlo grigio. Dopo 48 ore l'escara è grigio-brunastra non nera come quella da alcali.

L'escara da cloruro di zinco (applicazione sulla cute abrasa) è di colorito scuro circondata da un piccolo alone biancastro: essa è molle, spessa e si mostra già dopo due giorni, delimitata dai tessuti sani mediante un cercone infossato e granuleggiante. Dopo 4 giorni il distacco dell'escara è completo e si vede una superficie infossata a bordi netti, tagliati a picco, con fondo grigio-roseo con tendenza a granuleggiare e che infatti dopo un altro giorno è del tutto granuleggiante. La cicatrizzazione avviene rapidamente.

In caso di edema - a cute integra - s'indaghi (esclusa una manifestazione dovuta a disturbi generali di circolo) se preesistessero processi infettivi: com'è ad esempio per la sepsi dei monconi nelle fratture ossee complicate (flebiti, arteriti, trombosi, ecc.).

L'edema da stasi si differenzia assai bene da quello angionevrotico: in questo manca qualsiasi fenomeno di stasi venosa, trattandosi di edema attivo: si ha pure un'intermittenza che manca nell'altro ed esistono disturbi sensitivi; mentre nell'edema da stasi si ha soltanto un ottundimento della sensibilità in rapporto all'imbibizione dei tessuti.

Sui caratteri peculiari dell'edema cutaneo non insisto: è noto ormai come le sporgenze ossee e le fosse della superficie cutanea scompaiono nelle rispettive parti del corpo, in modo che se ne ha una modificazione morfologica: la superficie della cute edematosa è tesa e lucente ed è pallida: caratteristica n'è la permanenza dell'impronta digitale.

Sempre in tema di autolesionismo, resta utile il saper differenziare certe varietà di edemi dalla forma provocata. Per il dettaglio rimando alle memorie speciali: comunque è bene premettere che l'edema provocato ha di solito un punto di riferimento in una o più lesioni di continuo della cute: lesione che può essere accidentale oppure anche essa l'effetto di artifici: quasi sempre con un decorso sproporzionato alla sua entità. E l'edema di solito compare quando la lesione primitiva sta per cicatrizzarsi o è già cicatrizzata: e in questo caso l'edema della cicatrice stessa ha importanza, soprattutto quando si rileva che è scorrevole sui piani molli retrostanti e che tende a scolorarsi.

Vi si associa la difficoltà motoria dell'organo edemizzato: e, allorchè trattasi - ad esempio - di un dito, si noterà una rigidità nelle articolazioni viciniori, quantunque non traumatizzate: articolazioni purtuttavia tumide, ma soltanto nei tessuti molli; e così il polpastrello è uniformemente ingrossato e infiltrato.

Si indagherà - in questi casi - debitamente sorvegliando e ricorrendo magari a sorprese - se esistano solchi di lacci o di fasciature compressive, ecc.

È questo l'edema molle o edema da stasi: talora si ha il caratteristico dito a barilotto, quando i solchi sono due: uno nella porzione distale e l'altro nella porzione prossimale del dito stesso.

Per l'edema duro autocontusivo ci si riferisca alla patogenesi di tale sindrome: poichè i rispettivi sintomi sono diversi a seconda della

fase formativa della sindrome stessa: all'inizio della malattia (BERNACCHI) si ha una tumefazione diffusa molle, dolorosa al dorso della mano e alla radice delle dita: in secondo tempo una limitazione graduale della tumefazione al dorso di uno o più metacarpi accompagnata da un progressivo indurimento della gonfiezza edematosa: in un terzo stadio una nodosità di consistenza fibrosa ossea alla base di un metacarpo. Tutti i metacarpi, compreso quindi anche quello del pollice, possono essere interessati: a causa dell'edema si ha anche una limitazione funzionale dovuta all'infiltrazione dei tessuti periarticolari: non v'ha atrofia cutanea, anzi la pelle anche nelle fasi inoltrate, si presenta inspessita e tumida.

/Per la diagnosi di edema pluricontusivo occorre fare differenziazioni cliniche con posumi di processi flogistici acuti o subacuti, con il flemmone ligneo di RECLUS, con le forme neurodistrofiche e angioneurotiche conseguenti a traumi unici e violenti, con gli esiti di fratture di ossa metacarpee, ecc. Anche il constatare che l'edema non migliora con qualsiasi mezzo all'infuori di quello protettivo (apparecchio gessato) deve richiamare la nostra attenzione.

Hanno valore anche l'ambiente di lavoro, la moralità del soggetto in esame, il meccanismo dell'azione vulnerante, il rapporto fra questo e la lesione del primo tempo nei riguardi dell'entità e della durata, le condizioni generali di salute dell'operaio, ecc. Insomma non devono mancare gli esami collaterali e indiretti i cui risultati varranno sempre ad integrare quanto possa emergere dal reperto obiettivo del secondo tempo.

Si ricordi che dapprima - quando l'edema, o molle o duro che sia, è ancora diffuso - la pelle è pallida, talora di un colorito violaceo più o meno intenso e, se si guardi attentamente magari con una lente, si scoprono delle piccolissime, quasi puntiformi, vescicolette epidermiche e delle minute escoriazioni (BIONDI): e, stirando la pelle stessa, si scorgono quasi sempre delle piccole punteggiature ecchimotiche più o meno numerose e disseminate. Talora si avranno anche delle suffusioni ecchimotiche più estese che subiranno le ordinarie trasformazioni di colorito per dileguarsi infine e ripresentarsi poi in una sede più o meno prossima alla prima. Frattanto si ha una graduale limitazione della tumefazione e allora queste alterazioni si circoscrivono alla cute che ricopre la parte più sporgente della tumefazione medesima ed altre vi se ne aggiungono. I peli sono troncati a vario livello ed intorno ad essi, sull'orifizio dei follicoli relativi, si nota una piccola quantità di secreto che dà luogo alla formazione di crosticine giallastre. Col metodo BIONDI di aspirare con una siringa il liquido dell'edema, a seconda dei vari periodi del processo formativo si hanno reperti interessantissimi di riferimento e di diagnosi medico-legale: si nota infatti, come conseguenza delle minute e ripetute battiture, l'emulsionarsi del grasso del tessuto cellulare col sangue stravasato dai numerosi vassellini del derma che si rompono in seguito alle battiture medesime.

CAPITOLO X.

LA NECROSCOPIA

L'art. 114-*bis* del nuovo Regolamento della Legge Infortuni, e di cui il R. D. n. 1366, dice:

« In ogni caso di morte, ad istanza dell'Istituto assicuratore o degli aventi diritto dell'infortunato, il Pretore, avuto il consenso dei componenti la famiglia dell'infortunato, disporrà che sia praticata l'autopsia del cadavere: le parti interessate possono delegarvi un medico per assistervi.

« La richiesta deve essere motivata, e nel caso che sia fatta dall'Istituto assicuratore, il Pretore, nel darne comunicazione agli aventi diritto, deve avvertirli che il loro rifiuto a consentire alla richiesta potrebbe eventualmente costituire un elemento di presunzione contro l'eventuale loro diritto alla indennità. Se i componenti la famiglia non consentono l'autopsia, il Pretore deve fare ciò risultare da una dichiarazione che rilascerà all'Istituto assicuratore a sua domanda, nella quale deve far constatare dell'avvertenza fatta ai componenti la famiglia a norma del presente comma.

« Le spese dell'autopsia richiesta a norma del presente articolo debbono in ogni caso essere anticipate dall'Istituto assicuratore; l'onorario per l'autopsia con il referto sarà compreso fra le 50 e le 150 lire ».

L'utilità della necropsia nella pratica degli infortuni.

Indubbiamente la mancanza, nella Legge Infortuni, di norme precise in tema di necropsie era sentita: chè trattandosi di controversie d'ordine amministrativo il Pretore quasi mai si riteneva autorizzato a procedere di propria iniziativa a pratiche di simil fatta: quantunque queste rientrassero in via logica nell'ambito di quell'inchiesta a cui egli è preposto in caso di morte di un operaio in occasione di lavoro.

Anche se la Giurisprudenza, in qualche caso, si era mostrata propensa a riconoscere il diritto dell'Ente assicuratore di chiedere un'au-

topsia, l'attuazione pratica dell'accertamento necroscopico in simili frangenti aveva sempre incontrato difficoltà d'ogni genere.

Altrettanto si lamenta in Francia e nel Belgio dove la letteratura sull'argomento è assai ricca.

Scrive LETULLE:

« S'il est une question dont la solution se resolve d'avance par l'affirmation c'est bien celle-ci: tout accident du travail suivi de mort comport-t-il, nécessairement, une autopsie ? L'autopsie, méthodique et complète, ne devrait-elle pas être *obligatoire*, quelque longue qu'ait été la survie, du moment où l'accident paraît avoir joué un rôle dans l'issue fatale ? Or, la loi française n'impose pas l'examen cadavérique. Établissons que ses représentants devraient, au moins, proposer cette enquête aux parties, même en l'absence de tout désaccord ».

E lo stesso A. alla elencazione di alcuni casi assai dimostrativi della indispensabilità della necropsopia in moltissime contingenze della pratica medico-legale e delle sorprese che può darci talora il tavolo anatomico premette:

« L'autopsie parfait nos diagnostics. Le médecin le plus attentif ne peut pas laisser passer inaperçues une foule de lésions qu'il ne découvre, en fin de compte, qu'à l'ouverture du cadavre. Ce qui, en clinique courante, s'appelle un complément de diagnostic, peut en *accidents du travail* prendre une proportion extrême et devenir l'élément décisif du jugement, la base de l'indemnité à accorder ».

THOINOT protesta che l'autopsia venga posta nel rango delle misure procedurali estreme alle quali non si può ricorrere che in caso di necessità assoluta. « Auguriamoci - egli dice - che essa, cessando di essere un mezzo di eccezione, sia esperita ogni qualvolta il medico dichiari che la causa della morte non può essere messa in rilievo senza quella indagine ».

SACHET scrive: « Quando il Giudice si trova davanti ad un cadavere, la cui morte non si spiega, deve subito incaricare un medico per procedere ad un esame superficiale. Se il tecnico dichiara che questo esame non basta per formarsi una convinzione e che la necropsopia è necessaria non deve esitare ad ordinarla: ma non lo può fare che con l'assentimento tacito degli aventi diritto ».

GORIN con esempi dimostrativi mette in rilievo l'interesse che talora presentano le necropsopie fatte anche a distanza di tempo dalla morte e insiste sulla necessità di praticare un esame completo e di non trascurare nulla, qualunque sia lo stato di conservazione dei visceri.

BROUARDEL scrive che, in presenza di un cadavere il quale non presenti alcuna traccia di violenza, un medico non potrà formulare che raramente un giudizio sulle cause della morte a mezzo di un esame superficiale: soltanto la necropsopia gli permetterà di esser più reciso nel giudizio.

OLLIVE et LE MEIGNEN scrivono:

« Les dépositions des témoins sont-elles peu précises, confuses, contradictoires ? l'autopsie pourra être demandée par la famille du décédé ou le patron. Il y a intérêt à ce que cette autopsie soit pratiquée le plus vite possible ».

Importante nella Giurisprudenza Francese è una circolare del Guardasigilli, in data 22 agosto 1901, colla quale si riconosce al Giudice di pace il diritto in caso di morte per infortunio di indagare sui rapporti fra questa e l'infortunio stesso: e se lo reputi opportuno di affidare ad un medico l'autopsia del cadavere: occorre per far ciò l'autorizzazione degli aventi diritto, ma quando questa non si ottenga e le ragioni del rifiuto non sieno sufficienti deve prevalere il concetto dell'interesse generale cui s'ispira la Legge.

Nè è detto altresì che l'utilità di un'autopsia si presenti anche al di fuori dei termini di tempo in cui si compie l'inchiesta Pretoriale: vale a dire in una seconda fase del decorso delle lesioni (entro il biennio) dopo la liquidazione del danno.

Non si comprende come colle vecchie disposizioni di Legge potesse allora intervenire il Pretore. Mentre è appunto nei casi di morte tardiva che l'autopsia assai spesso s'impone.

Il precitato articolo *bis* giunge dunque a proposito: sebbene non risolve completamente la questione, tuttavia riconosce e sancisce il prezioso aiuto che il tavolo anatomico porta al dirimere certe controversie che si riferiscono, entro l'ambito medico-legale dell'infortunistica, a molti vessati problemi della concausalità lesiva.

All'uopo pensiamo a tutte quelle morti che avvengono sul campo del lavoro: fra queste ve n'ha alcuna le di cui circostanze di tempo, di luogo e di modo parlano da sè; quindi qualsiasi accertamento ulteriore di fatto sarebbe superfluo.

Invece, allorchè non ci si possa rendere conto della morte improvvisa col meccanismo con cui ha agito il trauma, gli accertamenti necroscopici s'impongono ed occorre essere cauti nel pronunziarsi in qualsiasi maniera, prima che questi abbiano illuminato il caso. Non sempre bastano dei semplici criteri di presunzione per farci ammettere un nesso di causalità lesiva fra la morte e il genere di mestiere: perchè i due coefficienti *tempo* e *luogo* non sono sempre al caso per farci riconoscere la configurazione giuridica dell'infortunio. Ed è appunto in casi di tale ordine che si hanno al tavolo anatomico le maggiori sorprese: dovendosi, per la dottrina della concausa, ben vagliare fino a qual punto lo stato anteriore possa aver pesato sulla capacità fino allora dispiegata: onde il trauma che s'inerimina abbia poi il giusto valore.

Intanto è necessario che il medico, chiamato a constatare la morte di un operaio sul luogo del lavoro, stabilisca e verbalizzi con dettaglio tutto quanto si riferisce alla posizione del cadavere, allo stato

di questo, al genere di lavoro cui l'operaio attendeva nell'atto in cui è stato incolto dalla morte, alle tracce del traumatismo, alle lesioni esterne riscontrabili, ecc. Indaghi altresì se la faccia è pallida o cianotica, se v'è traccia di sangue che esca dalla bocca, dal naso, dalle orecchie.

Faccia quindi ogni indagine che si riferisca all'ambiente di lavoro. Se la morte avviene dopo qualche ora e anche dopo qualche giorno il quesito può presentare difficoltà: la parola conclusiva è, specialmente in questi casi, alla necropsopia.

Nelle morti avvenute a distanza dall'epoca dell'infortunio il quesito talvolta si presenta ancor più imbarazzante, in specie se fra le lesioni immediate e quella, che si vuol definire una successione morbosa post-traumatica e che ha portato a morte l'operaio, è intercorso un certo lasso di tempo: e tanto più se il decesso avvenga improvviso senza prodromi sintomatologici di sorta.

Il non fare appello allora alla necropsopia è voler negare il dovuto risalto alla verità.

Prendiamo come primo esempio la tubercolosi polmonare: l'esperienza c'insegna con quale facilità si addebiti ad un trauma contusivo toracico, ecc. l'esplosione di una sindrome tubercolare dell'apparato respiratorio: or bene non v'ha dubbio che, in caso di contestazione, la necropsopia può essere utilissima. STERN sostiene che la tubercolosi è traumatica se al tavolo anatomico si riscontrano fatti di data recente: è certo che la necropsopia può darci esatto conto della natura, del grado di estensione e della strada seguita dal processo morboso per manifestarsi: specialmente quando sieno mancati in vita elementi essenziali d'ordine clinico o quando, dall'esame delle circostanze in cui avvenne il trauma, non si abbiano sufficienti notizie in riguardo sia alla portata che al punto di applicazione di esso.

Altro caso tipico in cui ricorre la necessità della necropsopia è quello della rottura di un aneurisma aortico: il quale evento può avverarsi o nell'ambito del lavoro o al di fuori, in apparenza subordinatamente a questo, cioè quando si possa presumere che le incombenze di mestiere da poco disimpegnate abbiano in qualche modo influito sull'evento medesimo.

Qui è tutto un insieme di indagini medico-legali da esperirsi e non soltanto s'impone la ricerca necropsopica: tuttavia ad essa spetta il compito preciso di chiarificare il limite di resistenza cui era giunta la parete arteriosa: onde questo limite stesso venga ben rapportato alle contingenze della comune vita lavorativa: in quanto il riscontrare al tavolo anatomico — come è occorso anche a me — pareti addirittura virtuali di sacche aneurismatiche non può mai indurci a credere — qualsivoglia atto dinamico si voglia incriminare — che la dottrina della causa abbia conferma anche in casi siffatti: trattandosi piuttosto di esiti fatalmente precostituiti a brevissima scadenza, astrazione fatta da qualsiasi condizione di mestiere. Al contrario dinanzi ad un vero e

proprio sforzo, e con un reperto anatomico il quale ci dimostri un processo morboso ancora in via di evolversi e che senza la causa violenta avrebbe avuto altro tempo innanzi a sè per l'epilogo, è ovvio che non può più discutersi la configurazione giuridica dell'infortunio.

In un caso, riportato da LETULLE, di rottura dell'aorta in occasione di lavoro l'esame istologico dimostrò che si trattava non di una rottura traumatica ma bensì di una rottura spontanea in due tempi dell'aorta in un vecchio sifilitico affetto da aortite cronica atrofica indiscutibile. Secondo l'A. per spiegare questa rottura non soltanto non era necessario d'invocare il minimo traumatismo, ma non c'era neppure bisogno di pensare ad uno sforzo qualsiasi capace di provocare una ipertensione arteriosa anche minima: le lesioni croniche aortiche di vecchia data bastavano a spiegare da sè sole la rottura totale delle pareti dell'arteria.

I quesiti ai medici necroscopi devono essere proposti dal Pretore su esplicita richiesta dei medici delle Parti autorizzati a presenziare all'autopsia: quesiti fatti in modo chiaro e ben rapportabili alla questione che si discute.

A tali richieste si deve rispondere nel tempo più breve con riserva di proroga soltanto quando si reputi necessario procedere a ricerche necroscopiche o chimiche o ad altri esami che richiedano incontestabilmente il prolungarsi del periodo concesso: a questi esami dovrebbero secondo me aver facoltà di assistere i fiduciari delle parti. Anzi il verbale necroscopico dovrebbe essere controfirmato, oltrechè dai settori, anche da questi ultimi: salvo a registrare eventuali dispareri su elementi di fatto e non di merito: nel qual caso l'ultima parola al riguardo spetterebbe ad un *periziere* da nominarsi subito dal Pretore.

Le norme per spedire agli Istituti di Anatomia Patologica i pezzi necroscopici.

BUSSE dà delle norme sul modo di spedire agli Istituti di Anatomia Patologica i pezzi necroscopici; non tutti i medici seguono metodi adatti a conservare i pezzi stessi, sì da servire in modo adeguato a tutte le ricerche macro e microscopiche.

In generale siffatti esami sono facilitati dalla freschezza del pezzo anatomico: e perciò, se l'indagine non può essere immediata, occorre adoperare liquidi che ne mantengano tutta la costituzione. Talvolta, per l'uso di liquidi conservativi non appropriati, se ne altera la consistenza, il colore e altre particolarità che servono all'esame.

Quando il pezzo anatomico è destinato ad una semplice ispezione ad occhio nudo o a fornire a mezzo della palpazione indicazioni sulla esistenza o meno ad es.: di noduli duri o di ghiandole cancerose, si eviti qualsiasi trattamento a mezzo di liquidi conservativi.

Inoltre nell'inviarlo all'Istituto di Patologia si guardi che il pezzo stesso non si disseccchi; e d'altra parte si procuri che attraverso gli involucri non filtrino liquidi di qualsiasi genere.

Si eviterà il disseccamento rinvoltando il preparato con dell'ovatta o con garza imbevuta d'una soluzione salata, avendo cura, dopo averlo spremuto convenientemente, di avvolgere il tutto con tessuto impermeabile.

Devono evitarsi assolutamente la formalina, il sublimato e l'alcool: essi alterano la superficie e gli strati superficiali del preparato.

Allo scopo di impedire lo scolo al difuori del pacco, si isolerà il pezzo, avvolto nel modo sovradetto, a mezzo di una materia assorbente e di cui si imbottirà la cassetta o la scatola da spedire la quale così sarà protetta da ogni possibile infiltrazione dall'interno. Tuttavia, per i pezzi anatomici che mandano cattivo odore, o che contengono liquido in notevole quantità (intestini, ecc.), un imballaggio di questo genere non basta. Si dovrà usare un recipiente di vetro o di latta bene imbottito per evitare infiltrazioni e scoli durante il trasporto.

Per i piccoli preparati consistenti in frammenti di pezzi anatomici destinati soltanto all'esame microscopico si adopereranno dei flaconi ermeticamente chiusi, contenenti una soluzione di formalina al 10 % o alcool.

Le soluzioni di cloruro di sodio macerano e rendono inutilizzabili per l'esame microscopico questi frammenti anatomici; perciò se ne eviti l'uso.

Per la spedizione sarà necessario di fissare entro una cassetta qualsiasi, purchè robusta, le scatole del PETRI contenenti sangue, pus o prodotti di espettorazione: e così anche i preparati microscopici già fatti. Non basterà involupparli in un po' d'ovatta o in pacchi ordinari, poichè altrimenti colla timbratura postale o colla manipolazione un po' rude degli impiegati arrivano a destinazione frantumati.

Analogamente non si invieranno in un semplice piego, senza altra protezione all'infuori dell'imballaggio, i piccoli pezzi (escissioni esplorative di tessuti, prodotti di raschiamento, ecc.) che spediti in tal modo arriverebbero a destinazione disseccati o schiacciati (POMETTA, *Médecine des Accidents*. Neuchâtel, 1918).

61044



Volumi della Collana MANUALI del "POLICLINICO...":

- 1) Dott. MARIO FLAMINI
già assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma - Medico nel Bro-
tatorio Provinciale - Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia in Roma

Manuale di Pediatria Pratica

(Seconda edizione)

Volume in 8°, di pagine VIII-352, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE
e con 74 figure intercalate nel testo. — Prezzo: L. 20

- 2) Dott. CAV. UFF. ALBERTO VIGO (DOCTOR JUSTITIA)

LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

Volume in 8°, di pagine XVI-211, nitidamente stampato. — Prezzo: L. 16

- 3) Dott. Prof. FRANCESCO VALAGUSSA
Medico della Famiglia Reale - Direttore e Primario del Preventorio per lattanti "E. Maraini",
Medico Primario nell'Ospedale infantile "Bambino Gesù",
Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università di Roma

CONSULTAZIONI DI CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata

Prefazione di AUGUSTO MURRI

Un volume di pagine VIII-188, nitidamente stampato, con 42 figure intercalate nel testo
e finissima quadricromia sulla copertina. — Prezzo: L. 35

- 4) Dott. Prof. GIOACCHINO FUMAROLA
Libero docente e aiuto nella (Clinica delle malattie) nervose e mentali
della R. Università di Roma

Diagnostica delle Malattie del Sistema Nervoso PARTE GENERALE

Prefazione e due capitoli del Prof. GIOVANNI MINGAZZINI

Un volume in 8° di pag. VIII-352 in carta distinta, con 175 figure intercalate nel testo e 8 tavole a colori fuori testo
Prezzo: L. 42

5. (1°) PARTE SPECIALE, in due volumi:

I (Sistema Nervoso Periferico) Un volume di pagine 242, con 67 figure
intercalate nel testo. — Prezzo: L. 28

5. (2°)

Il II volume (in corso di stampa) tratterà il **Sistema Nervoso Centrale**

- 6) Dott. Prof. LEONARDO DOMINICI
Docente di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria
nella R. Università di Roma

COMPENDIO DI SEMEIOLOGIA CHIRURGICA

Prefazione del Prof. ROBERTO ALESSANDRI

Un volume in 8° di pag. VIII-428 in carta distinta, con 73 figure intercalate nel testo e 4 tavole fuori testo
Prezzo: L. 42

- 7) Dott. Prof. LUIGI FERRANNINI
della R. Università di Napoli

LA TERAPIA CLINICA NELLA MEDICINA PRATICA

Indicazioni - Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche

Un volume in 8°, di pagine VIII-574, stampato su carta di lusso in nitidissimi tipi tipografici
e rilegato artisticamente in piena tela, con inserzioni sul piano e sul dorso.
Prezzo: L. 58

:: :: Per ottenere quanto sopra, inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 - Roma :: ::

8)

Dott. Prof. CARLO BASILE

Diplomato in Medicina Tropicale al Royal College of Physicians and Surgeons - Londra
Libero docente in Parassitologia nella Regia Clinica Medica - Roma

DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE

Prefazione del Prof. VITTORIO ASCOLI, Direttore della R. Clinica Medica di Roma
Un volume di pagine XII-264, con 18 tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo

Prezzo: L. 4.25

9)

Prof. Comm. GIACINTO QUARTA

già Medico aiuto negli Ospedali di Roma - Doc. di Patologia Medica nella R. Università di Roma

Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito?

(Guida pratica per infermieri ed infermiere)

3ª edizione accuratamente riveduta e notevolmente ampliata

Un volume di pagine IV-327, nitidamente stampato, con 104 figure intercalate nel testo

Prezzo: L. 18

10)

Dott. AZEGLIO FILIPPINI

Dirigente il Reparto di igiene applicata nell'Istituto Sperimentale dello IFP, di Stato in Roma

PRONTUARIO DELL'IGIENISTA

Compilato con criteri eminentemente pratici, ad uso dei medici condotti, degli ufficiali sanitari e di tutti i funzionari addetti alla vigilanza igienica.

Prefazione del Prof. GIUSEPPE SANARELLI

Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Università di Roma

Un volume in 8°, di pag. XVI-574, stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici e rilegato artisticamente in tutta tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. - Prezzo: L. 52

11)

Dott. Prof. A. ROMAGNA MANOIA

Docente di Neuropatologia nella R. Università di Roma

I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA

Prefazione del Prof. GIOVANNI MINGAZZINI

Direttore della R. Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma

Un volume in 8°, di pagine VIII-196, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 12 figure nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. - Prezzo: L. 18.

12)

Prof. Dott. DARIO MAESTRINI

Docente di Fisiologia nella R. Università di Roma

CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA - ANGIOGRAFIA

Prefazione del Prof. S. BAGLIONI

Direttore dell'Istituto di Fisiologia nella R. Università di Roma

Un volume in 8°, di pagine VIII-168 nitidamente stampato su carta semipatinata con 64 figure intercalate nel testo. - Prezzo L. 20

13)

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI, della R. Università di Roma**LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA**

Guida allo studio della fonetica biologica

Prefazione del Prof. SANTE DE SANCTIS, della R. Università di Roma

Un volume in 8°, di oltre 500 pagine, con 194 figure originali nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina, nitidamente stampata su carta semipatinata. - Prezzo: L. 35

14)

Dott. Prof. GUSTAVO RAIMOLDI

Libero docente di Patologia Medica nella R. Università
Chirurgo aiuto negli Ospedali Riuniti di Roma

L'ESAME DELLA FUNZIONE RENALE CON I MODERNI METODI DI INDAGINE

Prefazione del Prof. ROBERTO ALESSANDRI

Un volume in 8°, di pagine VIII-247, con 21 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta distinta. - Prezzo L. 30

:: :: Per ottenere quanto sopra, inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 - ROMA :: ::

15)

Dott. LUIGI CAPPELLI

Aiuto alla Cattedra di Elettroterapia e Radiologia della R. Università di Roma

RADIUMTERAPIA

MANUALE PER I MEDICI PRATICI

Prefazione del Prof. FRANCESCO GHILLARDUCCI

Un volume in 8°, di pagine VIII-159, nitidamente stampato su carta semipatinata, con quattro tavole e 5 figure nel testo. — Prezzo L. 18

16)

Dott. Prof. LEONARDO DOMINICI

Docente di Patologia Chirurgica, Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università di Roma

PICCOLA CHIRURGIA E CHIRURGIA D'URGENZA

Prefazione del Prof. ROBERTO ALESSANDRI

Un volume di pagine IV-452 con oltre 25 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata ed artisticamente rilegato in piena tela inglese.

Il libro è elaborato con **critéri di assoluta praticità**, e corrisponde in tutto alle esigenze dei medici chirurghi condotti, dei giovani laureati e dei laureandi. — Prezzo: L. 56

Di prossima pubblicazione

17)

Dott. Prof. BERNARDINO MASCI della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma

TECNICA TERAPEUTICA RAGIONATA

MEDICA E CHIRURGICA

con prefazione del Prof. AGOSTINO CARDUCCI

Medico-primario e v. direttore sanitario del Policlinico Umberto I, in Roma

Sarà un volume di oltre 600 pagine, nitidamente stampato in carta semipatinata, riccamente illustrato ed artisticamente rilegato, in piena tela inglese. — Prezzo: L. 70

Cottana "MEMORANDA", per il Medico Pratico:

1)

Dott. Prof. PAOLO GAIFAMI

Docente di Clinica Ostetrica-Ginecologica nella R. Università di Roma

PRONTUARIO DI TERAPIA OSTETRICA

Vademecum del Medico Pratico

Prefazione del Prof. Sen. ERNESTO PESTALOZZA

Un volume di oltre 250 pagine, in formato tascabile, nitidamente stampato su carta distinta con 78 figure intercalate nel testo ed elegantemente rilegato in piena tela flessibile. — Prezzo: L. 18

In preparazione:

2)

Dott. EDMONDO VENEZIAN degli Ospedali Riuniti di Roma

PRONTUARIO TERAPEUTICO

VADEMECUM PER IL PRATICO

Prefazione del Prof. UBERTO ALLICINGELI

Docente di Clinica Medica nella R. Università - Primario Medico al Policlinico Umberto I., in Roma

Sarà un volume di circa 250 pagine in formato tascabile, nitidamente stampato ed elegantemente rilegato in tela flessibile. Prezzo: L. 16

Altre nostre pubblicazioni:

Dott. Prof. FRANCESCO VALAGUSSA

Medico della Famiglia Reale - Direttore e Primario del Preventorio per lattanti « Emilio Maraini »

Medico Primario dell'Ospedale Infantile « Bambino Gesù »

Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università di Roma

IL BAMBINO - Consigli d'igiene ad una mamma

(TERZA EDIZIONE NOTEVOLMENTE AMPLIATA)

Un volume in 16°, di pag. XII-200, nitidamente stampato, con una riuscitissima illustrazione colorata sulla copertina. — Prezzo L. 15

Dott. FURIO TRAVAGLI

già a. v. del reparto Dermatofilopatico degli Ospedali Civili di Genova

LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI

Prefazione del Prof. A. MORSELLI della R. Università di Genova

Un volume nello stesso ampio formato della Monografia del « Policlinico » di pagine VIII-112, con 15 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo: L. 16

Prof. ANGELO SIGNORELLI, Direttore del Dispensario "Regina Elena", e dell'Istituto di "S. Gregorio", in Roma

COME SI AMMALA DI TUBERCOLOSI E COME SI GUARISCE

È l'enunciazione del nuovo metodo di cura basato sull'iperemia totale e la ventrillizzazione

Un volumetto di 44 pagine, in nitidissima veste tipografica e con elegante copertina. — Prezzo: L. 5

:: :: Per ottenere quanto sopra, inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 - Roma :: ::

MONOGRAFIE MEDICO-CHIRURGICHE D'ATTUALITÀ:
(Collezione del "Polliclinico".)

Dott. Prof. ACHILLE CAPOGROSSI

Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma
Medico primario e Direttore dell'Ospedale Civile «Mazzoni» di Ascoli Piceno

CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE

Un volume in 8°, di pagine IV-83, nitidamente stampato su carta distinta
con elegantissima copertina. — Prezzo: L. 10

2)

Prof. Dott. GUIDO MENDES

Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma
Direttore del Sanatorio della C. R. I. «Cesare Battisti».

TUBERCOLOSI E SANATORI

(TRATTAMENTO IGIENICO-DIETETICO)

Prefazione del Prof. Sen. A. LUSTIG

Un volume in 8°, di pagine VI-74, nitidamente stampato su carta distinta,
con 15 figure intercalate nel testo. — Prezzo: L. 10

Dott. Prof. SILVESTRO SILVESTRI, Aiuto nella R. Clinica Medica dell'Università di Roma

LE NEFROPATIE SECONDO LE MODERNE VEDUTE

Un volume in 8°, di pagine VI-168, nitidamente stampato su carta distinta. — Prezzo: L. 16

Dott. GIUSEPPE DRAGOTTI

LA PSICANALISI

Un volume in 8°, di pagine VI-82, nitidamente stampato su carta distinta. — Prezzo: L. 10

5) **Dott. VITTORIO GHIRON**, Assistente v. nella R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma

L'importanza delle paratiroidi secondo le odierne vedute

Un volume in 8°, di pagine VIII-128, con 25 figure intercalate nel testo,
nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo: L. 14

Prof. G. L. SACCONAGHI, Medico primario negli Ospedali civili di Brescia

Clinica della ADESIONE PERICARDICA (Fibrechia cordis) nell'aspetto suo diagnostico

Opera premiata dalla R. Università di Roma con "Medaglia d'oro al merito Clinico" (Premio Baccelli)

Un volume in 8°, di pagine VIII-199, nitidamente stampato su carta semipatinata
Prezzo: L. 20

7)

Dott. ANTONIO SEBASTIANI, Medico aiuto negli Ospedali di Roma

I DISTURBI DEL RITMO CARDIACO

Prefazione del prof. G. BASTIANELLI

Un volume in 8°, di pagine VIII-142, con 73 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato
su carta semipatinata. — Prezzo: L. 18

Dott. Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI

Docente di Medicina Legale degli infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze
Medico principale nelle Ferrovie di Stato

LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA "NEVROSI DEI TRAUMATIZZATI",

(IL RILIEVO E IL SIGNIFICATO DEI SINTOMI)

Prefazione del Prof. Cesare Biondi

Direttore del R. Istituto di Medicina Legale della R. Università di Siena

Un volume in 8°, di pagine VIII-84, nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo: L. 12

Dott. Prof. PAOLO STANGANELLI, della R. Università di Napoli

LAasma BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI

Un volume in 8°, di pagine IV-100, nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo: L. 14

Dott. Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI

Docente di Medicina Legale degli infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze
Medico Principale delle Ferrovie dello Stato

LA PERIZIA NELLA PRATICA INFORTUNISTICA

(GUIDA PER I MEDICI PERITI)

Prefazione del Prof. CARLO FERRAI

Direttore del Regio Istituto di Medicina Legale della R. Università di Pisa

Un volume in 8°, di pagine VI-79, nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo: L. 10

Per ricevere quanto sopra, inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 - ROMA ::

