

ATTI DELLA GIORNATA DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE

XLVI FIERA INTERNAZIONALE DI MILANO
L'ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE
GIORNATA DI STUDIO PROMOSSA DALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
D'INTESA CON L'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DELLE IMPRESE ASSICURATRICI



FIERA DI MILANO - 19 APRILE 1968





ATTI

DELLA GIORNATA DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE

FIERA INTERNAZIONALE DI MILANO
19 APRILE 1968

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Corporate Heritage
& Historical Archive

INTRODUZIONE

Nel quadro delle manifestazioni ufficiali per la XLVI Fiera Internazionale di Milano, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, d'intesa con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, ha realizzato il 19 aprile 1968 un nuovo incontro a scopo di studio e di informazione con settori qualificati del pubblico italiano.

L'incontro ha fatto seguito alle quattro « Giornate » svoltesi nel 1964, 1965, 1966 e 1967 sempre per iniziativa dell'INA e nelle quali vennero prese in esame, rispettivamente, « l'assicurazione dei crediti all'esportazione », « la gerontologia », « l'informazione assicurativa » e « l'assicurazione contro le calamità naturali ».

Di quelle « Giornate » — che furono coronate da un indiscutibile successo — è rimasta un'ampia documentazione negli Atti pubblicati a cura dell'INA (di cui pervengono continue richieste da parte di studiosi e di esperti delle materie trattate) e nei servizi, sempre numerosi ed ampi, della stampa italiana ed estera.

La formula adottata per divulgare la conoscenza di argomenti che hanno diretta o indiretta relazione con l'attività assicurativa si è, dunque, dimostrata pienamente valida.

Anche per il 1968 si è ritenuto di organizzare un incontro ad alto livello, nel quale è stato dibattuto il tema dell'assicurazione volontaria contro le malattie, nei suoi aspetti tecnici, medici, economici e sociali.

Relatore è stato il dott. Riccardo Sestilli, Direttore Generale della Società « Le Assicurazioni d'Italia ».

Il tema della « Giornata » è di grande attualità. Esso interessa ogni categoria del pubblico italiano e, in particolare, parlamentari, funzionari ministeriali, docenti universitari, rappresentanti degli Istituti di previdenza e d'assistenza, medici, esponenti del mondo imprenditoriale e dell'industria farmaceutica, esperti di problemi sociali, giornalisti ed assicuratori.

Il problema dell'assicurazione contro le malattie riveste, infatti, una importanza sempre maggiore, sia per le attuali tendenze sociali, che interpretano la generale aspirazione ad una previdenza più soddisfacente e moderna, sia per il crescente benessere, che si intende mantenere anche attraverso la tutela dell'efficienza fisica e, quindi, della salute dell'uomo, soggetto primo di ogni attività produttiva.

Rientrano in questo quadro alcune considerazioni sulla previdenza malattie, attuata in modi diversi a seconda degli Enti (INAM, ENPAS, ENPDEDP, INADEL, Casse Mutue, ecc.) che l'amministrano e delle categorie alle quali le prestazioni sono destinate.

Come è noto, le istanze di alcuni gruppi politici e sociali stanno premendo per ottenere l'estensione della previdenza malattia a tutti coloro che, per ora, ne sono esclusi. Si è parlato, anche, non senza contrasti, di una possibile unificazione degli Enti previdenziali.

Perfino il piano quinquennale di sviluppo ha dedicato uno speciale capitolo a questo argomento. Ma, mentre si profila, per un futuro non molto lontano, la parziale fiscalizzazione degli oneri previdenziali, che dovrebbe contribuire al risanamento dei bilanci della gestione malattie, emergono chiaramente, anche in questo settore, gli inevitabili limiti della previdenza obbligatoria.

Si è rilevata, dunque, la necessità di una migliore informazione del pubblico su questa forma previdenziale, nella quale esistono lacune che soltanto gli interessati, singolarmente o riuniti in gruppi, possono colmare con atti assicurativi volontari.

Da sondaggi effettuati, è risultato che otto mutuatati su dieci sono insoddisfatti e si contano a milioni le persone escluse dalle prestazioni farmaceutiche. Eppure, soltanto due miliardi di lire circa vengono versati annualmente alle compagnie assicuratrici private per premi di assicurazione malattie. L'esiguità di questa cifra è ancora più evidente se si confronta con l'ammontare dei premi per assicurazioni contro le malattie versati annualmente dai cittadini di altri Paesi (per esempio: Germania Occidentale 460 miliardi di lire, Stati Uniti 5.200 miliardi di lire, nell'anno 1967).

La « Giornata » organizzata dall'INA si proponeva di spiegare chiaramente al pubblico che le prestazioni offerte dalla previdenza obbligatoria in caso di malattia sono utilissime, ma insufficienti. Esse mirano, con una prima fascia di sicurezza, a garantire ai lavoratori la continuità del salario e ad alleviare il loro sacrificio per le spese, talvolta gravose, che ogni infermità comporta.

E' interesse di tutti ricordare che, per essere sollevati in maniera completa dal pregiudizio economico conseguente alle spese di malattia ed alla perdita di reddito, non v'è altra via che la stipulazione, con una compagnia privata, di una polizza atta ad integrare le prestazioni dell'Ente di previdenza. Quando, poi, manchi la protezione di qualsiasi forma assistenziale (si pensi, solo per citare una categoria, agli imprenditori), la polizza di assicurazione malattia diventa indispensabile.

Sul tipo delle prestazioni da consigliare — rimborso spese, o prestazione diretta — si può discutere. L'essenziale è che non si verificino casi di doppia prestazione (dell'Ente di previdenza e della compagnia assicuratrice) per la stessa infermità. Notevole è il fatto che l'assicurato può stabilire preventivamente egli stesso, in rapporto al suo peso economico, il livello delle prestazioni desiderate.

La vastità degli argomenti ora accennati impone uno studio approfondito, di cui la « Giornata » di Milano ha inteso essere soltanto un inizio, favorendo

utili incontri e scambi di idee, soprattutto sulle esperienze già acquisite in Italia ed all'estero e sulle prospettive per il futuro.

Tutto ciò che è stato detto, osservato, proposto, è scrupolosamente registrato nel presente volume, destinato a coloro che vorranno affrontare questa impegnativa materia nei settori di rispettiva competenza.

Più precisamente:

- nel capitolo relativo alla cronaca della giornata (pagg. 33 ss.), sono riportati, in ordine cronologico, i riassunti dei singoli interventi, per un primo, panoramico orientamento dei lettori,*
- nei capitoli successivi figurano i testi integrali degli interventi stessi, raggruppati per materia. In tal modo, i lettori potranno rilevare il punto di vista di ogni singolo oratore, nel quadro degli interventi del gruppo di appartenenza.*

La Giornata dell'assicurazione volontaria contro le malattie fu presentata con uno speciale opuscolo che, per comodità dei lettori, è riprodotto in appendice (pagg. 223 ss.).

PROGRAMMA DELLA «GIORNATA»



PROGRAMMA
DELLA GIORNATA DELL'ASSICURAZIONE
VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE

promossa dall'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
d'intesa con l'ASSOCIAZIONE NAZIONALE FRA LE IMPRESE
ASSICURATRICI

(XLVI Fiera Internazionale di Milano - 19 aprile 1968)

- Ore 9,30 — Discorsi di apertura del **Prof. Avv. Francesco Santoro Passarelli**,
Presidente dell'INA, e del **Sen. Prof. Eugenio Artom**, Presiden-
te dell'ANIA.
- Ore 10 — Svolgimento della relazione:
« L'assicurazione volontaria contro le malattie »

Relatore: **Dott. Riccardo Sestilli**, Direttore Generale della So-
cietà « Le Assicurazioni d'Italia ».
- Ore 11,30 — Interventi sul tema.
- Ore 12,30 — Chiusura della seduta antimeridiana.
- Ore 16 — Ripresa dei lavori - Altri interventi sul tema.
- Ore 18 — Replica del Relatore e chiusura della Giornata.

ELENCO DEI PARTECIPANTI

- ACUNZO dott. Alberto - in rappresentanza de « La Neuchâteloise » - Milano.
- ADINOLFI dott. Ugo - in rappresentanza dell'Agencia di stampa « ANSA » - Milano.
- ALAIMO Maria Ester - in rappresentanza della « Cegos Italia » - Milano.
- ANCONA dott. ing. Alessandro - Vice Presidente dell'ANIA e Presidente de « La Consoziale » - Milano.
- ANGELA dott. Gaetano - Capo dell'Ispettorato Assicurazioni Private - Ministero Industria, Commercio e Artigianato - Roma.
- ANTONINI prof. Francesco Maria - Direttore dell'Istituto di Gerontologia dell'Università di Firenze.
- ARALDI Luigi - Agente Generale INA - Crema.
- ARIENTI dott. Enrico - Ispettore Centrale « Fiumeter » - Milano.
- ASARO Francesco - Agenzia Generale INA - Bologna.
- AUREGGI dott. Enrico - Dirigente ANIA - Milano.
- AZZONI Adriano - Agenzia Generale INA - Crema.
- BANDINI BUTI dott. Alberto - Capo Ufficio Stampa della Società Italiana Telecomunicazioni « Siemens » - Milano.
- BANTI dott. Aladino - in rappresentanza della « Assindustria » - Piacenza.
- BARBA dott. Salvatore - Agenzia Giornalistica « Italia » - Roma.
- BARBATO dott. Tullio - Agenzia Giornalistica « Italia » - Roma.
- BARBERIS dott. Giuseppe - Rappresentante Generale per l'Italia della « Zurigo » - Milano.
- BARTOLO prof. Giuseppe - Consigliere Amministrazione INA - Roma.
- BARTOLOZZI avv. Vincenzo - Direttore Centrale de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.
- BAZZANTI LOMBARDI Carlo - Condirettore de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.
- BELLAN dott. Pier Gaetano - in rappresentanza della « Unione Industriali » - Como.
- BELTRAME dott. Giuseppe - Coagente Generale INA - Padova.
- BENDI dott. Arrigo - Agente Generale INA - Brescia.
- BERETTA PICCOLI Sandro - Rappresentante Generale e Direttore per l'Italia della « Helvetia » - Milano.
- BERGAMI prof. Gino - Direttore dell'Istituto di Fisiologia Umana dell'Università di Napoli.
- BERRUTI avv. Carlo - Condirettore de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.
- BERTAGNIN Bianca - in rappresentanza della « Breda Siderurgica » - Milano.
- BIAGGI Franco - Assicuratore - Lecco.
- BIANCHI dott. Alberto - Titolare del Centro Ispettivo INA - Genova.
- BIANCHI dott. Giuseppe - Segretario « ANIA » - Milano.
- BIANCHI dott. Sandro - Agenzia Giornalistica « Italia » - Roma.
- BIANCO rag. Cesare - Direzione Finanziaria - Ufficio assicurazioni della « Ing. C. Olivetti e C. » - Ivrea.
- BIDOLI dott. Decio - Agente Generale della « Fiumeter » - Milano.
- BIDOLI dott. Marino - Amministratore delegato della « Fiumeter » - Roma.
- BISCALDI dott. Carlo - Direttore della « Winterthur » - Milano.
- BIZZOTTO geom. Umberto - Agente Generale INA - Bassano del Grappa.
- BOCCARA dott. Vittorio - Capo Ufficio Stampa « ANIA » - Roma.

- BOCCIA Raffaele - Consigliere Delegato e Direttore Generale della « Società Italiana Cauzioni » - Roma.
- BOGLIONI dott. Bruno - Giornalista « United Press International » - Milano.
- BOLOGNINI rag. Serafino - Direttore Amministrativo Ag. Gen. INA - Milano.
- BONETTO dott. Giancarlo - Agenzia Generale INA - Torino.
- BORGARELLI dott. Giovanni - Coagente Generale INA - Milano.
- BORZACCHINI avv. Gaspare - Vice Direttore Generale INA - Roma.
- BOSIA dott. Luigi - Redattore della Rivista « Versicherungs-Information » - Lugano (Svizzera).
- BOZZETTI Fortunato - Vice Direttore « Ancienne Mutuelle » - Milano.
- BRAGUTI rag. Pietro Franco - Agente Generale « Fiumeter » - Cremona.
- BRUNO dott. ing. Giovanni - Direttore Centrale del « F.A.T.A. » - Roma.
- BRUZZESE dott. Umberto - Giornalista, Direttore dell'Agenzia S.A.P. - Roma.
- BUGLIESI Gianni - in rappresentanza della Società « Ferriere Acciaierie di Udine » - Udine.
- BUTTERI Vincenzo - Vice Direttore Generale « Compagnia An. d'Assicurazione di Torino » - Torino.
- CACCIOLA rag. Giuseppe - Agente Generale INA - Prato.
- CAIELLI Pierangelo - Agenzia Generale INA - Casale Monferrato.
- CAMERA dott. Pasquale - Rappresentante Generale per l'Italia della « Allianz » - Milano.
- CAMPANA dott. Marco - Agenzia Generale INA - Roma.
- CAMPANA dott. Piero - Ispettore Generale INA - Roma.
- CANTARUT Corrado - Agenzia Generale INA - Novara.
- CANTÙ dott. ing. Nicola - Associazione degli Industriali - Piacenza.
- CAPONE dott. Roberto - Giornalista de « La Prealpina » - Varese.
- CAPOTOSTI avv. Renzo A. - « ANIA » - Roma.
- CAPPA dott. Vittorio - Presidente « Unione Provinciale Commercianti » - Cuneo.
- CARAMAGNA Piergiorgio - Agenzia Generale INA - Torino.
- CARBONELLI dott. Giustino - Agente Generale INA - Cremona.
- CARDANO dott. Bernardino - Direttore « Lavoro & Sicurtà » - Milano.
- CARENA rag. Enrico - in rappresentanza della « Società Italiana Telecomunicazioni Siemens » - Milano.
- CARNEVALI rag. Aldo - Agente Generale INA - Udine.
- CARRIERI rag. Carlo - Dirigente della « Carlo Erba » - Milano.
- CASATI geom. Piero - Agente Generale « Fiumeter » - Voghera.
- CASCATO Rosario - Agenzia Generale INA - Lodi.
- CAVAJONI dott. Vittorio - Segretario Generale del « Concordato Italiano Incendio Rischi Industriali » - Milano.
- CAVALIERI rag. Oriano - Ass. Prov.le Artigiani - Ravenna.
- CAZZULINO dott. Piero - Vice Direttore de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.
- CECCHINI dott. Tito - Direttore di Radio Stampa - Milano.
- CELESCHI rag. Gian Luigi - Direttore della « Assicuratrice Edile » - Milano.
- CESA BIANCHI dott. Marcello - Dirigente della « Compagnia di Assicurazione di Milano » - Milano.
- CESARETTI dott. Mario - Titolare del Centro Ispettivo INA - Bologna.
- CESARI Franco - Agenzia Generale INA - Milano.
- CESONI dott. ing. Francesco - Presidente « Mutua Assicuratrice Cotoni » - Milano.
- CHIAPPELLI prof. Umberto - Presidente « Istituto Italiano di Medicina Sociale » e Direttore della « Rivista Italiana di Previdenza Sociale » - Roma.
- CHIESA dott. Severino - Funzionario « Assicurazioni Generali » - Milano.
- CHIODI dott. Gastone - Giornalista de « La Luna » - Roma.
- CINCOTTI dott. ing. Francesco - Direttore Generale delle « Assicurazioni Generali » - Milano.
- CIOCETTI dott. Urbano - Presidente dell'« E.N.P.D.E.D.P. » - Roma.
- CLAASÈ dott. Giovanni - in rappresentanza della « Mutua Sanitaria Resnati » - Milano.
- CLEMENTE ing. Pasquale - Direttore Centrale INA - Roma.
- COCEANI dott. Ermanno - Dirigente « Assicurazioni Generali » - Milano.
- COLOMBATTO dott. Ettore - Direttore « Compagnia An. d'Assicurazione Torino » - Torino.
- COLOMBO rag. Gian Alberto - Coagente Generale INA - Legnano.
- COLOMBO Giangiacomo - Coagente Generale INA - Legnano.
- COMIN Guglielmo - Agenzia Generale INA - Pavia.
- COPPI dott. Giulio - in rappresentanza della « Alfa Romeo » - Milano.

- COPPINI prof. Mario Alberto - Ordinario di
Tecnica delle assicurazioni sociali - Uni-
versità di Roma.
- CORTI dott. Mario - Direttore Generale della
« Compagnia Centrale di Assicurazioni » -
Reggio Emilia.
- COSTANTINI rag. Ugo - Vice Direttore de
« Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.
- COSTANZA Giovanni - Agenzia Generale
INA - Pavia.
- COZZI arch. Aldo - Segretario della « Federa-
zione Nazionale Mutue » - Milano.
- COZZO geom. Lino - Agenzia Generale INA -
Voghera.
- COZZOLI Michele - Agenzia Generale INA -
Milano.
- CRESPI dott. Carlo Felice - Agente Generale
INA - Merano.
- CRISCUOLI dott. Marino - Direttore Gene-
rale della « SARA » - Roma.
- CROCETTA rag. Giuliano - Titolare del Centro
Ispettivo INA - Venezia.
- CUSTER dott. ing. Sergio - Vice Direttore
della « Fiumeter » - Roma.
- D'ALESSANDRO prof. Guido - Direttore del
« Gerling-Konzern » - Milano.
- DALLA COLA dott. Federico - « ANIA » -
Milano.
- DALMIGLIO Luigi - Agenzia Generale INA -
Pavia.
- D'ALÒ dott. Ciro - Capo del personale
della « Italviscosa » S.p.A. - Milano.
- D'ALONZO dott. Roberto - Direttore de
« La Minerva Assicurazioni » - Milano.
- D'ANDREA dott. Massimiliano - Sovrain-
tendente Agenzia Generale INA - Parma.
- D'ANDREA dott. Nazzareno - Agente Gene-
rale INA - Parma.
- D'AURIA Agostino - Ispettore Superiore
INA - Roma.
- D'AZZO Vincenzo - Coagente Generale
INA - Milano.
- DE BERNARDI Emilia - in rappresentanza
della « Unione Artigiani » - Sondrio.
- DE CARO Giuseppe - Vice Direttore della
« Riunione Adriatica di Sicurtà » - Milano.
- DE FRANCESCO prof. avv. Giuseppe M. -
Presidente della Società Assicurazioni
« Savoia » - Milano.
- DE GREGORI dott. Andrea - Medico-Ispet-
tore Superiore INA - Roma.
- DEL CORSO Giovanni - Rappresentante
Generale della « Nazionale Svizzera » -
Milano.
- DEL GIUDICE rag. Giuseppe - in rappresen-
tanza della « Motta » - Milano.
- DELLA VALLE dott. Roberto - Giornalista
dell'Agenzia « Italia » - Roma.
- DEL MARE dott. Annibale - Giornalista della
« Gazzetta del Mezzogiorno » - Bari.
- DEL SASSO Claudio - Coagente Generale
INA - Napo i.
- DE MARCHI prof. Sante Bruno - Direttore
Generale della « Compagnia di Assicura-
zione di Milano » - Milano.
- DE MEDICI Umberto - Direttore Generale
di « Radiostampa » - Milano.
- DE NARDO dott. Neri - Giornalista de « Il
Sole - 24 Ore » - Milano.
- DE PALMA dott. Michelangelo - Consulente
della « Confagricoltura » - Roma.
- DE PAOLI dott. Claudio - Agente Generale
INA - Treviso.
- DE VIRGILIIS dott. Alfonso - Agente Generale
INA - Chieti.
- DI CAGNO dott. Renzo - Giornalista - Mi-
lano.
- DI CAPUA dott. Salvatore - Agenzia Gene-
rale INA - Milano.
- DI PORTO prof. Arrigo - Consulente Gene-
rale Medico de « Le Assicurazioni d'Ita-
lia » - Roma.
- DISTASO avv. Walter - Consigliere di Ammi-
nistrazione della « Fiumeter » - Roma.
- DI TRANI Luigi - in rappresentanza della
« Unione Artigiani » - Milano.
- DONATI dott. Giorgio - Coagente Generale
INA - Grosseto.
- DUPUICH Michele - Presidente della « Mutua
E.M.I. » - Roma.
- DURANTE prof. Aldo - Direttore Centrale
de « L'Assicuratrice Italiana » - Milano.
- DUSI dott. Riccardo - Direttore Ufficio Studi
della « SPE » - Milano.
- DUVAL Bernard - Vice Direttore de « La
Nationale » - Roma.
- ERMOLLI dott. Gioia - Medico - Pavia.
- FACCHETTI dott. Giuseppe - Giornalista de
« La Provincia » - Cremona.
- FACCHINELLI dott. Luigi - Capo Ufficio del-
l'« Ente Nazionale Previdenza Assistenza
Impiegati Agricoltura » - Roma.
- FACCINI Ottorino - Agenzia Generale INA -
Milano.
- FACCIOLI Giacomo - Dirigente « The Northern
Assurance Co. » - Milano.
- FALLANI dott. Guido - Agente Generale INA -
Mantova.
- FALLÙ Antonio - Agente Generale INA -
Barletta.
- FANTONI dott. Massimo - Coagente Gene-
rale INA - Ferrara.
- FEDELI dott. Giorgio - Giornalista de « Il
Giorno » - Roma.
- FEDERICI Alfredo - Rappresentante generale
per l'Italia della « Insurance Company
of North America » - Milano.
- FELISATTI Gianfrancesco - Agente Generale
INA - Este.

- FERRARI Achille - Direttore Generale dell'«Istituto Trentino-Alto Adige per Assicurazioni» - Trento.
- FERRARI rag. Enrico - in rappresentanza della S.p.A. «Ferrero & C.» - Pino Torinese.
- FERRARINI rag. Luigi - Agenzia Generale INA - Milano.
- FILIPPETTI rag. Aldo - Titolare del Centro Ispettivo INA - Torino.
- FINZI Umberto - Amministratore Delegato della «Ala Assicurazioni» - Roma.
- FORNASARO dott. Alcide - in rappresentanza della «Società Metallurgica Italiana» - Firenze.
- FRAGIACOMO rag. Guido - Agente Principale INA - Milano.
- FRANZINI sen. prof. dott. Guido - Presidente della «Compagnia Centrale di Assicurazioni» - Reggio Emilia.
- FRIERI Giovanni - Giornalista de «Il Popolo» - Roma.
- FUCCELLI dott. Piero - Ispettore Centrale Tecnico INA - Padova.
- FUMAGALLI dott. Basilio - Procuratore di «Lavoro & Sicurtà» - Milano.
- FUMAGALLI avv. Luigi - Direttore della Sede «INADEL» - Milano.
- FUSAR POLI Piero - Agenzia Generale INA - Pavia.
- FUSCA Antonio - Giornalista de «L'Unità» - Roma.
- GAGGIANESE rag. Aldo - Direttore della «Mutua Assicuratrice Cotoni» - Milano.
- GALANTI dott. Ugo - Direttore Generale del Gruppo Assicurativo «Tirrena» - Roma.
- GARABELLI ing. Giorgio - Direttore Generale della «Riunione Adriatica di Sicurtà» - Milano.
- GARRASSINO Carlo - Assicuratore - Milano.
- GARZIA Liliana - in rappresentanza della «Breda Siderurgica» - Milano.
- GASBARRI cav. lav. dott. Mario - Vice Presidente e Direttore Generale della «Alleanza Assicurazioni» - Milano.
- GAZZANIGA Adriano - Dirigente della «Compagnia Veneta Assicurazioni» - Padova.
- GENTILE Gino - Direttore della «Fiumeter» - Roma.
- GENTILI Gino - Coagente INA - Pisa.
- GHERSI avv. Mario - Segretario del Consiglio d'Amministrazione INA - Roma.
- GHITTONI Bruno - in rappresentanza della Direzione de «L'Unità» - Milano.
- GIACCIO Franco - Agenzia Generale INA - Reggio Emilia.
- GIANI dott. Claudia - dell'Ufficio Assicurazioni dell'«ENEL» - Milano.
- GILIOLI dott. Gino - Ispettore Superiore Tecnico INA - Milano.
- GIOBBE dott. Giulio - Direttore Ufficio Provinciale «ENPAS» - Milano.
- GIORDANINO Piero - Giornalista de «L'Unità» - Milano.
- GIOVANNINI Pietro - Sindaco di Palestrina.
- GORI avv. Sergio - Pesaro.
- GRELLA Giuseppe - Agente Generale INA - Frosinone.
- GRISTINA dott. Silvestro - Dirigente della «Snia Viscosa» - Milano.
- GRITTI Alberto - Presidente dell'«Unione Artigiani» - Sondrio.
- GROS PIETRO Giovanni - Coagente Generale INA - Ivrea.
- GROS PIETRO dott. Marco - Coagente Generale INA - Ivrea.
- GROSSO dott. Luigi - Presidente della «Padana Assicurazioni» - Milano.
- GUERRERI avv. Dante - Presidente della «Assicuratrice Professionisti ed Artisti» - Milano.
- GUGLIELMOTTI avv. Renato - Direttore Centrale de «Le Assicurazioni d'Italia» - Roma.
- GUSELLA dott. Sergio - Vice Direttore del Gruppo Ass. «Minerva» - Milano.
- IACOVAZZI Mino - in rappresentanza della «Ancienne Mutuelle» - Milano.
- IMBIMBO dott. Angelo - in rappresentanza della S.p.A. «Ferrero & C.» - Pino Torinese.
- INTROZZI Rodolfo - Coagente Generale della «Fiumeter» - Como.
- ISMAN Fabio - Giornalista de «Il Piccolo» - Trieste.
- JANNACONE Costantino - in rappresentanza della «Lambert» - Milano.
- LAMPREDI Luigi - Giornalista de «Il Popolo» - Roma.
- LATINI Livio - Dirigente del «Lloyd Adriatico» - Trieste.
- LAVORATO dott. Domenico - Addetto Stampa della Prefettura - Milano.
- LEONARDUZZI rag. Alberto - Direttore de «L'Italica» - Milano.
- LEONI avv. Bruno - Capo Ufficio Legislativo del Ministero della Sanità - Roma.
- LEOSCO avv. Leo - Pubblicista - Busto Arsizio.
- LOFFREDO dott. Alfredo - Agente Generale INA - Latina.
- LOFFREDO dott. Ferdinando - Capo Servizio Affari Generali dell'INPS - Roma.
- LONGHI dott. Carlo - Direttore sede INAM - Como.
- LONGO prof. Antonio - Vice Direttore Generale INA - Roma.
- LUCCA Silvio - Agente Generale INA - Lecco.

LUPPI Aldo - Sindacalista Segreteria « A. P.I. » - Capriate.

LUSARDI Andrea - Agente Generale della « Fiumeter » - Monza.

MACCARONI Lauro - Giornalista della Rivista « L'Assicurazione » - Genova.

MAESTRI PIERI dott. Pierluigi - Funzionario della « Montecatini-Edison » - Milano.

MAGGI Bruno - Agenzia Generale INA - Tortona.

MAISETTI rag. Evaristo - Dirigente della « Italstrade » - Milano.

MANCINI dott. Mario - Agente Generale INA - Lodi.

MANFRIDI dott. Giovanni - Condirettore de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.

MARCHETTI dott. Dino - Consigliere di Amministrazione INA - Roma.

MARCHISIO Amedeo - Rappresentante Generale per l'Italia della « Danubio » - Roma.

MARCUCCI dott. Orlando - Capo dell'Organizzazione dell'Agenzia Generale INA - Novara.

MARINELLI avv. Alberto - Consulente Legale Generale de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.

MARTINIS MARCHI dott. Alessandro - Medico Fiduciario INA - Milano.

MARZANO dott. Carlo - Sindaco dell'INA - Roma.

MASCALI Antonio - Agenzia Generale INA - Lodi.

MASINI Romano - Dirigente della « Phénix-Soleil » - Roma.

MASSA dott. Umberto - Segretario Generale U.N.A.M.S.I. - Milano.

MATASSONI dott. Aldo - Condirettore Generale dell'« Istituto Trentino-Alto Adige per Assicurazioni » - Trento.

MATRICARDI dott. Salvatore - Ispettore Generale INA - Roma.

MENGALDO dott. Mario - Giornalista di « Epoca » - Milano.

MEULI Andrea - Agenzia Generale INA - Voghera.

MEZI Umberto - Agenzia Generale INA - Roma.

MIGLIOLI Aldo - Agente Generale INA - Piacenza.

MIGLIOLI ing. Giovanni - Agenzia Generale INA - Piacenza.

MIGNANI Enrico - Agenzia Generale INA - Milano.

MIOTTI geom. Renzo - Agente Generale « Fiumeter » - Sondrio.

MISSAGLIA rag. Stefano - Agenzia Generale INA - Lecco.

MOLINARO prof. Luigi - Direttore Centrale « Fiumeter » - Roma.

MONTAGNANI Gregorio - Agenzia Generale INA - Empoli.

MONTALTO dott. Armando - Dirigente della « Riunione Adriatica di Sicurtà » - Milano.

MONTANI geom. Belisario - Direttore Generale e Amministratore Delegato de « La Fondiaria » - Firenze.

MONTELATI dott. Mario - Dirigente della « Compagnia di Assicurazione di Milano » - Milano.

MONTI Catello - Agente Generale INA - Castellammare di Stabia.

MORDONINI dott. Primo - Agenzia Generale INA - Milano.

MORI dott. Milton - Sindaco dell'INA - Roma.

MORONI dott. Romano - Agente Generale INA - Varese.

MUGELLI Alvaro - Agente Generale INA - Empoli.

MUGELLI prof. Mario - Agenzia Generale INA - Empoli.

MUNARI Bernardo - in rappresentanza della Soc. « MEIE » - Milano.

MURATORI dott. Giulio - Dirigente « ANIA » - Roma.

MURGO dott. Salvatore - Agente Generale INA - Casale Monferrato.

NACCA dott. Eugenio - Vice Direttore de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.

NAVONE dott. Giuseppe - Direttore Generale dell'« Istituto Italiano di Previdenza » - Milano.

NICOLAO Giuseppe - Agente Generale INA - Catania.

NUNZIANTE ing. Alfredo - Giornalista del « Roma » - Napoli.

NUTI dott. ing. Francesco - Amministratore Delegato de « La Minerva » - Milano.

OTAVIANI dott. ing. Giovanni - Direttore Generale della « Soc. Cattolica di Assicurazione » - Verona.

OTAVIANI dott. Marcello - Direttore del Servizio Assicurazioni della « Montecatini Edison » - Milano.

OXILIA dott. Manfredi - Condirettore Generale della « Riunione Adriatica di Sicurtà » - Milano.

PACR Attilio - Direttore de « La Vittoria » - Milano.

PACINI geom. Achille - Direttore della « Compagnia di Assicurazioni dell'Agricoltura » - Milano.

PAGANO dott. Giuseppe - Direttore della « Riunione Adriatica di Sicurtà » - Milano.

PAGGI dott. Enrico - Direttore de « La Consoziale » - Milano.

PAGGI avv. Pier Angelo - Vice Direttore de « La Pace » - Milano.

- PAGLIAZZI Luigi - Agenzia Generale INA - Pavia.
- PALESTRA dott. Ernesto - Direttore della « Cassa Mutua Provinciale di Malattia per Coltivatori Diretti » - Milano.
- PALMIERI avv. Giovanni - Sindaco de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.
- PALMIERI dott. Michele - in rappresentanza della « Lepetit » - Milano.
- PALUMBO Giuseppe - in rappresentanza dell'« ANA » - Milano.
- PANSERA Marcello - in rappresentanza della « Reliance Insurance Company » - Roma.
- PASANISI avv. Emilio - Direttore Generale INA - Roma.
- PEDEZZI ing. Enrico - in rappresentanza dell'« Unione Commercianti » - Milano.
- PEDRAZZOLI rag. Gabriele - Agenzia Generale INA - Pordenone.
- PEDRAZZOLI Guido - Agente Generale INA - Pordenone.
- PELLA on. prof. Giuseppe - Presidente del Centro Internazionale di Studi e Documentazione sulle Comunità Europee - Roma.
- PEROLO avv. Mario - Consigliere Delegato della « Italia Assicurazioni » - Milano.
- PETRA dott. Raffaele - Dirigente della « Soc. Italiana per il Gas » - Torino.
- PETTER Michelangelo - Agenzia Generale INA - Milano.
- PICCININI prof. Riccardo - Pubblicista dell'Agenzia Stampa Padana - Milano.
- PIETRI PAOLI dott. Luigi - in rappresentanza della « Confindustria » - Milano.
- PINES dott. Sergio - in rappresentanza della « SIR » - Milano.
- POGGIALI dott. Vieri - Giornalista della « RAI » e della Rivista « Adesso » - Roma.
- POGGIO dott. Luigi - Direttore della « Mutua Coldiretti » - Cremona.
- POMILIO dott. Marco - Consulente della « S.P.I. » - Milano.
- PORCIANI dott. Mauro - Agente Generale INA - Lucca.
- PORRINI dott. Giorgio - Dirigente della « AMSA » - Como.
- PORRO dott. Luigi - Direttore Generale della « S.A.I. » - Torino.
- POZZANI dott. Silvio - Direttore della Rivista « Sicurtà » - Milano.
- POZZI avv. Mario - Agente Generale INA per le FF.AA. e di Polizia - Roma.
- PRECCHIA dott. Giorgio - Dirigente dell'« Ente Fiera » - Milano.
- PUCCI avv. Luigi - Dirigente della « Montecatini-Edison » - Milano.
- QUERCI dott. Rinaldo - in rappresentanza della « Interscambi Culturali e Scientifici » - Milano.
- RADICE dott. Sandro - Rappresentante e Direttore della « Nazionale Svizzera » - Milano.
- RADONICICH ing. Bruno - Direttore Generale della « Italiana Incendio » e « Italiana Vita » - Milano.
- RANDONE avv. Enrico - Direttore Centrale delle « Assicurazioni Generali » - Milano.
- RANIERI TENTI dott. Alvisè - Direttore della « Riunione Adriatica di Sicurtà » - Milano.
- RAVERA Luigi - Agenzia Generale INA - Pavia.
- RAVEZZANI dott. Giorgio - Giornalista - Milano.
- RENIER Conte Paolo - Agenzia Generale INA - Milano.
- RICCARDI dott. Paolo - Vice Direttore della Soc. « Il Duomo » - Milano.
- RIGAMONTI dott. Sandro - Presidente della « Associaz. Farmacisti Industria » - Milano.
- RIZZI dott. Franco - Dirigente de « L'Abeille » - Milano.
- RIZZI avv. Giovanni - Consigliere di Amministrazione della « Fiumeter » - Roma.
- RIZZO dott. Domenico - Vice Direttore della « Italia Assicurazioni » - Genova.
- ROCCA dott. Alessandro - Agente Generale INA - Biella.
- ROMAGNOLI dott. Pier Carlo - Direttore Generale della « Società Reale Mutua di Assicurazioni » - Torino.
- ROMANINI Guido - in rappresentanza dell'Agenzia Generale INA - Pesaro.
- ROMANO dott. Raffaello - Giornalista del « Corriere della Sera » - Milano.
- RONCORONI dott. Pierluigi - in rappresentanza della « Commissione Assicurazione Malattia degli Agenti Generali Svizzeri » - Lugano.
- RONZOLANI dott. Vincenzo - Direttore Generale dell'ENPDED - Roma.
- RUA Massimo - in rappresentanza della « Banca Nazionale Comunicazioni » - Roma.
- RUGGERI Alessandro - Agente Generale INA - Voghera.
- RUSSO dott. Raffaele - in rappresentanza del « Ministero della Sanità » - Roma.
- SABATINI dott. Gustavo - Giornalista de « L'Italia » - Milano.
- SALERNO Giovanni - in rappresentanza della « Cassa Mutua Commercianti » - Torino.
- SALERNO dott. Michele - Direttore de « La Previdente » - Milano.
- SALVADORI Giorgio - Agente Generale INA - Bolzano.
- SANGIORGI dott. Jader Mario - Agente Generale INA - Ravenna.

SANTORO PASSARELLI prof. avv. Francesco - Presidente INA - Roma.

SCHEA dott. Franco - Agente Generale INA - Sondrio.

SCHIARITI dott. Francesco - Ex Direttore per l'Italia della « Helvetia » - Milano.

SCHIMETSCHKEK Herbert - Amministratore della « Austria Assicurazioni » - Milano.

SCHINASI dott. Alberto - Amministratore Delegato della « Hogg Robinson and Gardner Mountain S.p.A. » - Milano.

SCHINETTI dott. Giorgio - Dirigente dell'« ENEL » - Milano.

SCOTTI dott. Giuseppe - Direttore del « Notiziario Assicurativo » - Milano.

SCOTTI Ubaldo - Giornalista del « Notiziario Assicurativo » - Milano.

SENDRESEN Corrado G. - Presidente e Amministratore della « Austria Assicurazioni » - Milano.

SERAFINI Anita - Novara.

SERAFINI rag. Giovanni - Agente Generale INA - Novara.

SERRI dott. Bruno - Direttore Generale della « Intercontinentale » - Roma.

SERVIATI Giovanni - Consulente del Lavoro - Lodi.

SESTILLI Fulvio - Agente di Città della « Riunione Adriatica di Sicurtà » - Milano.

SESTILLI dott. Riccardo - Direttore Generale de « Le Assicurazioni d'Italia » - Roma.

SETTIMI SPIRITO Franco - Agenzia Generale INA - Pavia.

SFORNI dott. Guido - Amministratore Delegato della « Savoia » - Milano.

SIEBANECH Enrico - Sovrintendente della Agenzia Generale INA - Bergamo.

SIEBANECH dott. Filippo - Agente Generale INA - Bergamo.

SOBETTI Marco - Agenzia Generale INA - Trento.

SOMAI Augusto - Agente Generale INA - Reggio Emilia.

SORIA dott. Mario - Giornalista dell'« Avanti » - Milano.

SPERATI dott. Fabio - Agente Generale INA - Verona.

STEFFANO dott. Giuseppe - Attuario - Milano.

STIGLIANO Carlo - Agente Generale INA - Conegliano Veneto.

SUZZI dott. Mario - Vice Direttore Generale dell'INA - Roma.

TACCANI dott. Mario - Segretario del « Concordato Italiano Grandine » - Milano.

TAGLASACCHI Flaminio - Presidente della « Cassa Mutua Malattia Commercianti » - Cremona.

TAVANTI dott. Massimo - Capo dell'Ufficio Studi dell'INPS - Roma.

TECCA prof. Nicola - Medico Provinciale - Milano.

TEDESCHI Giorgio - Giornalista del « Cittadino Canadese » - Montreal.

TENDERINI Piero - Coagente Generale INA - Venezia.

TERZANO Giacinto - Amministratore Unico S.p.A. « Ormobia » - Milano.

TIMO dott. Francesco Saverio - Dirigente ANIA - Milano.

TONELLI dott. Enrico - Dirigente ANIA - Roma.

TONO dott. Federico - Consigliere dell'Ordine dei Medici - Milano.

TORLASCO dott. Vincenzo - Agenzia Generale INA - Milano.

TORRE dott. Alfonso - Direttore Generale della « Italia Assicurazioni » - Genova.

TREVISAN dott. Spartaco - Giornalista della « Gazzetta dello Sport » - Milano.

TROMBINI rag. Ivone - Agenzia Generale INA - Novara.

TUGNOLI Anna Maria - in rappresentanza della « Ducati Elettrotecnica » - Bologna.

UGONA dott. Alberto - in rappresentanza « Gruppo Finanziario Tessile » - Torino.

ULCIGRAI dott. Carlo - Addetto stampa delle « Assicurazioni Generali » - Trieste.

VALENTINI rag. Walter Claudio - in rappresentanza della « The Prudential Assurance Company Ltd » - Milano.

VALTAN NEYVOZ dott. Delfina - Capo Ufficio Assicurazioni della « Soc. Olivetti » - Ivrea.

VETTORELLO geom. Guido - Agente Generale « Fiumeter » - Lodi.

VIANELLO dott. Giovanni - Agenzia Generale INA - Milano.

VIDA dott. Franco - Condirettore Generale della « Fondiaria » - Firenze.

VIOLI dott. Efrem - Agenzia Generale INA - Vigevano.

VOLA dott. Alfredo - Agente Generale INA - Terni.

ZANDONINI dott. Agostino - in rappresentanza dell'INAIL - Roma.

ZANELLA dott. Mario - Vice Direttore Generale dell'INADEL - Roma.

ZASSINI dott. Clemente - Vice Direttore « Istituto Trentino-Alto Adige per Assicurazioni » - Trento.

ZENATELLO dott. Josè - Dirigente della « Società Reale Mutua di Assicurazioni » - Torino.

ZIPOLI Giovanni Luigi - Dirigente della « Compagnia Europea di Assicurazione Merci e Bagagli » - Milano.

ZOPPIS dott. Italo - Consigliere d'Amministrazione INA - Roma.



Corporate Heritage
& Historical Archive



Corporate Heritage
& Historical Archive

ADESIONI ALL'INIZIATIVA DELL'INA

L'idea dell'INA di organizzare una *Giornata* di studio per l'esame dei problemi relativi all'assicurazione volontaria contro le malattie ha ottenuto vasti consensi ed incondizionato appoggio presso le autorità e presso le categorie interessate.

Riportiamo testualmente le più autorevoli adesioni pervenute al Presidente dell'INA, Prof. Santoro Passarelli, durante la preparazione della *Giornata* del 19 aprile:

GIUSEPPE SARAGAT - Presidente della Repubblica.

Ho molto apprezzato l'iniziativa promossa da codesto Istituto, d'intesa con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, per l'organizzazione, nell'ambito delle manifestazioni della Fiera di Milano, della « Quinta Giornata INA » sull'interessante ed attuale tema de « l'assicurazione volontaria contro le malattie ». Nel compiacermi vivamente, desidero far pervenire a Lei, e per il suo cortese tramite ai convenuti tutti, il mio cordiale beneaugurante saluto.

ALDO MORO - Presidente del Consiglio dei Ministri.

Apprendo che l'Istituto da te autorevolmente rappresentato ha voluto anche quest'anno qualificare la sua partecipazione alla Fiera Internazionale di Milano con un dibattito su un altro tema di grande importanza qual è « l'assicurazione volontaria contro le malattie ».

Sono convinto che, nel solco oramai di una tradizione breve ma qualificata, anche su questo tema non mancheranno interventi di particolare interesse.

GIULIO ANDREOTTI - Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato.

Occasione Quinta Giornata di studio su assicurazione volontaria contro le malattie esprimo il mio vivo apprezzamento per interessante et utile iniziativa che propone attenzione imprese et assicurati settore ben meritevole di autonomo svi-

luppo et forme integrative assicurazioni obbligatorie Pregola porgere mio cordiale saluto at Relatore et convenuti tutti et voti augurali successo manifestazione. Cordialità.

Hanno, inoltre, inviato la loro adesione e formulato auspici per il successo della *Giornata*:

On. Dott. BRUNETTO BUCCIARELLI DUCCI - Presidente della Camera dei Deputati.
Sen. Dott. LUIGI MARIOTTI - Ministro della Sanità.
On. Prof. PAOLO EMILIO TAVIANI - Ministro dell'Interno.
Sen. Avv. GIACINTO BOSCO - Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale.
On. Dott. GIOVANNI PIERACCINI - Ministro del Bilancio.
On. Dott. CALOGERO VOLPE - Sottosegretario alla Sanità.
Sen. Prof. GIUSEPPE MEDICI - Ordinario nell'Università di Roma.
Dott. ALDO ANIASI - Sindaco di Milano.
Gr. Uff. Dott. GIUSEPPE PADELLARO - Direttore Generale del Servizio Informazioni della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
Dott. GAETANO FANELLI - Presidente dell'INPS.
Prof. GIUSEPPE PETRILLI - Presidente dell'IRI.
Prof. GAETANO STAMMATI - Ragioniere generale dello Stato.

Tutti i messaggi erano improntati alla massima stima nei confronti dell'Istituto ed alla più viva considerazione per la sua iniziativa.

LA «GIORNATA» DELL'INA
E LA STAMPA



Alla *Giornata dell'assicurazione volontaria contro le malattie* la stampa ha assicurato, come per i precedenti convegni di studio organizzati dall'INA, il suo prezioso contributo.

Numerosi rappresentanti della stampa hanno partecipato di persona ai lavori o riferito e commentato, nei rispettivi organi d'informazione, l'iniziativa dell'Istituto e lo svolgimento della *Giornata*.

Eccone l'elenco:

ADINOLFI dott. Ugo - Agenzia ANSA - Milano
BARBA Salvatore - Agenzia Italia - Roma
BOCCARA dott. Vittorio - Capo Ufficio Stampa ANIA - Roma
BOGLIONI Bruno - *United Press International* - Milano
BOSIA dott. Luigi - *Versicherungs-Information* - Lugano
BRUZZESE dott. Umberto - Direttore dell'Agenzia S.A.P. - Roma
CAPALDO dott. Enzo - Giornalista - Genova
CAPONE dott. Roberto - *La Prealpina* - Varese
CATTANEO dott. Romano - Giornalista - Milano
DELLA VALLE Roberto - Agenzia Italia - Milano
DEL MARE dott. Annibale - *Gazzetta del Mezzogiorno* - Bari
DE MEDICI Umberto - Direttore generale *Radiostampa* - Milano
DI CAGNO dott. Renzo - Giornalista
FACCHETTI Giuseppe - *La Provincia* - Cremona
FEDELI Giorgio - *Il Giorno* - Milano
FLORIOLI M. Luisa - *Annali Ravasini* - Roma
FRIERI Giovanni - *Il Popolo e Discussione* - Roma
FUSCA Antonio - *L'Unità* - Milano
GHIBAUDO dott. Bruno - *Giornale Roma* - Napoli
GIORDANINO Piero - *L'Unità* - Milano
GIOVANNINI Pietro - Pubblicista - Roma

ISMAN Fabio - *Il Piccolo* - Trieste
 LAMPREDI Luigi - *Il Popolo* - Roma
 LAVORATO dott. Domenico - Addetto Stampa della Prefettura - Milano
 LEOSCO avv. Leo - Giornalista - Busto Arsizio
 MACCARONI Lauro - *L'Assicurazione* - Genova
 MARSANO Elio - *Il Sole-24 Ore* - Milano
 MARTIROLI dott. Lorianò - Giornalista - Milano
 MENGALDO dott. Mario - *Epoca* - Milano
 MONTALTO dott. Armando - Capo Ufficio Stampa R.A.S. - *Il Sole-24 Ore* - Milano
 NUNZIANTE ing. Alfredo - *Roma* - Napoli
 PALIERI dott. Rodolfo - Agenzia *Italia* - Roma
 PICCININI prof. R. G. - Agenzia *Stampa Padana* - Milano
 PINES dott. Sergio - Ufficio Propaganda Stampa SIR - Milano
 POGGIALI Vieri - Giornalista *RAI* - Milano
 POZZANI dott. Silvio - Direttore della Rivista *Sicurtà* - Milano
 QUERCI dott. Rinaldo - *Interscambi Culturali e Scientifici* - Milano
 RAVEZZANI dott. Giorgio - Giornalista A.P. - Milano
 ROMANO' dott. Raffaello - *Corriere della Sera* - Milano
 SCOTTI dott. Giuseppe - Direttore del *Notiziario Assicurativo* - Milano
 SORIA Mario - *Avanti!* - Milano
 SVAMPA Maby - *Rivista delle Nazioni* - Roma
 TEDESCHI Giorgio - *Cittadino Canadese* - Montreal
 TREVISAN dott. Spartaco - *Gazzetta dello Sport* - Milano
 ULCIGRAI dott. Carlo - Addetto Stampa delle *Assicurazioni Generali* - Trieste

Notizie, resoconti e commenti sulla *Giornata dell'assicurazione volontaria contro le malattie* sono apparsi in gran numero anche nella stampa assicurativa estera.

CRONACA E RESOCONTO SOMMARIO
DEI LAVORI DELLA «GIORNATA»

Alla presenza di un folto pubblico comprendente circa 400 persone si è svolta il 19 aprile 1968, nella Sala Puricelli alla Fiera di Milano, la V Giornata promossa dall'INA, d'intesa con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, nel quadro delle manifestazioni per la XLVI Fiera Internazionale di Milano. Tema della Giornata era « L'assicurazione volontaria contro le malattie ».

Al tavolo d'onore, con il prof. Francesco Santoro Passarelli, Presidente dell'INA e Presidente del Convegno, erano: il sen. prof. Eugenio Artom, Presidente dell'ANIA; il dott. Gaetano Angela, Capo dell'Ispettorato delle Assicurazioni Private e, come tale, rappresentante del Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato; il prof. Mario Alberto Coppini, ex Presidente dell'INAM; il geom. Belisario Montani, Vice Presidente del Gruppo di lavoro « Malattie » del CEA; l'avv. Emilio Pasanisi, Direttore Generale dell'INA; il dott. Riccardo Sestilli, Direttore Generale de « Le Assicurazioni d'Italia » e Relatore.

Notati fra il pubblico: l'on Giuseppe Pella; il dott. Leone Beltramini, Assessore all'Igiene ed alla Sanità del Comune di Milano; il prof. Umberto Chiappelli, Presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale; i massimi esponenti dell'industria assicurativa nazionale e rappresentanti di compagnie estere; i Consiglieri dell'INA: prof. Giuseppe Bartolo, dott. Dino Marchetti e dott. Italo Zoppis; numerosi dirigenti del Gruppo INA; Agenti generali; Ispettori e medici fiduciari dell'Istituto.

* * *

I lavori hanno avuto inizio col discorso di apertura del

Prof. FRANCESCO SANTORO PASSARELLI - Presidente dell'INA

il quale, dopo aver letto i telegrammi di adesione inviati dal Presidente della Repubblica, dal Ministro Andreotti e dal Sindaco di Milano, ha illustrato brevemente gli scopi dell'assicurazione volontaria contro le malattie, « un ramo che è ancora poco diffuso in Italia rispetto ad altri Paesi ». Il Presidente dell'INA

ha osservato che l'assicurazione volontaria contro le malattie costituisce un argomento di grande importanza sia per le attuali tendenze sociali, che interpretano la generale aspirazione ad una previdenza più soddisfacente e moderna, sia per il crescente benessere, che vuole essere mantenuto anche attraverso la tutela dell'efficienza fisica e, quindi, della salute dell'uomo, soggetto primo di ogni attività produttiva. Tale argomento è, quindi, collegato con la conoscenza dei problemi della previdenza obbligatoria contro le malattie: problemi che possono essere sintetizzati nella insufficienza delle prestazioni offerte e nel « deficit », ormai divenuto normale, degli Enti gestori.

Il Convegno promosso dall'INA intende porre in evidenza la necessità ed opportunità che il pubblico provveda, con atti assicurativi volontari, a completare, o sostituire ove manchi, la fascia di sicurezza offerta dalle istituzioni che gestiscono le varie forme di previdenza contro le malattie.

Ha fatto seguito il saluto che il

Sen. EUGENIO ARTOM - Presidente dell'ANIA

ha rivolto a nome dell'Associazione. L'oratore si è soffermato sugli scopi dell'assicurazione in genere (tutela di patrimoni, risoluzione di problemi connessi con la vita delle aziende e dei singoli, organizzazione della solidarietà umana), passando quindi a considerare l'assicurazione volontaria contro le malattie nei suoi precedenti storici e nelle sue future possibilità di sviluppo.

Un saluto è stato porto anche dal

Dott. GAETANO ANGELA - Capo dell'Ispettorato delle Assicurazioni Private a nome del Ministro Andreotti e suo personale.

Il tema scelto dall'INA è senza dubbio di rilievo, se si tiene conto dell'importanza che la tutela economica delle persone contro i rischi di malattia interessa non soltanto le famiglie, ma, indirettamente, anche l'intera collettività.

Contro l'opinione di coloro che fanno risalire lo scarso sviluppo della libera assicurazione malattia in Italia all'espansione della sicurezza sociale, sta il fatto che, nei Paesi più progrediti, le assicurazioni sociali e le assicurazioni libere procedono, anche nel campo dei rischi di malattia, di pari passo.

Per poter raggiungere le finalità poste in evidenza nel discorso del Presidente dell'INA, sarà opportuno « mobilitare esperienze già acquisite all'estero e da noi ed attuare un'adeguata moderna politica assuntiva ».

Subito dopo ha svolto la sua relazione il

Dott. RICCARDO SESTILLI - Direttore Generale de « Le Assicurazioni d'Italia ».

Dalla relazione si apprende che nel mondo circa 250 milioni di persone sono coperte dall'assicurazione volontaria contro le malattie, « una cifra imponente, in valore assoluto, ma esigua se paragonata alla popolazione del globo ». Occorre, però, considerare « che interi continenti, ora in via di rapido sviluppo,

sono nuovi alle forme più progredite di sicurezza sociale » e che « vi sono Paesi nei quali è operante un servizio nazionale di sanità, ove tutti i cittadini indistintamente hanno diritto alle prestazioni sanitarie gratuite (Inghilterra, Russia, Nuova Zelanda) ». Negli altri Paesi, l'assistenza medica obbligatoria è prestata ad aliquote della popolazione varianti da un massimo del 98,6% nel Canada (solo assistenza ospedaliera) ad un minimo dell'1,9% in India e dell'1,6% in Birmania. Ciò rende estremamente variabile il campo d'azione nel quale l'assicurazione volontaria malattie può operare.

D'altra parte, il 1° Congresso Internazionale sull'assicurazione volontaria malattie, svoltosi a Dublino nel settembre 1966, ha posto in evidenza che « anche nei Paesi dove l'assistenza sanitaria è generalizzata e gratuita per legge, esistono margini per l'assicurazione volontaria ». Questa consente, infatti, di migliorare il trattamento obbligatorio, di scegliere un proprio medico o la casa di cura, di evitare il disagio del ricovero in corsia, ecc.

Per dare un'idea dell'indice di diffusione dell'assicurazione volontaria contro le malattie, il Relatore riferisce alcuni dati sull'incasso premi e contributi relativi a tale assicurazione in alcuni Paesi. Secondo stime presuntive di esperti, si può ritenere che tale incasso, espresso in lire italiane per abitante, abbia raggiunto nel 1967 i seguenti valori: Austria L. 3.600; Belgio L. 45; Germania Occidentale L. 7.500; Francia L. 760; Irlanda L. 300; Italia e Lussemburgo L. 38; Olanda L. 2.700; Spagna L. 560; Svezia L. 3.200; Svizzera L. 2.600; Stati Uniti L. 41.000. Come già detto, « dato il diverso regime di gestione delle assicurazioni sociali nei diversi Paesi considerati, i dati esposti sono solo approssimativamente indicativi della diffusione della previdenza volontaria malattie ».

Per l'Italia mancano dati statistici, perché l'assicurazione volontaria contro le malattie sta muovendo i primi passi da pochi anni. In via presuntiva, si può ritenere che il relativo incasso premi si aggiri, attualmente, sui 2 miliardi di lire annue.

Questa parte della relazione è preceduta da capitoli introduttivi, in cui vengono esposti i concetti fondamentali dell'assicurazione contro le malattie e l'evoluzione storica di quest'ultima.

In tale assicurazione, « il rischio è costituito non dalla malattia, ma dal ricorso alle prestazioni garantite, siano esse in natura o in denaro ».

Il concetto di malattia varia a seconda del lato da cui viene considerato. Dal punto di vista assicurativo, la malattia è « ogni alterazione dello stato di salute che abbia per conseguenza una assoluta o parziale incapacità al lavoro e la necessità di assistenza medica e di somministrazione di mezzi terapeutici ».

Dopo avere accennato alle varie forme di « tutela della salute » e di « solidarietà contro il male » ideate e poste in essere dall'uomo nei diversi periodi storici, fino a giungere alle moderne istituzioni di previdenza e di sicurezza sociale, il Relatore passa a considerare le distinzioni esistenti tra assicurazione obbligatoria ed assicurazione volontaria, pur nella loro « fondamentale unità di struttura tecnica ed economica ». In particolare, il rapporto assicurativo, nella previdenza volontaria, è determinato dalla libera scelta dell'individuo, mentre nella previdenza obbligatoria è imposto dalla legge; inoltre, le assicurazioni volontarie si fondano sul principio dell'equivalenza matematica fra premio e rischio, mentre nelle assicurazioni obbligatorie l'equivalenza ha riferimento alla collettività degli

assistiti, nella quale sono compresi anche i rischi anormali (che nell'assicurazione volontaria danno luogo all'applicazione di soprapremi).

Il dott. Sestilli esamina, quindi, il funzionamento dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie in Italia: assicurazione che « è gestita da una pluralità di Enti, muniti in genere di autonomia istituzionale ». L'Ente più importante a questo riguardo è l'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie) che assiste, attraverso un « regime generale di malattia », la grande maggioranza dei lavoratori dipendenti da terzi ed alcune categorie di lavoratori indipendenti. A questo punto, il Relatore ricorda che non rientrano nella competenza dell'INAM le malattie professionali (coperte dall'INAIL), le malattie tubercolari (soggette all'assistenza dell'INPS e dei Consorzi provinciali antitubercolari), nonché le malattie attribuite dalla legge alla competenza di Enti pubblici (malattie infettive, assistite dai Comuni; malattie mentali, soggette a ricovero in ospedali psichiatrici, assistite dalle Province).

Circa il genere delle prestazioni dell'INAM, va rilevato che esse possono essere di due tipi: prestazioni sanitarie (dirette o indirette, cioè a rimborso) e prestazioni economiche (indennità giornaliera di malattia, assegno funerario in caso di morte del lavoratore ed erogazioni integrative per cure termali, acquisto di apparecchi di protesi, acustici, occhiali, ecc. o per il prolungamento di assistenza sanitaria).

Sulle dimensioni dell'INAM, il Relatore rimanda al bilancio di previsione dell'Ente, che indica per il 1968 una spesa di 1.112 miliardi di lire, mentre le entrate sono previste in 1.022 miliardi (di cui 965 miliardi per contributi ordinari); è previsto, quindi, un deficit di gestione di circa 90 miliardi (mentre nel 1967 si ebbe un disavanzo di 165 miliardi).

Esaurito questo argomento, il Relatore passa a considerare il carattere dell'assicurazione volontaria contro le malattie, la cui sfera di attività è in funzione di quella delle assicurazioni sociali.

L'assicurazione volontaria contro le malattie, osserva il dott. Sestilli, è una assicurazione di danni e può essere gestita da società specializzate (come in Germania) o da società miste. Le condizioni di esercizio, salvo alcune eccezioni, sono pertanto uguali a quelle delle compagnie che esercitano gli altri rami danni.

Riguardo alle prestazioni, va detto che esse in teoria si distinguono fra prestazioni in natura e prestazioni in denaro, ma che, nella pratica, è quasi esclusivamente usata quest'ultima forma, per rispettare la libertà di scelta dell'assicurato. All'esigenza di procurare i mezzi economici in caso di bisogno, l'assicurazione volontaria malattie risponde in due modi: 1) garantendo una indennità giornaliera per coprire la perdita di guadagni determinata dalla malattia; 2) con l'assicurazione delle spese di malattia (cure mediche, analisi, medicinali, operazioni, ricoveri, ecc.).

Circa la forma dei contratti, essi si distinguono in: individuali, cumulativi e familiari. Le norme che regolano le modalità di assunzione, la durata del contratto ed il premio sono più o meno quelle delle altre assicurazioni danni.

Passando, poi, a trattare la struttura tecnica dell'assicurazione malattie, l'A. rileva che in questo ramo la valutazione del rischio si fonda sulle tavole di morbidità. Queste tavole possono essere redatte sia in base ai dati in possesso di una o più compagnie che a quelli di altri organismi non assicurativi, dopo opportune modifiche.

Da notare che in questo tipo di assicurazione l'antiselezione opera con maggiore intensità e facilità e, quindi, gli assicuratori debbono usare vari metodi per normalizzare il rischio.

Il Relatore, dopo essersi occupato dei coefficienti di morbilità in Italia ed all'estero, si sofferma a parlare dei diversi sistemi di partecipazione agli utili e di formazione delle riserve adottati nei vari Paesi.

La relazione si conclude con notizie e dati sullo sviluppo dell'assicurazione volontaria contro le malattie in Germania, Svizzera, Austria, Francia, Olanda, Gran Bretagna e Stati Uniti.

Alla relazione ha fatto seguito un ampio dibattito. Gli interventi dei vari oratori si sono svolti secondo l'ordine risultante dai riassunti che seguono:

Prof. LUIGI MOLINARO - Direttore Centrale della Società « Fiumeter ».

Lo sviluppo del ramo malattie presuppone l'esistenza di un'ampia base assicurativa ed il superamento di alcune difficoltà quali la tendenza all'antiselezione, l'insufficienza di elementi estimativi, ecc. In questo quadro si pone un problema di scelta da parte dell'assicurato, di dosaggio degli impegni e di temperamento del costo per l'assicuratore. L'assicurazione volontaria dovrebbe indirizzarsi soprattutto verso la copertura dei rischi connessi ad avvenimenti di rilievo sotto il duplice profilo del « danno emergente » e del « lucro cessante ».

Prof. ANTONIO LONGO - Vice Direttore Generale dell'INA.

Negli altri Paesi, l'assicurazione privata contro le malattie ha preceduto l'assicurazione obbligatoria, mentre in Italia è avvenuto esattamente il contrario. Si profila, quindi, per l'assicurazione volontaria una funzione integrativa, con la quale è possibile « colmare i vuoti » lasciati dalla previdenza mutualistica. L'assicurazione volontaria deve essere uno strumento maneggevole creato con l'ausilio di una tecnica attuariale progredita e capace di andare incontro ad un reale bisogno del pubblico.

E' necessario applicare premi che « siano realisticamente rispondenti alla situazione del rischio e, siccome il rischio non è ben conosciuto, questi premi dovrebbero contenere addirittura dei margini eventualmente da restituire ». Ciò anche perché « la complessità del problema attuariale del rischio malattia è legato alla circostanza che... il passaggio dallo stato di malattia a quello di buona salute si schematizza in un processo di continue alternanze ».

Geom. BELISARIO MONTANI - Vice Presidente del Gruppo di lavoro « Malattie » del CEA, Direttore generale e Amministratore delegato della Società « La Fondiaria ».

L'esperienza dimostra che è opportuno contenere nei limiti strettamente necessari la fascia della sicurezza sociale: ciò, per non gravare sul bilancio pubblico e per non inaridire la propensione dei lavoratori alla libera previdenza. L'assicurazione volontaria contro le malattie deve consentire di realizzare una « mutualità a basso costo ed a prestazioni elevate ».

Comm. ALFREDO FEDERICI - Direttore per l'Italia della « Insurance Company of North America ».

L'assicurazione volontaria contro le malattie ebbe origine in USA nel 1863 con la fondazione della prima compagnia esercente tale ramo. Nel 1890 si ebbe il primo abbinamento fra coperture infortuni e malattie, il che determinò una sostanziale evoluzione nel ramo. Da allora in poi si cominciò a parlare di assicurazione contro l'invalidità. Lo sviluppo maggiore dell'assicurazione volontaria malattia si ebbe nel periodo 1913-1940. Questo ramo ha una grandissima importanza nel quadro dell'industria assicurativa americana. Anche in Italia potranno aprirsi all'assicurazione malattia interessanti prospettive, che costituiranno « il miglior segno del progresso generale dell'industria assicurativa ».

Dott. LUIGI BOSIA - Collaboratore del periodico « Versicherungs-Information » di Zurigo.

In Svizzera la Confederazione incoraggia l'assicurazione sociale malattia, concedendo sussidi alle Casse mutualistiche. Le compagnie private di assicurazione malattia, al contrario, non ricevono sussidi e sono perciò libere nell'offerta delle loro prestazioni, pur essendo sotto il controllo dell'Ufficio Federale delle Assicurazioni. Esercitano il ramo 20 compagnie. In generale, le polizze coprono i rischi di malattia più gravi e di lunga durata, mentre gli assicurati sostengono in proprio gli oneri per le infermità minori. Nel 1967, le 20 compagnie hanno incassato complessivamente 113 milioni di franchi di premi, con un incremento del 19% rispetto all'anno precedente. L'assicurazione volontaria contro le malattie costituisce, attualmente, una speciale materia di esame nei corsi professionali per assicuratori.

Dott. DINO CARDANO - Direttore della Soc. « Lavoro & Sicurezza ».

Sostiene che le prestazioni dell'assicurazione volontaria contro le malattie dovrebbero essere analoghe a quelle dell'assicurazione obbligatoria. Un migliore orientamento al riguardo si potrà avere soltanto dopo la progettata riforma sanitaria. In ogni caso, occorrerà che « dentro e fuori il regime obbligatorio vi sia molta chiarezza » e che si possa « sapere in maniera precisa quanto spazio rimarrà disponibile per l'assicurazione volontaria ».

Prof. MARIO ALBERTO COPPINI - Ordinario di tecnica delle assicurazioni sociali presso l'Università di Roma, ex Presidente dell'INAM.

Numerosi sono i problemi relativi al riordinamento dell'assistenza malattie; in particolare, l'auspicata fusione degli enti mutualistici è resa difficile dalla disparità del livello di prestazioni. Sono state rivolte alcune critiche inesatte agli enti gestori circa un preteso eccesso di spese amministrative degli enti: tali spese, in media, non superano il 6% delle uscite totali. Il deficit delle gestioni è dovuto

piuttosto all'incremento massiccio delle prestazioni di malattia che, nell'anno 1967, è stato, in valore nominale, del 16%, contro un incremento del reddito nazionale pari all'8%. Si pone, naturalmente, un problema di contenimento delle spese: a tale riguardo appare molto utile l'opera di informazione che gli enti mutualistici svolgono nei confronti degli iscritti, per consentire una scelta fra più prodotti farmaceutici di uguale base ma di costi diversi. Importante resta la funzione accessoria dell'assicurazione privata, soprattutto per quel che riguarda le protesi, le cure termali, le cosiddette coperture di secondo rischio (vedasi, ad es., il caso di ricovero ospedaliero), l'integrazione del reddito, ecc. L'industria assicurativa potrà attingere, per il calcolo dei tassi, al vasto materiale statistico dell'INAM e di altri enti (ENPAS, ENPDEDP, ecc.) sulla morbilità.

Prof. GINO BERGAMI - Ordinario di fisiologia umana presso l'Università di Napoli.

Ha avuto occasione di occuparsi del problema dell'assistenza malattie come Alto Commissario per la Sanità. Tale problema è estremamente urgente ed occorre affrontarlo con decisione, non soltanto nel difficile settore della sicurezza sociale, ma anche in quello dell'assicurazione volontaria, alla quale restano aperte ampie possibilità. L'argomento della « Giornata » dovrebbe essere ripreso in altra occasione, con una più larga partecipazione di medici, i quali sanno che il futuro della loro libera professione dipenderà in notevole misura dallo sviluppo dell'assicurazione volontaria contro le malattie.

Dott. ITALO ZOPPIS - Consigliere di Amministrazione dell'INA.

La tutela sanitaria ed economica degli individui e delle famiglie contro le malattie è un dovere sociale, ma i cittadini non possono esimersi dal concorrere all'adempimento di questo dovere. Ciò è reso necessario, del resto, dalla insufficienza, ormai da tutti riconosciuta, del trattamento assistenziale obbligatorio. In fase di studio di una moderna formula assicurativa, si presenterà alle compagnie l'arduo problema della selezione dei rischi. Particolare attenzione occorrerà dedicare al bisogno di previdenza di alcune categorie (netturbini, lavoratori della lana, tipografi, ed in genere tutti coloro che si dedicano a lavori antiigienici). Vero è che esiste il rimedio dell'assicurazione contro le malattie professionali offerto dall'INAIL, ma si tratta di una copertura che potrebbe e dovrebbe essere integrata con atti assicurativi volontari. Per il soprarischio, si potrebbe eventualmente pensare ad un contributo degli enti locali o, meglio, dello Stato.

Dott. ANDREA DE GREGORI - Medico, Ispettore Superiore dell'INA.

Dal punto di vista assicurativo, deve essere ben chiarito il concetto di malattia ed in particolare l'attenzione deve essere portata sulla distinzione fra malattie acute e malattie croniche; sugli stati di invalidità che da queste ultime possono derivare; sulle infermità che richiedono interventi chirurgici, ecc. Data la fondamentale esigenza dell'equilibrio fra premio e rischio, « occorre studiare

la frequenza ed il peso economico dell'evento assicurato ». E' ovvio che il contenimento dei tassi presuppone una adeguata diffusione dell'assicurazione malattia ed un « rapporto di reciproca fiducia tra assicurato ed assicuratore ». In ogni caso, l'assicurato dovrebbe concorrere, almeno in piccola parte, alle spese di malattia. Le formule assicurative da adottare possono basarsi sul criterio del rimborso spese o su quello della rendita temporanea: l'uno e l'altro presentano vantaggi e svantaggi. « L'obiettivo minimo dell'assicurazione volontaria malattie potrebbe essere l'offerta di una prestazione complementare all'assicurazione vita, mediante allegato alla polizza principale ».

Sen. Prof. GUIDO FRANZINI - Presidente della «Compagnia Centrale di Assicurazioni».

Come chirurgo, conosce i problemi e le necessità dei malati e delle loro famiglie: problemi che la progettata istituzione del servizio sanitario nazionale dovrebbe affrontare, consentendo ai cittadini di « prevenire le malattie e riacquistare la salute perduta ».

Tuttavia, « l'uomo ragionevole e responsabile deve, compatibilmente con le proprie possibilità, collaborare... per integrare l'assistenza sanitaria di base ».

Questa, anche dopo la riforma, « avrà sempre dei limiti », determinati dal suo enorme costo. Di qui, la necessità del ricorso all'assicurazione volontaria. « Una volta si diceva: *Aiutati, ché Dio ti aiuta*. Oggi bisogna dire: *Assicurati, ché la sicurezza sociale ti aiuta* ».

Avv. WALTER DISTASO - Consigliere di Amministrazione della Società «Fiumeter».

La malattia, in tutti gli strati sociali, ma specialmente in quelli a reddito fisso, « provoca o può provocare disagi economici di più o meno rilevante incidenza ».

In Italia, come in altri Paesi, si tende ad istituire un regime generale di assistenza sanitaria, sul quale i lavoratori possano contare per il « soddisfacimento del proprio disagio fisico e materiale in caso di malattia ». Per il momento, quindi, l'assicurazione volontaria dovrebbe penetrare soltanto fra le categorie escluse dall'assicurazione obbligatoria (ingegneri, geometri, medici, avvocati, imprenditori, ecc.). Si potrebbe, così, garantire a queste categorie « la continuità del reddito » e la copertura delle spese di malattia, mediante prestazioni corrispondenti al peso economico dell'interessato ed al livello da lui indicato.

Per il raggiungimento di queste finalità, sarà bene che le compagnie diffondano i risultati della « Giornata » con opportuni incontri in periferia e che adottino un tipo di tariffa uniforme.

Dott. GIUSEPPE BIANCHI - Segretario dell'ANIA.

Anche in Italia è giunta « l'ora dell'assicurazione volontaria malattia » e « si schiude in questo settore un campo fertile di lavoro », come già avviene in molti altri Paesi.

L'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici ha affrontato per la prima volta « lo studio di un testo di polizza per rischi di malattie », con realistica visione dello stadio ancora « infantile » in cui questo ramo si trova. Tale studio ha tratto motivo da alcuni esperimenti che confermano le possibilità di sviluppo dell'assicurazione volontaria malattie e si propone di prendere in esame « quegli eventi che possono più gravemente pesare sulle economie familiari » (rimborso delle spese di ricovero, medico-chirurgiche, diagnostiche, farmaceutiche, assistenza sanitaria prima e dopo il ricovero, eventuale diaria in funzione del mancato guadagno per inabilità temporanea). « Le imprese si accingono a fare appello al senso di responsabilità dell'individuo, affinché con spirito di previdenza integri le garanzie obbligatorie » con il ricorso all'assicurazione volontaria. « Se il bene più prezioso dell'individuo è la salute », la riparazione delle conseguenze economiche delle malattie può essere ottenuta in maniera soddisfacente soltanto con le prestazioni integrative che l'assicurazione volontaria prevede. E' auspicabile che adeguate agevolazioni fiscali vengano accordate a questa forma assicurativa.

Dott. Ing. FRANCESCO CINCOTTI - Direttore Generale della Soc. « Assicurazioni Generali ».

« L'economia... non può essere né tutta pubblica né tutta privata. L'assicurazione volontaria nel settore delle malattie... deve ribadire la precisa volontà e capacità degli operatori nel campo della libera previdenza di integrare, in misura totale o parziale, le prestazioni di quella obbligatoria e, quindi, la insopprimibile sua funzione, che bene può estrinsecarsi con tecniche appropriate e con organizzazioni agili e flessibili ».

Gli studi e le esperienze fatti da alcune compagnie in Italia costituiscono un dato di partenza. « I concetti di coesistenza e di complementarietà dell'assicurazione libera con quella sociale » impongono, ora, « un approfondito esame di ciò che sanamente e tecnicamente è possibile attuare in Italia ».

Avv. BRUNO LEONI - Capo dell'Ufficio Legislativo del Ministero della Sanità.

Come è noto, è prossima l'attuazione di un piano costituzionale per la sicurezza sociale contro le malattie, che apparentemente non sarebbe compatibile con l'assicurazione volontaria. In realtà, l'assicurazione volontaria, che è « manifestazione di responsabilità verso sé stessi e verso le proprie famiglie », continuerà ad avere una sua insostituibile funzione: ciò, in quanto essa si propone di offrire alle persone previdenti una maggiore tranquillità sul piano economico, concorrendo inoltre a risolvere casi particolari che l'assicurazione obbligatoria non può prevedere. Ma soprattutto importante è l'intervento dell'assicurazione volontaria nella risoluzione del problema della cessazione del lucro.

Prof. ARRIGO DI PORTO - Consulente medico-capo della Soc. « Le Assicurazioni d'Italia ».

L'assicurazione contro le malattie, nelle sue forme obbligatoria e volontaria, è normalmente concepita come un mezzo per salvaguardare dalle conseguenze eco-

nomiche delle malattie stesse coloro che svolgono un'attività di lavoro. Occorre, però, considerare che, con l'avanzare dell'età, le probabilità di malattia aumentano. E' necessario, quindi, che, nel quadro degli studi che le compagnie di assicurazione dovranno affrontare per lo sviluppo dell'assicurazione privata malattie, uno speciale capitolo venga dedicato agli anziani.

Prof. FRANCESCO MARIA ANTONINI - Ordinario di gerontologia e geriatria presso l'Università di Firenze.

Si sente in dovere di partecipare al dibattito come medico, come consulente di compagnie di assicurazione e come esponente del mondo universitario, essendo egli titolare a Firenze della Cattedra di gerontologia e geriatria.

La sicurezza sociale è necessaria, ma presenta dei limiti che consentono un certo spazio all'assicurazione volontaria. Quest'ultima offre, d'altra parte, all'interessato un'ampia possibilità di scelta nella ricerca dei rimedi terapeutici contro le malattie. L'assicurazione volontaria, naturalmente, deve poter estendere la sua azione specialmente nei periodi di maggior bisogno: quando si lavora (per porre rimedio, fra l'altro, alla mancanza di reddito), ma anche nel periodo dell'anzianità.

Avv. EMILIO PASANISI - Direttore Generale dell'INA.

Il dibattito ha posto in evidenza il comune desiderio degli assicuratori di diffondere l'assicurazione volontaria contro le malattie: questa diffusione è condizionata alla rimozione delle cause che oggi la ostacolano.

Gli assicuratori temono il pericolo dell'antiselezione e, per difendersene, tendono a limitare la portata della garanzia, con clausole restrittive, sicché il rischio assicurato non corrisponde a quello reale, di cui l'assicurabile attende la copertura. La funzione dell'assicuratore è, invece, quella di coprire il rischio obiettivamente esistente, chiedendone il giusto prezzo.

Se si vuole una effettiva diffusione di questa forma assicurativa, occorre mettersi in condizione di offrire al pubblico prestazioni paragonabili a quelle dell'assistenza pubblica, cioè aderenti alle reali necessità del cliente. Solo così si potrà sperare di acquisire larghi strati di popolazione assicurabile e rendere meno intenso il pericolo dell'antiselezione.

Gli assicuratori sono certamente in grado di risolvere questo problema ed ogni loro opera sarà orientata in modo da poter raggiungere, nel più breve tempo, il risultato desiderato.

Terminati gli interventi, il Presidente del Convegno ha dato la parola al Relatore per la replica.

Il Dott. Sestilli ha rilevato che sono state mosse numerose critiche al funzionamento delle assicurazioni sociali contro le malattie. Va riconosciuto, però, che gli enti gestori incontrano ogni giorno gravi problemi nell'espletamento della loro funzione. Ciò premesso, è stato osservato che alcune categorie sociali sono tuttora

prive di assistenza malattia, mentre altre (quali, ad esempio, gli impiegati statali) hanno bisogno di coperture integrative. Vasto è, dunque, il compito che si prospetta per l'assicurazione volontaria: qui, « la luce non si è ancora diffusa ». Gli assicuratori debbono « unire i loro sforzi per studiare ed attuare una formula standard. Quest'opera concorde consentirà di dare maggiore concretezza ed efficacia alla lotta contro il male ».

Nel corso dei lavori è stata data notizia anche delle seguenti comunicazioni scritte pervenute sul tema della Giornata:

G. L. AUBURTIN - Direttore della rivista « L'Argus » - Parigi.

In Francia, si assiste ad una « riduzione progressiva del campo d'azione dell'assicurazione contro le malattie », in conseguenza del progredire dell'assicurazione obbligatoria. Attualmente restano disponibili per l'assicurazione volontaria circa un milione e mezzo di persone (perché non coperte dall'assicurazione obbligatoria), oltre naturalmente tutti coloro che intendano contrarre una assicurazione complementare. Con la legge del 12 luglio 1966, che entrerà in vigore dal prossimo anno, avrà inizio l'applicazione di un nuovo sistema che coprirà tutti i lavoratori non salariati. Questi dovranno finanziare il sistema con i soli loro contributi, non essendo prevista alcuna quota a carico dello Stato. Il predetto sistema farà capo ad una Cassa nazionale, che raggrupperà 54 Casse regionali. Queste ultime affideranno il compito di incassare i contributi e di liquidare le prestazioni a compagnie di assicurazioni o società mutue debitamente autorizzate. Con l'estensione dell'obbligo assicurativo ai lavoratori non salariati, il 97% della popolazione francese risulterà coperto da questa assicurazione. Le persone che resteranno escluse dal regime obbligatorio potranno aderire ad uno dei sistemi di assicurazione sociale in vigore. Gli assicuratori privati potranno coprire le spese eccedenti le prestazioni a carico degli enti mutualistici, ma non in misura totale: il 20% di questa differenza dovrà rimanere, in ogni caso, a carico degli assicurati.

Avv. GIOVANNI PALMIERI - Sindaco della Società « Le Assicurazioni d'Italia ».

La comunicazione riporta alcuni dati statistici sulla sicurezza sociale nei Paesi della Comunità Europea, per quindi addentrarsi in un esame più approfondito della situazione italiana. L'A. passa, quindi, a considerare lo scarso sviluppo dell'assicurazione volontaria contro le malattie nel nostro Paese, facendo un raffronto con alcuni Stati europei, ed in particolare con la Svizzera, ove opera un duplice regime di assicurazione privata e sociale.

Nell'ultima parte, la comunicazione si sofferma sulle possibilità di sviluppo dell'assicurazione volontaria contro le malattie, anche come forma integrativa dell'assistenza obbligatoria, della quale colma lacune, disfunzioni e carenze. Questa possibilità di integrazione riguarda in particolare la categoria dei dipendenti dello Stato (ben 2 milioni di persone), oltre naturalmente i professionisti, che

sono esclusi dall'assicurazione obbligatoria e sono alla ricerca di speciali forme mutualistiche riservate ai singoli ordini. « La protezione del valore della propria vita — da considerarsi, anche sotto il profilo economico, il più importante dei capitali — è divenuta uno dei doveri più pressanti ed una esigenza ormai largamente sentita ».

Dott. PIERO CAZZULINO - Condirettore della Società « Le Assicurazioni d'Italia ».

Problema base di ogni indagine tariffaria è la determinazione del quoziente fra la somma delle prestazioni dovute per una certa garanzia assicurativa in un determinato periodo ed il numero delle unità (persone o cose) assistite dalla garanzia stessa. Segue, poi, la scomposizione del quoziente in due fattori: numero medio delle prestazioni richieste ed importo medio di ciascuna prestazione. Naturalmente, per una sufficiente approssimazione dei calcoli probabilistici, occorre soddisfare una esigenza di omogeneità del gruppo considerato.

Nell'assicurazione contro le malattie, si deve tener conto dell'età, del sesso, della professione e, talvolta, anche del clima della zona in cui l'assicurato vive. Il processo di omogeneizzazione, che può essere facilitato quando il numero degli assicurati è sufficientemente elevato, varia, naturalmente, a seconda del tipo di prestazione prevista. Altra questione è se convenga costruire le tariffe in base a criteri analoghi a quelli adottati per il ramo vita, oppure secondo il procedimento usato per i rami elementari.

I dati desumibili dalla gestione delle assicurazioni sociali possono essere utili nella determinazione dei tassi, ma soltanto in parte, perché richiedono continui adattamenti alla luce dell'esperienza.

Dott. URBANO CIOCCETTI - Presidente dell'ENPDEDP .

L'A. esordisce affermando che un ordinamento di sicurezza sociale di tipo paternalistico « attenuerebbe in maniera molto grave... il senso di rivolta dell'uomo contro le avversità e, quindi, il suo senso di iniziativa responsabile ». Questo, anche nel caso dell'assistenza malattia.

Se bene attuato, invece, « un sistema di sicurezza... ha il vantaggio di eliminare e contenere molti rischi; per ciò stesso, permette di affrontarne meglio altri », consentendo all'uomo di affrontare, con un sacrificio individuale, la copertura dei rischi eccedenti la fascia di protezione obbligatoria.

D'altra parte si può fondatamente prevedere che l'auspicato servizio sanitario nazionale non potrà esaurire il bisogno previdenziale dei singoli: questo, per i limiti imposti dal bilancio dello Stato gravato da altri e più pesanti impegni.

Ciò premesso, il campo di azione dell'assicurazione privata malattie potrà essere abbastanza ampio, soprattutto se sostenuto da « una efficiente attività di propaganda ».

Ciò consentirà di « dare maggiore sicurezza ai cittadini di fronte agli eventi più gravi della vita, quali sono le malattie ».

Dott. UMBERTO BRUZZESE - Giornalista, Direttore dell'Agenzia S.A.P.

L'assistenza malattia, come oggi è attuata in Italia, risulta insufficiente ed attenua, in coloro che ne fruiscono, il concetto del diritto-dovere proprio della mutualità. Di questa situazione soffrono i mutuati, i medici e gli stessi enti gestori: questo, a prescindere dalla disparità di trattamento assistenziale fra gli iscritti ai diversi enti. Non migliore è la situazione nel campo dell'organizzazione ospedaliera. Da ciò « balza evidente la necessità che si crei in Italia una libera coscienza assicurativa anche nei riguardi dell'evento morboso » e, cioè, che si diffonda la pratica dell'assicurazione volontaria contro le malattie.

Prof. UMBERTO CHIAPPELLI - Presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale.

Premesso che nell'assicurazione malattie il rischio non è costituito dallo stato di infermità ma dal ricorso alle prestazioni garantite, l'A. si sofferma sui problemi della mutualità obbligatoria osservando, in particolare, che « la fornitura gratuita di alcuni servizi collettivi ne dilata a dismisura la domanda », con conseguenze negative per il bilancio degli enti gestori.

E' evidente che, con l'entrata in vigore del previsto *Servizio Sanitario Nazionale*, i cittadini (e specialmente i lavoratori che possono far leva sulle loro organizzazioni sindacali) si attenderanno dallo Stato il totale soddisfacimento dei loro bisogni previdenziali in caso di malattia; mentre le categorie più abbienti (professionisti, percettori di redditi elevati ecc.) saranno propense a sostenere con mezzi propri l'onere derivante dai rischi di malattia non coperti dalla mutualità obbligatoria.

Resterà, tuttavia, il problema della previdenza per gli anziani e quello della copertura dei rischi di *lucro cessante* per i professionisti e per gli imprenditori in genere. Questi rischi potranno essere efficacemente fronteggiati dall'assicurazione privata.

Dott. CORRADO SENDRESEN - Presidente dell'« Austria Assicurazioni ».

L'A. informa che l'assicurazione volontaria malattie ha avuto in Austria un notevole sviluppo dopo la seconda guerra mondiale e che ora si sta ulteriormente affermando, soprattutto come integrazione al trattamento mutualistico. Normalmente, quando l'assicurazione volontaria malattie è stipulata per integrare quella obbligatoria, la copertura prevede la sola assistenza ospedaliera. Proseguendo, l'A. si sofferma ad analizzare vari tipi di tariffe in uso presso le compagnie austriache, illustrandone le prestazioni offerte e le condizioni generali di assicurazione. Rileva, infine, che un nuovo interessante campo di applicazione si è aperto al ramo malattie con le speciali coperture per coloro che si recano all'estero. Lo sviluppo del turismo di massa ne favorisce la diffusione.

I DISCORSI DI APERTURA



Prof. **FRANCESCO SANTORO PASSARELLI**
Presidente dell'INA.

Signori, cari colleghi ed amici: quale Presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ho l'onore di dare inizio ai lavori della quinta delle Giornate di studio che l'INA, in cordiale e feconda collaborazione con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici e con l'assenso del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, promuove e organizza annualmente, nel quadro delle manifestazioni ospitate dalla Fiera Campionaria Internazionale di Milano, per mettere a fuoco problemi di notevole rilievo e di particolare attualità, che direttamente o indirettamente interessano l'industria assicurativa.

Gli argomenti trattati nelle prime quattro Giornate, da quella del 1964 a quella dell'anno scorso, riguardavano — come i partecipanti a quelle Giornate ricorderanno — *l'assicurazione dei crediti all'esportazione, la gerontologia, l'informazione assicurativa, l'assicurazione contro le calamità naturali.*

I problemi di cui ci occuperemo oggi riguardano *l'assicurazione volontaria contro le malattie.*

Gli echi suscitati dalle precedenti Giornate e tuttora vivi hanno confermato la bontà della scelta dei temi, attestata dal numero dei partecipanti, dall'interesse delle relazioni, dal numero e dalla varietà degli interventi nella discussione.

Il numero delle adesioni e dei consensi espressi per l'odierna Giornata, e più ancora il numero e le alte qualificazioni dei presenti in questa sala, costituiscono motivo valido per ritenere che anche i problemi proposti dall'INA quest'anno alla attenzione degli studiosi, degli operatori e degli esperti siano apparsi meritevoli di essere dibattuti ad alto livello ed illustrati all'opinione pubblica.

La trattazione del tema offrirà due prospettive: la tutela della salute e la protezione delle conseguenze economiche delle malattie, considerate sul piano individuale, familiare e sociale.

L'importanza dell'argomento è dimostrata dalle recenti iniziative di carattere internazionale, concretatesi nella costituzione di un organismo di tipo associativo, la IVHIF (Federazione Internazionale dell'Assicurazione volontaria malattie), e

in due conferenze mondiali, di cui la prima tenuta a Dublino, in Irlanda, nel settembre 1966 e la seconda prossima a effettuarsi a Sidney, in Australia, tra la fine di questo mese e i primi di maggio.

Le considerazioni più particolari e più ampie saranno svolte dal dott. Riccardo Sestilli, nella relazione il cui testo è già a disposizione dei presenti. Sia consentito a me, in apertura, di sottoporre alla vostra attenzione alcune considerazioni di carattere generale.

Nel nostro Paese gran parte della popolazione oggigiorno è destinataria delle prestazioni di malattia della previdenza sociale.

E' tuttavia nota l'insoddisfazione per l'insufficienza di tali prestazioni garantite.

D'altra parte è anche nota la scarsa propensione della popolazione italiana verso l'assicurazione volontaria in generale e quella contro le malattie in particolare; scarsa propensione verso questa specie di assicurazione manifestata anche dalle imprese assicuratrici in Italia, per le difficoltà di copertura del rischio.

Giustamente si osserva che si deve tener conto del diverso regime delle assicurazioni sociali nei diversi Paesi per ponderare il significato di certe cifre. Ma, pur dando la dovuta importanza a questo fattore, non si può non rilevare come, a fronte della notevole diffusione dell'assicurazione volontaria in altri Paesi, anche in quelli nei quali le assicurazioni sociali e la tutela sanitaria della popolazione da parte dello Stato non sono meno sviluppate che in Italia, sia praticamente assente l'assicurazione volontaria contro le malattie nel nostro Paese.

Basti questo confronto: per il 1967, di fronte a premi per 460 miliardi nella Germania Occidentale e per 8.300 miliardi negli Stati Uniti, sono calcolati a stima, e quindi forse con qualche larghezza, premi per due miliardi in Italia. Credo che nel divario di queste cifre sia sintetizzata la situazione in cui si trova l'Italia per l'assicurazione volontaria contro le malattie. C'è tutto da fare. C'è non una strada da percorrere, ma una strada da aprire dinnanzi all'assicurazione volontaria.

Si noti che la Germania Occidentale, nella quale, come abbiamo visto, sono così sviluppate le assicurazioni volontarie contro le malattie, è stato il primo Paese, non solo in Europa, ma nel mondo, in cui l'assicurazione sociale contro le malattie si è affermata. Eppure, in quel Paese l'assicurazione sociale è stata tenuta entro un limite che ha permesso allo spirito di previdenza, all'iniziativa degli interessati di affermarsi attraverso l'assicurazione volontaria in quella misura così cospicua che abbiamo rilevata. Limite dell'assicurazione sociale che in Italia è stato probabilmente superato, sebbene si debba anche riconoscere come presso di noi siano state fino agli anni più recenti ristrette le disponibilità patrimoniali dei soggetti esposti al rischio per l'assicurazione volontaria contro le malattie.

L'assicurazione volontaria contro le malattie dappertutto, anche nei Paesi in cui si è sviluppata maggiormente, si è affermata negli ultimi 30-40 anni. Lo sviluppo è stato accelerato negli ultimissimi anni.

In Italia, come ho accennato, allo scarsissimo sviluppo dell'assicurazione volontaria contro le malattie contribuisce anche l'indisponibilità morale e tecnica delle imprese private di assicurazione. Giuocano una diffidenza, una resistenza non certo capricciose, ma determinate dalle difficoltà proprie del rischio di malattia.

Alla fine, l'obiettivo di questo convegno vuol essere proprio quello di costituire una spinta perché le imprese prima spiritualmente e poi organizzativamente si attrezzino per l'esercizio di questo ramo.

Sta di fatto che la tutela della salute dei cittadini in forma assicurativa nel nostro Paese è considerata un'esigenza di primissimo piano, lontana dall'essere risolta soddisfacentemente e, come tale, meritevole della massima considerazione anche da parte dell'industria delle assicurazioni libere.

A mano a mano che il grado di civiltà cresce in Italia, che i bisogni aumentano e soprattutto aumenta il bisogno di sicurezza, questa assicurazione è destinata a svilupparsi anche in Italia.

Se da questo convegno verranno indicazioni che possano aiutare tale sviluppo, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che ne è il promotore, si riterrà soddisfatto.

Ed ora qualche quesito relativo alle modalità più opportune di un'assicurazione volontaria contro le malattie, anche perché le esperienze dei vari Paesi sono molto diverse. L'assicurazione malattie deve essere praticata in forma indipendente, come avviene in alcuni Paesi dove esistono imprese specializzate, oppure insieme con i rami danni, essendo per sé un'assicurazione contro i danni, o invece, per il procedimento di calcolo del rischio e la funzione complementare che ha rispetto alle assicurazioni vita, non giustifica anche un collegamento con l'assicurazione vita, come avviene in diversi Paesi? Le prestazioni debbono, come sembra, essere esclusivamente pecuniarie o sono realizzabili anche prestazioni in natura?

Al convegno partecipano non soltanto assicuratori ma anche autorevoli esponenti del Parlamento, della Pubblica Amministrazione, degli Enti previdenziali e mutualistici, dell'Organizzazione sanitaria, del settore imprenditoriale, della cultura universitaria.

L'assicurazione volontaria malattie si pone, infatti, come complemento, sempre utile e spesso necessario, o come alternativa, laddove non provvede l'assicurazione sociale; e pertanto è un'operazione che ha bisogno dell'apporto di studio, di consiglio, di esperienza, di critica, di stimolo di tutti gli altri settori operativi.

La presenza dei rappresentanti, italiani ed esteri, dei vari settori operativi costituisce pertanto valida garanzia del buon esito della Giornata.

Prima di porre fine a questa introduzione ai lavori della Giornata, mi incombe il dovere di esprimere la gratitudine dell'INA a quanti, con la loro presenza, con la loro adesione e col loro contributo all'organizzazione della Giornata hanno avvalorato l'iniziativa dell'Istituto.

Un pensiero di particolare gratitudine desidero rivolgere ai Ministri ed alle altre Autorità dello Stato, al Sindaco di Milano, ai Capi d'azienda, alle personalità che hanno inviato messaggi di adesione, di saluto e di plauso; uno particolarissimo al Presidente della Repubblica, il quale ha fatto pervenire questo messaggio:

« Ho molto apprezzato l'iniziativa promossa da codesto Istituto, d'intesa con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, per l'organizzazione, nell'ambito delle manifestazioni della Fiera di Milano, della « Quinta Giornata INA » sull'interessante ed attuale tema de « L'assicurazione volontaria contro

le malattie ». Nel compiacermi vivamente, desidero far pervenire a Lei, e — per il Suo cortese tramite — ai convenuti tutti, il mio cordiale beneaugurante saluto ».

Mi è gradito anche leggere il seguente telegramma, inviatomi dal Ministro Andreotti: « Occasione quinta giornata di studio su assicurazione volontaria contro le malattie esprimo mio vivo apprezzamento per interessante ed utile iniziativa che propone attenzione imprese et assicurati settore ben meritevole di autonomo sviluppo e forme integrative assicurazioni obbligatorie. Prego porgere mio cordiale saluto a relatore e convenuti tutti e voti augurali successo manifestazione ». La parola al Sen. Artom.



Sen. Prof. **EUGENIO ARTOM**
Presidente dell'ANIA

Ringrazio anzitutto l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ed il suo Presidente per avere rinnovato anche quest'anno l'iniziativa, già ripetutamente svolta, di affermare, nel quadro di questa esposizione annuale del progresso e della tecnica industriale, la presenza della industria delle assicurazioni che — a differenza di altre attività — può forse non esporre qui, a testimonianza della propria attività, cose visibili od elementi particolarmente spettacolari, ma che è per sé stessa condizione dello sviluppo industriale, condizione anzi imprescindibile del progresso complessivo dell'economia nazionale tutta, in sé stessa e nella sua espansione, e che è tale, sia in quanto costituisce garanzia dei beni materiali in cui si concreta la ricchezza di una nazione, sia in quanto risolve problemi e situazioni individuali, dal momento che, pur nella crescente importanza e nel prevalere anzi delle masse dei singoli, il dare agli individui sicurezza e soddisfarne particolari esigenze e tutelarne l'avvenire costituisce pur sempre fondamento e condizione del progresso umano.

E l'INA ed il suo Presidente ringrazio per avere desiderato per questa iniziativa, rinnovantesi nel corso degli anni, la continuata collaborazione della Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici di cui l'INA è parte eminente, a dimostrazione della intima unità di tutta la industria assicurativa italiana, pur nel suo articolarsi in una gamma di imprese diversamente strutturate — di imprese parastatali, di mutue, di cooperative, di società per azioni — di imprese operanti soltanto nel quadro nazionale e di imprese che partecipano incisivamente all'attività assicuratrice di mercati stranieri,

In tutte le forme in cui si strutturano le Imprese Assicuratrici, nelle diversità delle loro composizioni, delle loro specializzazioni e dei loro programmi, tutte hanno in comune il fatto di svolgere la stessa attività, di adempiere ad una stessa funzione sociale, di essere ciascuna — mi permettano coloro che mi hanno ascoltato altre volte, di ripetere qui quello che può essere divenuto un mio *slogan*

— organizzatrice della solidarietà umana contro le sventure che possono colpire la vita degli uomini e la vita delle nazioni.

Tema costante dei convegni che così l'INA e l'ANIA promuovono nel quadro della Fiera di Milano è il problema di dare alla organizzazione di questa solidarietà più ampia base e più concrete possibilità in funzione dei diversi settori dell'attività umana, così da poter prestare valide garanzie di fronte ai diversi pericoli che minacciano o possono minacciare uomini e cose.

Il tema che in questo quadro è stato scelto quest'anno — il tema delle assicurazioni malattie — ha particolare rilevanza, particolare carattere, particolare importanza.

L'assicurazione contro le malattie non è qualche cosa di nuovo che per la prima volta venga proposto all'attenzione degli assicuratori e di quelli che dovrebbero essere i futuri assicurati: è una forma assicurativa che per decenni si è attuata come assicurazione libera; che si attua oggi in amplissima misura come assicurazione obbligatoria; di cui oggi si chiede un ritorno quale assicurazione libera a complemento della assicurazione obbligatoria nei settori dove questa ancora non opera; a sua integrazione negli altri casi per meglio rispondere alle particolari esigenze dei singoli, nella diversità delle situazioni, delle ispirazioni, dei bisogni di ciascuno.

Le prime forme di assicurazione volontaria contro le malattie si ritrovano in Italia ed in Europa nel periodo di pausa che ha seguito gli anni tumultuosi e tragici della rivoluzione francese e delle guerre napoleoniche: chiusa la drammatica parentesi ventennale, nella pace ritrovata, nelle profonde trasformazioni delle società, nell'evolversi delle economie, delle tecniche, della filosofia sociale e politica, si è sentito con maggiore urgenza da un lato il bisogno di sicurezza, di difesa contro i mali che minacciano gli uomini ed i loro beni e le loro attività e dall'altro si è sviluppato il senso della validità creatrice di una solidale collaborazione fra uomini ed uomini, la fede nella iniziativa dei singoli, la speranza nelle forme nuove che, nonostante il peso degli assolutismi di governo, la libertà andava elaborando.

Così negli anni venti e negli anni trenta sorgono in Italia le Casse di Risparmio, a richiamo della esigenza previdenziale dei singoli, sia per creare disponibilità a fronteggiare futuri bisogni, sia per rendere possibile in forme sopportabili, al caso, il ricorso al credito, utilizzando i capitali formati con una somma di umili risparmi, affidati ad un ente comune.

Parallelamente, dal vecchio ceppo secolare delle assicurazioni, si affermano in Italia, accanto alla assicurazione trasporti, altre forme assicurative già sperimentate in diversi Paesi e non potute affermarsi ancora da noi: così l'assicurazione contro gli incendi, quella contro il caso di morte, quella contro la grandine.

Così sorge primo su modello straniero quello che oggi si chiama l'Istituto Trentino-Alto Adige; così commercianti e proprietari terrieri creano in Lombardia la Compagnia di Milano; così dopo lunghi anni di lentezze burocratiche, re Carlo Felice autorizza finalmente la costituzione della Reale Mutua ed il suo successore a breve distanza di tempo la Compagnia di Assicurazione di Torino. Così intanto a Trieste sono nate le Assicurazioni Generali prima e pochi anni dopo la Riunione Adriatica di Sicurtà.

Negli anni trenta, infine, accanto alle Casse di Risparmio ed alle giovani compagnie di assicurazione, imitando anche quì esempi stranieri, cominciano a sorgere e faticosamente si estendono le Mutue operaie: quelle di cui ancora gli uomini non più giovani ricordano le sedi modeste, contrassegnate dall'insegna di mani virili che virilmente si stringono l'una all'altra.

Su queste caratteristiche associazioni gli storici si sono fermati in questi ultimi anni con particolare attenzione: non tanto per la loro funzione economica e previdenziale, quanto per la funzione politica che esse hanno svolto nei decenni centrali del secolo diciannovesimo, perché sono state, dopo il crollo degli antichi organismi corporativi, superati dai tempi e soppressi dalle nuove legislazioni, le prime forme associative del proletariato europeo, dove si è affermato e svolto e potenziato il senso della solidarietà dei lavoratori e dove quindi hanno potuto svolgersi le predicazioni politiche che avrebbero caratterizzato il movimento proletario e determinato il nascere e l'evolversi del movimento sindacale.

Passa per questo davanti ai nostri occhi la immagine pensosa di Giuseppe Mazzini che due o tre volte la settimana traversa di notte Londra per raggiungere la sede di una società operaia italiana, in uno dei quartieri più poveri della città, per incontrarsi con gli emigrati delle varie parti d'Italia e parlare loro dell'Italia lontana e della democrazia e della libertà.

Negli Stati italiani il diffondersi della mutualità è lento, svolgentesi prima quasi soltanto attraverso l'iniziativa paternalistica di qualche imprenditore, attraverso la tenace azione di qualche artigiano non dimentico di lontane predicazioni politiche: ha un improvviso sviluppo nei decenni successivi, non appena la libertà politica conquista il Regno sardo dapprima, le altre regioni italiane poi; le mutue fioriscono numerose man mano che lo Statuto consacra la libertà di associazione; si collegano tra loro, esprimono nei loro congressi tendenze ed aspirazioni politiche e gradualmente assumono l'aspetto e la veste di organizzazioni dei lavoratori a preparazione del movimento sindacale, delle leghe, delle camere del lavoro.

Se giustamente gli storici insistono sulla funzione politica esercitata dal movimento mutualistico come primo strumento di una presa di coscienza del proletariato europeo, di una prima espressione solidale dei lavoratori nel campo politico (ed io ricordo di averne scritto in questo senso, quasi cinquant'anni or sono, quando il tema non era stato ancora affrontato ampiamente dagli storici del tempo), pochi hanno messo in luce, nella sua pienezza, l'effettivo contenuto sociale della mutualità, che è stato il motivo del suo sorgere, la ragione del suo spontaneo diffondersi, la spiegazione del suo perdurare nonostante l'evolversi dei tempi, fino a quando alla iniziativa volontaria non si è sostituito in forma monopolistica l'intervento dello Stato.

La mutualità rivela infatti come la difesa contro la malattia, nelle sue conseguenze economiche e nelle sue possibilità di ricorso alla medicina, rappresenti la esigenza più drammaticamente sentita dalla classe operaia e come per tale difesa solo rimedio sia stato trovato nella assicurazione.

Non per nulla Adolfo Thiers poteva affermare all'indomani della rivoluzione sociale del 1848 e del suo fallimento che con la mutualità potevano essere soddisfatte le aspirazioni più vive della classe operaia; non per nulla, nel momento in cui il socialismo tedesco conquistava minacciosamente le prime vittorie nel giovane

Impero tedesco, Ottone von Bismarck, non immemore dei notturni incontri con Ferdinando Lassalle, si proponeva di conquistare l'adesione delle classi proletarie creando le assicurazioni sociali.

Contro le tre grandi minacce, che pesano come un incubo sulla vita dei salariati, la vecchiaia, la disoccupazione, la malattia (e nella malattia si comprendono gli infortuni) in sé stesse e per le loro conseguenze economiche, la mutualità (sotto forma di mutue vere e proprie, sotto forma di assicurazione) appare l'unica forma di rimedio sul terreno almeno dell'economia, col suo trasferire l'onere del risarcimento dei danni che di volta in volta possono colpire i singoli sulla collettività di quanti allo stesso rischio sono ugualmente esposti.

Così lo statista tedesco ha esposto l'alto programma disegnato nel suo discorso del 1877, quel discorso che l'amico Sestilli ha riassunto nel momento iniziale della sua relazione.

Il movimento delle mutue è stato così un fatto politico di indubbia rilevanza e di enorme portata: è stato un fatto assicurativo di grande rilievo: ma nel campo politico come nel campo della assicurazione è rimasto un fatto limitato, rivelando la propria insufficienza nei limiti troppo ristretti delle dimensioni potute assumere.

Le condizioni economiche del proletariato, le difficoltà e l'incomprensione dei suoi rapporti con gli imprenditori, una certa imprevidenza quasi superstiziosamente dominante nei ceti artigianali e professionali, si scontravano contro le esigenze di espansione della assicurazione volontaria nel campo delle malattie, così da impedirne uno sviluppo realmente efficiente sia nella forma mutualistica, sia nella forma assicurativa: si doveva quindi passare inevitabilmente all'intervento di Stato attraverso la forma della assicurazione obbligatoria: in un primo momento limitatamente a quella contro gli infortuni sul lavoro; in un secondo momento, poi, a quella contro le malattie sostituita per legge alla libera mutualità.

Nell'immediato dopoguerra, la formula dettata da Lord Beveridge della sicurezza sociale «dalla culla alla bara», con cui si attuava nel Regno Unito il sistema che, come sicurezza sociale appunto, già aveva avuto così largo successo negli Stati Scandinavi, sembrava aver dato una soluzione definitiva al problema, una risposta compiuta alla esigenza di garantire gli uomini anche contro le conseguenze economiche della malattia.

L'esperienza avrebbe dimostrato ben presto però che, nonostante i risultati effettivamente validi così ottenuti in larga scala, tuttavia il problema restava ancora aperto; che tuttavia la risposta alla esigenza degli uomini non era ancora né definitiva né compiuta.

Pur nella esistenza di una protezione assicurativa di cui tutti, o almeno quanti ne potessero avere più sentito bisogno, potessero ugualmente godere in misura complessivamente sufficiente, si sentiva ugualmente il bisogno da parte di molti di ottenere prestazioni ulteriori a quelle che lo Stato dava; si sentiva il bisogno di adeguare la difesa contro il male, apprestata in modo uguale per tutti, anche in relazione a quelle che erano le diverse, particolari esigenze delle diverse personalità umane; che quello che era valido per la massa poteva non essere ugualmente valido, in modo uniforme e costante, per tutti i cittadini e per ciascuno di essi.

E' una constatazione che stiamo facendo a spiegazione del riprendersi, sia pure rinnovandosi, dell'assicurazione malattia: è una constatazione che già è stata fatta e già ha trovato largo conforto nelle esperienze internazionali, in funzione di ciascuna delle diverse forme di assicurazione sociale obbligatoria.

Così, accanto alla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, ha continuato ed è andata sviluppandosi l'assicurazione libera contro gli infortuni; così, nonostante le assicurazioni sociali per l'invalidità e la vecchiaia, l'assicurazione vita ha conservato pienezza di funzione e pienezza di espansione attraverso il dimostrarsi attuale e sentita la esigenza di integrare le prestazioni della assicurazione sociale in modo da assicurare pienezza di soddisfazione alle esigenze dei singoli nell'ampio arco delle differenze individuali di bisogni, di ispirazioni e di preoccupazioni: gli stessi Stati in cui l'assicurazione obbligatoria contro la vecchiaia ha il suo massimo sviluppo e la sua massima efficacia sono quelli in cui l'assicurazione vita volontaria conosce la massima espansione, le sue maggiori conquiste.

Basterebbe a dimostrarlo l'esempio della Svezia.

Questo è quanto si verifica oggi anche nel campo della assicurazione malattia, dove gradualmente va sempre più estendendosi l'assicurazione sociale obbligatoria, fino a tendere a divenire in rapida totalità sicurezza sociale per garantire prestazioni uniformi contro le malattie a tutti i cittadini, ma dove contemporaneamente si svolge e va sempre più affermandosi il desiderio di integrazioni, di complementi, di estensioni attraverso prestazioni differenti da quelle date dallo Stato ugualmente a tutti, a soddisfazione delle diverse esigenze individuali, variamente articolate e variamente espresse.

Così ritorna ad aprirsi il campo dell'assicurazione volontaria delle malattie: si riapre dopo trent'anni di esperienza dell'assicurazione obbligatoria, di fronte ai risultati positivi che essa ha realizzato, di fronte alle deficienze del sistema che essa ha rivelato, di fronte all'aspirazione stessa dei singoli ad una più compiuta, più articolata, più perfetta tutela dell'individuo contro la malattia, che le stesse prestazioni oggi a disposizione dei singoli hanno acuito ed intensificato.

Nella grande quadripartizione che si constata nel campo assicurativo secondo i nuovi concetti del nostro diritto, l'assicurazione delle cose, l'assicurazione della responsabilità, l'assicurazione del credito e delle perdite, l'assicurazione infine delle persone, quest'ultima assume una più larga estensione per una sua più compiuta integrazione.

Già accanto al rischio della morte ed a quello che si può chiamare il rischio della sopravvivenza, l'assicurazione infortuni è andata affermandosi ed ampliandosi sia per quanto riguarda la invalidità permanente sia per quanto riguarda la inabilità temporanea.

Analogamente oggi si sente il bisogno di coprire il rischio della malattia, pur quando già esiste ed opera l'assicurazione obbligatoria, per dare pienezza di garanzia.

Questo problema di coesistenza dell'assicurazione obbligatoria con quella volontaria nel campo della malattia, analogo a problemi simili esistenti e già risolti in altri settori, si pone così, oggi, davanti alla nostra attenzione; è un problema arduo, complesso, particolarmente caratterizzato: ma noi siamo certi che

gli assicuratori privati sapranno affrontarlo e risolverlo coi criteri e coi sistemi delle nostre tecniche.

Nel momento in cui serpeggia nella coscienza sociale una ribellione contro l'appiattirsi della personalità umana sotto il peso della massa, l'aspirazione degli uomini a ritrovare piena la propria personalità e piena la soddisfazione dei bisogni che ciascuno diversamente sente nella diversità delle condizioni e dei caratteri, questo problema di integrare l'assicurazione obbligatoria concepita uniformemente per le grandi masse con una libera assicurazione, che tenga conto delle diversità individuali, diventa così un problema di libertà.

Così un problema industriale, un problema di tecnica si pone davanti a noi come un aspetto particolare di uno dei più grandi problemi umani del nostro tempo.

LA RELAZIONE DEL DOTT. SESTILLI

L'ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE



Dott. **RICCARDO SESTILLI**
Direttore Generale della Società
« LE ASSICURAZIONI D'ITALIA ».

I - Il concetto di « malattia »

A) - L'assicurazione di malattia ha per oggetto il rischio di « malattia ».

Ma quale è la portata dei due termini « rischio » e « malattia », nell'ambito della materia considerata?

In realtà il « rischio » è costituito non dalla malattia, ma dal ricorso alle prestazioni garantite, siano esse in natura o in denaro.

Il concetto di « malattia » è semplice in apparenza, perché da tutti inteso, ma una definizione di che cosa sia la « malattia » è quanto mai difficile, perché mancano precisi limiti fra stato di salute e stato di malattia.

Occorre anzitutto distinguere il concetto di « malato » da quello più ampio di « patologico ».

La malattia è una condizione patologica, ma molte condizioni patologiche non sono malattie. Così le deformità, svariate anomalie funzionali o ereditarie, molteplici alterazioni di forma, struttura o funzione non costituiscono malattia e possono anzi coesistere con un perfetto stato di salute dell'organismo.

In secondo luogo la malattia non è mai uno « stato », ma un processo patologico e cioè qualcosa di dinamico, non di statico: presuppone materia vivente in stato di sofferenza, per eccesso di stimoli ed eccesso di reazioni vitali.

Esprime tale concezione la definizione del Littré, nel *Dictionnaire de Médecine*: « la malattia è una reazione della vita, sia locale, sia generale, sia immediata, sia mediata, contro un ostacolo, un disturbo, una lesione ».

L'accezione del termine « malattia » è però diversa, a seconda del punto d'osservazione, sia esso quello patologico o quello biologico, quello medico-legale o quello medico-assicurativo.

B) - Dal punto di vista biologico e patologico, secondo il Veratti, la malattia è « quello stato dell'organismo nel quale una parte delle funzioni non si effettua nel modo che noi consideriamo normale; è la somma di processi vitali anormali, dipendenti da alterazioni della struttura del corpo; e, dato che la costituzione e la funzione degli organi variano entro determinati limiti, nella malattia le variazioni funzionali e le corrispondenti alterazioni morfologiche e cliniche debbono oltrepassare questi limiti ».

Secondo altri autori, la malattia è: « un complesso processo patologico dell'organismo, con carattere evolutivo che interrompe condizioni di equilibrio organico ritenute normali ». Oppure: « un complesso di azioni e reazioni che costituiscono l'organismo in uno stato anormale, essenzialmente caratterizzato da perturbazioni funzionali, associate pure o no a modificazioni anatomiche ed a sofferenze subiettive » (1).

Altre concezioni più attuali evitano di definire lo stato di malattia, perché il fatto morboso, per la scienza moderna, è considerato come un fenomeno qualitativamente non diverso dallo stato di salute. Infatti, secondo i patologi, lo stato di malattia — sintomo di una reazione difensiva della materia vivente — non creerebbe alcuna funzione veramente nuova nell'organismo, ma esasperebbe soltanto le funzioni regolatrici normali; lo stato patologico si differenzerebbe poi dalla malattia, perché « pur comportando un'alterazione dell'individuo rispetto alla norma, non integrerebbe quel fenomeno di sofferenza, che è elemento essenziale del processo morboso a carattere transitorio e con tendenza evolutiva ».

Si deve però avvertire, a questo punto, che qui il termine « sofferenza » ha il significato di danno inferto alla materia vivente, non quello comune di « dolore »; infatti vi sono malattie non avvertite dal paziente.

C) - Dal punto di vista medico-legale, secondo il Pellegrini (2), è malattia « qualsiasi stato psichico o somatico anormale ancora in evoluzione, che, traducendosi o no in lesioni anatomiche, si manifesta in disturbo di funzioni e si conclude tanto nel ripristino della salute attraverso la convalescenza, quanto nell'invalidità o nella morte ».

Risulta evidente, da quanto finora esposto, come sia arduo definire il concetto di malattia, che è in continua evoluzione, secondo gli sviluppi delle teorie e delle discipline scientifiche, come del resto è dimostrato, al limite, dalle più recenti discussioni sul passaggio dalla vita alla morte, originate dagli arditi esperimenti di trapianto del cuore.

Nemmeno il legislatore, in questa materia, è d'aiuto: nella relazione al progetto del C.P. la malattia è definita come « qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorché localizzata e non impegnativa delle condizioni organiche generali ».

Tale definizione è senz'altro incompleta ed imprecisa, anche perché non tiene in alcuna considerazione il carattere evolutivo di ogni malattia.

D) - Dal punto di vista assicurativo, il concetto di malattia non può essere collegato soltanto ad una alterazione dello stato di salute — concetto biologico

(1) A. Cazzaniga: « Programma di medicina legale » - Cremona Nuova - 1946.

(2) R. Pellegrini: « Trattato di medicina legale e delle assicurazioni » - Cedam - Padova, 1959.

comune alla definizione di malattia in senso clinico, patologico e medico-legale — perché i criteri quantitativi, che sono alla base di tali concezioni, non possono rispondere alle esigenze applicative d'ordine pratico.

Due altri elementi, uniti o disgiunti, debbono concorrere ad integrare il fenomeno, dando così una configurazione autonoma alla malattia dal punto di vista assicurativo: la necessità di cure e l'incapacità al lavoro.

La prima definizione della « malattia assicurata », per quanto riguarda l'Italia, è contenuta nell'art. 2 del Regolamento alla legge 29 novembre 1925, n. 2146, che prevedeva il passaggio delle Casse circondariali di malattia delle provincie ex-austriache: venne infatti qualificata come malattia « ogni alterazione dello stato di salute che abbia per conseguenza una assoluta o parziale incapacità al lavoro e la necessità di assistenza medica e di somministrazione di mezzi terapeutici. Tuttavia non dà diritto alle prestazioni stabilite l'incapacità al lavoro derivante esclusivamente da difetti fisici e congeniti ».

Analoghe disposizioni si trovano all'art. 40 della legge 4 ottobre 1929, n. 1946, istitutiva della Cassa Nazionale Malattie per i dipendenti del Commercio; nel 1937 da parte della Federazione delle Casse Mutue dei lavoratori agricoli; nel 1942 con la legge 19 gennaio, n. 27, sul trattamento di previdenza e di assistenza ai dipendenti statali.

La legge istitutiva dell'INAM (11 gennaio 1943) non contiene alcuna definizione della « malattia assicurabile », in quanto l'art. 5 dice soltanto che « l'Ente provvede all'assistenza per i casi di malattia... ».

I limiti della competenza dell'INAM sono definiti con un procedimento inverso, attraverso la fissazione dei limiti di incompetenza. Infatti il precitato articolo 5 continua « ... ad esclusione di quelle il cui rischio è coperto per legge da altre forme di assicurazione ».

Anche le Imprese private, anziché definire compiutamente l'evento assicurato, hanno fatto ricorso, in genere, all'indicazione dei vari eventi non assicurati, giungendo così ad accertare — come dice il Chiappelli (1) — « quello che è con un inventario di quello che non è ».

II - La tutela della salute

A) - La malattia è stata sempre considerata dall'uomo, fin dalla più remota antichità, come il maggiore dei mali.

La protezione dalla malattia ha formato oggetto, in ogni tempo, di preoccupazione dei singoli, dei reggitori di stato, delle collettività organizzate.

Si legge nell'Ecclesiastico:

« Onora il medico a motivo del tuo bisogno,
perché è il Signore che l'ha creato,
perché dall'Altissimo viene ogni guarigione » (2).

Nell'antico Egitto — racconta Diodoro Siculo — esisteva un servizio di sanità pubblica, finanziato attraverso una imposta pagata in natura; così pure in natura i medici venivano retribuiti dal pubblico erario.

(1) U. Chiappelli: « L'assicurazione sociale di malattia » - Ed. Giuffrè, 1962.

(2) Prof. Mario Alberto Coppini - Dr. Franco Illuminati: « Rapporti fra gli istituti di sicurezza sociale ed il corpo medico » da « Mutualità democratica », 1967.

Nell'impero babilonese, la misura degli onorari medici era stabilita dal codice di Hammurabi (1700 a.C.), che poneva a carico del padrone la spesa medica di cura dello schiavo ammalato.

In Grecia, fin dal V secolo a.C. diverse città avevano creato un servizio di sanità pubblica. La cura dell'ammalato era gratuita e i medici ricevevano un compenso fisso dalle autorità cittadine. Una speciale imposta provvedeva alle esigenze finanziarie del servizio.

Cure gratuite per i poveri erano previste nell'antica India.

L'alto concetto dei compiti e dei doveri dello Stato verso i propri cittadini indusse Roma a provvedere con leggi alla tutela fisica del popolo: cure ed assistenza medica furono estese a tutti i cittadini.

Nel tardo Impero, un corpo di 14 Archiatri, retribuiti dallo Stato, fu incaricato di un servizio medico pubblico, destinato particolarmente alla cura dei più bisognosi.

Nel medioevo vari ordini religiosi si dedicarono all'assistenza dei malati, fondando ricoveri ed ospedali.

Più tardi, Uffici di Sanità sorsero in Francia, in Germania, in Italia (nel territorio veneto), ma un decisivo impulso verso forme di assistenza, non più legate al principio religioso della carità, fu impresso dal sorgere del movimento illuministico nel secolo XVIII.

Dal riconoscimento di uguali diritti a tutte le classi sociali scaturì il diritto individuale all'assistenza e di contrapposto il dovere dello Stato di provvedervi, mediante la cura della salute pubblica, attuata sia negli ospedali che al domicilio del malato, sia attraverso l'istituzione di case di ricovero e di istituti di beneficenza, sia, infine, con l'imposizione di norme igieniche e di medicina preventiva.

Il principio del dovere statale di provvedere all'assistenza delle classi meno abbienti per qualsiasi forma morbosa trovò consacrazione nella « Dichiarazione dei Diritti » enunciata dalla Costituzione francese del 1793.

Dalla nuova coscienza dei diritti e dei doveri di ogni collettività organizzata prese l'avvio, nel secolo XIX, la legislazione sanitaria nei diversi Paesi (nel Regno d'Italia napoleonico, più tardi in Svezia, in Inghilterra, in Germania, in Francia).

B) - La svolta decisiva, per il passaggio dal sistema tradizionale dell'assistenza, sia in forma familiare che mutualistica o pubblica, alla tecnica dell'assicurazione fu la rivoluzione industriale compiutasi nella seconda metà del XIX secolo.

L'introduzione delle macchine produsse un profondo sconvolgimento economico e sociale.

Rapidamente si formò e prese gigantesco sviluppo una nuova classe sociale, che traeva i mezzi di sussistenza dalla vendita della propria forza di lavoro ad un imprenditore. Condizione questa di assoluta insicurezza, perché ogni vicenda d'ordine fisico che incidesse sulla forza di lavoro conduceva all'estinzione — temporanea o definitiva — dell'unica fonte di reddito.

L'avvento dell'era moderna (fondata sul principio dell'interesse economico della salute individuale, che si riflette sull'intera comunità) è concordemente attribuito alla legislazione germanica, che nel periodo compreso fra il 1880 e il 1890 diede inizio alle assicurazioni sociali.

Diversi fattori avevano concorso in Germania alla creazione di un clima favorevole all'innovazione:

1) fattori d'ordine giuridico:

- una legge prussiana del 1854 aveva autorizzato Comuni ed autorità locali a costituire fondi di malattia e ad istituire una assicurazione obbligatoria dei lavoratori salariati;
- dal 1869 al 1875 tanto la Baviera, che il Württemberg ed il ducato del Baden avevano adottato norme analoghe alla legge prussiana del 1854.

Esisteva, quindi, un orientamento giuridico uniforme, di facile coordinamento, idonea base di partenza per uno sviluppo organico e generalizzato.

2) fattori d'ordine economico:

- la trasformazione della tradizionale economia agricola in prevalente economia industriale, già da tempo in atto, stava subendo un rapido processo di accelerazione negli ultimi decenni del secolo;
- la grave crisi economica del 1874 aveva prodotto un profondo peggioramento nelle condizioni di vita, già depresse, del proletariato urbano.

3) fattori d'ordine pubblico:

- lo sviluppo dei movimenti socialisti e l'affermazione del partito socialista democratico, che nel 1877 aveva conquistato 12 seggi di deputati al Reichstag, inducevano Bismarck ad iniziare una politica, che oggi potrebbe essere definita « di apertura sociale ».

C) - Nel famoso discorso al Reichstag del 17 novembre 1877 il Cancelliere enunciò il suo progetto di assicurazioni sociali, attribuendo allo Stato, con una concezione del tutto nuova in quel tempo, « non soltanto un compito difensivo volto a proteggere i diritti esistenti, ma anche quello di promuovere positivamente, mediante adeguate istituzioni ed utilizzando gli strumenti della collettività di cui esso dispone, il benessere di tutti i membri ed in particolare dei deboli e bisognosi ».

In applicazione di tali concezioni, venne emanata nel 1883 una legge sull'assicurazione malattia, ed in seguito quella sull'assicurazione degli infortuni sul lavoro e quella sull'assicurazione invalidità-vecchiaia.

Tale legislazione ha per scopo di garantire i lavoratori contro i rischi che minacciano la loro forza di lavoro, e quindi la loro unica fonte di reddito. Le assicurazioni sono impostate su due cardini: l'obbligatorietà e la divisione del costo fra lavoratori e datori di lavoro.

D) - Un lungo periodo di tempo dovette trascorrere perché l'esempio tedesco venisse seguito in altri Paesi, dove nel frattempo le iniziative mutualistiche supplivano in qualche modo ed in ambito ristretto alla mancanza di provvidenze di carattere generale.

Per primo il Lussemburgo varò nel 1901 una legge sull'assicurazione malattia degli operai; nel 1910 in Italia venne istituita l'assicurazione generale obbligatoria sulla maternità; nel 1912 in Belgio fu presentato un progetto di legge di assicurazione obbligatoria malattia; nel 1913 i Paesi Bassi approvarono una legge sull'assicurazione malattia, attribuente al lavoratore una indennità sostitutiva del salario, ma tale legge entrò in vigore soltanto nel 1930.

Le malattie professionali trovarono disciplina in Francia con la legge del 1919, nel Lussemburgo con il codice del 1925, nel Belgio con una legge del 1927, in Olanda con una legge del 1928 ed in Italia nel 1929.

Il problema generale dell'assicurazione malattia trovò una soluzione caratteristica in Italia con la « mutualità sindacale obbligatoria » nel 1926; il legislatore delegò alle organizzazioni sindacali, costituite da sindacati unici, la potestà di stipulare contratti, obbligatori per tutti gli appartenenti ad una categoria professionale. Tali contratti collettivi imponevano l'istituzione di casse mutue, finanziate da contributi paritetici. Il sistema fu integrato nel 1927 da una assicurazione generale obbligatoria contro la tubercolosi e nel 1939 dall'estensione della protezione contro la malattia ai familiari del lavoratore.

In Francia una legislazione di assicurazioni sociali, comprendente la malattia, venne promulgata dal 1928 al 1930; il finanziamento era procurato da contribuzioni paritarie ed il beneficio era riservato, come in Germania, soltanto ai lavoratori fruanti di un salario inferiore ad un determinato minimo.

Carattere comune a tutte le legislazioni, fino alla seconda guerra mondiale, è la protezione del lavoratore: la difesa dalla malattia si configura, quindi, nella prima parte del secolo XX quasi come un diritto di classe.

Nel 1941 la Germania introdusse l'estensione dell'assicurazione malattia ai pensionati e l'Olanda una assicurazione contro le spese mediche.

In Italia la mutualità sindacale si trasformò in assicurazione obbligatoria contro la malattia nel 1943.

Nel Lussemburgo si istituì nel 1944 l'assicurazione malattia per i beneficiari di pensioni.

In Belgio, un decreto legge del 1944 istituì una assicurazione malattia-invalidità obbligatoria per i salariati, ma gestita dalla mutualità libera.

Ancora in Lussemburgo, l'assicurazione malattia venne estesa nel 1951 a tutti gli impiegati privati e ai funzionari pubblici.

In Germania, una legge del 1957 per il miglioramento della situazione economica degli operai in caso di malattia pose sullo stesso piano operai e impiegati.

Procedendo nel tempo, sono ancora da segnalare, per quanto riguarda l'Italia:

- nel 1958 l'istituzione di una assicurazione obbligatoria dei lavoratori agricoli contro le malattie professionali;
- l'estensione dei benefici dell'assicurazione malattia
 - nel 1952 al personale domestico
 - nel 1954 ai coltivatori diretti
 - nel 1956 agli artigiani
 - nel 1958 ai lavoratori a domicilio, ai pescatori della piccola pesca marittima e delle acque interne
 - nel 1960 ai piccoli commercianti, ecc.

In pratica, ormai, anche la maggior parte dei lavoratori indipendenti fruisce dell'assicurazione obbligatoria malattie.

E) - Uno sguardo retrospettivo al cammino finora percorso dall'assicurazione malattie, intesa come fenomeno sociale e nel quadro delle concezioni che hanno ispirato le legislazioni positive, consente di rilevare alcuni lineamenti comuni nei Paesi dell'Europa occidentale, che formeranno poi il Mercato Comune:

1) in una prima fase, durata fino oltre la metà del secolo XIX, l'assistenza pubblica, considerata come un dovere della società verso i propri membri, e particolarmente verso i più indigenti, supplisce all'insufficienza ed alle deficienze della solidarietà familiare con aiuti diretti, ma parziali ed incompleti;

2) la solidarietà di classe si sviluppa con il formarsi dei grandi aggregati urbani e di masse di lavoratori, che possono contare per la sussistenza soltanto sulle proprie forze di lavoro; si afferma così un vivace movimento mutualistico, che viene a costituire il tronco sul quale potranno innestarsi le assicurazioni sociali;

3) nella seconda fase, iniziata dalla rivoluzionaria legislazione bismarckiana e cioè dalla fine del XIX secolo, sorgono le assicurazioni sociali, rivolte alla tutela di una determinata classe sociale; viene però chiamata a concorrere all'onere finanziario del nuovo sistema un'altra classe sociale, quella dei datori di lavoro; si crea così una solidarietà di più ampi strati della comunità nazionale, una solidarietà non soltanto morale, ma anche economica;

4) nella terza fase, che è quella nella quale viviamo, apertasi nel corso della seconda guerra mondiale, le concezioni dei sociologi si allargano a nuovi orizzonti.

F) - Il famoso rapporto Beveridge del 1942 è l'espressione più significativa dei nuovi fermenti, delle innovazioni dottrinali che tendono ad interpretare, fra i bagliori della guerra, il nuovo spirito dei tempi.

Non più problemi di classi, di collettività limitate, anche se numerose, ma l'intera collettività nazionale diviene oggetto e protagonista del dramma.

Si affaccia l'idea della sicurezza sociale, concepita come pubblico servizio, con un compito di protezione esteso a tutti gli strati sociali della collettività nazionale, contro un numero sempre crescente di rischi.

Si tende alla pianificazione degli sforzi per la sicurezza di tutti ed al consolidamento di tale sicurezza attraverso una migliore distribuzione del reddito nazionale.

Deve però essere avvertito che l'evoluzione legislativa nei Paesi considerati non è lineare ed uniforme; procede per gradi ed in genere con aggiunte ai sistemi preesistenti, con soluzioni e stadi di avanzamento diversi, secondo l'indole e le condizioni ambientali.

Sotto la spinta dei concetti moderni, il diritto positivo evolve e si riflette nei sistemi di tutela sociale della salute con forme, modi e limiti diversi; non vi è fra essi identità, né di soluzioni né di applicazioni, ma un evidente carattere di affinità.

Caratteristica comune ai sistemi dei Paesi riuniti nella Comunità Economica Europea è la fedeltà al principio dei contributi professionali e cioè ad un finanziamento della protezione sociale mediante prelievo sulla remunerazione del lavoro, principio a volte temperato da concorsi dello Stato, ossia da una parziale solidarietà della collettività nazionale.

Nonostante la tendenza espansiva della sicurezza sociale, che spinge ad estendere l'assicurazione obbligatoria a classi sociali o gruppi di persone diversi dal grande complesso dei lavoratori dipendenti, che sono all'origine e tuttora costi-

tuiscono la spina dorsale dei sistemi di assicurazione sociale, permangono tuttavia strati di popolazione e zone scoperte di protezione; ad essi può provvedere l'assicurazione volontaria in forme tecnicamente evolute e con gestione di enti privati.

III - La solidarietà contro il male

A) - La solidarietà umana, di fronte al verificarsi di eventi dannosi per la persona o per i beni dei singoli individui, generalmente incapaci di provvedere da sé ai conseguenti bisogni, si è espressa nel tempo in forme diverse.

Dal primitivo ricorso alla solidarietà familiare si è passati, con la evoluzione delle condizioni sociali ed economiche, alla solidarietà di più ampi gruppi, attuando così ciò che in termini moderni si definisce come un « trasferimento di rischio ». Ne consegue la ripartizione fra tutti i componenti del gruppo, sia del rischio che degli oneri causati dal verificarsi di determinati eventi.

Le manifestazioni della solidarietà umana si sono concretate, sia in successione di tempi, sia in condizioni di reciproca coesistenza, come oggi accade, in forme che possono essere così classificate: beneficenza, assistenza privata e pubblica, previdenza volontaria ed obbligatoria, sicurezza sociale.

Riteniamo utile un breve accenno ai caratteri distintivi di ciascuna di tali forme.

B) - *La beneficenza* è stata definita come « quel complesso di atti e di istituzioni, volti a lenire le sofferenze e a diminuire le miserie in funzione di liberalità ».

Le sue origini si perdono nella notte dei tempi perché essa nasce da istintivi moti di carità, da sentimenti umanitari, radicati nella coscienza e diffusi, in misura maggiore o minore, presso tutti i popoli.

E' nota la pratica della beneficenza presso gli Egizi e gli Ebrei; i Romani praticarono l'elemosina ed il Cristianesimo elevò la beneficenza a dovere morale generato dalla carità.

Nel concetto di beneficenza è insito un criterio di discrezionalità; non vi è diritto a ricevere né obbligo a dare.

C) - *L'assistenza* è l'erogazione di benefici a favore di chi si trovi in stato di bisogno, resa possibile da una raccolta di mezzi e regolata da norme particolari.

E' assistenza privata se i mezzi provengono da persone od organizzazioni private, che si sono proposti compiti e discipline appropriate per la raccolta dei soccorsi, l'individuazione dei bisognosi, la distribuzione dei benefici.

E' assistenza pubblica se i soccorsi sono forniti dallo Stato o da Enti controllati dalla pubblica amministrazione, sulla base di leggi, regolamenti o statuti.

E' infine assistenza sociale quella che viene svolta con adeguati mezzi tecnici e fini sociali, quando leggi appositamente predisposte dispongono determinate provvidenze a favore di coloro che si trovino in condizioni di bisogno o di incapacità. Possono essere citate al riguardo le leggi emanate in Italia nel 1865 e 1888, per regolare l'assistenza sanitaria al domicilio dei poveri, la lotta contro la malaria, la sifilide, la pellagra, la t.b.c. e altre malattie sociali.

Come nota di carattere generale deve essere posto in rilievo che l'assistenza, in qualunque forma praticata, implica una distinzione fra gli appartenenti ad una stessa comunità, in base al criterio dell'indigenza.

D) - *La previdenza*, nell'attuale accezione del termine, non è più il risparmio individuale, accumulato per far fronte ai propri bisogni futuri, eventuali o certi che siano, ma è l'accantonamento globale di somme, provenienti dal risparmio di una collettività di individui, sulla base di dati tecnici e di calcoli prestabiliti, per garantire un indennizzo al verificarsi di determinati eventi; tali eventi debbono essere indipendenti dalla volontà degli interessati e debbono essere causa di un danno economico per i colpiti.

La previdenza è volontaria, se attuata per libera scelta degli interessati; è obbligatoria, se imposta da leggi a determinate categorie, con prefissati limiti e prestazioni.

Può essere considerato come uno dei fondamentali caratteri distintivi, fra assistenza e previdenza, il modo di raccolta dei mezzi destinati a fronteggiare le conseguenze dell'evento dannoso.

Nell'assistenza i mezzi sono forniti da soggetti diversi da quelli che potranno poi beneficiarne: nella previdenza i mezzi sono forniti (eventualmente anche con concorso dello Stato) dagli stessi soggetti, che ne potranno beneficiare e che provvedono ad accumularli per far fronte ad eventi futuri.

La previdenza risponde ad un concetto più ampio e più alto di quelli che hanno presieduto al sorgere della beneficenza e dell'assistenza; corrisponde ad una fase più evoluta della società e si attua quando il progresso della scienza, in tutte le sue discipline, consente il formarsi di una tecnica, su basi statistiche ed attuariali, che sarà la matrice del procedimento assicurativo.

E) - *La sicurezza sociale*, benché tale terminologia appaia fin dal 1935 nel « Social Security Act » degli Stati Uniti, si afferma dopo la seconda guerra mondiale, come un orientamento della società verso la tutela della salute di ogni cittadino, nel presupposto che l'attività produttiva di ciascuno debba contribuire al benessere della collettività. Insita in tale concezione è anche l'idea di una redistribuzione del reddito nazionale, attuata attraverso prelievi fiscali e prestazioni generalizzate.

Dal famoso rapporto Beveridge, la sicurezza sociale emerge, nel quadro di una pianificazione della lotta contro l'indigenza, come un sistema destinato a garantire un minimo sociale, con la naturale conseguenza di un livello di prestazioni corrispondente a tale minimo. Rappresenta quindi la copertura di una prima fascia di bisogni, lasciando alla responsabilità individuale o collettiva di gruppi la possibilità di provvedere alle ulteriori fasce di esigenze.

Nei diversi Paesi europei la generale tendenza verso l'applicazione di un sistema di sicurezza sociale non ha condotto a soluzioni unitarie, sia per la particolare natura dei sistemi preesistenti, per il carattere empirico degli adattamenti introdotti sotto la spinta delle nuove idee, sia per le diversità dell'ambiente economico e sociale.

In Italia il « Programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970 », approvato con legge del 27 luglio 1967, n. 685, indica al capitolo VII, dedicato alla « Sicurezza Sociale »: « Obiettivo finale del programma nel campo sanitario previdenziale e dell'assistenza sociale è l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale. A tal fine occorre riformare, con la necessaria gradualità, l'attuale sistema, nel quale la dispersione delle competenze, la molteplicità degli Enti gestori, la difformità dei criteri di erogazione delle prestazioni, la dispersione e

la polverizzazione della spesa ostacolano il conseguimento di un soddisfacente grado di efficienza e di equità, nonostante l'elevato impegno economico che grava sulla collettività e in particolare su alcune categorie ».

Alle attuali deficienze del sistema ed alla inevitabile incompletezza che permarrà anche in futuro, nonostante l'estendersi della tutela, che potremmo definire primaria, dello Stato verso tutti i cittadini nel settore sanitario, supplisce e supplirà più ancora in avvenire, con forme sempre più evolute ed adattate ai bisogni dei richiedenti, l'assicurazione volontaria.

F) - *Assicurazione obbligatoria ed assicurazione volontaria.* E' noto che l'assicurazione — frutto di un elevato livello di sviluppo scientifico, morale ed economico — è in sostanza una mutualità organizzata, fra soggetti resi omogenei, per provvedere alle necessità provocate da eventi aleatori, mediante trasferimento di rischio e ripartizione degli oneri fra tutti i partecipanti.

Vi è una fondamentale unità di struttura tecnica ed economica fra assicurazioni obbligatorie o sociali ed assicurazioni volontarie.

In entrambe si ritrovano i caratteri di aleatorietà e di trasferimento del rischio; vi è fra esse identità negli scopi perseguiti.

Può essere trovata una conferma di tale tesi nell'art. 1886 del C.C. che prescrive l'applicazione delle norme contenute nel capo « Dell'assicurazione » e riflettenti la disciplina delle assicurazioni private, quando non soccorrano leggi speciali che regolino espressamente le assicurazioni sociali.

Vi sono però sostanziali differenze fra l'una e l'altra forma:

1) il rapporto assicurativo, nella previdenza volontaria, è posto in essere dalla libera scelta dell'individuo ed è fondato sul criterio della personale convenienza, mentre nel settore obbligatorio è imposto dalla legge;

2) il corrispettivo del rischio è il « premio » nelle assicurazioni volontarie ed il contributo in quelle sociali; tuttavia nelle prime vi è di norma identità fra le persone tenute al pagamento del premio e gli aventi diritto alle prestazioni (salvo nel caso di assicurazioni a favore di terzi), mentre nelle seconde i soggetti non coincidono;

3) le assicurazioni volontarie riposano sul principio della equivalenza matematica fra premio e prestazioni, riferita ad ogni caso individuale e perseguita con l'aggiustamento del premio ad ogni singolo rischio; nelle assicurazioni obbligatorie, invece, si prescinde dalle particolarità del rischio e l'equivalenza si calcola in relazione alla collettività degli assistiti;

4) le assicurazioni volontarie applicano un criterio selettivo dei rischi, escludendo dalla garanzia i cosiddetti rischi anormali o equiparandoli agli altri con l'imposizione di adeguati soprapremi, per creare la necessaria condizione di omogeneità nel complesso degli assicurati; le assicurazioni obbligatorie, invece, non possono tener conto delle particolarità dei rischi assunti, perché il fine sociale, al quale esse tendono, non consente discriminazioni;

5) il principio dell'automatismo delle prestazioni, e cioè della erogazione dei benefici indipendentemente dall'avvenuto versamento del corrispettivo del rischio (contributo), vige nelle assicurazioni obbligatorie, anche se temperato dall'ob-

bligato per l'Istituto assicuratore di accertare « che i contributi non versati erano dovuti a norma di legge »; nelle assicurazioni volontarie è prescritto, invece, per acquisire il diritto alle prestazioni, il preventivo perfezionamento della polizza ed il versamento del relativo premio.

E' una norma di equità nei confronti dei compagni di sorte, e cioè della massa degli assicurati: per poter ricevere occorre aver dato.

IV - L'assicurazione obbligatoria in Italia

A) - Non è possibile parlare di previdenza volontaria contro le malattie senza aver prima tracciato un rapido quadro della previdenza obbligatoria, data l'importanza assunta in Italia dalle assicurazioni sociali ed in particolare da quella contro le malattie.

La Costituzione della Repubblica Italiana, del 1947, prevede all'art. 32 la protezione della salute « come fondamentale diritto dell'individuo e nell'interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti »; l'art. 38 stabilisce che « ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale »; inoltre « i lavoratori hanno diritto che siano provveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, *malattia*, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria ».

Con tali precetti la Costituzione ha enunciato in forma solenne dei principî fondamentali per la vita e lo sviluppo della collettività nazionale; principî, del resto, già assimilati dal diritto positivo e in gran parte tradotti in realtà operante dalla legislazione antecedente la formulazione della Costituzione.

B) - *Finalità*. L'assicurazione contro le malattie è una forma di previdenza sociale che ha per scopo di erogare prestazioni ai lavoratori ed ai loro familiari, che si ammalino.

Le prestazioni comprendono:

- somministrazione diretta di presidi terapeutici necessari all'ammalato, oppure rimborso — con norme ed in misure prestabilite — delle spese di cura affrontate dallo stesso ammalato;
- indennità di malattia, a compenso parziale o totale della retribuzione perduta dagli operai (e non dagli impiegati) durante il periodo di malattia, nonché sussidi funerari.

Nelle assicurazioni obbligatorie è considerato rischio « ogni evento produttore di prestazioni », perché la logica del sistema porta a coprire anche il « rischio soggettivo », ossia determina il riconoscimento di prestazioni anche a chi ritenga di essere ammalato, senza realmente esserlo. Nelle assicurazioni volontarie occorre invece il verificarsi di un evento oggettivo e cioè un'effettiva condizione di malattia.

C) - *Gestione*. In Italia l'assicurazione di malattia è gestita da una pluralità di enti, muniti in genere di autonomia istituzionale e denominati tanto di assicurazione quanto di assistenza, senza che la qualifica determini diversità di funzioni.

Sarebbe fuori quadro, in questa sede, parlare di ciascuno di essi e delle rispettive caratteristiche.

Ci limiteremo ad elencare i più importanti, suddivisi secondo i soggetti assistiti.

1° - *Enti per lavoratori autonomi.*

1) Federazione Nazionale delle Casse Mutue di malattia per i coltivatori diretti (L. 22-11-1954 n. 1136).

2) Federazione Nazionale delle Casse Mutue di malattia per gli artigiani (L. 29-12-1956 n. 1533).

3) Federazione Nazionale delle Casse mutue di malattia per i commercianti (L. 27-12-1960 n. 1397).

2° - *Enti per lavoratori dipendenti.*

a) - per dipendenti pubblici:

1) Istituto Nazionale per i dipendenti da enti locali (INADEL) (R.D.L. 23-7-1925 n. 1605).

2) Ente Nazionale di Previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico (ENPDEDP) (L. 28-7-1939 n. 1436).

3) Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per i dipendenti statali (ENPAS) (L. 19-1-1942 n. 22).

b) - per dipendenti privati:

1) Istituto Nazionale per le assicurazioni contro le malattie (INAM) (L. 11-1-1943 n. 138), del quale tratteremo in seguito, come massimo ente del settore malattia.

2) Casse Mutue Provinciali di Trento e Bolzano (R.D.L. 29-11-1925 n. 2146).

3) Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli impiegati dell'agricoltura (ENPAIA) (v. Accordo Interconfederale del 4-9-1936).

4) Istituto Nazionale di Previdenza per i giornalisti italiani (INPGI) (R.D. 25-3-1926 n. 838).

5) Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per i lavoratori dello spettacolo (ENPALS) (C.C.L. 28-8-1934).

6) Casse Marittime per gli infortuni e le malattie (R.D.L. 23-3-1933 n. 264).

7) Cassa Nazionale Malattie Impiegati e Operai, Gente dolciaria (C.C.L. 1-3-1936 e 14-9-1939).

8) Casse di Soccorso per gli Addetti ai Pubblici Servizi di trasporto in concessione (L. 8-1-1931 n. 148).

9) Casse Mutue aziendali: si tratta di ben 105 organismi autonomi, istituiti per varie categorie di lavoratori, in genere per effetto di contratti collettivi.

La posizione giuridica di tali Casse ha formato oggetto di discordanti pareri, sia dottrinali, sia giurisprudenziali, in relazione al disposto dell'art. 38 della legge 11-1-1943 n. 138, istitutiva dell'INAM, che mirava a fondere nel nuovo organismo tutti gli enti operanti nel settore malattie. Di fatto l'assorbimento non è ancora avvenuto; sono sempre operanti mutue aziendali presso alcune delle maggiori imprese industriali (ad es. Mutua Fiat, Mutua dipendenti dell'Italiana Gas, ecc.).

Alcune mutue si avvalgono dell'attrezzatura sanitaria dell'INAM (mutue dette « convenzionate »).

L'elencazione — incompleta — sopra esposta lascia intuire facilmente come sia vario e complesso, per diversità di enti, di sistemi, di prestazioni, il panorama attuale dell'assicurazione obbligatoria di malattia in Italia.

Vi è però un regime generale di malattia, che è quello dell'INAM, di gran lunga predominante sugli altri, ed è quello che esamineremo qui di seguito, sia pur brevemente.

D) - *Il regime generale di malattia (INAM)*. Il regime generale tutela la grande maggioranza dei lavoratori dipendenti da datori di lavoro privati ed alcune categorie di lavoratori indipendenti.

1 - *Quali sono le malattie assistite dall'INAM?*

Tutte, salvo quelle escluse dall'art. 5 della legge istitutiva e cioè salvo quelle « il cui rischio è coperto per legge da altre forme di assicurazione ».

Non rientrano quindi nella competenza dell'INAM:

- le malattie professionali, coperte dall'INAIL (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124);
- le malattie tubercolari (R.D.L. 4-10-1935 n. 1827), perché assistite dall'INPS e dai Consorzi Provinciali Antitubercolari;
- le malattie attribuite da leggi alla competenza di enti pubblici (malattie infettive, assistite dai Comuni; malattie mentali, soggette a ricovero in manicomii, assistite dalle Provincie).

2 - *Quali sono i soggetti assicurati o protetti?*

Sono iscritti obbligatoriamente all'INAM, in forza dell'art. 4 della legge istitutiva dell'Ente, i lavoratori vincolati da un rapporto di lavoro subordinato e retribuito, appartenenti alle seguenti quattro grandi categorie:

- agricoltura;
- industria;
- commercio;
- credito, assicurazione, servizi tributari appaltati.

Successivamente la protezione è stata estesa ad altre categorie speciali:

- addetti ai servizi domestici familiari;
- autisti dipendenti da privati;
- apprendisti;
- pensionati;
- addetti alla piccola pesca marittima e in acque interne;
- orfani di lavoratori;
- lavoratori a domicilio;
- addetti ai cantieri di lavoro e rimboschimento;
- lavoratori migranti e loro familiari;
- varie categorie « assimilate » al commercio e all'industria.

Nell'ambito delle categorie, vi sono distinzioni fra operai e impiegati, ai fini delle prestazioni e dei contributi, fra soggetti di diritto originario (iscritti principali) e soggetti di diritto derivato (familiari).

Per la determinazione dei familiari a carico dei lavoratori iscritti all'INAM si applicano le disposizioni contenute nel T.U. sugli assegni familiari (D.P.R. 30-5-1955 n. 797), ma non tutte le categorie hanno diritto all'assistenza per i familiari a carico.

Ne beneficiano:

- i lavoratori dell'agricoltura;
- i lavoratori dell'industria e assimilati (esclusi gli « addetti ai cantieri di lavoro e rimboschimento »);
- i lavoratori del commercio e assimilati;
- i lavoratori del credito, assicurazione e servizi tributari appaltati;
- gli apprendisti considerati capi-famiglia;
- i lavoratori a domicilio;
- i pescatori della piccola pesca marittima e in acque interne;
- i lavoratori migranti in Paesi esteri, ove esista reciprocità;
- i pensionati, con particolari disposizioni.

3 - Quali sono le prestazioni assicurative?

L'art. 6 della legge 11-1-1943 n. 1943 indica le prestazioni fornite agli aventi diritto:

a) *Prestazioni sanitarie.* Comprendono l'assistenza medico-generica domiciliare e ambulatoriale, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ospedaliera, farmaceutica, ostetrica, pediatrica.

Le prestazioni sanitarie sono erogate in forma *diretta*, quando l'assicurato è assistito per mezzo dell'organizzazione sanitaria dello stesso INAM o attraverso medici, ostetriche, ospedali, case di cure, farmacie convenzionati; in forma *indiretta*, quando l'assicurato, esercitando il diritto di « opzione », provveda in proprio alla cura, presso medici e ospedali di sua libera scelta, chiedendo poi all'INAM la rifusione della spesa o un concorso; al riguardo si applicano apposite tariffe, che prevedono, in genere, un rimborso pari all'onere che l'INAM dovrebbe addossarsi prestando l'assistenza in forma diretta.

Le prestazioni di carattere sanitario sono erogate con un limite di tempo: di norma, 180 giorni di ciascun anno, salvo per le malattie specifiche della vecchiaia, per le quali non è previsto alcun limite.

L'INAM, tuttavia, può concedere il prolungamento dell'assistenza sanitaria per altri 180 giorni.

Quando sia prescelta la forma diretta, l'assistenza medica, ospedaliera, ostetrica, pediatrica è gratuita; quella farmaceutica, consistente nella somministrazione di preparati galenici, di specialità medicinali, di articoli di medicazione, in base a ricetta medica, è pure gratuita, salvo un concorso di spesa a carico dell'assicurato per un numero limitato di specialità.

I medici convenzionati, iscritti negli appositi « Albi mutualistici », hanno piena libertà di scelta nella prescrizione delle specialità medicinali, classificate in un « prontuario terapeutico » che comprende circa 20.000 prodotti.

b) *Prestazioni economiche*. Comprendono:

Indennità giornaliera di malattia, corrisposta in misura fissa a poche determinate categorie ed in misura percentuale, rispetto alla retribuzione percepita nel periodo di paga precedente la malattia, a tutte le altre categorie ammesse al beneficio; non spetta quando il datore di lavoro, per obbligo di legge o di contratto collettivo di lavoro, deve corrispondere al lavoratore la normale retribuzione anche durante il periodo di malattia.

Hanno diritto all'indennità giornaliera di malattia, con esclusione dei familiari, gli operai dell'industria e categorie assimilate, i lavoratori dell'agricoltura di cui all'art. 3 del D.L.L. 9-4-1946 n. 212, i salariati del credito, assicurazione e servizi tributari appaltati, i lavoratori a domicilio addetti a lavorazioni che tradizionalmente non venivano effettuate a domicilio, i lavoratori del commercio di cui al punto 1 della tabella A) annessa al D.L.C.P.S. 31-10-1947 n. 1304 e categorie assimilate. Tutti gli altri lavoratori non hanno diritto alla indennità.

Norme particolari regolano la corresponsione dell'indennità giornaliera di malattia; in generale è dovuta, quando la malattia causi incapacità al lavoro, per un periodo massimo di 180 giorni complessivi nell'anno solare ed è soggetta ad un periodo di carenza assoluta per i primi tre giorni di malattia.

Assegno funerario. E' concesso in caso di morte del lavoratore, nella misura fissa di L. 20.000, a parziale rimborso delle spese sostenute per l'evento. Non spetta per la morte di familiari (salvo una eccezione nel settore del credito, assicurazione e servizi tributari appaltati); ne sono escluse alcune categorie.

c) *Prestazioni integrative*. Non discendono dalla legge istitutiva dell'Ente; si distinguono in ordinarie e straordinarie.

Le prestazioni ordinarie, intese a ripristinare la capacità lavorativa o a prevenire malattie, sono erogate in forma diretta per quanto riguarda le cure balneo-termali ed idropiniche, in forma indiretta — e cioè mediante un concorso di spese — per quanto riguarda apparecchi di protesi ed acustici, occhiali, cure ortodontiche, presidi ortopedici e terapeutici.

Le prestazioni straordinarie sono facoltative e tendono al consolidamento di una guarigione clinica o ad alleviare un particolare stato di bisogno economico, conseguente a malattia particolarmente lunga o grave. Consistono in prolungamento dell'assistenza sanitaria, nel soggiorno in colonie marine o montane per i figli degli assicurati, in prestazioni di cure convalescenziarie, in corresponsione di sussidi straordinari.

4 - *Da quando decorre il diritto alle prestazioni?*

Per la generalità dei lavoratori dal 1° giorno di instaurazione del rapporto di lavoro (per gli addetti ai servizi domestici dopo 6 mesi ed in quanto risultino dovuti, anche se non versati, 12 contributi settimanali nelle 24 settimane precedenti la richiesta delle prestazioni);

per i pensionati, dal momento in cui hanno titolo a fruire della pensione o rendita;

per i familiari, dalla data di presentazione della richiesta di iscrizione.

Per la determinazione dei familiari a carico dei lavoratori iscritti all'INAM si applicano le disposizioni contenute nel T.U. sugli assegni familiari (D.P.R. 30-5-1955 n. 797), ma non tutte le categorie hanno diritto all'assistenza per i familiari a carico.

Ne beneficiano:

- i lavoratori dell'agricoltura;
- i lavoratori dell'industria e assimilati (esclusi gli « addetti ai cantieri di lavoro e rimboschimento »);
- i lavoratori del commercio e assimilati;
- i lavoratori del credito, assicurazione e servizi tributari appaltati;
- gli apprendisti considerati capi-famiglia;
- i lavoratori a domicilio;
- i pescatori della piccola pesca marittima e in acque interne;
- i lavoratori migranti in Paesi esteri, ove esista reciprocità;
- i pensionati, con particolari disposizioni.

3 - Quali sono le prestazioni assicurative?

L'art. 6 della legge 11-1-1943 n. 1943 indica le prestazioni fornite agli aventi diritto:

a) *Prestazioni sanitarie.* Comprendono l'assistenza medico-generica domiciliare e ambulatoriale, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ospedaliera, farmaceutica, ostetrica, pediatrica.

Le prestazioni sanitarie sono erogate in forma *diretta*, quando l'assicurato è assistito per mezzo dell'organizzazione sanitaria dello stesso INAM o attraverso medici, ostetriche, ospedali, case di cure, farmacie convenzionati; in forma *indiretta*, quando l'assicurato, esercitando il diritto di « opzione », provveda in proprio alla cura, presso medici e ospedali di sua libera scelta, chiedendo poi all'INAM la rifusione della spesa o un concorso; al riguardo si applicano apposite tariffe, che prevedono, in genere, un rimborso pari all'onere che l'INAM dovrebbe addossarsi prestando l'assistenza in forma diretta.

Le prestazioni di carattere sanitario sono erogate con un limite di tempo: di norma, 180 giorni di ciascun anno, salvo per le malattie specifiche della vecchiaia, per le quali non è previsto alcun limite.

L'INAM, tuttavia, può concedere il prolungamento dell'assistenza sanitaria per altri 180 giorni.

Quando sia prescelta la forma diretta, l'assistenza medica, ospedaliera, ostetrica, pediatrica è gratuita; quella farmaceutica, consistente nella somministrazione di preparati galenici, di specialità medicinali, di articoli di medicazione, in base a ricetta medica, è pure gratuita, salvo un concorso di spesa a carico dell'assicurato per un numero limitato di specialità.

I medici convenzionati, iscritti negli appositi « Albi mutualistici », hanno piena libertà di scelta nella prescrizione delle specialità medicinali, classificate in un « prontuario terapeutico » che comprende circa 20.000 prodotti.

b) *Prestazioni economiche*. Comprendono:

Indennità giornaliera di malattia, corrisposta in misura fissa a poche determinate categorie ed in misura percentuale, rispetto alla retribuzione percepita nel periodo di paga precedente la malattia, a tutte le altre categorie ammesse al beneficio; non spetta quando il datore di lavoro, per obbligo di legge o di contratto collettivo di lavoro, deve corrispondere al lavoratore la normale retribuzione anche durante il periodo di malattia.

Hanno diritto all'indennità giornaliera di malattia, con esclusione dei familiari, gli operai dell'industria e categorie assimilate, i lavoratori dell'agricoltura di cui all'art. 3 del D.L.L. 9-4-1946 n. 212, i salariati del credito, assicurazione e servizi tributari appaltati, i lavoratori a domicilio addetti a lavorazioni che tradizionalmente non venivano effettuate a domicilio, i lavoratori del commercio di cui al punto 1 della tabella A) annessa al D.L.C.P.S. 31-10-1947 n. 1304 e categorie assimilate. Tutti gli altri lavoratori non hanno diritto alla indennità.

Norme particolari regolano la corresponsione dell'indennità giornaliera di malattia; in generale è dovuta, quando la malattia causi incapacità al lavoro, per un periodo massimo di 180 giorni complessivi nell'anno solare ed è soggetta ad un periodo di carenza assoluta per i primi tre giorni di malattia.

Assegno funerario. E' concesso in caso di morte del lavoratore, nella misura fissa di L. 20.000, a parziale rimborso delle spese sostenute per l'evento. Non spetta per la morte di familiari (salvo una eccezione nel settore del credito, assicurazione e servizi tributari appaltati); ne sono escluse alcune categorie.

c) *Prestazioni integrative*. Non discendono dalla legge istitutiva dell'Ente; si distinguono in ordinarie e straordinarie.

Le prestazioni ordinarie, intese a ripristinare la capacità lavorativa o a prevenire malattie, sono erogate in forma diretta per quanto riguarda le cure balneo-termali ed idropiniche, in forma indiretta — e cioè mediante un concorso di spese — per quanto riguarda apparecchi di protesi ed acustici, occhiali, cure ortodontiche, presidi ortopedici e terapeutici.

Le prestazioni straordinarie sono facoltative e tendono al consolidamento di una guarigione clinica o ad alleviare un particolare stato di bisogno economico, conseguente a malattia particolarmente lunga o grave. Consistono in prolungamento dell'assistenza sanitaria, nel soggiorno in colonie marine o montane per i figli degli assicurati, in prestazioni di cure convalescenziarie, in corresponsione di sussidi straordinari.

4 - *Da quando decorre il diritto alle prestazioni?*

Per la generalità dei lavoratori dal 1° giorno di instaurazione del rapporto di lavoro (per gli addetti ai servizi domestici dopo 6 mesi ed in quanto risultino dovuti, anche se non versati, 12 contributi settimanali nelle 24 settimane precedenti la richiesta delle prestazioni);

per i pensionati, dal momento in cui hanno titolo a fruire della pensione o rendita;

per i familiari, dalla data di presentazione della richiesta di iscrizione.

Il diritto alle prestazioni permane, in genere, anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro, per le malattie insorte nei successivi 6 mesi.

5 - *Finanziamento dell'INAM - Contributi.*

L'art. 9 della più volte citata legge istitutiva stabilisce che all'attività dell'Istituto si provvede « con il contributo dei lavoratori e dei datori di lavoro ».

Con il D.L.L. 2-4-1946 n. 147 i contributi sono stati posti a carico del solo datore di lavoro, senza diritto a rivalsa; con L. 4-8-1955 n. 697 è stata reintrodotta una piccola aliquota (0,15%) a carico del lavoratore.

La misura dei contributi è stabilita dalla legge:

- in percentuale sulla retribuzione per i lavoratori dell'industria, commercio, credito, assicurazioni e servizi tributari appaltati;
- in quota fissa giornaliera per gli operai dell'agricoltura (o quota capitaria annua per coloni e mezzadri);
- in misura fissa per i domestici, gli apprendisti, i pescatori.

Le aliquote contributive variano secondo i settori e le categorie di assistiti.

La contribuzione complessiva dovuta all'INAM è formata da diverse voci: contributo di malattia, contributo addizionale per l'assistenza ai pensionati, contributo maternità, contributo addizionale di solidarietà (quest'ultimo fiscalizzato e cioè posto a carico dello Stato, in base ad un piano di progressivo accollo di maggiori oneri sociali, negli anni 1964, 1965, 1966, ma successivamente « defiscalizzato » e cioè riaddossato ai datori di lavoro).

I lavoratori hanno diritto alle prestazioni anche se i contributi dovuti non siano stati versati (principio dell'automatismo delle prestazioni); i datori di lavoro inadempienti sono soggetti a sanzioni amministrative e penali.

6 - *Tutela delle lavoratrici madri.*

L'INAM infine provvede per legge (L. 26-8-1950 n. 860) ad una protezione economica ed igienico-sanitaria delle lavoratrici madri durante i periodi di gravidanza e di puerperio.

7 - *Quali sono le dimensioni dell'INAM?*

Il bilancio di previsione dell'Ente, per il 1968, prevede una spesa di 1.112 miliardi di lire (una somma cioè pari a circa un quarantesimo del reddito nazionale).

I costi diretti di assistenza sono previsti in 1.041 miliardi e le principali componenti sono:

— spese per assistenza ospedaliera	330 miliardi
— spese per assistenza farmaceutica	291 »
— spese per assistenza medico-generica	180 »

Le entrate sono previste in 1.022 miliardi; in esse i contributi ordinari concorrono per 965 miliardi.

E' previsto un deficit di gestione di circa 90 miliardi (contro circa 165 miliardi di deficit nella gestione 1967).

E) - *Osservazioni finali.*

La rapida scorsa compiuta nel settore dell'assicurazione obbligatoria malattie suggerisce alcuni rilievi di carattere generale:

1) l'assistenza sanitaria è prestata da una molteplicità di enti; alla varietà di strutture corrisponde una diversità di situazioni giuridiche;

2) la mira, perseguita dal legislatore, di unificare in un solo ente tutti gli organismi di assistenza contro le malattie non è stata raggiunta e costituisce ancora l'auspicato obiettivo finale del « Programma economico nazionale »;

3) l'opera compiuta dagli enti previdenziali è imponente, poiché giunge ad assistere — in maggiore o minore misura — circa 44 milioni di italiani (26 milioni assistiti dal solo INAM); tuttavia la mancata unificazione degli enti ha determinato disparità sia nella misura dei contributi, sia nell'erogazione delle prestazioni, sia nelle modalità di pagamento o di rimborso agli assistiti;

4) di conseguenza l'assicurato non dà né riceve in modo uniforme; ha diritto soltanto all'assistenza sanitaria propria della categoria cui appartiene; tutto ciò provoca difformità e sperequazioni di trattamento;

5) i fini curativi proposti dalla legge agli enti di previdenza pongono al di fuori del loro campo d'azione la prevenzione delle malattie, l'assistenza per le forme di malattia lasciate alla competenza di altri enti pubblici (anche se recenti accordi hanno condotto a soluzioni di compromesso per le malattie infettive e per le malformazioni congenite), nonché la riabilitazione dei malati;

6) i limiti posti all'assistenza, le lacune, la disparità e l'insufficienza delle prestazioni, particolarmente evidenti quando consistano in parziale rimborso di spesa anziché in prestazioni dirette, indicano come l'opera meritoria della previdenza a carattere sociale non possa soddisfare tutti i bisogni e come sia necessario l'intervento sostitutivo o integrativo di una previdenza volontaria, più aderente alle esigenze di intere categorie o di singoli individui.

V - L'assicurazione volontaria malattie nel mondo

A) - Generalità.

Nel mondo, circa 250 milioni di persone sono coperte dall'assicurazione volontaria contro le malattie.

E' una cifra imponente, in valore assoluto, ma esigua se paragonata alla popolazione del globo.

Bisogna però pensare che interi continenti, ora in via di rapido sviluppo, sono nuovi alle forme più progredite di sviluppo sociale, difettano in genere di medici, di attrezzature sanitarie, di mezzi economici; altri Paesi, anche immensi, staccati dalle concezioni e dai modi di vita occidentali, non forniscono dati né informazioni.

Vi sono infine Paesi, nei quali è operante un servizio nazionale di sanità, ove tutti i cittadini indistintamente hanno diritto alle prestazioni sanitarie gratuite. E' tale il caso dell'Inghilterra, della Russia, della Nuova Zelanda.

Le cure mediche sono fornite a tutti i residenti in Svezia e Norvegia, l'assistenza sanitaria in Svizzera a tutti i cittadini (pur non essendovi una assicurazione obbligatoria generalizzata contro le malattie); negli altri Paesi le cure mediche spettano agli assicurati contro le malattie o a determinate categorie di meno

abbienti. Di conseguenza l'assistenza medica obbligatoria è prestata ad aliquote della popolazione, varianti da un massimo del 98,6% nel Canada (solo assistenza ospedaliera) ad un minimo dell'1,9% per l'India e dell'1,6% per la Birmania!

In Italia la percentuale degli assicurati obbligatori rispetto ai residenti supera il 50%.

Quanto sopra esposto tende ad indicare quale sia il campo d'azione nel quale l'assicurazione volontaria malattie può operare.

Deve, però, essere subito posto in rilievo che, anche nei Paesi dove l'assistenza sanitaria è generalizzata e gratuita per legge, esistono margini per l'assicurazione volontaria.

Nel 1° Congresso Internazionale sull'assicurazione volontaria malattie, svoltosi a Dublino nel settembre 1966, Mr. John Dyter (Gran Bretagna), dopo aver ricordato che nel Regno Unito esiste dal 1948 il Servizio Nazionale Sanitario, per mezzo del quale lo Stato fornisce a tutti ogni occorrente prestazione medico-sanitaria, ha dichiarato che ciò, tuttavia, non esaurisce il bisogno di prestazioni assicurative volontarie: « il Servizio non permette la scelta di come, quando, dove o da chi il paziente dovrà essere curato e perciò coloro che vogliono avere questa libertà di scelta debbono pagarsela di tasca propria o iscrivendosi ad una « Provident Association » (enti di assicurazione volontaria contro le malattie) ».

Mr. Dyter ha aggiunto che per molte persone la libertà di scelta è essenziale e che molti professionisti, commercianti, individui con redditi elevati non sono soddisfatti del trattamento obbligatorio per gli inconvenienti rilevati, fra i quali l'impossibilità di scegliere un proprio medico o la casa di cura, il disagio del ricovero in corsia ecc.

Tutte queste persone ricorrono, quindi, all'assicurazione volontaria e ciò spiega il crescente sviluppo delle « Provident Associations ».

B) - *Indici di diffusione.*

L'assicurazione volontaria contro le malattie è sorta, come quella obbligatoria, alla fine del XIX secolo.

Dalle prime forme di autoassistenza mutualistica, create nell'ambito di alcune categorie di lavoratori, e particolarmente degli artigiani, si passò con il tempo all'esercizio industriale da parte di imprese di assicurazione.

Sembrò dapprima che l'assicurazione volontaria dovesse trovare un limite nel progressivo, gigantesco sviluppo delle assicurazioni sociali, verificatosi in tutti gli Stati europei, e che di conseguenza l'assicurazione volontaria dovesse essere costretta ad operare soltanto in quelle sfere della popolazione non coperte dall'assicurazione di legge.

Ci si rese invece conto che l'assicurazione volontaria poteva progredire, se non di pari passo, almeno contemporaneamente alle assicurazioni sociali, supplendo alle lacune ed alle deficienze di queste ultime.

Con l'estendersi del bisogno di assistenza sanitaria da parte delle masse e di conseguenza con la sempre più ampia protezione offerta dalle assicurazioni sociali o dai regimi di sicurezza sociale si è pure accresciuto il senso di insoddisfazione per i modi e i limiti delle prestazioni, per la durata dell'assistenza, cosicché anche gli aventi diritto alle prestazioni di legge ricorrono sovente al complemento di una assicurazione volontaria.

Lo sviluppo, in vari Paesi, dell'assicurazione volontaria malattie, negli ultimi anni, emerge da un confronto dei premi incassati, come risulta dal prospetto n. 1 (ricavato dai dati che finora è stato possibile raccogliere):

Incasso premi per l'assicurazione volontaria malattie in alcuni Paesi.

Fonti: Per gli Stati europei « Bulletin du C.E.A. »; per U.S.A. « Data - Source book of health insurance - 1967 ».

N. 1

STATI	1963	1964	1965	1966	1967
	<i>in milioni di lire</i>				
Austria . . .	17.370	19.200	21.670	25.000	27.800
Belgio . . .	520	480	400	450 *	....
Germania occ.	286.050	319.640	358.020	404.350	460.000 *
Francia . . .	....	60.000	....	....	38.000
Irlanda . . .	690	....	870	870 *	....
Italia . . . .	....	....	....	....	2.000
Lussemburgo	7,8	9,1	10,4	11,7 *	....
Olanda . . .	14.600	16.050	21.980	27.680 *	....
Spagna . . .	....	....	13.630	15.000 *	....
Svezia . . .	19.570	21.390	23.320	25.400 *	....
Svizzera . .	7.366	9.164	11.382	13.746	16.360
Stati Uniti. }	3.840.000	4.230.000	4.600.000	5.000.000	5.200.000 *
	6.310.000	6.930.000	7.560.000	7.930.000	8.300.000 *

(*) Stima.

N.B. — Per gli Stati Uniti, la prima linea indica i premi incassati dalle sole compagnie di assicurazione, mentre la seconda linea comprende anche i contributi versati ad altre organizzazioni per forme mutualistiche volontarie (Blue Shields ecc.).

Una situazione del tutto particolare, per ragioni che saranno più oltre esposte, è quella degli Stati Uniti d'America, dove, a fine 1966, risultavano protetti da una forma di assicurazione volontaria contro le malattie 158 milioni di persone e cioè l'82% della popolazione, con un aumento del 3% nel numero dei cittadini assistiti, rispetto all'anno precedente. I premi incassati da tutte le organizzazioni volontarie d'assicurazione, nel 1966, sono ammontati a 12,7 miliardi di dollari (e cioè a circa 8.000 miliardi di lire).

A fine 1967 le persone protette sono salite a 164 milioni.

Un altro indice della diffusione raggiunta dalle assicurazioni volontarie di malattia è fornito dallo specchio n. 2, ricavato dai dati raccolti dall'O.C.D.E.:

Assicurazione malattie
Incasso premi delle compagnie private rapportato alla popolazione
(in unità di conto e cioè in dollari)

N. 2

STATI	1964	1965	STATI	1964	1965
Germania occ.	8,74	9,71	Lussemburgo	0,03	0,04
Austria	4,26	4,82	Olanda	1,92	2,85
Belgio	0,07	0,06	Svezia	4,26	4,59
Spagna	0,57	0,71	Svizzera	2,54	3,10
Irlanda	0,49	—			

Si può aggiungere che negli Stati Uniti d'America l'analogo dato è di 58 dollari nel 1964, di 63 dollari nel 1965 e di 66 dollari nel 1966.

Secondo stime presuntive di esperti, si può ritenere che i premi relativi ad assicurazioni malattie abbiano raggiunto, nel 1967, i valori di cui alla tab. n. 3, calcolati in lire italiane:

Incasso premi e contributi per assicurazioni volontarie malattie per abitante (1967)

N. 3

STATI	Lit.
Austria	3.600
Belgio	45
Germania Occidentale	7.500
Francia	760
Irlanda	300
Italia	38
Lussemburgo	38
Olanda	2.700
Spagna	560
Svezia	3.200
Svizzera	2.600
Stati Uniti	41.000

Dato il diverso regime di gestione delle assicurazioni sociali nei diversi Paesi considerati, i dati prima esposti sono solo approssimativamente indicativi della diffusione delle assicurazioni malattie, presso gli assicuratori privati, in forma volontaria.

Per l'Italia mancano dati statistici, perché l'assicurazione volontaria malattie sta movendo i primi passi da pochi anni ed i premi raccolti sono per la maggior parte sommati, senza distinzione, con quelli infortuni.

In via di presunzione si può ritenere che l'incasso relativo ad assicurazioni volontarie di malattia si aggiri su due miliardi di lire.

C) - *Caratteri dell'assicurazione volontaria malattie* (che in seguito, per brevità, indicheremo con la sigla A. V. M.).

1) *Sfera di attività*. In quasi tutti i Paesi occidentali del continente europeo (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia) e delle Isole Britanniche (Regno Unito e Irlanda) la protezione contro il rischio di malattia è attuata in larga misura dalle assicurazioni sociali o da istituti di diritto pubblico o da un servizio nazionale di sanità.

In Svizzera, una assicurazione obbligatoria, generale o parziale, è imposta soltanto da qualche cantone o comune.

Di conseguenza, la sfera di attività dell'A.V.M. comprende:

- assicurazioni di persone o gruppi di persone non soggetti all'obbligo delle assicurazioni sociali (ad esempio, in Italia gli imprenditori);
- assicurazioni di persone o gruppi di persone che preferiscono usufruire delle prestazioni delle imprese private piuttosto che dei servizi sociali cui avrebbero diritto;
- assicurazioni complementari che integrano le prestazioni delle assicurazioni obbligatorie o della sicurezza sociale.

2) *Condizioni d'esercizio per le imprese*. L'assicurazione contro le malattie è una assicurazione di danno, che può coprire tanto il danno emergente (spese di cura ecc.) quanto il lucro cessante (perdita temporanea della capacità lavorativa); può essere gestita da società specializzate (come è d'obbligo in Germania) o da società miste (e cioè che esercitano promiscuamente diversi rami).

Nelle società miste (multirami) può essere esercitata come ramo a sé stante o come accessorio di altro ramo (in genere del ramo infortuni, ma a volte — ad esempio in Svezia — del ramo vita).

Le norme che regolano l'autorizzazione all'esercizio e la vigilanza statale sono in genere eguali a quelle riguardanti gli altri rami. Comprendono abitualmente disposizioni sulla natura giuridica dell'impresa, necessità di richiesta d'autorizzazione all'autorità di vigilanza, presentazione di statuto, prescrizioni di carattere finanziario (capitale minimo, a volte fondo d'organizzazione e deposito di cauzione), presentazione del piano d'esercizio (tariffe, condizioni generali di assicurazione, moduli di polizze, riserve tecniche, piano di riassicurazione).

Debbono poi essere sottoposte all'autorità di vigilanza le eventuali modifiche successivamente introdotte alle basi originariamente approvate.

Un rendiconto annuale, comprendente il bilancio (stato patrimoniale) ed il conto profitti-perdite, deve essere redatto in modo che l'autorità possa controllare periodicamente la solvibilità dell'impresa, a garanzia degli assicurati.

Fanno eccezione al sistema sopra descritto la Svezia, dove i contratti sono controllati a posteriori, i Paesi Bassi ed il Regno Unito, ove non esiste controllo di contratti e di tariffe.

3) *Prestazioni*. Nell'assicurazione malattia si distinguono abitualmente le prestazioni in due grandi categorie:

- prestazioni in natura;
- prestazioni in denaro.

L'assicurazione volontaria opera quasi sempre nel campo delle prestazioni in denaro, sia per rispettare le libertà di scelta dell'assicurato — tanto per quanto riguarda i medici che i farmaci, i metodi di cure e le cliniche — sia per evidenti ragioni di carattere organizzativo.

Scopo fondamentale dell'assicurazione è quello di procurare i mezzi economici necessari al momento del bisogno. A questa esigenza risponde l'A.V.M. in due modi:

a) garantendo *una indennità giornaliera* per coprire la perdita di guadagni determinata dalla malattia.

Si tratta di una assicurazione di somme e cioè di importi fissi predeterminati, la cui misura è liberamente convenuta fra le parti; di conseguenza non corrisponde necessariamente alla perdita di guadagno *effettiva*, subita dall'assicurato per effetto della malattia.

In principio, per non dare luogo a speculazioni ed abuso, l'indennità non deve mai essere pattuita in misura superiore al reale guadagno dell'assicurato, al massimo può essere pari, di norma viene stabilita in misura inferiore (in genere dal 70 al 90% del guadagno normale). Soltanto così può essere eliminata la tentazione di protrarre la malattia, quando sopravvenga, o peggio ancora di trasformare in malattia, ai fini assicurativi, ogni lieve indisposizione, che di per sé non richiederebbe astensione dal lavoro.

La misura dell'indennità giornaliera può anche variare secondo il grado di incapacità al lavoro.

E' evidente che il livello dell'indennità giornaliera è in funzione di un insieme di fattori economico-sociali, fra i quali sono preminenti il reddito individuale ed il genere di occupazione.

La durata delle prestazioni di malattia non è uniforme nei diversi Paesi e nei vari sistemi adottati dalle imprese: varia da 90 a 720 giorni (naturalmente la prima cifra si riferisce ad ogni periodo annuale, mentre la seconda — che trova applicazione in Svizzera — è relativa ad un periodo di 900 giorni consecutivi).

Vi è, però, quasi sempre una carenza iniziale, e cioè un breve periodo, che si potrebbe definire d'attesa, durante il quale ogni caso di malattia non determina il diritto a prestazioni; ha lo scopo di eliminare dalla risarcibilità le più lievi infermità. Tale carenza, generalmente, va da 3 a 7 giorni, in qualche caso è abolita, in casi speciali è protratta fino a 2 anni;

b) con l'assicurazione delle spese di malattia (da alcuni definite impropriamente spese di guarigione, perché purtroppo non tutte le malattie si concludono favorevolmente per l'ammalato).

L'assicurazione delle spese di malattia può comprendere le spese sostenute in conseguenza di malattia:

- per cure mediche, generiche e specialistiche;
- per diagnosi e analisi;
- per medicinali;
- per operazioni chirurgiche;
- per ricovero in ospedali e case di cura.

Come è naturale, l'assicurato può prescegliere una protezione completa, richiedendo la copertura per tutte le prestazioni sopra elencate o può garantirsi soltanto per qualcuna di esse (ad esempio l'assicurazione può essere limitata alle sole cure ospedaliere); oppure l'assicurazione può riguardare soltanto la differenza di spese per il ricovero ospedaliero in classe diversa da quella offerta dalle assicurazioni sociali.

In alcuni Paesi sono riconosciuti concorsi di spese per protesi, occhiali, apparecchi acustici, ecc.

L'assicurazione delle spese di malattia è trattata come una assicurazione danni: di conseguenza non possono essere prese in considerazione che le spese reali, in base alle notule dei medici, delle farmacie, degli ospedali.

Per eliminare l'influenza dei fattori soggettivi, che potrebbero alterare il valore del rischio, con pregiudizio del calcolato equilibrio fra premi e prestazioni, sono applicati diversi dispositivi:

- partecipazione dell'assicurato alle spese, che rimangono a suo carico per una determinata quota-parte;
- applicazione di una franchigia; ciò significa che le prestazioni dell'assicuratore cominciano a maturare solo quando le spese superano un determinato limite per ogni caso di malattia, per ogni anno o per famiglia. La franchigia ha per obiettivo di eliminare dalla copertura assicurativa i casi più lievi, che ciascuno può sopportare in proprio e che, se riconosciuti, eleverebbero i costi delle prestazioni (e di conseguenza il premio richiesto agli assicurati);
- adozione di tariffe prestabilite per le prestazioni mediche e ospedaliere; in tal caso sono fissati preventivamente i prezzi di ciascuna visita medica generica, di quelle specialistiche, gli importi rimborsabili per ogni giorno di degenza in case di cura, per ogni intervento chirurgico, con una elencazione dettagliata dei vari tipi di operazione oppure con una classificazione, generalmente in tre gruppi: piccoli, medi e grandi interventi.

Lo scopo di queste misure è di sottrarre le prestazioni allo squilibrio che potrebbe essere provocato sia da fattori soggettivi dell'assicurato, sia dalla eccessiva onerosità di onorari reclamati da alcuni medici o di rette imposte da alcune cliniche.

Se non esistessero limiti alle prestazioni si verificherebbe inevitabilmente una tendenza generale a ricorrere soltanto all'opera dei medici più illustri e delle case di cura più rinomate, creando così un enorme aggravio di costi e una disfunzione nel servizio sanitario.

Le prestazioni possono trovare un limite anche con altri sistemi: attraverso la fissazione di massimi di indennizzo per ogni malattia, oppure per anno, sia come importo che come durata di prestazioni.

I meccanismi assicurativi sopra indicati non precludono tuttavia la possibilità di adeguare le coperture alle esigenze individuali degli assicurati, che provengono da tutti i ceti sociali. Secondo le rispettive posizioni economiche, le località di residenza, le protezioni sanitarie di cui già dispongono, gli assicurandi hanno a disposizione una gamma di combinazioni, con diverse prestazioni, tariffe, franchigie, alle quali corrispondono graduazioni di premi; fra di esse ciascuno può scegliere la forma che ritiene più adatta al suo caso.

4) *Struttura dei contratti d'assicurazione.* Nel quadro delle leggi che regolano in generale il contratto d'assicurazione e la vigilanza dell'autorità preposta alla tutela degli assicurati, le imprese possono liberamente formulare i tipi di garanzia, le condizioni d'assicurazione, le tariffe da prospettare al pubblico.

Soltanto in Spagna è prescritto un limite minimo di prestazioni in caso di ricovero in ospedale.

a) Quanto alla *forma dei contratti*, si distinguono:

- *le assicurazioni individuali* e cioè quelle stipulate da una persona singola: ad ogni assicurato viene rilasciata dall'impresa una polizza;
- *le assicurazioni cumulative* (ammesse in tutti i Paesi, fuorché in Finlandia): con un solo contratto, un unico contraente stipula una copertura assicurativa per un gruppo, più o meno vasto, di persone.

Ricorrono sovente a questa forma di assicurazione:

- datori di lavoro per i loro dipendenti; a volte la stipulazione di una polizza ha carattere obbligatorio, perché è imposta da un contratto collettivo di lavoro;
- associazioni professionali o di categoria per i loro iscritti; talvolta queste associazioni stipulano, con una o più imprese di assicurazione, convenzioni-tipo, che trovano poi applicazione in contratti cumulativi di assicurazione sottoscritti dagli organismi regionali o locali per i rispettivi aderenti;
- mutue sanitarie, per garantire prestazioni complementari o integrazioni di trattamento ai propri soci;
- aziende commerciali per i clienti di vendita a rate, per i partecipanti a corsi di istruzione, per viaggi collettivi all'estero.

Nelle assicurazioni cumulative le prestazioni sono determinate in base a regole o criteri uniformi: ad esempio l'indennità giornaliera per i lavoratori dipendenti è stabilita, in genere, sulla base di una determinazione percentuale della retribuzione.

— *le assicurazioni familiari.*

Una sola polizza può assicurare il nucleo di tutti i componenti di una famiglia o almeno diversi fra essi.

Vi è un grave rischio di antiselezione quando la copertura non è estesa a tutto il nucleo; in genere il premio tiene conto del numero delle persone assicurate.

b) *Modalità d'assunzione.* Nelle assicurazioni individuali l'assicurato deve rispondere ad un questionario, predisposto dalla compagnia e contenuto nella pro-

posta di assicurazione, circa il suo stato di salute attuale, le malattie pregresse, le minorazioni fisiche e imperfezioni funzionali in atto.

Quando lo ritenga necessario, l'impresa può richiedere una visita medica.

In caso di rischi aggravati sono richiesti soprapremi o determinate esclusioni di garanzia.

Le conseguenze della reticenza nelle dichiarazioni dell'assicurato sono in genere regolate dalla legge.

Nelle assicurazioni collettive si segue una procedura più semplice; di solito non si chiedono visite mediche e ci si accontenta di una semplice dichiarazione generica di buona salute. Quando poi il gruppo è sufficientemente ampio, tanto da far presumere scomparso il rischio di antiselezione, si può prescindere da ogni limitazione.

c) La durata del contratto d'assicurazione può essere breve (da meno di 1 anno fino a 10 anni), oppure a lungo termine (ad esempio fino al raggiungimento di una età prestabilita — in genere 60 o 65 anni — oppure anche per l'intera vita).

Nelle assicurazioni cumulative la durata di solito è breve, consentendo così un più facile adattamento, ad ogni scadenza, alle mutate condizioni del rischio.

d) Il premio dei contratti, anche a lungo termine, nelle assicurazioni individuali è generalmente in relazione all'età di entrata in assicurazione e resta invariato per tutta la durata del contratto.

Nelle assicurazioni cumulative si applica di solito un premio medio, che tiene conto della composizione del gruppo per età.

Clausole di adeguamento dei premi sono a volte contenute nei contratti per consentire di applicare anche ai contratti in corso le variazioni di tariffe, determinate da rincaro dei costi; in Germania, Francia, Austria, alcune compagnie utilizzano una clausola « d'indicizzazione » (*indexation*) che prevede, al verificarsi di certe condizioni, un automatico adeguamento dei premi e delle prestazioni.

5) *Struttura tecnica dell'assicurazione malattia.*

a) Le tariffe delle assicurazioni vita sono calcolate sulla base di appropriate tavole di mortalità; analogamente, nelle assicurazioni di malattia la valutazione del rischio, in una gestione tecnicamente condotta, si fonda sulle tavole di morbilità.

Quando una impresa di assicurazione ha una massa di esperienze sufficientemente vasta può costruirsi proprie tavole di morbilità, ricavando dal proprio portafoglio di contratti i dati occorrenti.

Quando ciò non sia possibile, si ricorre alla somma delle esperienze compiute da varie imprese, creando così una base statistica comune.

Quando infine manchino tali presupposti, si possono utilizzare tavole di morbilità generali o di altri organismi non assicurativi, adattandole alle proprie esigenze ed impostazioni di lavoro.

In ogni caso è di fondamentale importanza, nella predisposizione delle basi tecniche, l'esperienza e la sensibilità dell'assicuratore.

Si deve tener presente, infatti, che la gestione dell'assicurazione malattie presenta particolari difficoltà per l'assicuratore, perché il fenomeno dell'antiselezione opera con maggiore facilità ed intensità che negli altri settori dell'assicura-

zione volontaria. Controlli, carenze e franchigie sono gli strumenti utilizzati per normalizzare il rischio.

Precise basi tecniche per le tariffe dei premi sono imposte dall'autorità di vigilanza in Germania, Svizzera e Spagna; l'approvazione delle basi è richiesta negli altri Paesi europei, salvo che nel Regno Unito e nei Paesi Bassi.

b) I coefficienti di morbilità, che possono essere ricavati dalle varie tavole, variano da Paese a Paese, per una quantità di fattori che influiscono sulla salute, sia che si tratti della popolazione in generale sia che riguardino particolari gruppi di persone.

A titolo di illustrazione, si riporta alle pagine 90 e 91 uno specchio di confronto fra l'esperienza italiana dell'INAM e quella di altre fonti europee.

Pur nella diversità dei tracciati, che riflette una disparità di esperienze, si può rilevare un andamento comune, che pone in rilievo l'influenza di un fattore essenziale: l'età.

Nonostante qualche contrastante parere espresso nel primo Convegno internazionale sull'assicurazione malattie, svoltosi a Dublino nel 1966, si può affermare che la generalità degli assicuratori considera l'età come componente predominante del coefficiente di morbilità.

La constatazione che il coefficiente di morbilità è funzione dell'età consente di utilizzare un procedimento analogo a quello applicato al tasso di mortalità nelle assicurazioni vita: si possono cioè determinare premi annui *costanti* tanto per una assicurazione vitalizia dell'indennità giornaliera di malattia quanto per una assicurazione di durata temporanea.

Così pure per le spese mediche e per le altre prestazioni di malattia si può ricavare il costo annuale, tenuto conto che il costo medio per più garanzie è la somma dei costi medi per ciascuna singola garanzia.

Naturalmente il valore del coefficiente di morbilità, così determinato, varia in funzione di eventuali franchigie, di limiti di durata indennizzabile, di massimali o di riferimento, per i rimborsi, a tariffe ufficiali.

Nella maggior parte dei Paesi le tariffe dei premi tengono anche conto di una maggiore morbilità delle donne, sia per mezzo di tavole di morbilità differenziate, sia per mezzo di speciali caricamenti applicati alla tariffa maschile.

La determinazione di un premio costante, fissato in base all'età dell'assicurato all'ingresso in assicurazione, rende sopportabile l'onere per l'assicurato, che altrimenti si troverebbe gravato di un peso insostenibile con il progredire dell'età; contribuisce, inoltre, alla stabilità dei portafogli assicurativi, perché l'assicurato, che avesse abbandonato un contratto in corso e volesse stipularne un altro ad età più avanzata, dovrebbe rassegnarsi al pagamento di un premio maggiore, a parità di garanzia.

Naturalmente il premio costante, commisurato all'età d'ingresso in assicurazione, comporta l'accantonamento di una riserva matematica.

c) Diversi sistemi di partecipazione agli utili o di parziale rimborso dei premi sono applicati in vari Paesi, quando l'andamento dei sinistri sia favorevole.

Vi sono sistemi che tengono conto dell'andamento di ciascuna polizza, indipendentemente dal risultato complessivo del ramo; altri che ripartiscono su tutte le polizze gli utili che derivassero dalla gestione generale di tutti i contratti di assicurazione malattie.

La distribuzione di tali benefici può avvenire sotto forma di riduzione del premio, oppure di aumento delle prestazioni, oppure di accumulo con interesse o come « bonus » alla scadenza del contratto o attraverso ripartizione degli utili generali sui contratti non sinistrati.

La crescente diffusione di tali sistemi, che nella molteplicità delle forme tendono tutti ad instaurare un rapporto quanto più possibile equo fra assicurato ed assicuratore, è favorita anche dalla convinzione che essi spieghino una efficace azione nei confronti del rischio soggettivo.

d) L'esercizio dell'attività assicurativa è soggetto alla necessità di creare adeguate riserve.

La legge o l'autorità di vigilanza impongono in ogni Paese e per tutti i rami esercitati riserve tecniche per il riporto dei premi non consumati nell'anno e per i sinistri ancora da pagare. Soltanto nel Regno Unito, in Irlanda e nei Paesi Bassi non vi sono prescrizioni di legge sull'ammontare delle riserve, ma l'autorità di vigilanza ha il diritto di controllarne la congruità.

Vi sono però altre riserve imposte dalla tecnica del ramo malattie e sono:

- le riserve d'invecchiamento, necessarie per i contratti di lunga durata a premio costante;
- le riserve per rischi aggravati;
- le riserve per rimborso di premi, in dipendenza del risultato di singole polizze, quando il rimborso sia dovuto indipendentemente dal risultato generale del ramo;
- le riserve per fluttuazione di rischio o per epidemie.

Le riserve d'invecchiamento sono calcolate con metodi attuariali, ma possono anche essere valutate in blocco, con criteri empirici ed approssimativi.

VI - Lo sviluppo dell'A. V. M. in alcune Nazioni

Riteniamo utile indicare, qui di seguito e sia pure succintamente, lo stato e lo sviluppo delle assicurazioni volontarie contro le malattie in alcuni Paesi, dove tale forma di previdenza ha assunto una particolare diffusione ed importanza.

A) - Germania Occidentale.

Le imprese private di assicurazione malattie, a fine 1966, erano 67 (contro 99 esercenti il ramo vita e 124 gli altri rami danni); di esse 58 erano a forma mutualistica, 8 società per azioni, 1 ente di diritto pubblico.

I premi complessivamente incassati ammontavano a 2.592 milioni di marchi, con un incremento del 13% sul 1965; di essi il 60,41% era incassato dalle mutue, il 38,07% dalle società per azioni e l'1,52% dall'ente di diritto pubblico; il totale era composto da 1.727 milioni di D.M. incassati per assicurazioni relative a rimborso spese di malattia, 694 milioni per assicurazioni parziali autonome e 171 milioni per diarie di malattia.

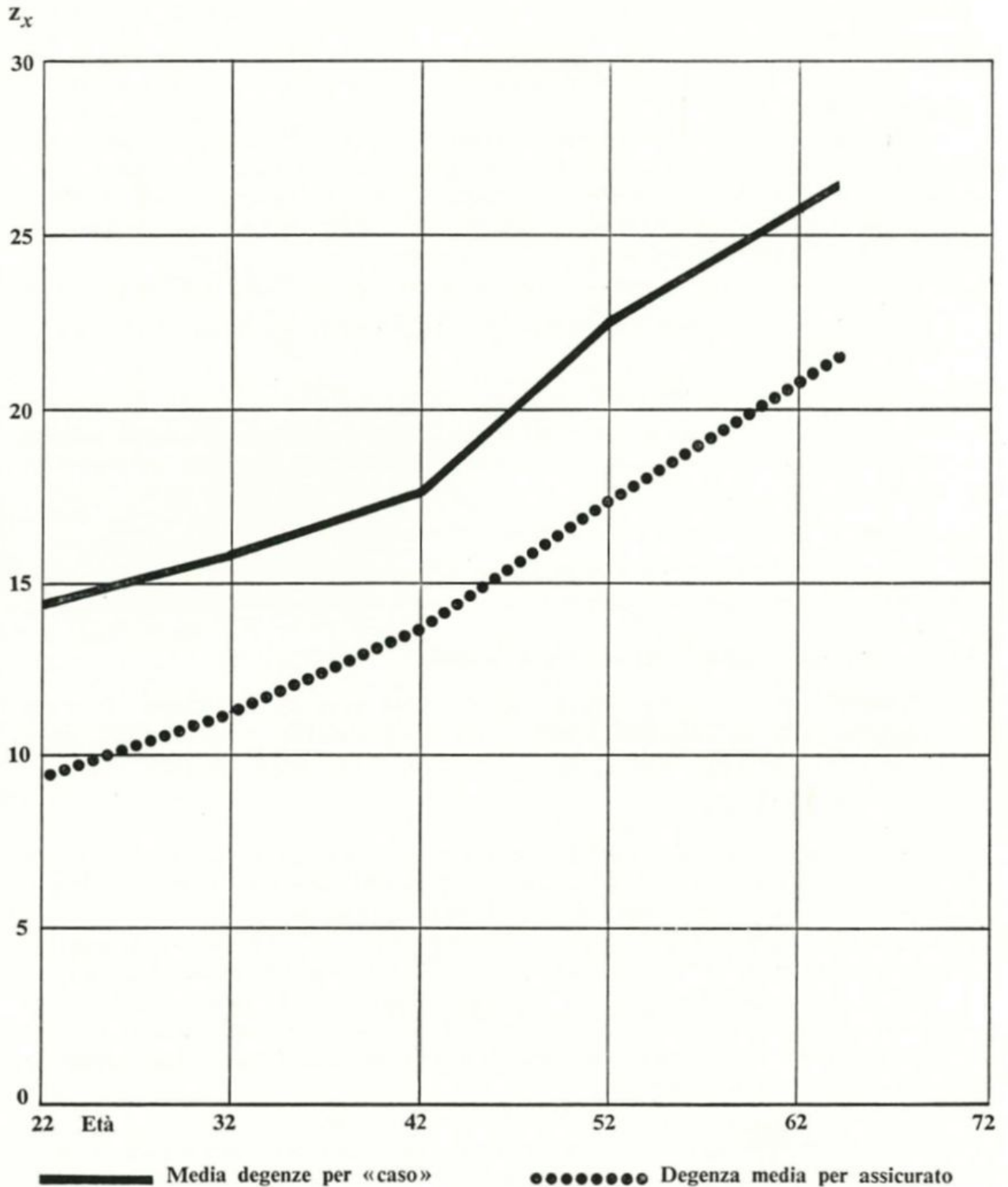
L'incasso del 1967 è stimato in 3.000 milioni D.M.

Le assicurazioni in corso, a fine 1966, raggiungevano l'imponente numero di 16.926.456, delle quali 6.639.020 definite di « piena assicurazione » riguar-

RAFFRONTO TRA L'ESPERIENZA ITALIANA ED ALTRE FONTI EUROPEE

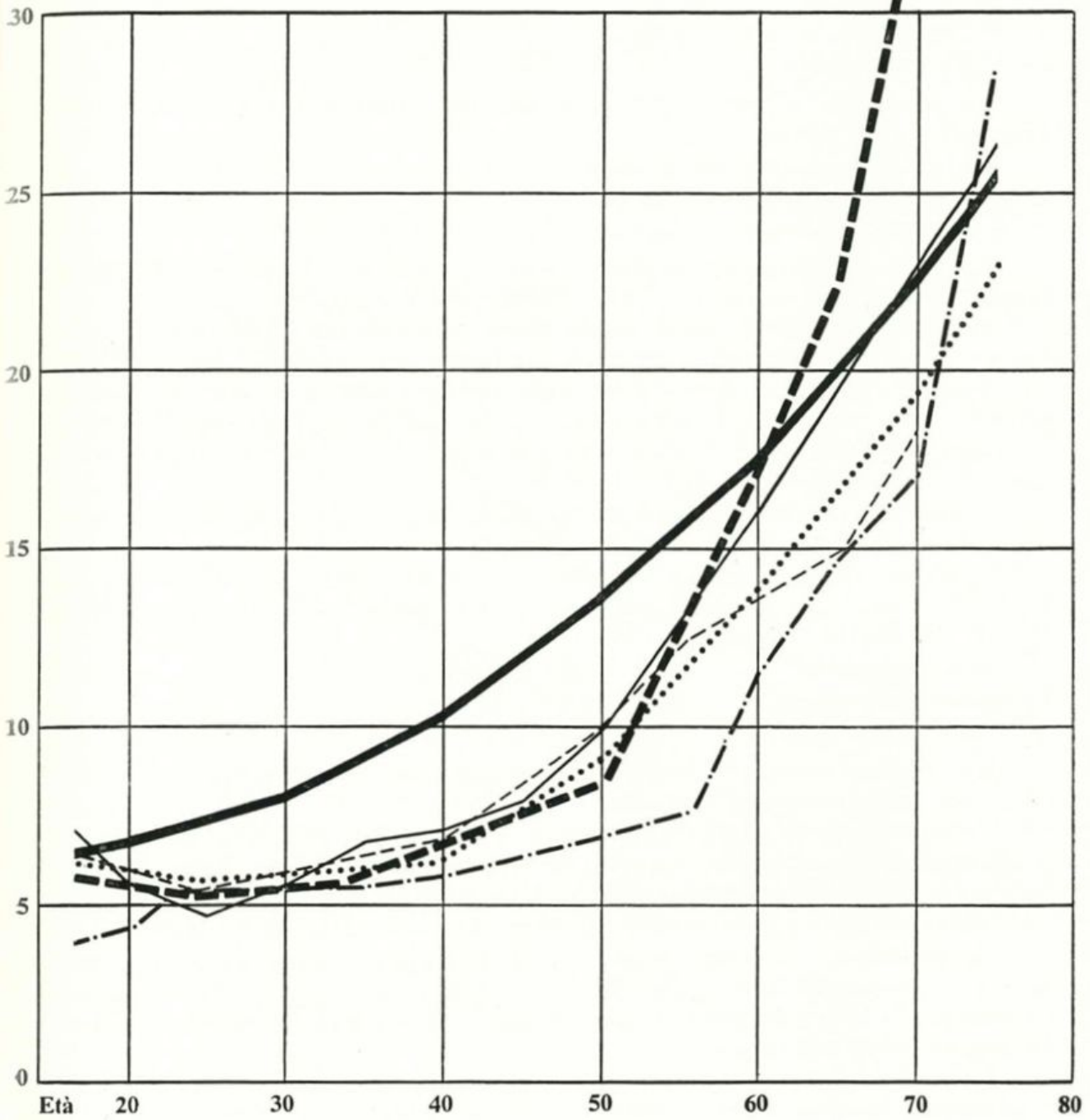
A.m. Inabilità temporanea - Coefficienti di morbilità: $z_x = \frac{n_x}{l_x}$

ITALIA 1960 (INAM)



GIORNATE DI MALATTIA

Numero medio
annuo per individuo



Leipzig 1904-1929
 Samuel Dumas
 Attuari inglesi
 Moser
 Kinhelm
 Hubbard-Laffitte

davano l'insieme delle spese di malattia, mentre 9.280.193 contemplavano una parziale copertura e 1.007.234 garantivano una diaria di malattia.

La ripartizione degli assicurati fra uomini, donne e bambini era la seguente:

- 42,71% uomini;
- 40,08% donne;
- 17,21% bambini.

Le prestazioni a favore degli assicurati sono ammontate nel 1966 a 1.847 milioni di D.M.; di esse:

- il 40,88% è spettato agli uomini;
- il 49,00% è spettato alle donne;
- il 10,12% è spettato ai bambini.

La voce « medici e spese d'operazione » costituisce il capitolo di maggior rilievo, perché rappresenta il 26,85% delle prestazioni globali.

La voce « ospedali e case di cura » grava sul totale per un ulteriore 23,32%, mentre la voce « medicine e mezzi di medicazione » partecipa per il 15,40%.

Volendo poi tener conto delle appostazioni tecniche a riserva, l'insieme generale delle prestazioni a carico delle imprese sale a 2.087 milioni di D.M.

La percentuale danni a premi ammontante al 71,26% sale all'80,52% ove si tenga conto delle predette riserve tecniche.

Le spese di amministrazione hanno inciso per il 7,96%, quelle di acquisto per il 9%, quelle di liquidazione dei danni per il 3,4%.

Il grande sviluppo delle assicurazioni volontarie contro le malattie, in Germania, è misurato da un confronto fra i premi incassati nei vari settori dell'industria assicurativa tedesca nel 1966:

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| — assicurazione vita | D.M. 6.628 milioni |
| — assicurazione danni | D.M. 5.687 » |
| — assicurazione malattia | D.M. 2.592 » |

Ciò significa che il 17% dei premi incassati in Germania, fra tutti i rami, appartiene all'assicurazione malattia.

Presupposto e causa fondamentale di tale sviluppo, oltre alla naturale propensione di un popolo civile verso le più elevate forme di previdenza, è il limitato ambito delle assicurazioni sociali, in base alla concezione che queste debbono provvedere soltanto ad un minimo di prestazioni alle classi meno abbienti.

Le persone o categorie sociali fornite di maggiori mezzi debbono provvedere da sé stesse alla propria protezione. Vi è in tutto ciò un profondo senso di rispetto per la libera decisione di ogni cittadino ed un implicito richiamo al senso di responsabilità individuale.

La legge, infatti, comprende nell'obbligo delle assicurazioni sociali soltanto i lavoratori dipendenti che dispongano di una retribuzione annuale inferiore a 10.800 D.M.

L'assicurazione volontaria è praticata in forma di:

- assicurazione completa delle spese di guarigione per le persone non soggette all'assicurazione obbligatoria;
- assicurazione parziale delle spese di guarigione e assicurazione di indennità giornaliera per tutte le classi della popolazione (a complemento dell'assicurazione obbligatoria, ove l'assicurato ne sia soggetto).

B) - Svizzera.

Un obbligo di legge all'assicurazione malattia esiste solo in qualche cantone e comune per determinate categorie di persone; in tutto il resto del Paese l'assicurazione è facoltativa, sia per le classi abbienti che per le più modeste.

Operano nel settore 18 imprese private (per azioni o cooperative), che esercitano l'assicurazione malattia come assicurazione indipendente; altre 13 imprese private l'esercitano come assicurazione complementare a quella vita.

Si stipulano sia assicurazioni individuali che collettive (per lavoratori dipendenti o membri di associazioni); il finanziamento è a carico degli stessi assicurati o degli imprenditori, senza alcun contributo da parte dello Stato; le prestazioni comprendono: spese di guarigione in generale, cure e rette ospedaliere, indennità giornaliera.

Gli assicurati, che erano 40.000 nel 1950, erano già saliti a 300.000 nel 1963; i premi incassati sono aumentati da 4 milioni di Fr. Sv. nel 1950 a 51 milioni nel 1963 e a 94,8 milioni nel 1966, con un aumento del 20% sul 1965.

Le prestazioni sono passate da 12,1 milioni nel 1963 a 52,6 milioni nel 1966 (oltre a 3,4 milioni per rimborso di premi e partecipazioni).

Le riserve tecniche raggiungevano, a fine 1966, l'importo di 97 milioni di franchi svizzeri.

E' motivo di preoccupazione, per gli assicuratori svizzeri, l'aggravamento dell'onere per i sinistri, verificatosi nel settore delle spese di guarigione.

Nelle assicurazioni individuali di indennità giornaliera il rischio è rimasto all'incirca stabile, perché — trattandosi di assicurazione di somme, predeterminate in misura fissa dal contratto — il rischio non è soggetto all'influenza del rincaro dei costi, ma dipende soltanto dalla frequenza e dalla durata della malattia; invece, nell'assicurazione delle spese di guarigione ha agito negativamente il continuo rincaro generale dei prezzi, l'introduzione di nuovi medicinali e di nuovi mezzi o sistemi terapeutici, la possibilità di operazioni sempre più difficili e quindi più costose, l'aumento di costo dei ricoveri ospedalieri e dei trattamenti ambulatoriali.

Nelle assicurazioni collettive ha influito anche il ribasso dei premi, dovuto a ragioni di concorrenza.

Il tasso « effettivo » dei sinistri rispetto ai premi è risultato, nel 1966, del 62% per le assicurazioni di indennità giornaliera, dell'81% per le spese di guarigione.

Non va poi dimenticato che le imprese di assicurazione debbono costituire una riserva d'invecchiamento per tutti i contratti che non prevedano il sistema del premio di rischio annuale, ossia per tutte le assicurazioni individuali.

L'alimentazione di tale riserva assorbe dal 10 al 30% dei relativi premi.

C) - Austria.

L'assicurazione malattia è esercitata in forma autonoma da 6 imprese private (per azioni o mutue); qualche altra impresa l'esercita come assicurazione complementare a quella vita o infortuni.

Gli assicurati provengono dalle persone non soggette all'obbligo delle assicurazioni sociali, oppure dagli stessi obbligati, per prestazioni complementari.

Le garanzie riguardano le spese di guarigione in generale, le cure e rette ospedaliere, una indennità giornaliera di ospedalità.

Gli assicurati erano 600.000 nel 1950, 1.700.000 nel 1964; i premi erano 59 milioni di scellini nel 1950, 799 milioni nel 1964; nel 1966 avevano raggiunto circa 1 miliardo di scellini.

D) - *Francia.*

Beneficia della sicurezza sociale l'89% della popolazione, ma le prestazioni sono limitate all'80% delle spese di guarigione, cura e degenza in ospedale; è pure prevista una indennità giornaliera.

L'assicurazione volontaria è esercitata da 146 imprese francesi e 82 straniere (società per azioni e mutue) oltre che da un ente di diritto pubblico; è esercitata sia in forma autonoma, che combinata con una assicurazione infortuni; copre le spese di guarigione in generale (comprese cure e degenza in ospedale) per le persone non protette dalla sicurezza sociale (commercianti, professionisti, dirigenti, artisti) (1) e garantisce una indennità giornaliera, come complemento delle spese di guarigione.

Nel 1964 i premi incassati ammontavano a 574 milioni di franchi.

E) - *Olanda.*

L'assicurazione volontaria è esercitata da circa 150 imprese (società per azioni, mutue, cooperative, fondazioni) e da qualche cassa di assicurazione, come assicurazione di malattia indipendente.

Come complemento all'assicurazione vita o infortuni è praticata da molte altre imprese.

Posto che le assicurazioni sociali sono obbligatorie per quasi tutti i salariati con retribuzione inferiore a 10.000 fiorini, ricorrono alle assicurazioni private facoltative soprattutto gli appartenenti alle classi medie, i funzionari di categoria superiore, i lavoratori indipendenti. Nel 1964 gli assicurati volontari erano 2,5 milioni.

L'incasso dei premi dal 1963 al 1966 è quasi raddoppiato.

F) - *Regno Unito.*

Come è noto, vige in Gran Bretagna un regime di sicurezza sociale, esteso a tutta la popolazione. Nel luglio del 1948 è stato istituito un servizio di sanità nazionale — *National Health Service* — per migliorare le condizioni fisiche e psichiche dei cittadini, provvedendo alla prevenzione, diagnosi ed assistenza di malattia.

Ogni persona ha diritto a cure gratuite e chiunque svolga un lavoro retribuito riceve, in caso di malattia, una indennità settimanale per perdita di reddito.

Si sarebbe portati a pensare che non vi siano possibilità di sviluppo per l'assicurazione volontaria. I fatti, invece, hanno dimostrato che in sempre maggiore misura avviene il ricorso alla previdenza privata, per ottenere tutte quelle prestazioni che il servizio sanitario nazionale non può offrire.

(1) Per i lavoratori indipendenti, il regime dell'assicurazione obbligatoria malattie entrerà in vigore il 1° ottobre 1968.

Tre diversi tipi di enti esercitano l'assicurazione volontaria malattie:

1 - *Società di mutuo soccorso* (Friendly Societies). Ne sono registrate ben 9.782 (comprese le filiali), che assommavano nel 1963 circa 5,8 milioni di associati, appartenenti in genere a classi con reddito inferiore e medio; le prestazioni offerte sono essenzialmente indennità giornaliera, ma in parte anche comprendono spese di guarigione.

2 - *Provident Associations*. Ve ne sono 3 registrate, che nel 1964 assicuravano 1.200.000 persone ed incassavano premi per 7,3 milioni di sterline; ricorrono ad esse, in genere, persone fornite di un certo reddito; l'assicurazione copre soprattutto cure e degenza in ospedali e cliniche private.

3 - *Imprese private di assicurazione (per azioni o cooperative)*. Una sola società esercita l'assicurazione malattia in forma indipendente; 9 società offrono assicurazioni di lunga durata come complemento di assicurazioni infortuni; circa 150 società assumono assicurazioni di breve durata come accessorio di assicurazioni infortuni; sono garantite, in genere, le spese di guarigione (soprattutto per viaggi all'estero) e indennità giornaliera.

Gli assicurati erano 91.000 nel 1964 e pagavano premi per 1,7 milioni di sterline.

Al già citato Congresso di Dublino è stato posto in rilievo che le assicurazioni volontarie soddisfano le esigenze del pubblico, rispettando la libertà di scelta del cittadino per quanto riguarda il medico, la casa di cura ed il tipo di assistenza desiderati; hanno inoltre il pregio di mantenere il contatto diretto fra medico e paziente.

G) - *Stati Uniti*.

Negli U.S.A. l'assicurazione malattie è pressoché totalmente lasciata alla iniziativa privata, il che non implica però un completo dominio del mercato da parte delle compagnie di assicurazione; accanto ad esse, che gestiscono il rischio nella classica forma del pagamento diretto all'assicurato delle diarie e dei rimborsi — senza alcuna ingerenza nei rapporti tra il paziente e i medici o gli ospedali — lavorano enti, la cui attività è dichiarata senza fini lucrativi, che forniscono una assistenza « diretta » sia sul piano medico che sul piano ospedaliero.

Tale assistenza è quindi fornita da:

a) Insurance Companies;

b) Pre-payment Plans

}	Blue Cross
	Blue Shield
	Medical Society Plans
	Independent Plans

1) *Forme di garanzia*.

— *Hospital expense*: costo della cura ospedaliera;

— *Surgical expense*: pagamento del costo degli interventi;

— *Regular medical expense*: spese mediche per prestazioni non chirurgiche (di norma contemplate solo in caso di ricovero, ma spesso estese a prestazioni ambulatoriali e domiciliari). Sono talvolta incluse le diagnostiche.

- *Major medical expense*: una specie di « secondo rischio » per casi particolarmente gravi, che vanno oltre i massimi delle prestazioni normalmente concesse, sino al massimo specificatamente previsto per questa garanzia, che può raggiungere 10.000 dollari (normalmente 5.000);
- *Loss of income*: diaria di inabilità temporanea.

2) *Distribuzione degli assicurati per tipo di Ente*. Oltre 158 milioni di americani avevano, alla fine del 1966, almeno uno dei tipi di assicurazione malattia tra quelli indicati:

— Insurance Companies	97.404.000
— Blue Cross, Shield and Medical plans	69.750.000
— Independent plans	7.033.000
	174.187.000

La differenza tra le due cifre dipende dal numero delle teste che hanno forme di garanzia sia presso le compagnie che presso i Pre-payment plans.

L'incremento nel numero degli assicurati, che erano soltanto una ventina di milioni nel 1940, è stato, nel 1966, del 3,2% rispetto al 1965.

I premi sottoscritti presso le compagnie ammontavano a 7,7 miliardi di dollari; i versamenti ai Pre-payment plans a 4,9 miliardi.

Complessivamente, sempre nel 1966, gli introiti dell'assicurazione malattie sono ammontati a 12,7 miliardi di dollari.

La quota di reddito personale considerata « disponibile » è stata assorbita dall'assicurazione malattie nella misura del 2,50%.

3) *Distribuzione degli assicurati secondo il tipo di copertura nel 1966.*

Garanzia	Assicurati (in migliaia)
Hospital expense	158.022
Surgical expense	144.715
Regular medical expense	116.492
Major medical expense	56.742
Loss of income	54.374

Il 93% delle persone che hanno la garanzia « Hospital » hanno anche la « Surgical »; il 72% anche la « Regular medical »; il 33% anche la « Major medical » (quest'ultimo dato riguarda solo le compagnie e su di esso è determinante il peso delle assicurazioni collettive).

4) *Sinistri del 1966 (in miliardi di dollari).*

	Hospital expense	Surg. and medical expense	Loss of income
Ins. Companies	2.8	1.6	1.1
Pre-payment plans	3.1	1.5	—
Totals	5.9	3.1	1.1
Totale generale	10,1		

Ai 10,1 miliardi di dollari della tabella occorre aggiungere gli 1,2 miliardi pagati dalle Insurance Companies per la garanzia « Major medical exp. ». Di questi, un miliardo gravava sulle polizze collettive e 100 milioni sulle individuali e/o familiari.

Questi pagamenti rappresentano una alta percentuale del complesso delle spese sanitarie del Paese. Ad esempio i pagamenti per spese ospedaliere sono stati, nel 1966, il 63% del costo totale del servizio.

5) *Dati tecnici della spedalizzazione*: costo medio per giornata di degenza: \$48,15 - durata media gg. 7,9; costo medio per ogni caso di ricovero: \$ 380,88.

Il gigantesco sviluppo delle assicurazioni volontarie malattie in America trae la sua origine dal fatto che l'assistenza sanitaria è lasciata alla iniziativa privata, salvo per alcune limitate categorie di cittadini.

Soltanto dal 1° luglio 1966 per l'assistenza ospedaliera e dal 1° gennaio 1967 per l'assistenza medica è entrato in funzione un programma nazionale di assistenza sanitaria obbligatoria per gli ultra-sessantacinquenni (*Health Insurance of aged act*): esso riguarda 19 milioni di persone.

Tutti gli altri, e cioè oltre il 90% della popolazione, sono protetti da sistemi assicurativi a carattere volontario, gestiti dalla iniziativa privata.

Negli Stati Uniti prevale tuttora il concetto che l'intervento dello Stato deve avvenire soltanto quando esso sia necessario per gli interessi della Nazione e limitatamente ai casi nei quali si sia dimostrata insufficiente l'iniziativa privata.

E' profonda convinzione del popolo americano che una società libera debba sapersi organizzare da sé, per un proprio impulso morale e sociale e non per imposizione di autorità.

VII - L'A. V. M. in Italia

A) - Lo sviluppo imponente delle assicurazioni sociali ed il continuo estendersi delle loro prestazioni a nuovi strati sociali aveva fatto ritenere, in passato, che in Italia non vi fossero quasi spazi liberi per la crescita delle assicurazioni volontarie contro le malattie.

In realtà, l'accrescersi del benessere individuale, determinato dal rapido sviluppo economico nazionale nel secondo dopoguerra, ha creato un parallelo aumento di esigenze morali e materiali, accompagnato e sorretto da un rilevante margine di mezzi disponibili.

Si sono create così le condizioni necessarie e sufficienti perché l'alberello dell'A.V.M. affondasse le sue radici nel fertile terreno ed allargasse l'ombrello dei suoi rami, a protezione di una schiera sempre più ampia di cittadini in cerca di un valido riparo contro le avversità del male.

Non vi è alcuna contrapposizione fra assicurazioni obbligatorie ed assicurazioni volontarie; una volta individuata la funzione integratrice, non concorrenziale delle assicurazioni volontarie nei confronti di quelle obbligatorie, la divisione dei compiti e delle competenze si è prodotta naturalmente, non per opera di legislatore, ma quasi per spontanea germinazione.

Nessuno contesta l'altezza della funzione sociale svolta dalle assicurazioni obbligatorie né alcun organismo privato potrebbe provvedere a tanta vastità di impegni.

Vi sono tuttavia dei vuoti da riempire, dei bisogni da soddisfare, delle esigenze che appartengono a particolari inclinazioni dello spirito umano, per le quali soltanto la duttilità delle iniziative private può soccorrere, nel rispetto della libertà di decisione di ciascun individuo.

B) - Le imprese ufficialmente autorizzate all'esercizio delle assicurazioni malattie, come ramo a sé stante, sono attualmente 7 in Italia. Di esse 5 sono nazionali e fra le due estere una esercita esclusivamente il ramo malattie.

Tali imprese, avendo una gestione indipendente da altri rami, tengono in evidenza, con contabilità separata, i risultati del ramo malattie.

Vi sono però altre 16 imprese nazionali e 5 estere che indicano il ramo malattie fra quelli esercitati; esse considerano le assicurazioni malattie come una garanzia accessoria del ramo infortuni e sommano insieme i risultati.

Varie altre imprese svolgono pure qualche attività, sempre come appendice del ramo infortuni, senza indicare le malattie fra i rami esercitati.

Vi è perciò una situazione, in corso di evoluzione, che corrisponde ad una fase iniziale di sviluppo dell'assicurazione malattia.

In tale stato di cose, non è possibile disporre di attendibili dati statistici globali circa i risultati conseguiti.

Valutazioni di esperti, ma di carattere presuntivo, fanno ammontare, come già detto in precedenza, a circa due miliardi di premi gli introiti delle compagnie nel ramo.

C) - Le rilevazioni compiute da qualche impresa indicano che la massa degli assicurati è composta per il 60% da uomini e per il 40% da donne.

Le posizioni si invertono quando l'andamento delle assicurazioni malattia sia esaminato dal punto di vista dei sinistri.

Risulta infatti che l'incidenza numerica dei sinistri sale all'82% per le donne, mentre si aggira sul 57% per gli uomini.

Anche l'incidenza dei danni rispetto ai premi pone in evidenza un analogo fenomeno: 83% per le donne e 64% per gli uomini.

L'esame delle varie cause di ricovero ospedaliero segnala la forte incidenza delle affezioni all'apparato genitale femminile, con seguito — quasi sempre — di intervento chirurgico, e dei parti distocici.

Le altre principali cause di ricovero sono le appendiciti, le forme epatiche, renali e calcolosiche, le affezioni tonsillari e adenoidee.

D) - *Malattie assicurate*. Abbiamo già detto, all'inizio della nostra esposizione, che sovente si evita di dare una definizione della malattia.

Possiamo però citare alcune definizioni in uso presso compagnie operanti in Italia:

1) « Per malattia si intende ogni alterazione repentina dello stato di salute del tutto indipendente da condizioni patologiche preesistenti alla stipulazione dell'assicurazione o da infermità pregresse, che determini assoluta incapacità dell'Assicurato ad espletare le proprie normali occupazioni e che lo obblighi a ricorrere all'assistenza medica ed ai relativi trattamenti terapeutici (1) ».

(1) Le Assicurazioni d'Italia.

2) « Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da causa traumatica, cioè violenta ed esterna, che non sia la espressione o la conseguenza di situazioni patologiche od anormali preesistenti alla stipulazione del contratto (2) ».

3) « Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute. Sono tuttavia escluse dall'assicurazione tutte le forme morbose che siano espressione o conseguenza di situazioni patologiche o anormali preesistenti alla stipulazione del contratto, le malattie di natura tubercolare, le veneree e le luetiche, le malattie mentali, le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici od all'uso di stupefacenti, le cure e le protesi dentarie, le spese per l'acquisto o la riparazione di apparecchi ortopedici e di protesi in genere, gli interventi per applicazioni di carattere estetico, salvo che siano conseguenti ad infortunio, le malattie dipendenti dalla gravidanza o dal puerperio, il parto normale o fisiologico, le malattie professionali, le malattie che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Sono invece comprese nell'assicurazione le spese di parto avvenuto con intervento chirurgico cruento e sempreché tale evento si verifichi dopo che siano trascorsi dieci mesi dal perfezionamento del contratto.

Fermo quanto sopra, si considerano comprese nell'assicurazione le malattie croniche dalle quali l'Assicurato venga colpito durante il corso del contratto, limitatamente però alla prima manifestazione (3) ».

Quest'ultima definizione, dopo aver enunciato, nella forma più succinta e nello stesso tempo più estensiva, che si intende per malattia « ogni alterazione dello stato di salute » indica poi quali forme morbose siano escluse dalla garanzia assicurativa.

Analogo criterio è applicato anche dalle altre imprese, sia che abbiano o non abbiano definito che cosa è la malattia; ossia, tutte le polizze indicano quali malattie o infermità non diano luogo a prestazioni.

In linea generale, con qualche variante, qualche maggiore o minore esclusione, non sono comprese nell'assicurazione:

- malattie e difetti pregressi;
- malattie per abuso di alcool e narcotici;
- malattie mentali;
- malattie professionali;
- malattie tubercolari;
- malattie veneree e luetiche;
- applicazioni di carattere estetico;
- cure e protesi dentarie;
- spese per apparecchi ortopedici e protesi in genere;

(2) Assicurazioni Generali.

(3) L'Assicuratrice Italiana.

- gravidanza e puerperio (salvo, in genere, il caso di parto cruento);
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo.

Sono pure escluse le conseguenze di risse, duelli, delitti, guerra, terremoto

Vi sono però polizze che coprono soltanto alcune malattie « precisate » (e cioè malattie acute specificatamente indicate), altre che prevedono una diaria giornaliera per malattie « a decorso acuto » (escludendo quelle che fossero l'esponente o la recidiva di forme pregresse).

E) - *Soggetti assicurati*. Sono assicurabili uomini e donne, adulti e bambini

Vi sono però dei limiti, varianti da impresa ad impresa, circa l'età d'ingresso e d'uscita dall'assicurazione.

Vi è chi estende l'assicurazione da 3 mesi di età fino a 70 anni, chi inizia a 6 anni e chi a 25 anni, chi limita a 60 l'ingresso e chi limita la validità dell'assicurazione al 60° anno, al 65° anno o al 70° anno, secondo le forme di garanzia.

In genere si dichiarano *non assicurabili* le persone affette da infermità gravi o permanenti.

F) - *Prestazioni*. La protezione offerta dalle assicurazioni volontarie può comprendere, nelle varie forme attualmente praticate:

1) *una diaria giornaliera*, per fornire all'assicurato un indennizzo per il mancato guadagno e per le spese procurate dalla malattia. E' stabilito un periodo massimo di garanzia (ad es. 150 giorni per ogni malattia ed ogni anno di assicurazione) ed un breve periodo di franchigia iniziale (ad es. 8 giorni);

2) *le spese di ricovero ospedaliero*, seguito o meno da intervento chirurgico: consistono in *rette di degenza* (con un limite giornaliero e annuo), *spese mediche, diagnostiche, per medicinali e materiali di cura* (pure con massimi giornalieri e annui);

3) *le spese per intervento chirurgico* (compresi assistenti, anestesista, sala operatoria) e *post-operatorie*.

Gli interventi sono in genere classificati in tre gruppi: piccoli, medi e grandi, ciascuno dei quali comporta un proprio trattamento economico.

Stabilito nella polizza un massimale, il rimborso delle spese viene effettuato, contro presentazione di notule, fatture, ecc.; oppure il rimborso avviene secondo una prestabilita tabella, alla quale si applicano dei coefficienti; oppure, infine, il rimborso è collegato alle tariffe approvate dall'Ordine dei Medici;

4) *spese per cure ambulatoriali o domiciliari*. Riguardano il rimborso degli onorari dei medici, delle spese per accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, analisi di laboratorio), delle spese per medicinali prescritti dal medico curante.

La garanzia viene prestata entro un limite massimo di somma, per ogni anno assicurativo, ed è soggetta ad una franchigia iniziale (di giorni di malattia o di un importo stabilito in valore assoluto);

5) *spese di trasporto in ospedale o clinica* (con un massimo annuale) e *rette in clinica per un accompagnatore*.

G) - *Carenze*. Si chiamano carenze quei periodi di aspettativa, fino al cui termine, a polizza stipulata, la garanzia non diventa operante.

Anche a questo riguardo le soluzioni adottate sono diverse: i termini variano secondo i tipi di malattia e secondo le impostazioni tecniche di ciascuna impresa. Indichiamo qui di seguito alcune delle principali misure stabilite:

— per interventi chirurgici:	carezza da 45 a 90 giorni
— per ricoveri ospedalieri:	» » 30 » 90 »
— per cure domiciliari e ambulatoriali:	» » 5 » 15 »

H) - *Un tipo di polizza « standard »*. La varietà di forme e di garanzie prestate, quale emerge dalla precedente esposizione, ha indotto le imprese di assicurazione operanti in Italia a formulare, sotto l'egida dell'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), un tipo di polizza che, tenendo conto delle esperienze fatte, corrispondesse alle aspettative del pubblico ed alle esigenze tecniche delle imprese.

La polizza, destinata a dare uniformità alle prestazioni da parte delle imprese, non comprende tutto l'ambito del settore malattie, ma ne disciplina la parte di maggiore importanza e di più frequente uso. Essa è denominata come polizza « rimborso spese di cura da malattia » ed è in corso di adozione da parte delle imprese.

Tale polizza garantisce il rimborso delle spese di cura (operazioni chirurgiche, assistenza medica e sanitaria, degenza e prestazioni accessorie) sostenute durante il ricovero in ospedale o casa di cura, e precisamente:

1) in caso di ricovero con intervento chirurgico, le spese: per onorari medici ed accertamenti diagnostici, sostenute nei trenta giorni precedenti l'intervento; per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente e dell'anestesista, per i diritti della sala operatoria e per il materiale di intervento; per l'assistenza medica, per le cure e gli esami post-intervento, durante il ricovero; per l'assistenza post-operatoria, sostenute nei trenta giorni successivi all'intervento, fuori del luogo di cura, entro il 10% del massimale assicurato per l'intervento chirurgico; per le rette di degenza entro il limite dell'1% del massimale assicurato per l'intervento chirurgico;

2) in caso di ricovero senza intervento chirurgico: le spese di ricovero per gli accertamenti diagnostici, le cure, l'assistenza medica, i medicinali e le rette di degenza.

Per la determinazione degli indennizzi relativi alle spese per l'assistenza medica (onorari di medici e chirurghi, esami radiografici e di laboratorio) si fa riferimento alla Tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche approvate con D.P.R. 28-12-1965 n. 1763.

La tariffa assicurativa è basata sulla differenziazione per sesso e per età.

Per quanto riguarda l'età di ingresso in assicurazione vengono considerati tre gruppi e cioè:

- 1) da sei mesi a 18 anni;
- 2) da oltre i 18 fino a 45 anni;
- 3) da oltre 45 anni fino a 70.

Come appendice a tale polizza, o ad una polizza infortuni, è prevista la possibilità di garantire la corresponsione di una *diaria* per tutti i giorni di ricovero (con un limite massimo di 150 giorni per evento e per anno).

I) - *Considerazioni finali.* L'assicurazione volontaria malattie, in Italia, è ancora un campo poco esplorato e poco coltivato.

Ha davanti a sé prospettive di ampio sviluppo, nella misura in cui le imprese di assicurazione sapranno interpretare le esigenze ed i bisogni sempre crescenti della popolazione e sapranno operare nell'ambito di una attività fondata sull'esperienza e su di una tecnica sempre più affinata.

I dati finora disponibili sono limitati e derivano dal settore delle assicurazioni obbligatorie; l'INAM pubblica ogni anno un annuario, che è una preziosa miniera di rilevazioni statistiche sulla frequenza delle malattie, distinte per voce « nosologica », sulla durata delle degenze, sull'incidenza delle varie prestazioni (mediche, ospedaliere, farmaceutiche) e così via; ma tali dati sono solo limitatamente utilizzabili per il settore delle assicurazioni volontarie, dove la libertà di scelta riservata all'assicurato e le limitazioni applicate dagli assicuratori modificano la portata dei fenomeni rilevati.

Coefficienti di morbilità nelle assicurazioni sociali contro le malattie.

	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>
Agricoltura			
1964	21.76	5.45	0.28
1965	21.58	6.21	0.31
1966	22.24	5.66	0.27
Industria			
1964	15.47	10.16	0.74
1965	15.14	10.49	0.76
1966	16.05	9.99	0.77
Commercio			
1964	15.81	5.69	0.43
1965	14.83	5.99	0.47
1966	16.15	5.51	0.39

- a) durata media, in giorni, di ogni caso indennizzato;
- b) rapporto del totale delle giornate indennizzate al n. degli assicurati;
- c) frequenza dei casi di malattia.

Dalla tabella dei coefficienti di morbilità, ricavata dai dati dell'INAM e testè riportata, possono tuttavia essere dedotte alcune indicazioni come punto di riferimento.

Nelle tre grandi categorie prese in considerazione, può essere rilevato che:

1) il coefficiente di morbilità, per quanto riguarda la frequenza dei casi di malattia (*c*), presenta una notevole stabilità nella serie degli anni; esso, però, si aggira intorno ad un livello medio proprio di ciascuna categoria, ben diverso da quello delle altre;

2) la frequenza dei casi di malattia è minima nell'agricoltura, media nel commercio, massima nell'industria; molti fattori influiscono, evidentemente, sul fenomeno, ma la risultanza che ne deriva non può essere trascurata;

3) la durata media delle degenze (*a*) è pressoché eguale nel commercio e nell'industria, mentre è notevolmente maggiore nell'agricoltura;

4) il rapporto delle giornate indennizzate (*b*), rispetto al numero degli assicurati, presenta valori molto vicini nell'agricoltura e nel commercio, mentre è quasi doppio nell'industria.

L'assicurazione volontaria, nel più vasto campo d'azione che le prospettive da noi delineate indicano aperto a meditate iniziative di imprese tecnicamente attrezzate, dovrebbe in futuro tener conto non solo dell'età e del sesso degli assicurati, ma anche della categoria di provenienza.

Man mano che il campo di osservazione si allargherà, nuove componenti del rischio potranno essere prese in considerazione e la valutazione di ciascun rischio e di ciascuna prestazione potrà essere effettuata con sempre maggiore aderenza alla probabilità di verificarsi dell'evento assicurato ed alla sua probabile intensità.

Come già avviene in altri settori dell'assicurazione, una più stretta collaborazione con la scienza medica e con le discipline dell'economia, della statistica, della matematica attuariale, potrà rafforzare, per gli esperti dell'assicurazione, le già solide basi per la costruzione di un edificio destinato non solo a porre riparo alle conseguenze della malattia, ma anche a concorrere validamente alla tutela della salute.

Non va infatti dimenticato che il rendere possibili ed agevoli diagnosi, analisi, ricerche di laboratorio, cure mediche e chirurgiche, significa anche svolgere un'opera di prevenzione, un'opera di tempestivo accertamento dei mali che potrebbero diventare forse irreparabili se tardivamente constatati.

Emerge, da tutto quanto si è detto, quale sia la funzione sociale — oltre che individuale — dell'assicurazione malattia, tanto se praticata per forza di legge che per virtù di libera scelta, individuale o collettiva.

Vi è una identità di obiettivi ed una complementarità di forme fra i due tipi di assicurazione; quella volontaria ha poi una intima capacità di plasmarsi sulle strutture di quella obbligatoria, colmandone gli spazi vuoti.

E' perciò auspicabile che l'attuale stato di coesistenza divenga nel tempo, attraverso una migliore reciproca comprensione, un rapporto di fattiva collaborazione fra tutti gli enti, pubblici e privati, che operano a vantaggio della comunità nazionale nel settore della salute, nella lotta contro il danno della malattia.



GLI INTERVENTI
DEI RAPPRESENTANTI MINISTERIALI



ESPERIENZE E IDEE NUOVE ALLA BASE DELLO SVILUPPO DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA MALATTIE IN ITALIA



Dott. GAETANO ANGELA
Capo dell'Ispettorato delle Assicurazioni Private
presso il Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato

Signor Presidente, Signore e Signori, adempio al gradito incarico di porgere il cordiale saluto ed apprezzamento dell'Onorevole Ministro Andreotti a Lei Signor Presidente, alle autorità presenti ed a tutti i partecipanti a questa Quinta Giornata di studi assicurativi, promossa dall'INA in collaborazione con l'Associazione Nazionale tra le Imprese Assicuratrici, che costituisce ormai un'importante manifestazione che ben si inserisce nel quadro della maggiore rassegna fieristica nazionale.

Il tema scelto dell'assicurazione volontaria contro le malattie è senza dubbio di rilievo, se si pone mente alle finalità che detta garanzia si propone di raggiungere, quelle cioè della tutela della persona contro i rischi sempre incombenti per l'insorgere di uno stato di crisi o di infermità che può colpire l'individuo e sottrarlo alle normali sue attività, con deprecabili conseguenze non solo nei riguardi dell'economia individuale familiare, ma, guardandone gli effetti meno diretti, anche su un piano che interessa l'intera collettività.

Tali peculiari aspetti sono così evidenti che in quasi tutti i Paesi esistono forme assicurative di carattere sociale e quindi obbligatorie, appunto destinate a sopperire all'esigenza di un'assistenza di base. Anche nel nostro Paese tali forme di assistenza obbligatoria sono largamente estese, e ciò spiega la ragione della scarsa abitudine, almeno apparente, all'utilizzo di forme di assicurazione libera in materia.

Viene spontaneo chiedersi se tale difficoltà di sviluppo di questo particolare settore sia dovuta anche ad un minore interesse delle imprese assicuratrici rispetto ad altre garanzie di maggiore richiesta. Invero è noto che in altri Paesi europei che hanno anche cospicue forme di assistenza obbligatoria — abbiamo sentito ora alcuni dati espressi dal Presidente Santoro Passarelli — lo sviluppo delle forme volontarie di assicurazione contro le malattie, anche ad integrazione di quelle sociali, è egualmente notevole, il che mostra quanto sia stata opportuna ed utile la decisione di dedicare un'apposita Giornata di studio a tale problema. A questo scopo — ne sono sicuro — tornerà di grande utilità l'ampia e docu-

mentata relazione predisposta dal Direttore Generale delle Assicurazioni d'Italia Dott. Sestilli, alla quale seguiranno certamente importanti interventi per la presenza di così qualificati partecipanti.

Il Presidente Santoro Passarelli ha già fatto un quadro della tematica dei problemi pertinenti a questa forma di assicurazione, ma io esprimo l'augurio che dalla fase di approfondimento del problema si possa passare rapidamente a quella di attuazione di un vasto programma di diffusione di questa garanzia, mobilitando esperienze già acquisite all'estero e da noi ed attuando — sempre che ciò sia possibile — un'adeguata, moderna politica assuntiva.

Sono completamente d'accordo con quanto espresso dal Presidente perché mi sembra che questo sia molto importante: trattasi di un ramo particolare che va seguito anche con metodi acquisitivi ed organizzativi appropriati.

Ritengo però che l'assicurazione contro le malattie debba avvalersi, almeno inizialmente, della diffusione confortante delle altre assicurazioni che riguardano la persona, sia pure sotto forma di un utile completamento non solo delle forme volontarie ma, come ho accennato, pure di quelle obbligatorie.

Non mi resta in questa fase che aggiungere al saluto del Ministro Andreotti quello mio personale, unitamente all'augurio di un pieno successo dei lavori per il raggiungimento degli scopi che questa Giornata di studio così opportunamente si propone.

SICUREZZA SOCIALE PER UNA COPERTURA MALATTIE ESTESA A TUTTI, ASSICURAZIONE VOLONTARIA PER ESIGENZE PARTICOLARI



Avv. **BRUNO LEONI**
Capo dell'Ufficio Legislativo
del Ministero della Sanità.

Sarò molto breve data l'ora tarda ed i richiami del signor Presidente.

Io vorrei dire che l'impressione che ho avuto da questo convegno è che non sia incompatibile una forma di assistenza, di assicurazione volontaria contro le malattie, con il sistema di sicurezza sociale che il piano quinquennale di sviluppo ha ormai stabilito e che dovrà essere attuato nel nostro Paese.

Qui sono state fatte molte critiche al sistema attuale della mutualità, delle assicurazioni sociali, ma contro i difetti, contro le carenze, contro anche gli errori che questo sistema oggi determina, il piano quinquennale propone un nuovo sistema, che è il sistema della sicurezza sociale.

La sicurezza sociale è una conquista della coscienza nazionale, acquisita da tutti noi, da tutto il popolo italiano, ed è stata tradotta in una legge, la quale per ora è semplicemente programmatica, ma che dovrà diventare effettiva nel giro di pochi anni, in quanto lo stesso piano quinquennale di sviluppo fissa delle date ben precise per la realizzazione del sistema di sicurezza sociale.

La sicurezza sociale dovrà poggiare in Italia su tre basi essenziali:

- 1°) l'assistenza malattia è estesa a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni personali;
- 2°) l'assistenza malattia è uguale per tutti;
- 3°) l'assistenza malattia è finanziata dallo Stato attraverso dei prelievi fiscali i quali sono commisurati alla capacità contributiva di tutti i cittadini.

Nella fase transitoria, perché noi viviamo in una realtà che è quella delle mutue, non si può impiantare un sistema nuovo, ma bisogna procedere ad una razionale trasformazione del sistema esistente, e si dovrà quindi procedere per gradi: dapprima alla unificazione dei contributi e all'istituzione di un unico ente

per la riscossione di questi contributi; contemporaneamente poi alla unificazione delle prestazioni e anche all'unificazione degli enti che erogano le prestazioni.

Quindi, noi andiamo verso un sistema nel quale vi sarà certamente un allargamento dell'assistenza sanitaria, allargamento sia in senso soggettivo (perché tutti i cittadini dovranno essere compresi in questa assistenza) sia in senso qualitativo, perché dovranno essere migliorate tutte le prestazioni sanitarie, che dovranno essere uguali per tutti.

L'attuazione di tale sistema costituisce un impegno del prossimo governo, un impegno di carattere vincolante costituzionalmente in quanto è stabilito da una legge (quindi non solo un impegno morale ma anche un impegno giuridico) e anche del prossimo Parlamento in quanto per attuare questo sistema occorreranno naturalmente delle leggi appropriate e degli speciali finanziamenti. Ma questo non è incompatibile con una forma di assicurazione volontaria, ed io sono ben lieto di essere giunto personalmente a questa conclusione.

C'è sempre un periodo transitorio nel quale vi sarà una larga fascia — diciamo così — di persone che restano escluse dall'assistenza pubblica. A mano a mano questa fascia diminuirà, ma occorrerà naturalmente una certa gradualità: lo stesso piano lo stabilisce.

E poi ci sono delle differenze di prestazioni ed oggi — come nell'immediato avvenire — non tutto l'arco delle possibili prestazioni sanitarie potrà essere soddisfatto dal sistema sociale, dagli interventi dello Stato.

Arriveremo però ad un punto, ed è questo che vorrei sottolineare qui, in cui l'assistenza sanitaria sarà estesa a tutti, sarà uguale per tutti e coprirà anche tutti i rischi della malattia.

Perché questo vuole un giusto sistema di sicurezza sociale, altrimenti non sarebbe effettivamente tale. La malattia è un fatto così grave che ciascuno di noi sente di dover essere difeso dalla società contro gli eventi morbosi. Del resto la Costituzione impone allo Stato di fare questi interventi, in quanto considera la salute il sommo bene da tutelare da parte della collettività rappresentata dallo Stato.

Ma anche quando sarà attuato, ed io mi auguro che questo venga fatto presto, il sistema integrale della sicurezza sociale nel nostro Paese, resterà tuttavia — il Prof. Coppini l'ha spiegato chiaramente — un largo campo di intervento. Certo, deve essere un intervento molto intelligente, studiato a fondo, anche dal punto di vista tecnico-scientifico.

Quali sono questi possibili interventi dell'assicurazione volontaria nel momento in cui sarà realizzato il sistema di sicurezza sociale con l'istituzione del servizio sanitario nazionale? Questi: la malattia — e stamattina lo ricordava il Prof. Artom — è un fatto che ha delle peculiarità sue proprie, che si manifesta in ciascuno di noi in modo completamente diverso da quanto si può manifestare in altri. Desti timori, desti preoccupazioni, che sono assolutamente giustificati sia per le responsabilità che ciascuno ha verso sé stesso, come verso la propria famiglia. Quindi ciascuno di noi può sentire che anche il sistema più perfetto di intervento statale è insufficiente nel caso particolare, o può preferire un altro sistema. Qui entra in gioco quella che è la libertà dell'individuo, libertà che è assolutamente incoercibile. Se un individuo vorrà farsi visitare da un medico di sua fiducia (e questo non lo potrà ottenere dal sistema di sicurezza

sociale; perché evidentemente ci dovranno essere dei limiti alla scelta anche del medico o dell'ospedale), ciò si potrà benissimo realizzare con una forma che si sovrapponga appunto in modo volontario alle stesse forme della sicurezza sociale. Qui si tratta proprio di una sovrapposizione: l'individuo così si sentirà doppiamente tutelato; avrà la tutela dello Stato, che è assolutamente indispensabile, perché se non potrà affrontare le spese di un'assicurazione volontaria lo Stato provvederà alle sue necessità in caso di malattia, però potrà avere anche la maggiore garanzia di essere tutelato dall'assicurazione privata qualora ritenga, per il suo caso particolare, per le sue condizioni speciali, di dover ricorrere a forme di assistenza che lo Stato — anche quando desse la migliore assistenza — non può assolutamente assicurare.

Quindi, in questo senso la funzione integratrice dell'assistenza volontaria è molto importante.

Vi è poi un altro campo, come ha ricordato il Prof. Coppini, in cui potrà intervenire l'assicurazione volontaria, ed è quello degli indennizzi del danno *lucro cessante*.

E' chiaro che lo Stato non potrà mai indennizzare tutta la perdita che avrà subito l'individuo nella sua globalità per effetto della mancata attività. La malattia può produrre un'interruzione dell'attività per breve tempo, o per lungo tempo, od anche per lunghissimo tempo, e spesso l'individuo è costretto, per tale inattività, a subire gravi perdite economiche.

Se lo Stato potrà indennizzare solo una parte, potrà intervenire appunto l'assicurazione volontaria a indennizzare la parte che non può essere indennizzata dallo Stato.

In questo ambito può ampiamente operare anche l'assicurazione volontaria con l'intervento delle imprese assicuratrici private; fermo naturalmente rimanendo il principio che lo sviluppo del sistema di sicurezza sociale deve essere realizzato totalmente e nel più breve periodo di tempo.

Quindi, io auguro che tutti gli sforzi fatti in questa direzione e in questa visione da parte delle industrie private di assicurazione abbiano ad avere successo, perché anche questi sforzi concorrono alla realizzazione dell'obiettivo finale della difesa della salute pubblica che è stata la massima preoccupazione del legislatore costituente ed alla quale devono guardare non solo i pubblici poteri, ma anche le private iniziative, rappresentando la salute il sommo bene da cui dipendono il benessere e la prosperità di tutto il popolo.

